

جامعة الجزائر 3

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم التجارية

مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق

بعنوان:

أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية

إشراف الأستاذ:

فارس فضيل

إعداد الطالبة:

واله عائشة

أعضاء لجنة المناقشة:

د. بولحريق محند.....أستاذ محاضر - أ -رئيسا

د. فارس فضيلأستاذ محاضر - أ -مشرفا ومقررا

د. بوكلة مليكةأستاذة محاضرة - أ -عضوا

د. أمير جيلالي.....أستاذ محاضر - ب -عضوا

د. بن فايزة محمد.....أستاذ مساعد - أ -عضوا

السنة الدراسية 2010-2011

الإهداء

إلى الوالدين حفظهما الله والإخوة الأعزاء

إلى كل الزملاء والزميلات خاصة عائشة ورشيدة

إلى كل من عرفني و لم أعرفه أو دعا لي بظهر غيب، أو ساندني ولو

بالكلمة الطيبة

إلى المسلمين المستضعفين في مشارق الأرض و مغاربها

إلى بلد الشهداء والعلماء الجزائر

....عائشة...

كلمة شكر

الشكر لله أولا وأخيرا وظاهرا وباطنا و الحمد له على نعمه العظيمة،وعلى توفيقه لنا،وأن جعلنا من طلبة العلم، فلك الحمد ربي حتى ترضى،و لك الحمد إذا رضيت و لك الحمد بعد الرضى

نتقدم بشكرنا الخاص والخالص للأستاذ المشرف فارس فضيل الذي لم يتوان في تقديم النصح لنا والأخذ بيدنا والصبر معنا وعلينا حتى رأى هذا العمل النور فلك منا أجل التحية وأعظم التقدير.

كما نتقدم بشكرنا الخالص للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على قبولها مناقشة هذه المذكرة خاصة الأستاذ أمير جيلالي والأساتذة بوكلة مليكة.

فهرس الجدول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	بعض المشاكل الناجمة عن خصائص الخدمات وأساليب معالجتها	08
02	الفروق الجوهرية بين السلع و الخدمات	09
03	بعض تعاريف الجودة لأهم الرواد	49
04	معايير جودة الخدمة الصحية	72
05	وصف لتقليص الفجوات في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية	130
06	تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع في الجزائر	142
07	الطاقة الإستيعابية للمؤسسة	148
08	الطاقة الإستيعابية للمصالح الإستيعابية	148
09	عدد المرضى المقيمين عبر مختلف مصالح المؤسسة	149
10	عدد المرضى المراجعين عبر مختلف مصالح المؤسسة	149
11	عدد الكوادر الطبية بالمؤسسة	152
12	عدد الكوادر الشبه طبية بالمؤسسة	152
13	الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة- المرضى المقيمين-	160
14	توزيع عينة المرضى المقيمين حسب أسبقية العلاج بالمستشفى	161
15	مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى المقيمين	161
16	نسبة عينة المرضى المقيمين الذين سبق لهم العلاج بمستشفى آخر	161
17	المقارنة بين خدمات مستشفى عين طاية وخدمات المستشفى الذي سبق العلاج به بالنسبة للمرضى المقيمين	162
18	توزيع عينة المرضى المقيمين حسب دوافع إختيار مستشفى عين طاية	163
19	معايير جودة الخدمة الصحية كما يراها المرضى المقيمين	164
20	تقييم جودة الإستقبال بالنسبة للمرضى المقيمين	164
21	تقييم معاملة الأطباء بالنسبة للمرضى المقيمين	165
22	تقييم معاملة الفريق الشبه طبي بالنسبة للمرضى المقيمين	165
23	مدى متابعة الحالة الصحية للمرضى المقيمين خلال الإقامة بالمستشفى	166
24	مدى الشعور بالأمان والاطمئنان في المستشفى	166

167	مدى نظافة الغرف	25
167	مدى توفر الهدوء في المستشفى	26
168	إنطباع المرضى حول مواعيد إجراء العمليات الجراحية	27
168	مدى إهتمام المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالمريض المقيم	28
169	مدى رضا المرضى المقيمين عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة في المستشفى	29
169	نية المرضى المقيمين في الوفاء للمستشفى	30
170	مدى نية المرضى المقيمين في الترويج للمستشفى وخدماته	31
170	إقتراحات وآراء المرضى المقيمين لتحسين خدمات المستشفى	32
171	الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة - المرضى المراجعين -	33
171	توزيع أفراد عينة المرضى المراجعين حسب أسبقية العلاج بالمستشفى	34
172	مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا و حاليا بالنسبة للمرضى المراجعين	35
172	نسبة المرضى المراجعين الذين سبق لهم العلاج بمستشفى آخر	36
173	المقارنة بين خدمات مستشفى عين طاية وخدمات المستشفى الذي سبق العلاج به (بالنسبة للمرضى المراجعين)	37
173	توزيع عينة المرضى المراجعين حسب دوافع إختيار مستشفى عين طاية	38
174	معايير جودة الخدمة الصحية كما يراها المرضى المراجعون	39
175	تقييم جودة الإستقبال بالنسبة للمرضى المراجعين	40
175	تقييم معاملة الأطباء للمرضى المراجعين	41
176	تقييم معاملة الفريق الشبه طبي للمرضى المراجعين	42
176	مدى إهتمام المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالحالة الصحية للمريض المراجع	43
177	مدى رضا المرضى المراجعين عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة في المستشفى	44
177	مدى نية المرضى المراجعين في الوفاء للمستشفى	45
177	مدى نية المرضى المراجعين في الترويج للمستشفى وخدماته	46
178	إقتراحات وآراء المرضى المراجعين لتحسين خدمات المستشفى	47

فهرس المحتويات

	كلمة شكر
	الإهداء
.I	فهرس الأشكال
.II	فهرس الجداول
أو	المقدمة العامة
	الفصل الأول: المدخل إلى الخدمات الصحية
02	تمهيد
03	المبحث الأول : مفاهيم الخدمة
03	المطلب الأول: مفهوم الخدمات وأهميتها
06	المطلب الثاني: خصائص الخدمات
09	المطلب الثالث: دراسة التداخل والإختلاف التسويقي بين السلع والخدمات
12	المطلب الرابع : ماهية المؤسسة الخدمية
16	المبحث الثاني : الخدمات الصحية من منظور مفاهيمي
16	المطلب الأول : مفهوم الخدمات الصحية
19	المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية
20	المطلب الثالث : المزيج التسويقي للخدمات الصحية
28	المطلب الرابع : تحليل دورة حياة الخدمة الصحية
32	المبحث الثالث : دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية
32	المطلب الأول : ماهية وطبيعة المؤسسات الصحية
34	المطلب الثاني : دراسة مكانة وأهمية التسويق في المؤسسات الصحية
36	المطلب الثالث : معايير تقييم أداء المؤسسات الصحية
40	المطلب الرابع: التحديات المفروضة على المؤسسات الصحية
45	خلاصة
	الفصل الثاني: مسار الجودة في المؤسسات الصحية
47	تمهيد
48	المبحث الأول :الجودة و مراحل تطورها
48	المطلب الأول: مفهوم الجودة

53	المطلب الثاني : من إدارة الجودة إلى إدارة الجودة الشاملة
56	المطلب الثالث : مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأهم روادها
61	المطلب الرابع: المواصفة العالمية لنظم الجودة ISO:9000 وأهميتها
65	المبحث الثاني : مضامين جودة الخدمة الصحية
65	المطلب الأول : مفهوم جودة الخدمة الصحية
69	المطلب الثاني: دراسة أبعاد و معايير جودة الخدمة الصحية
73	المطلب الثالث: دراسة مداخل قياس جودة الخدمة الصحية
76	المطلب الرابع : الرقابة على جودة الخدمات في المؤسسات الصحية
79	المبحث الثالث : تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
79	المطلب الأول: حاجة المؤسسات الصحية لإدارة الجودة الشاملة
81	المطلب الثاني: مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
83	المطلب الثالث :عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
84	المطلب الرابع:عوامل فشل تطبيق نظام الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
89	خلاصة
	الفصل الثالث : فهم سلوك الزبون(المستفيد) والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية
91	تمهيد
92	المبحث الأول: أساسيات حول الزبون وسلوكه الشرائي
92	المطلب الأول : مفهوم الزبون ودوره حياته
96	المطلب الثاني:مفهوم سلوك الزبون الصحي
99	المطلب الثالث:العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للزبون الصحي
104	المطلب الرابع: مراحل عملية شراء الخدمة الصحية
109	المبحث الثاني: من فهم سلوك الزبون إلى تحقيق رضاه
109	المطلب الأول :مفهوم رضا الزبون
112	المطلب الثاني: العلاقة بين رضا الزبون وأنواع متطلباته
114	المطلب الثالث: السلوكيات الناجمة عن الرضا وعدم الرضا وأساليب قياسه
118	المطلب الرابع: جودة خدمة الزبون الأساس لتحقيق الرضا
122	المبحث الثالث: دراسة مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في الإرتقاء برضا الزبون
122	المطلب الأول:تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون

124	المطلب الثاني أهمية دراسة رضا الزبائن عن جودة الخدمة الصحية
126	المطلب الثالث: استخدام نموذج الفجوات لتحليل جودة الخدمة الصحية
131	المطلب الرابع: أثر جودة الخدمة الصحية على رضا الزبون
134	خلاصة
	الفصل الرابع: جودة الخدمة الصحية وأهميتها في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية
136	تمهيد
137	المبحث الأول: دراسة النظام الصحي الجزائري
137	المطلب الأول: النظام الصحي الجزائري ومراحل تطوره
139	المطلب الثاني: مؤشرات تطور النظام الصحي للفترة الممتدة ما بين 1962 إلى يومنا
143	المطلب الثالث: تمويل النظام الصحي الجزائري
144	المطلب الرابع: إصلاح النظام الصحي الجزائري
147	المبحث الثاني: تقديم عام للمؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية
147	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية
150	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة
153	المطلب الثالث: جودة خدمات الإستقبال بمستشفى عين طاية
154	المطلب الرابع: جودة الخدمات التكميلية بالمستشفى
156	المبحث الثالث: الدراسة الميدانية
156	المطلب الأول: منهجية الدراسة التطبيقية
158	المطلب الثاني: إعداد الإستبيان
159	المطلب الثالث: عرض وتحليل نتائج الإستقصاء
178	المطلب الرابع: حوصلة النتائج النهائية
181	خلاصة
183	الخاتمة العامة
189	قائمة المراجع
202	قائمة الملاحق

المقدمة العامة:

بات من الواضح أننا أصبحنا نعيش بحق في عالم لا يتسم بالثبات والإستقرار، بل يشهد سلسلة من التغيرات على أكثر من صعيد، أضلت بضلالها على مختلف جوانب الحياة السياسية الإقتصادية، والثقافية، وغيرت الكثير من القواعد المتعارف عليها سابقا، وأبرزت قيمة الكثير من النشاطات والوظائف التي لم تكن من إهتمامات المؤسسات من قبل، منها الوظيفة التسويقية.

وقد مرت هذه الوظيفة الحيوية بأربع مراحل توجت مرحلتها الثالثة بظهور الحاجة إلى الإهتمام بالزبون، فأصبحت المؤسسات تبحث للوصول إلى ما يعرف في مجال التسويق بـ **Meta Marketing** أي ما وراء التسويق وهو عملية كسب رضا الزبون وكيفية إشباع حاجاته ورغباته وبدأت الحلقات الإدارية والإقتصادية تبدأ دورتها بالزبون وتنتهي بالزبون.

وليست المؤسسات الصحية بمعزل عن هذا الواقع، بل أصبحت تسعى جاهدة لتوطيد العلاقة التي تربطها بزبائناتها من خلال إيجاد أساليب وتقنيات مميزة تساعدها على البقاء في ظل إحتدام المنافسة وتوفر البدائل والعروض، خاصة وأن مسار تقدمها تعرقل بفعل الضغوط الداخلية والخارجية التي تواجهها، فإنتشار الأخطاء الطبية وزيادة نسبة الشكاوى القانونية ضدها بسبب سوء الممارسة الطبية، والمسؤولية المتزايدة إتجاه الجمهور وزيادة وعيهم بالخدمة وإهتمامهم المتزايد بالجودة وزيادة المطالبات بتحديد المسؤوليات وغياب المعايير والمقاييس الصريحة والموضوعية لتقييم كفاءة وفعالية الأداء الإداري، كلها ضغوط شكلت زحما و قوة دفع لصياغة نظام يتأكد من خلاله المرضى أن المؤسسات الصحية قد تحولت فعلا إلى كيانات أكثر إستجابة لمتطلباتهم و متطلبات السوق، وأقل تعقيدا وأحسن أداء لرسالتها الإنسانية قبل كل شيء، لذا بادرت أغلب المؤسسات الصحية إلى تطبيق برامج الجودة وإدارة الجودة الشاملة .

من جانب آخر أصبح الزبون لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات، بل وفرض نفسه كطرف مهم يحكم على صورة ومكانة المؤسسة من منظور جملة من المعايير تأتي في مقدمتها الجودة، التي تعتبر الأهم بالنسبة للمريض، والأصعب بالنسبة للمؤسسة الصحية.

ومع إجتماع القمة العربية الذي إتخذ فيه القرار رقم 395-19 بتاريخ 29 مارس 2007 القاضي بـ «تطبيق مشروع عربي لتحسين جودة الخدمات الصحية في دول العالم العربي كمشروع رائد يهدف إلى تأكيد تقديم جودة عالية»، سارعت الدول العربية لتبني القرار، لكن تطبيقه عرف مدا وجزرا كبيرين، وإذا كان هذا واقع المؤسسات العربية، فما واقع المؤسسات الصحية الجزائرية بما فيها المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية ؟

أيقنت المؤسسة العمومية لعين طاية أخيرا وبما لا يدعو مجالا للشك أن لا أهمية لخدماتها ما لم تتمكن من تضمين جوانب الجودة فيها، بل وجعل الجودة نقطة الإنطلاق لتكون نقطة النهاية، الوصول إلى رضا الزبون عن جودة خدماتها.

طرح الإشكالية:

إنطلاقا مما أسلف ذكره، تتبادر معالم الإشكالية التالية:

ما مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون؟ و ما مدى إنعكاس هذا الطرح على مرضى مستشفى عين طاية؟

و للإحاطة ببحوثات الإشكالية نطرح جملة من الأسئلة الفرعية

1. ما الأهمية التسويقية للخدمات الصحية؟ وما مكانتها ضمن عناصر المزيج التسويقي الصحي؟
2. كيف يتم تقييم جودة الخدمة الصحية من طرف الزبون؟
3. ما العلاقة التي تربط بين رضا الزبون وجودة الخدمة؟
4. ما أثر تبني مستشفى عين طاية لسياسة الجودة في الخدمات الصحية على الرضا المتحقق لدى المرضى؟

فرضيات البحث:

كمحاولة مبدئية للإجابة عن هذه الأسئلة نصيغ الفرضيات التالية

1. تتطوي الخدمة الصحية على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمة في حد ذاتها، فهي أساس ومبرر وجود العلاقة بين طرفي العملية التبادلية التسويقية وهما المريض و المؤسسة، و لولا وجود الخدمة الصحية لما أمكن لبقية عناصر المزيج التسويقي الأخرى أن تعمل أو حتى أن توجد أصلا
2. يعتبر تقييم جودة الخدمة الصحية من أهم التحديات التي يواجهها المريض، كون الخدمة غير ملموسة، لكن يمكنه في مقابل ذلك الإستناد إلى معايير وأبعاد محددة هي الجوانب المادية للملموسة، الإعتمادية التعاطف، الإستجابة، الأمان.
3. يوجد نوع من العلاقة الطردية بين الجودة في الخدمة ورضا الزبون، فكلما إرتفع مستوى الجودة تحسن معه مستوى الرضا،

4. تبني مستشفى عين طاية للجودة في الخدمات المقدمة حسن من مستوى الرضا المتحقق لدى الزبائن المرضى المقيمين والمراجعين، وإنعكس إيجابيا على أداء ومكانة المستشفى .

أسباب إختيار الموضوع:

تعددت الأسباب التي دفعت بنا لتناول الموضوع، نجلها في الآتي:

1. الإصلاحات الاقتصادية الأخيرة، التي مست قطاع الصحة، وإنعكاساتها على الجودة في خدمات المستشفيات.
2. عزوف الباحثين والطلبة عن إقتحام مجال الصحة و ذلك لصعوبة وحساسية تناول مواضيعه الشائكة والمتراعبة
3. محاولة التميز بطرح موضوع الصحة وربطه بمدخل حديث وهو التسويق .

الدراسات السابقة:

لم نجد فيما أمكننا الإطلاع عليه دراسات متنوعة، بل لمسنا نوعا من الشح في هكذا مواضيع بالنسبة للجامعات الجزائرية:

- دراسة الباحث عدمان مريزق والتي كانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، بعنوان "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية"، وقد عالجت إشكالية: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟ و تميزت دراسة الطالب بكونها حاولت لفت الإنتباه إلى ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة وإدارة الجودة الشاملة من منطلق أن أي مشروع للتحسين ينطلق من إكتشاف مصادر الخلل التي تحمل المؤسسة الصحية تكاليف يجب تلافيتها .
- دراسة الباحثة "بن عطية منيرة"، المعنونة بـ: "دالة الجودة الشاملة في النظام الصحي الجزائري" مذكرة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة الجزائر، وعالجت الإشكالية التالية: ما هو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر؟ وما هو مستوى الرضا الوظيفي فيها؟ مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لبوفاريك، وتميزت الدراسة بكونها ركزت على معوقات تقديم خدمات ذات جودة عالية من طرف الطاقم الطبي والشبه طبي بهدف تحديد أسبابها وسبل معالجتها وقد توصلت إلى أن أهم هذه المعوقات تتمثل في غياب التأهيل وفرص التكوين بالنسبة للطواقم الطبي وشبه الطبي.

- دراسة الباحث بوبقيرة محمد' المعنونة بـ "دور إدارة الجودة الشاملة في الإرتقاء بالخدمات الصحية" مع دراسة حالة المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم العلوم التجارية، جامعة سعد دحلب بالبلدية، وعالجت إشكالية: هل يؤدي التطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة والسماح بظفر المنظمات الصحية بشهادة الإيزو للجودة في الخدمات؟ وقد عالجت الدراسة جودة الرعاية الصحية وخلفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي وكذا العوامل المؤثرة على نظام الجودة والتكاليف الناجمة عن ذلك.

يظهر جليا من خلال الدراسات السابقة أنها إقتصرت على تناول مدخل الجودة وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية دون معالجة مدى إنعكاس هذه الجودة على رضا الزبائن المرضى وإنطباعاتهم والتي تعد في واقع الأمر معيارا لتحسن أو تراجع الجودة، وبالتالي عالجت الدراسات الموضوع من جانب متغير واحد هو المؤسسة الصحية لذلك جاء هذا البحث ليضيف متغيرا ثان وهو رضا الزبائن المرضى، محاولا إبراز أثر جودة الخدمة الصحية في تحقيق الرضا للمرضى المقيمين والمراجعين، وبالتالي محاولة دراسة الجودة من منظور الزبون.

أهداف البحث:

يرمي هذا البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف تمثلت في:

1. تسليط الضوء، وإلقاء نظرة حقيقية على الواقع الملموس للصحة في الجزائر لا سيما في المستشفيات.
2. إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني مدخل الجودة في خدماتها، وتبيان القيمة المحصلة من جراء ذلك.
3. إدراك أهمية اعتماد قسم للتسويق في عموم المؤسسات الصحية، إذ أن هذه الأخيرة تمارس النشاطات التسويقية لكنها غير مدركة لذلك.
4. الوقوف على مستوى الرضا المتحقق لدى عينة من مرضى المستشفيات
5. النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة النظرية، ستساعد المؤسسة الصحية على تشخيص نقاط قوتها لتدعيمها، ونقاط ضعفها لتشخيصها.
6. دراسة المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية كنموذج للمؤسسات الصحية الجزائرية.

المنهج المتبع:

تم اعتماد المنهج الوصفي في تجميع المعلومات واعتماد ما جاء به المفكرون والباحثون في حقل التسويق الصحي هذا في الجانب النظري، وبهدف دراسة هذه المعلومات وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى إثبات أهمية الجودة فقد تم اعتماد المنهج التحليلي.

حدود الدراسة:

لما كان بحثنا ينطوي تحت غطاء الجودة في القطاع الصحي، فإن دراستنا تنطبق على واقع المؤسسات الصحية الجزائرية، التي اخترنا منها قطاع المستشفيات، وبالتحديد المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية لإجراء الدراسة التطبيقية والميدانية، وقد امتدت الدراسة من ديسمبر 2010 إلى غاية مارس 2011 بغرض جمع المعومات وتحليلها.

صعوبات الدراسة

لا يمكن لأي بحث علمي أن يرى النور دون أن تعتريه الصعوبات، إلا أن صعوبات بحثنا كانت من نوع خاص، تمثلت في:

1. شح المعلومات المقدمة من طرف إدارة المستشفى فيما يخص مؤشرات تطور المؤسسة.
2. التباين في الإحصاءات المقدمة من طرف وزارة الصحة والمراجع الأخرى
3. كثرة المراجع الحديثة أدى إلى تعدد وجهات النظر بين الباحثين، وتعدد الرؤى بالنسبة لموضوع واحد.
4. طول الإجراءات الواجب إتباعها للحصول على إستمارة الموافقة للقيام بالبحث الميداني، بالإضافة إلى كثرة التنقلات بين مصالح المستشفى لإسترجاع الإستبيانات المملوءة.
5. إنعدام ثقافة الإستقصاء لدى المواطن الجزائري، ما يجعله متخوفا من الإدلاء بأية معلومة وهذا ما صعب من مهمة بحثنا خاصة مع الحالات الصحية الحرجة.

التقسيم المنهجي للبحث:

إمتد هذا البحث على أربعة فصول، حاولنا من خلالها المحافظة على التوازن المنهجي من حيث عدد المباحث والمطالب، وقد شملت هذه الفصول الأطر التالية:

الفصل الأول: المعنون بـ «المدخل إلى الخدمات الصحية» هو بمثابة مدخل لبحثنا قصد ترسيخ المضامين المتعلقة بكل من الخدمات والخدمات الصحية، يبرز المبحث الأول منه الخدمات

من زاوية المفهوم والخصائص و يؤكد على التداخل بينها و بين السلع الملموسة وهو ما دفع لتصنيفها وفق معايير متنوعة، أما المبحث الثاني فيبين محتوى الخدمات الصحية من حيث المفهوم، دورة الحياة، ومزيجها التسويقي، في حين يتناول المبحث الثالث دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية من خلال توضيح مفهومها، أهمية التسويق بها مرورا إلى تقييم أدائها، وفي الختام تم تحديد جملة من التحديات المفروضة على هذه المؤسسات وجاء في مقدمتها تحديات الجودة .

ليبدأ **الفصل الثاني** عند نقطة نهاية الفصل الأول تحت عنوان **« مسار الجودة في المؤسسات الصحية »** فجاء ليرز واقع الجودة في المؤسسات الصحية، تناول المبحث الأول منه أساسيات الجودة وإدارة الجودة الشاملة، المبحث الثاني يدرس جودة الخدمة الصحية، أبعادها ومعايير قياسها، ومدى الرقابة عليها، أما إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في المؤسسات الصحية فكانت محور المبحث الثالث .

في حين كان لسلوك الزبون الصحي نصيبه من **الفصل الثالث** المعنون بـ **« فهم سلوك الزبون والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية »** حيث يحدد المبحث الأول منه جملة العوامل المتحكمة والمؤثرة في السلوك المعقد والمتغير للزبون المريض والتي تؤدي به إلى إتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية، ثم المبحث الثاني للذي يؤكد على أساسيات الرضا لدى الزبون، ويحلل السلوكيات الناجمة عن الرضا وعدم الرضا، وأساليب قياسه، ويحاول المبحث الثالث الربط بين متغيري الجودة والرضا في مجال الخدمات الصحية.

أما **الفصل الرابع** تحت عنوان **« جودة الخدمة الصحية وأهميتها في تحقيق رضا الزبون »** الذي يعتبر محور جهودنا، فجاء ليعزز و يدعم مسار جودة الخدمة الصحية وأهميتها في الإرتقاء بالرضا المتحقق للمرضى، ويسقط ذلك على واقع ملموس تجسد في المؤسسة الإستشفائية لعين طاية فيعالج المبحث الأول النظام الصحي الجزائري، مراحل تطوره، وإنعكاسات هذا التطور على المؤشرات العامة وكذا الإصلاحات التي مست القطاع، على إعتبار أنه لا يمكن خوض القطاع الصحي الجزائري بمعزل عن هذه المرتكزات، أما المبحث الثاني فجاء كتقديم عام للمؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية، ومساعي الجودة بها، في حين يحلل المبحث الثالث نتائج الدراسة الإستقصائية ويبلور النتائج النهائية.

تمهيد:

أصبحت الخدمات اليوم تكتسي أهمية خاصة، وهي في طريقها لتصبح جزءاً لا يتجزأ من الإقتصاديات المتطورة، وأضحت المؤسسات على إختلاف أنواعها وشتى تخصصاتها منفتحة على جمهور الزبائن لتأمين الخدمات التي يحتاجونها حتى أصبح هناك نمو سريع ومتزايد في الخدمات وصار من الممكن القول بأننا نعيش في ظل ما يعرف "بمجتمع الخدمات" وما حصل من نمو وتطور إنعكس بشكل واضح على الخدمات الصحية وطرق تقديمها.

وعلى إعتبار الإفتراض المبدئي الذي يؤكد أن الخدمة الصحية الجيدة يجب أن تتوفر لكل الأفراد بغض النظر عن كل العوامل والظروف (الإقتصادية، الإجتماعية، المعتقدات...)، فإن المؤسسات المعنية بتقديمها أصبحت مسؤولة على توفير هذه الخدمات وفق المعايير المحددة والمتفق عليها عالمياً وذلك كحد أدنى مما يعرف **بحقوق المريض**، كما أنها تعي أن الخدمة الصحية الجيدة هي التي تنتظر للزبون المريض على أن له حاجات جسمانية ومادية كما له حاجات عاطفية وأحاسيس ومشاعر، وبالتالي فالخدمة الصحية أبعد وأشمل من التعامل مع المريض فقط بل تشمل عناصر أخرى كالتوعية الصحية والتأهيل الطبي.

ولعل إهتمام المؤسسات الصحية بإدارة الخدمات وتقديمها، فرض عليها تطبيق المفاهيم والأساليب التسويقية، حتى تصبح أكثر معرفة وتحسناً لإحتياجات جمهور زبائنهم ومتطلباتهم وهي تواجه في هذا السياق جملة من التحديات فرضتها عليها البيئة بشقيها الداخلي والخارجي.

نسعى من خلال هذا الفصل إلى مناقشة ثلاث مباحث، خصص المبحث الأول لتناول مفاهيم الخدمة من حيث التعريف بها، خصائصها، وتداخل تسويقها مع السلع الملموسة، أما المبحث الثاني فكان للخدمات الصحية من زاوية المفهوم والمحتوى، في حين يناقش المبحث الثالث الذي كان بمثابة دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية، مكانة التسويق بهذه المؤسسات، مؤشرات ومعايير تقييم أدائها وجملة التحديات المفروضة عليها.

المبحث الأول: مفاهيم الخدمة

تتميز الخدمات بالتنوع والتعدد فضلا عن صعوبة تحديدها فيما إذا كانت ملموسة أو غير ملموسة، وكذا إشتراكها مع السلع الملموسة في كثير من المتضمنات، ما يجعل تسويقها أمرا صعبا. سنركز خلال هذا المبحث على الخدمات من زاوية المفهوم والخصائص ومختلف التصنيفات التي وضعها الباحثون، إضافة إلى تحليل التداخل والإختلاف بين تسويق السلع والخدمات، مع الإشارة إلى المؤسسة الخدمية وما يميزها عن نظيرتها الصناعية .

المطلب الأول: مفهوم الخدمات وأهميتها

على الرغم من تداول مصطلح الخدمة منذ فترة ليست بالقصيرة، إلا أنه لا يوجد تعريف واضح ودقيق مقارنة بمفاهيم التصنيع المتخصصة، وهو ما يضع المؤسسات الخدمية في موقف حرج يصعب معه رسم مختلف السياسات والإستراتيجيات، فماذا تعني الخدمة كمفهوم لمقدم الخدمة وللمستفيد منها؟

أولا: تعريف الخدمات

باستعراض الكتابات التي تعرضت لتعريف الخدمة نجد أنها ركزت على عدة جوانب كما يلي :

- تعريف gean lapeyre: «الخدمة هي ذلك النشاط الذي يشكل قيمة إقتصادية بالإستجابة لحاجات ورغبات الزبون دون أن يتطلب ذلك إنتاج شيء ملموس»¹.

- تعريف موردرك: «هي النشاط الإقتصادي الذي يستهدف توليد المنافع الزمنية والمكانية»². ما يعاب على هذا التعريف أنه ينطبق على المنتجات بصفة عامة سواء أكانت سلعا أو خدمات، إذ أن كلاهما يستهدف توليد المنافع.

- تعريف Christopher Lovelock: «الخدمة نشاطات إقتصادية تعمل على خلق القيمة وهي في نفس الوقت تقدم منفعة للمستهلكين، وذلك في الزمان والمكان الذي يحددهما ويرغب فيهما طالب الخدمة»³.

ويقر Lovelock ذاته بأن هذا التعريف لا يعطي للخدمة أبعادها ومضامينها الحقيقية بل يعتبره مجرد مؤشر يمكن اللجوء إليه للتمييز بين السلعة والخدمة.

¹ Gean Lapeyre. **Garantir des services**, les Editions d'organisation, Paris 1998, p8.

² ناجي معلا، رائف توفيق، **أصول التسويق**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الثالثة، 2005، ص160.

³ Christopher Lovelock, et autres, **Marketing des services**, éducation, France, 5eme Edition, 2004, p9.

- تعريف الجمعية الأمريكية للتسويق (AMA): «الخدمات منتجات غير ملموسة، يتم تبادلها من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تقريبا تفتى بسرعة، ويصعب في الغالب تحديدها أو معرفتها لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم شراؤها وإستهلاكها، فهي تتكون من عناصر غير ملموسة متلازمة وغالبا ما تتضمن مشاركة الزبون بطريقة هامة، حيث لا يتم نقل ملكيتها وليس لها لقب أو صفة»¹.

نلاحظ أن الجمعية الأمريكية قد ألمت بكل خصائص الخدمات وقدمت تعريفا شاملا ووافيا لكل ما تتضمنه الخدمة .

- أما رائد المدرسة الحديثة للتسويق **Philippe kotler** فعرفها على أنها: «أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف لطرف آخر يكون في جوهره غير ملموس، ولا يترتب عليه أي ملكية، وأن إنتاجه قد يرتبط بمنتج مادي وقد لا يكون»²

يؤكد **kotler** في هذا التعريف على الجانب غير الملموس في الخدمة، وأنها لا تتم إلا بوجود فعل وطلب من طرف وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

- أما **Shostack** والتي ميزت بين الخدمة الجوهر، والعناصر المحيطة بهذا الجوهر فتقول «أن هذا التمييز هو أساس يمكن إعماده لتعريف الخدمة، فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة والتي تستهدف تقديم منافع غير محسوسة يتطلع إليها المستفيدون»³.

تكمن أهمية تعريف **Shostack** للخدمة أنها تفارقها مع السلع المادية، فإذا كانت الجوانب غير المحسوسة هي الغالبة أو السائدة في العرض، فإن ذلك يعني أنها خدمة بحتة أكثر من كونها سلعة والعكس صحيح.

من جملة التعاريف السابقة تتضح المضامين التالية :

- الخدمة في أغلبها غير ملموسة، بل مدركة من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد.
- قد ترتبط بمنتج ملموس وقد لا تكون، وتتألف من جوهر تدعمه خدمات تكميلية.
- لا يمكن تملكها، وإنما الاستفادة من عرضها.

¹ نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، التسويق مفاهيم معاصرة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، طبعة محكمة، 2006، ص226.

² Philippe Kotler, et autres, Marketing Management, publie Ennio, Paris, 11eme Edition, 2003, p462.

³ محمود جاسم الصميدعي، إيهاب علي القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر، عمان، الأردن، الطبعة العربية 2007 ص190.

ثانياً: أهمية الخدمات

من أبرز ما ميز العقود الثلاث للقرن الماضي النمو الهائل للقطاع الخدمي، وذلك في ظل إقتصاديات الصناعة المتطورة في العالم، هذا ما أدى إلى ظهور خدمات جديدة بصورة مستمرة، تختلف عن الخدمات التقليدية وتغطي جانباً كبيراً من متطلبات الحياة اليومية،¹ كما أصبح هذا القطاع محورياً أساسياً في تشكيل القطاعات الإقتصادية المختلفة ومورداً هاماً لدخل الدولة لاسيما في الدول المتطورة إذ يوجد فيما يبدو ارتباط وثيق بين مستوى النمو الإقتصادي في إقتصاد ما وقوة قطاع الخدمات فيه فكلما نما وتطور الإقتصاد كلما ارتفعت نسبة العاملين فيه، وخير دليل على ذلك بلدان الإتحاد الأوروبي، إذ يساهم قطاع الخدمات في المملكة المتحدة مثلاً ما نسبته 74% من إجمالي الناتج القومي و71% في فرنسا.

والجدير بالذكر أن نمو قطاع الخدمات يلعب أيضاً دوراً تدعيمياً للصناعات الأخرى حيث تزداد الحاجة للخدمات المصرفية وشركات التأمين والمؤسسات المتخصصة في تقديم الإستشارات الإدارية والفنية ومن ثم فإن دور الصناعات الخدمية يمتد ليشمل خدمة القطاعات الإقتصادية الأخرى بجانب خدمة العملاء من المستهلكين النهائيين،² ولا ننسى أن تقدم العديد من الجوانب الحيوية في الحياة كان على حساب المستهلك فما ينفقه على العلاج الطبي والتعليم وغيرها من الخدمات في معظم المجتمعات قد يصل أحياناً إلى خمس مجموع الإنفاق، والسبب في هذا يعود إلى ارتفاع تكاليف الخدمات بشكل مميز وواضح،³ ونلاحظ في السنوات الأخيرة أن الإتجاه نحو تقليل الإنفاق على السلع الإستهلاكية قد شهد زيادات متواترة تقابلها زيادة في الإنفاق على جوانب أخرى في الحياة العادية التي تأخذ شكل خدمات.

واليوم على الرغم من وجود بعض المعتقدات المترسبة من الماضي والتي مؤداها أن قطاع الخدمات قطاع اقتصادي⁴ أدنى مرتبة و أقل شأنًا⁵ إلا أن عواقبه الإقتصادية المباشرة وغير المباشرة تحضى بإهتمام كبير، وفي مقال هام نشر مؤخراً حول المؤسسة المتمحورة حول الخدمة،⁶ إعتبرت الخدمات القوة الدافعة وراء كل خلق للقيمة في الإقتصاد، هذا فضلاً عن الدور الحيوي لها في خلق القيمة الإستعمالية للسلع، لذا على المؤسسات بإختلاف أنواعها أن تأخذ في الإعتبار الصحة الخدمية المنتشرة في العالم وأن تدرس الفرص التسويقية التي تتيحها.

¹ يتصرف عن: أحمد الرمحي، بشار البكري، تسويق الخدمات المالية، أترك للنشر والتوزيع، الشارقة، الطبعة الأولى، 2008، ص76.

² محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، دار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2002، ص341.

³ أبي سعيد الديوه جي، المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص362.

المطلب الثاني: خصائص الخدمات

تتفرد الخدمات بالمقارنة مع السلع بعدد من الصفات والخصائص المتفق عليها من قبل الباحثين لعل أهمها:

1. عدم الملموسية:

أبرز ما يميز الخدمة عن السلعة أنها غير ملموسة،¹ فلا يمكن الإحساس بها أو تقدير قيمتها بالحواس المادية، فهي بذلك تجريد abstraction يتعذر إختبارها قبل الحصول عليها، بل هي أبعد من أن تنتج أو تحضر ثم تستهلك، يترتب على هذه الخاصية²:

- صعوبة تقييم الخدمات المنافسة بهدف التمييز بينها قبل الحصول عليها.
- إرتباط الحصول عليها بعنصر المخاطرة (risk) كعدم الرضا عنها بعد تجربتها .
- يعتبر سعرها عند الحصول عليها معيارا لجودتها.
- بما أنها غير ملموسة، فإن مقدرة مسوقها على إستخدام الأساليب التقليدية في الرقابة على الجودة تكون ضئيلة، لذا وجدت أساليب مبتكرة لقياس جودة الخدمات.

2. التلازمية:

لا يمكن الفصل بوضوح بين إنتاج الخدمات وإستهلاكها، لأنهما يحدثان على العموم في وقت واحد وفي المكان ذاته كما هو الحال في الخدمات الشخصية والعلاج الطبي، وتشير هذه الخاصية إلى ظاهرة تزامن إنتاج وإستهلاك الخدمة simultaneous ويطلق كل من Normann و Gronroos على هذه اللحظة بمصطلح "اللحظة الحقيقية للخدمة the moment of truth" التي يمكن أن يقدمها المنتج للزبون، يترتب على هذه الخاصية ما يلي³:

- يصبح الزبون منتجا مشاركا للخدمة وعميلا مشاركا مع غيره من الزبائن، فهي ليست له بمفرده.
- أي تغيير في خصائص الخدمة المتفق عليها بين المنتج والزبون يعني إنعدام قيمة الخدمة ومنفعتها.

¹ Philippe kotler, et autres, **Marketing Management**, 11eme édition, op_ cit, p456.

² ريتشارد نورمان، **إدارة الخدمات**، ترجمة عمر الملاح، دار العبيكان للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى، 2005، ص53.

³ محمد المصري، **إدارة التسويق والأششطة الخدمية**، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2001_2002، ص166.

3. التباين:

تتصف الخدمة بعدم التجانس وصعوبة التتميط وتعتبر هذه الخاصية عما يعرف بظاهرة عدم ثبات أو إتساق الأداء الخدمي، ونعني بهذه الخاصية البالغة الصعوبة، عدم القدرة في كثير من الحالات على تتميط الخدمات، خاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير وواضح، هذا يعني ببساطة أنه يصعب على مورد الخدمة أن يتعهد بأن تكون خدماته متماثلة أو متجانسة على الدوام وبالتالي فهو لا يستطيع ضمان مستوى جودة معين لها ويصبح من الصعوبة بمكان على طرفي التعامل التنبؤ بما ستكون عليه الخدمات قبل تقديمها، هذا وتوجد دائما إختلافات ولو سطحية من زبون لآخر لذلك سنجد:¹

- إختلاف الخدمة بين المؤسسات الخدمية التي تعمل في نفس المجال.
- إختلاف الخدمة المقدمة من نفس الموظف من وقت لآخر حسب الحالة النفسية والذهنية والصحية والروح المعنوية، عبء العمل وهي التي يطلق عليها بالعوامل الحرجة للأداء.
- درجة الخطأ ستكون أكبر عليها من السلع الملموسة.

4. الفئائية:

إذ لا يتوافر مخزون من الخدمات المقدمة، بل إن تقديمها يرتبط إرتباطا وثيقا بعامل الزمن² فهي تنتج وتستهلك في آن واحد³، وكلما زادت درجة اللاملموسية، إنخفضت فرصة تخزينها، وبالتالي فإن إنصراف الزبون دون حصوله على الخدمة والتي يطلق عليها بالخدمة الغير مستخدمة⁴ unused service كعدوله عن ركوب القطار، يعني فرصة بيعية ضائعة، وتعكس هذه الخاصية ما يعرف بمعضلة الطاقة الخدمية التي تشير إلى أن الطلب على الخدمات عموما غير موزع بالتساوي عبر الفترات الزمنية المختلفة يترتب على هذا:

- ضرورة العناية الفائقة بإدارة الطلب على الخدمة (محاولة جدولة تقلبات الطلب على الخدمة).
- أهمية الإستخدام المكثف لإستراتيجيات المزيج الترويجي لتحقيق الإنتظام في الطلب على الخدمة.

¹ طارق طه، التسويق بالانترنت و التجارة الإلكترونية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2008، ص 303 .

² محمد سالم الشموط، شوقي ناجي الشموط، إدارة سلسلة التوريد وعلاقات الموردين - مدخل إداري، إثناء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى 2008، ص 101 .

³ تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 22.

⁴ طارق طه، التسويق بالانترنت و التجارة الإلكترونية، مرجع سبق ذكره، ص 301.

5.5 عدم تملك الخدمة:

إلى فترة قريبة إنحصرت خصائص الخدمات في الصفات الأربع الوارد ذكرها، لكن الباحثين أضافوا هذه الخاصية إنطلاقاً من كون الخدمة ينتفع بها¹ ولا تنتقل ملكيتها من المنتج إلى الزبون عند الإتفاق ويترتب على هذه الخاصية :

- تصبح قناة التوزيع المباشرة أكثر إستخداماً.
- يتحول الوسيط إلى دور المشارك في إنتاج الخدمة بدلاً من دوره كناقل فقط.

الجدول (1) : بعض المشاكل الناجمة عن خصائص الخدمات و أساليب معالجتها

السمات	بعض التطبيقات	بعض طرق المعالجة
عدم الملموسية	<ul style="list-style-type: none"> ➤ صعوبة توفير عينات ➤ وجود قيود كثيرة على عنصر الترويج في المزيج التسويقي ➤ صعوبة تحديد السعر والجودة مقدماً ➤ إستخدام السعر كمؤشر للجودة ➤ صعوبة تقييم الخدمات المنافسة. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ التركيز على الفوائد ➤ زيادة إضفاء الملموسية للخدمة ➤ إستخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة ➤ تخفيض تعقيدات الخدمة.
التلازم	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تتطلب تواجد مقدم الخدمة ➤ البيع المباشر ➤ محدودية نطاق الخدمات . 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تعلم العمل في مجموعات كبيرة ➤ العمل بسرعة ➤ تحسين أنظمة تسليم الخدمة.
الاختلاف وعدم التجانس	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تعتمد المعايير على من يقدمها ومتى يقدمها ➤ صعوبة التأكد من النوعية. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تدريب عدد أكبر من الموظفين الأكفاء ➤ توفير مراقبة مستمرة ومؤسسية.
الزوال و الفناء	<ul style="list-style-type: none"> ➤ لا يمكن تخزينها ➤ مشاكل التذبذب في الطلب . 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ أتمتة العمليات قدر المستطاع ➤ المحاولة المستمرة لإيجاد توافق بين العرض والطلب.
الملكية	<ul style="list-style-type: none"> ➤ يسمح للزبون بإستخدام الخدمة و لكن دون إمتلاكها 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ التركيز على مميزات عدم الملكية مثل توفير نظام الدفع .

المصدر:

بالتصرف عن: هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الرابعة، 2008 ص31.

¹ بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، التسويق أسس و مفاهيم معاصرة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2006 ص220.

المطلب الثالث: دراسة التداخل والإختلاف التسويقي بين السلع والخدمات

يمكن تفهم طبيعة الخدمات من خلال تحليل العلاقة بينها وبين السلع المادية،¹ لكن بداية من الضروري تحديد أهم الفروق بينهما من خلال الجدول الموالي.

الجدول (2) : الفروق الجوهرية بين السلع والخدمات

الخدمات	السلع
الخدمات غالبا تكون غير ملموسة لأنها عبارة عن أنشطة وجهود لا يمكن تملكها وتكمن قيمة الخدمة أو جوهر المنفعة المترتبة على الخدمة في التجربة التي يعيشها الزبون، ولا تتضمن عادة نقل أو تحويل الملكية.	السلع أشياء ملموسة وقيمة السلعة تكمن في حقيقة أنه يمكن تملكها أي أنه يحدث نوع من نقل الملكية للمشتري.
الخدمات غير قابلة للتخزين فالطاقة الغير مستغلة في مجال الخدمات لا يمكن تخزينها و تحويلها إلى وقت آخر، فالمقاعد الشاغرة بالطائرة تتلاشى فرصة الإستفادة منها بمجرد إقلاع الطائرة.	السلع يمكن تخزين الفائض منها في وقت ما حتى يكون الطلب عليها في وقت لاحق
الخدمات لا يمكن فصلها عن الشخص مقدم الخدمة إذ لا يمكن فصل الطبيب عن الخدمة التي يقدمها للمريض، فالشخص مقدم الخدمة ينتج ويوزع الخدمة في نفس الوقت .	تخضع السلعة لمواصفات معينة وهناك إنفصال بين المنتج والمستهلك ويتم الإتصال بينهما عن طريق الوطاء وبالتالي فهناك فاصل زمني بين الإنتاج والإستهلاك، يتم خلال هذا الفاصل نقل وتخزين السلع.
الخدمات تختلف في الجودة بمرور الوقت ولذلك لا يمكن ضمان النمطية في جودة الخدمة بسبب إعتداد الخدمة على مقدمها وكذلك اشترك الشخص متلقي الخدمة من خلال تشخيص إحتياجاته.	يمكن إحداث قدر كبير من النمطية في السلع وبالتالي يمكن إنتاج السلع على نطاق واسع وإستخدام أساليب الرقابة على الجودة بسهولة.

المصدر: بتصرف عن: عوض بدير حداد، تسويق الخدمات المصرفية، دار البيان للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، 1999، ص(49_50).

يظهر من خلال الجدول الفروق الجوهرية بين الخدمات والسلع المادية، إنطلاقا من هذا أكد Philip kotler أنه توجد خمسة أنواع من العروض يمكن أن تقدمها المؤسسة هي كما يلي²:

¹ محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل و المتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى 2002 ص393.

² ثامر ياسر البكري، التسويق أسس ومفاهيم معاصرة، مرجع سبق ذكره، ص 218.

1. **سلع ملموسة بحتة:** حيث يتضمن العرض في هذا سلعا ملموسة بشكل تام، ولا ترافقها أي خدمة.
2. **سلع ملموسة مصحوبة بخدمات:** ويتضمن هذا العرض سلعا ملموسة يصاحبها نوع أو أكثر من الخدمات لتحفيز وزيادة رغبة الزبون، فينبغي مثلا على المؤسسة المصنعة للسيارات أن ترفق منتجاتها بخدمات مضافة كإدخال التكنولوجيا التي تجعل المنتج أكثر تطورا مع مراعاة أنه كلما كانت السلع معقدة من الناحية الفنية كأجهزة الحواسيب، كلما زادت أهمية الخدمات المصاحبة لها.
3. **الهجين (تداخل السلع و الخدمات):** والذي يشكل حالة مشتركة ومتساوية بين الخدمة والسلعة كما هو الحال في مطاعم الوجبات السريعة.
4. **خدمة في المقام الأول تصاحبها سلع أخرى مكتملة¹:** حيث يتضمن العرض الأساسي خدمة مصحوبة بسلع أو خدمات مساعدة، مثال ذلك خدمة الطيران، إذ يشتري الزبائن خدمة النقل بالدرجة الأولى، دون تملك شيء ملموس مقابل ما دفعوه ومع ذلك يمكنهم الاستفادة من بعض الأشياء الملموسة والخدمات الثانوية المرافقة لها.
5. **الخدمة البحتة*:** وهي التي لا تتطلب أي جانب مادي فيها (بشكل أساسي وتام) مثل العلاج النفسي والعناية بالأطفال.

وفي الواقع العملي الميداني يصعب بالفعل التمييز بشكل مطلق بين الخدمات والسلع وهذا يعود لحقيقة أنه عندما تتم عملية شراء سلعة ما، فإن هذه العملية تتضمن في الغالب عنصر خدمة يكون مرافقا للسلعة ونفس الشيء ينطبق على شراء الخدمة حيث أن تقديم الخدمة يتم من خلال شيء ملموس يكون مرتبطا بها، فالسيارة تبدو وكأنها سلعة وليست خدمة إلا أنها غالبا ما تباع مع حزمة من الخدمات ذات العناصر غير الملموسة، مثل الضمان أو التسهيلات الإئتمانية أو خدمة ما بعد البيع وعلى نفس المنوال فإن الخدمة التي تبدو غير ملموسة للوهلة الأولى مثل رحلة سياحية، تتضمن أيضا عناصر ملموسة ترافق وتكمل الخدمة² غير الملموسة لهذا خضعت الخدمة لعدة تصنيفات لعل أهمها :

التصنيف الأول:

يتم على أساسه اعتماد المعايير التالية :

¹ عوض بدير حداد، **تسويق الخدمات المصرفية**، البيان للطباعة والنشر، جامعة قناة السويس، لا توجد طبعة، 1999، ص 50.

* يمكن أن ترافق الخدمة البحتة تقديم خدمات أو سلع إضافية مثل العلاج النفسي الذي قد يتطلب وصفا طبية، إلا أنه لأغراض الفصل والتحليل يتم تقييم هذه الخدمة بمعزل عن أي شيء آخر.

² حميد الطائي، بشير العلاق، **تسويق الخدمات، مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي**، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 37.

1. من حيث الإعتدائية : تتنوع الخدمات على أساس إعتدائها إما على المعدات أو على الأفراد كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل محترفين أو مهنيين، وهنا يصبح طلب الخدمة يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها¹.

2. من حيث مشاركة الزبون /المستفيد²: تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون للحصول على الخدمة اللائقة مثل العمليات الجراحية، بينما لا تتطلب أخرى مشاركة الزبون طول الوقت للحصول عليها.

3. من حيث نوع الحاجة: حيث تتباين فيما إذا كانت تحقق حاجات شخصية (خدمات فردية مثلا) أو حاجات غير فردية (حاجات الأعمال)، فالأطباء مثلا يصفون تسعيرة الفحوصات الطبية للأفراد المرضى بشكل يختلف عن فحوصات المشتركين في التأمين الصحي.

4. من حيث دوافع مقدم الخدمة³: حيث يمكن تصنيفها إلى :

➤ خدمات تقدم بدافع الربح : مثل المؤسسات الخاصة كالمستشفيات والمدارس والجامعات.

➤ خدمات لا تقدم بدافع الربح : مثل الخدمات المقدمة من الدولة كالتعليم والعلاج الصحي.

التصنيف الثاني: ويتم وفق المعايير التالية :

1. حسب درجة كثافة وقوة العمل و هي⁴:

➤ خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة ومن أمثلتها خدمات رعاية الأطفال وخدمات التدريب .

➤ خدمات تعتمد على المستلزمات والمعدات المادية مثل خدمات الإتصالات السلكية واللاسلكية.

2. حسب نوع الزبون:⁵ حيث يمكن تصنيفها إلى :

➤ خدمات شخصية : تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة مثل السياحة.

➤ خدمات المنشآت: التي تقدم لتلبية حاجات مؤسسات الأعمال مثل خدمات الإستشارات الإدارية.

3. حسب درجة الإتصال بالمستفيد⁶ :

¹ قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006، ص(74-76)

² محمود الصميدعي، إيهاب القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2007 ص191.

³ بشير عباس العلق، محمد جاسم الصميدعي، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى 2002

ص393

⁴ قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 76.

⁵ المرجع أعلاه، ص 75.

⁶ بتصرف عن: حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص50_51.

- خدمات ذات إتصال شخصي عال : خدمات الطبيب والمحامي و خدمات النقل .
- خدمات ذات إتصال شخصي منخفض : الخدمات البريدية.
- خدمات ذات إتصال شخصي متوسط : خدمات المسرح وخدمات مطاعم الواجبات السريعة.

4.حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمات:وتنقسم إلى مهنية مثل خدمات الأطباء والمحامين والخبراء أو غير مهنية

التصنيف الثالث : يقوم على إعتبار الخدمة بمثابة عملية موجهة حسب الآتي¹:

1. **خدمات معالجة الناس:** وتحصل عندما يطلب المستفيد خدمة تتألف عملياتها من إجراءات ملموسة تكون موجهة إلى المستفيد كشخص مادي وعلى هذا فإن الخدمة تتطلب حضور المستفيد شخصيا.
2. **خدمات معالجة الممتلكات:** وذلك عندما يطلب المستفيد من مزود الخدمة أن يقوم بإجراءات أو أعمال أو خدمات غير موجهة إليه شخصيا وإنما إلى ممتلكاته المادية مثل السكن والصيانة
3. **خدمات المثير العقلي :** وتتضمن مجموعة من الخدمات المؤلفة من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة إلى عقول المستفيدين وأذهانهم وهو يتطلب المشاركة الذهنية للمستفيدين خلال عملية تقديم الخدمة، كما يتطلب هذا النوع من الخدمات كشرط أن يكون المستفيد على إستعداد للتفاعل مع الخدمة ذهنيا وعاطفيا (دون الحاجة إلى حضوره المادي).

المطلب الرابع : ماهية المؤسسة الخدمية

قصد إزالة الغموض الذي يكتنف مفهوم المؤسسة الخدمية وعلى إعتبار عدم وجود تعريف موحد لها سنشير هنا إلى تعريف كل من المؤسسة والخدمة، لنكون تعريفا شاملا للمؤسسة الخدمية .

- عرف **بارسوتر** المؤسسة على أنها:«مركب يعمل على تكامل الأدوار التي يقوم بها الأفراد والتي يكمل بعضها البعض»².

¹ محمد الصميدعي، إيهاب علي القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، مرجع سبق ذكره ،ص (195، 194) .

² محمد سلمان العميان، الفرص والتحديات لمنظمات الأعمال العربية، مؤتمر ادارة الأعمال الأول - مستحدثات الألفية الثالثة-، الجامعة الأردنية الأردن، من 3 إلى 5 ايار 2005، ص 668 .

- كما عرفت على أنها « وحدة إقتصادية تضم عددا من الأشخاص وتستخدم مختلف عناصر الإنتاج لتحويلها إلى مخرجات عن طريق قيامها بأنشطة وفعاليات بهدف إشباع حاجات ورغبات المستهلكين من السلع والخدمات»¹
- عرفها **الدليل الإحصائي الفرنسي** على أنها: « كل وحدة قانونية متكونة من أشخاص طبيعيين أو معنويين يتمتعون بحرية إتخاذ القرارات في إنتاج السلع والخدمات »²

أما الخدمة، أخذت عدة تعاريف نذكر منها التعريف التالي*

عرفها **Christian Dumoulin** على أنها: « تصرف أو مجموعة من التصرفات التي تتم في زمن محدد ومكان معين من خلال وسائل مادية و بشرية لمنفعة فرد معين أو مجموعة من الأفراد بالإعتماد على إجراءات وسلوكيات منظمة »³

ومن خلال المزج بين التعاريف يتضح أن المؤسسة الخدمية « هي وحدة تتضافر فيها مجموعة الوسائل البشرية والمادية والمالية لتحقيق مهام تقديم الخدمة لتلبية حاجات الزبائن»، ويمكن أن نؤشر إلى إختلافات عديدة بين المؤسسة الخدمية ونظيرتها الصناعية، تتمثل في الجوانب التالية⁴:

- **مخرجات المؤسسة الخدمية غير ملموسة:** فالبنوك وشركات الهواتف والتأمين تقدم للزبائن خدمات لا يمكن تخزينها أو مشاهدتها
- **القرب من الزبون:** فالمؤسسة الخدمية أكثر قربا من زبائنها مقارنة بالمؤسسات الصناعية والزبون الذي لا يرضى عن خدمة من إحدى المؤسسات غالبا ما يجرب مؤسسة أخرى، فلكي تنجح المؤسسة الخدمية عليها أن تلبى رغبات زبائنها.
- **يتم تقديم الخدمة حسب رغبة الزبون:** إذ يشارك في تحديد الكيفية التي يود أن يتلقى بها الخدمة عكس السلع التي تتصف بدرجة عالية من النمطية .
- **الإعتماد على تقنية كثيفة العمالة:** وذلك لضرورة التفاعل المباشر بين مقدم الخدمة والزبون فكل زبون يحتاج إلى عامل ليقدم له الخدمة، في حين أن المنتجات الصناعية تعتبر كثيفة رأس المال وتزداد فيها درجة الآلية .

¹ أحمد شاكر العسكري، التسويق مدخل استراتيجي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص15

² R.Renneman, S. Sépari, **Economie d'entreprise**, dunod, Paris, 2001, p22.

* للإطلاع أكثر على تعاريف الخدمة يرجى الرجوع إلى الفصل الأول، المطلب الأول .

³ Christiane Dumoulin, Jean Paul **Entreprise de Services**, les éditions d'organisation, paris ,2eme Edition 1998,p20.

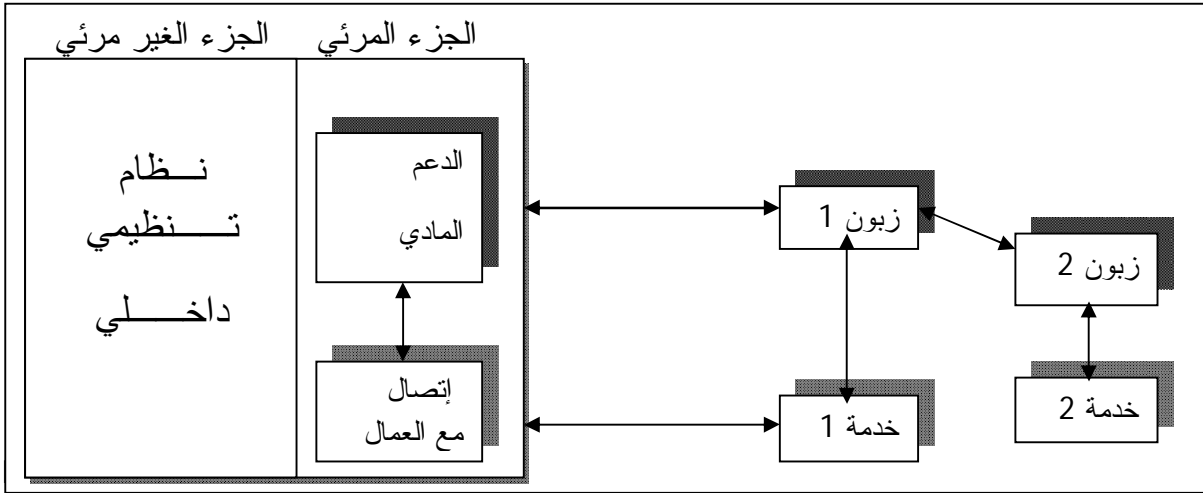
⁴ حين حريم، إدارة المنظمات - منظور كلي -، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون طبعة، 2003، ص199.

الفصل الأول: المدخل إلى الخدمات الصحية

ونظرا لهذه الاختلافات، فإن الهيكل التنظيمي للمؤسسات الخدمية يختلف هو الآخر عنه في المؤسسات الصناعية على النحو التالي:

- درجة الإعتماد على الأدوار الحدودية، فبالنسبة للمؤسسات الصناعية لا بد من وجود أدوار حدودية تتولى رصد التغيرات في البيئة الخارجية بغرض التكيف معها والتعرف على حاجات ورغبات المستهلكين، أما بالنسبة للمؤسسات الخدمية فلا حاجة للأدوار الحدودية لأن الزبون يأتي إلى المؤسسة لتلقي الخدمة وهنا نستطيع التعرف على رغباته وتلبيتها في الحال .
- درجة الرسمية حيث تعتمد المؤسسات الصناعية على درجة اكبر من الرسمية في الإتصالات أما المؤسسات الخدمية فتعتمد أكثر على الإتصالات الشفهية المباشرة سواء بين العاملين أو بين العاملين والزبائن.
- الإنتشار الجغرافي لفروع المؤسسة، حيث يمكن إنتاج السلع ونقلها إلى أماكن بعيدة حتى تصل إلى الزبون، أما الخدمة فلا يمكن نقلها بعيدا لذلك فدرجة الإنتشار الجغرافي في حالة المؤسسات الخدمية تكون أكبر منها في حالة المؤسسات الصناعية

الشكل رقم (1): نموذج للمؤسسة الخدمية



Source : François Caby, **la qualité dans les Services**, édition economica, Paris, 2002, p11.

يتضح من خلال الشكل أن المؤسسة الخدمية تتكون أساسا من العناصر التالية:

1. الزبون: يعتبر عنصرا ضروريا لوجود الخدمة، فمن دونه لا مبرر لوجودها، لذلك يجب على المؤسسة الخدمية بناء علاقات ذات جودة عالية مع زبائنها .

2. **الدعم المادي:** يشمل اللوازم الضرورية لإنتاج الخدمة سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة
3. **إتصال مع العمال:** و هم الأفراد الذين لهم إتصال مباشر بالزبون.
4. **الخدمة:** وهي نتيجة تفاعل العناصر سابقة الذكر، وتهدف إلى تلبية حاجة الزبون مع تحقيق ربح المؤسسة.
5. **نظام التنظيم الداخلي:** وهو الجزء الغير مرئي من المؤسسة، والذي يساهم في التسيير الكامل للمؤسسة.

المبحث الثاني: الخدمات الصحية من منظور مفاهيمي

أصبحت الخدمات الصحية تحتل دوراً مهماً في حياة المجتمع، وتساهم في رفاهيتهم، بل إنها دقيقة الإرتباط بالحالة الاقتصادية والاجتماعية، فمستوى الخدمة الصحية المقدمة في مجتمع ما، هي مقياس لمدى تقدمه أو تخلفه، في هذا الإطار إرتأينا التطرق للخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية

ينطبق مفهوم الخدمة بشكل عام على مفهوم الخدمة الصحية، لكن خصوصية هذه الأخيرة في كونها ترتبط بأعلى كائن على وجه الأرض يجعلها تنفرد بأهمية خاصة سنوضحها بعد إستعراض تعاريفها

أولاً: تعريف الخدمات الصحية:

- تعرف الخدمة الصحية على أنها: «المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل»¹

يشير هذا التعريف إلى أن الخدمة الصحية تتلخص في جملة المنافع المقدمة للمستفيد والتي تخلق لديه حالة من الصحة والسلامة المكتملة.

- كما تعرف على أنها: «الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية»²

يلخص هذا التعريف الخدمات الصحية في كونها خدمات تشخيصية، تأهيلية، إجتماعية ونفسية مقدمة على مستوى كل الأقسام والمراكز المخولة بذلك

إلا أن هناك من تحدث عن المنتج الصحي، وقسمه إلى سلع صحية وخدمات صحية³ فالسلع الصحية تشمل الأدوية والأجهزة والمعدات الطبية وتقسم إلى:

¹ المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 1998، ص87.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات - المفاهيم و التطبيقات - بحوث و دراسات، المنظمة العربية للتممية الإدارية، مصر الجديدة، القاهرة، 2003، ص ص9،8.

³ بالتصرف عن: ردينه عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2008، ص(92-95)

سلع إستهلاكية صحية: وهي التي تشتري من قبل المستهلك النهائي كالأدوية ومقتنيات الأطباء. السلع الإنتاجية الصحية: وهي التي تدخل أو تساعد في إنتاج سلع أخرى مثل المواد الأولية. أما الخدمات الصحية فقد حدد Russ أن بيعها لا يقتصر ببيع منتجات أخرى ويجد بأن نتائج الخدمة قد تتطلب إستعمال سلع ملموسة لكنها سلع مساعدة في إنتاج وتقديم الخدمة ولا تنتقل ملكيتها وإنما الذي يباع هو النشاط أو الجهد، إذ أن إجراء عملية جراحية ورفود المريض في المشفى يجعله يحصل على خدمة الجراحة وخدمة الإيواء بهدف الحصول على الرعاية الصحية الملائمة والشفاء من مرض ما وسوف يقوم بدفع ثمن هذه الخدمة ويغادر دون إمتلاك السرير أو أدوات الجراحة لذلك تعرف الخدمة الصحية، وفقا لهذا على أنها: «مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين بإستخدام سلع مساعدة ولكن لا تحول ملكية السلع المساعدة للمستفيد من الخدمة»¹ ويمكن أن نصنف الخدمات الصحية بناء على التعاريف السابقة إلى:

1. خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدي عبر أقسام مثل قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية) قسم الإسعاف والطوارئ بالإضافة إلى قسم التخدير والإنعاش، العيادات الخارجية وقسم الأشعة وغيرها.

2. خدمات طبية مساعدة : تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المشفى، ويندرج ضمنها خدمات التمريض Nursing services وخدمات الصيدلة pharmacy

3. الرعاية الصحية:

تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة، ومن المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع بين الناس وحتى بين الأطباء والمهنيين في حقل الصحة وهو الخلط بين مفهومي المعالجة الطبية Curing والرعاية الصحية Caring حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقان، إلا أن ذلك خطأ، لأن المعالجة الطبية ماهي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت المعالجة الطبية هي التي تتعامل مع المرضى، فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة وإذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته، ولا ينتهي عمل الرعاية عند هذا الحد، ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.

¹ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق، على مشفى الأسد الجامعي و مشفى الباسل، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27 العدد الثاني، 2005، ص (9-10).

4. يمكننا إضافة قسم آخر لا يمكن إهماله إطلاقاً، يتعلق بصحة المجتمع أو ما يسمى بالخدمات الصحية البيئية وترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات، وهي خدمات صحية وقائية تقيه من الأمراض كاللقاحات وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي .

كما يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب طبيعتها وميادينها إلى ثلاثة أنواع رئيسية تحتوي بدورها أنواعاً من التخصصات هي¹ :

- الخدمات الباطنية: سواء كانت وقائية أو علاجية مثل الطب العام، طب الأطفال.
- الخدمات الجراحية أو الطب الجراحي: مثل جراحة العيون.
- الخدمات الطبية المساعدة: مثل الخدمات التمريضية.

ثانياً: الأهمية التسويقية للخدمات الصحية:

بعيدا عن الأهمية العلمية والطبية للخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية، فإنه يمكن تحديد بعض المؤشرات التي تدل على الأهمية التسويقية للخدمة الصحية تتلخص في² :

1. لولا وجود الخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسة لما أصبح هناك أساساً مبرر لوجود علاقة بين طرفي العملية التبادلية التسويقية وهما المريض والمؤسسة، ولما أصبحت هنالك حاجة مستمرة لإبقاء هذه العلاقة ؛
2. لولا وجود الخدمة الصحية لما أمكن لبقية عناصر المزيج التسويقي الأخرى أن تعمل أو حتى أن توجد أصلاً.
3. تقديم الخدمة الصحية وبجودة مناسبة يمكن أن تسهم في زيادة مكانة المؤسسة في السوق التنافسي الصحي.
4. الخدمة الصحية المقدمة للجمهور هي مخرجات المؤسسات الصحية لسلسلة العمليات المختلفة التي تقدمها للمرضى والتي تستطيع من خلالها أن تحقق عوائد مالية لتغطي بعض أو كل النفقات التي تحملتها في الإنتاج، بل إن البعض منها تستطيع أن تحقق فوائد مضافة تساعد في إعادة استثمارها في معدات وأجهزة طبية جديدة لتقديم خدمات صحية جديدة و تبقى محافظة على مكانتها في السوق الصحية.

¹ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية- مفاهيم و نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية-، دار الحامد للنشر والتوزيع عمان، الطبعة الأولى، 2004، ص ص 90،91.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 170.

5. الخدمة الصحية تتميز بالتسارع الكبير في تطورها وتنوعها نظرا للإكتشافات العلمية المتلاحقة للحد من الأمراض المستعصية التي ظهرت حديثا، أو تلك الناجمة عن الصناعات المخترية مما يستوجب مواكبة الخدمة الصحية المقدمة مع مختلف الحاجات المستجدة لدى أفراد المجتمع¹.

المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية

لا تختلف خصائص الخدمات الصحية عن خصائص الخدمات بشكل عام، هي كما حددها **Bennett²**:

- الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة: هذا ما يتطلب مهارة في الإتصال بين مقدم الخدمة والمستفيد والحاجة إلى هذه المهارة سوف تملئ على المؤسسة الصحية سياسة توصيل الخدمات بشكل مباشر لتحقيق الإتصال الفعال.
- غير قابلة للإفصال: إذ أن الجراح لا يقوم بالعملية إلا بوجود المريض.
- عدم التماثل (التباين): لأنها تعتمد على مهارة، أداء وسلوك مقدم الخدمة وعلى الزمان والمكان والمعلومات التي يقدمها المريض، ويلعب المستفيد دورا مهما هنا إذ أنه يختلف من حيث المزاج والسلوك ومستوى التفاعل والإستجابة.
- تلاشي الخدمة الصحية: سواء تمت الإستفادة منها أو لا.
- عدم إنتقال الملكية: لكن مع ذلك يمكن للمريض تحقيق إنتقال ملكية بعض السلع المساعدة كالحبوب، الحقن والتضميد.

ويمكن أن نلخص بعض الخصائص الإضافية التي تتميز بها الخدمات الصحية، تتمثل في³:

1. أن طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي الخدمات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة، وكيفية إشباعها لحاجاتهم فالحاجة والطلب على الخدمة يتأثران بالمستوى الإجتماعي والثقافي والإقتصادي للمستفيدين من الخدمة .
2. لا يعرف المريض أساليب ومراحل العلاج المختلفة التي تعد من إختصاص طبيبه، فهو وحده من يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب .

¹ المرجع السابق، ص171.

² ردينه عثمان، التسويق الصحي و الإجتماعي، مرجع سبق ذكره، ص100.

³ فوزي مذكور شعبان، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة، الطبعة الأولى، 1998، ص 184.

3. الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض والطبيب ففي الوقت الذي يرى فيه المريض أن التوقف عن العلاج يعد بداية التحسن في صحته، فإن الطبيب يرى عكس ذلك .
4. تذبذب الطلب على الخدمات الصحية وعدم استقراره وهذا استنادا للظروف البيئية والكوارث والحروب، إذ يتميز مثلا موسم الشتاء بارتفاع الطلب على الخدمة الصحية بسبب أعراض الزكام.
5. نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المؤسسات الصحية أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى على عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي أوجدت من أجلها.

المطلب الثالث: المزيج التسويقي للخدمات الصحية

يرى Philip Kotler أن المزيج التسويقي هو التسويق ذاته، بل بشكل أدق هو على أرض الواقع الإستراتيجية التسويقية الشاملة **Total Marketing Strategy** .

يعرف المزيج التسويقي على أنه: «مجموع الأنشطة المتكاملة والمتراصة التي تعتمد على بعضها البعض بغرض أداء الوظيفة التسويقية على النحو المخطط لها»¹، وبسبب كون الخدمة غير ملموسة فإن المزيج التسويقي لها يمتاز بصعوبة أكبر مما هو عليه بالنسبة للمنتجات المادية الملموسة، حيث تتسجم العناصر القياسية الأربعة لتشكل المزيج التسويقي لكل من الخدمات والمنتجات الملموسة مع اختلاف التطبيق²، غير أن Borden أوضح أن عناصر المزيج التسويقي تصلح للقطاع الصناعي فقط، وهو ما ذهبت إلى تأكيده SallyDibly عندما أشارت إلى إمكانية إضافة عناصر أخرى للمزيج التسويقي³ لتزيد من سعة نطاقه وتتسجم مع الخصائص المميزة للخدمات.

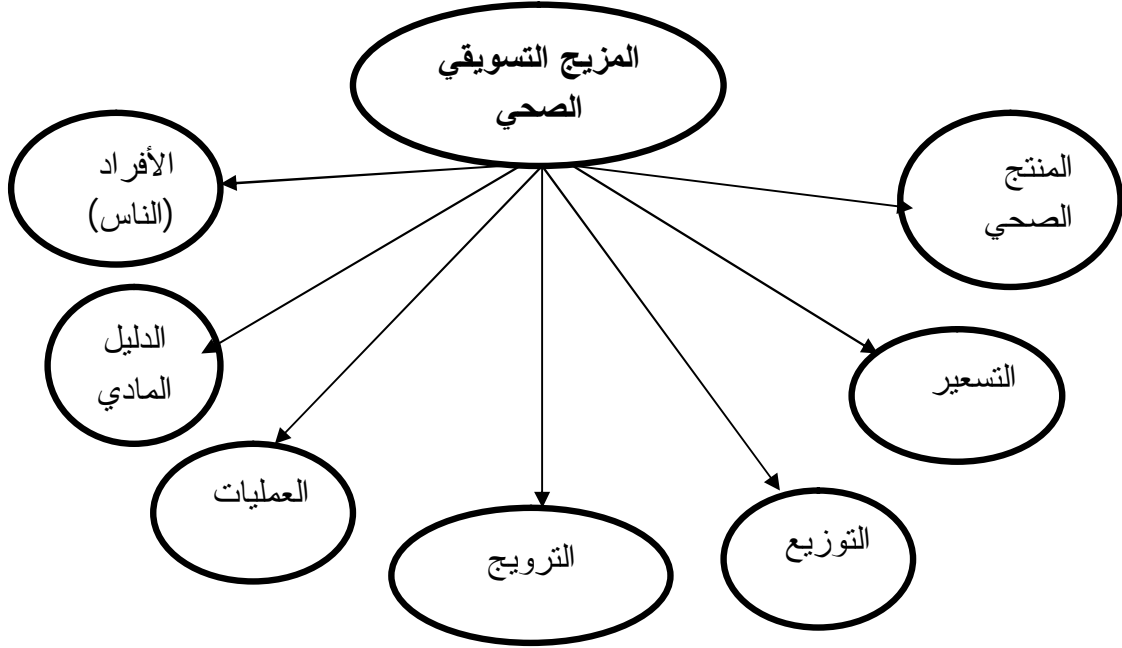
ويتكون المزيج التسويقي الصحي من العناصر الرئيسية التي تستخدمها المؤسسة في دعم وتقوية مركزها في السوق الصحي وفي إشباع إحتياجات الزبائن من المرضى وعامة المجتمع، تتمثل هذه العناصر في: الخدمة، التسعير، التوزيع، الترويج، الدلائل المادية، الأفراد، العمليات والإجراءات.

¹ حميد الطائي، يشير العلق، تسويق الخدمات - مدخل إستراتيجي، وظيفي، تطبيقي، - مرجع سبق ذكره، ص 85.

² هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 74.

³ محمود جاسم الصميدعي، يشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل و المتكامل، مرجع سبق ذكره، ص 403.

الشكل (2): المزيج التسويقي للخدمات الصحية



المصدر: ردينه عثمان، التسويق الصحي والاجتماعي، مرجع سبق ذكره، ص 91..

1. الخدمة:

تعتبر الخدمة منتجا غير مادي، يحتوي في مضمونه عملا أو أداء لا يمكن إمتلاكه، ما يعني أن الخدمة لا بد وأن تقدم دون خطأ حتى تحضى برضا المستفيد وهذا ما يبرز في الخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر، ولا تقتصر المؤسسات الصحية على تقديم خدمة وحيدة بل مجموعة من الخدمات تشكل ما يعرف بمزيج الخدمات الصحية، ومن أبرز القرارات المتعلقة بهذا المزيج¹:

الإتساع: أي عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات الجراحية، الخدمات التمريضية .

العمق: أي عدد الخدمات داخل خط الخدمات مثلا مؤسسة تقدم خدمات جراحية، قد تقدم جراحة القلب

الإرتباط: أي درجة الإرتباط القائم بين الخدمات.

إدخال خدمة جديدة: ويرتبط إدخال خدمة جديدة بمجموعة من القرارات:

¹ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي بالإدقية، مرجع سبق ذكره، ص 11، 10.

- التنويع: كتنقديم خدمات جراحية مرتبطة بالعيادات الخارجية
- تشكيل الخدمات: بمعنى إضافة شكل جديد على الأشكال الحالية كتنقديم خدمات الأشعة
- تطوير الخدمات: إضافة مزايا جديدة شكلا ومضمونا عن طريق الإستفادة من التقنية الطبية

وهناك بعض القرارات المتعلقة بمزيج الخدمات في المؤسسات الصحية التي لا تهدف للربح، كدراسة الحاجات الصحية للمجتمع، وتقديم خدمات متلائمة معها، القيام بحملات توعية صحية لإبعاد الأفراد عن بعض العادات.

2. التسعير:

تتباين مسميات السعر في قطاع الخدمات لحد كبير (القيمة، العمولة، الفائدة، الحساب...) مما يدل على إختلاف الظروف والبيئات والمؤثرات المحيطة بقرار التسعير من مجال لآخر، ولا ينبغي أن ينظر إلى السعر نظرة ضيقة بإعتباره يمثل التكاليف المادية التي يتحملها المستفيد للحصول على المنتج، بل ينظر إليه نظرة شمولية بإعتبار أن هناك عناصر أخرى للتكاليف تؤثر في السعر من أمثلتها تكلفة الجهد العضلي والذهني المبذول،¹ ولما كانت الخدمات تتصف بتعقيدات تتعلق بطبيعة وجودة الخدمة المقدمة وكذا صعوبة تقييمها على أساس ملموس²، أوجدت العديد من الطرق المستخدمة في تسعير الخدمات الصحية وهي :

01: التسعير على أساس التكلفة³: و تتوافق مع المؤسسات الصحية الغير هادفة للربح إلا أنها محدودة الإستخدام.

02: التسعير على أساس المنافسة: بحيث يكون السعر إما معادلا أو أعلى أو أقل من أسعار المنافسين ومما يجب أخذه بعين الإعتبار عند تحديد السعر، العوامل المؤثرة عليه كالتكلفة، المنافسة، المزيج التسويقي، الموردون، العرض والطلب وتدخل الدولة، وفيما يتعلق بالمؤسسات الصحية غير الهادفة للربح فهي تعمل وفق أسس غير مالية أو لأموال تتحدد بواسطة الدولة أو المتبرع⁴.

¹ المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج، عمان، الطبعة الأولى، 2006، ص80.

² Lindon Denis , Jallet Frederic , le Marketing ,dunod ,Paris ,5 eme edition, 2005, p 425.

³ فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2009، ص348 .

⁴ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللانقية، مرجع سبق ذكره ص14

03. التسعير الإجباري¹: ويكون على الخدمات التي تحدد سعرها الحكومة وتعمل على توفيرها أو تشرف على إيصالها للزبون .

نؤكد على أن السعر يعتبر من الأمور المعقدة جدا في المزيج التسويقي للخدمات الصحية، وذلك للإعتبارات التالية² :

1. يضع المرضى المستفيدون قيودا معقدة على الأسعار التي تتقاضاها المؤسسات الصحية كرسوم أو ثمن للخدمة الصحية المقدمة وتتضح هذه القيود من خلال الحملات التي يطلقها المرضى وذويهم والصحافة ووسائل الإعلام على إرتفاع أسعار العلاج .
2. قد تتدخل الحكومات من خلال وزارات الصحة ونقابات الأطباء لتحديد أسعار الكشف والعلاج ودعم بعض الأدوية الإستراتيجية.
3. لا يعرف المستفيد ثمن الخدمة الصحية قبل أدائها، كما لا يختار في حالات معينة الخدمة المقدمة له، فهذا من إختصاص الطبيب المعالج.
4. جودة الخدمة الصحية غير محددة المعالم، وتتأثر بالكثير من الأمور المعقدة، ومن ثم فتحدد السعر تعثره عوامل تناقض كثيرة.

3. التوزيع Distribution:

يقوم مفهوم التوزيع للخدمات الصحية في قطاع الصحة على تحديد المواقع الجغرافية التي تقدم فيها الخدمات و يمكن أن نحدد مفهومين بالنسبة لمنافذ التوزيع في الخدمات الصحية هما³:

1. التوزيع الجغرافي في أماكن ومواقع جغرافية منتشرة .
2. التوزيع الجغرافي الداخلي أي داخل المؤسسة الصحية .

فيما يتعلق بالنوع الأول نجد أنه محكوم بإعتبارات عديدة منها :

- المسؤولية القانونية الملقاة على عاتق الدولة إتجاه الأفراد، ترتب عليها نشر الوحدات الصحية المتخصصة في مختلف المناطق والأحياء .

¹ فريد كورتل، تسويق الخدمات ، مرجع سبق ذكره، ص 349.

² محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الحامعي باللاذقية، مرجع سابق ذكره، ص 12.

³ سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مراجع إدارة الأعمال، مطبعة العشري، جامعة قناة السويس، مصر بدون طبعة، 2008، ص 473.

- القطاع الصحي الخاص تحكمه إعتبارات عديدة عند إختيار الموقع أهمها حافز الربح، درجة الأمان، حجم السكان، و درجة الإستقرار خاصة بالنسبة للمؤسسات الإستثمارية العالمية.

أما فيما يتعلق بالنوع الثاني وهو التوزيع الداخلي للخدمات الصحية فهو ما نلمسه في كثير من المؤسسات الصحية ويعني تنظيم المكان وتقسيمه إلى مواقع محددة مثل إختيار الأماكن الخارجية من المؤسسة كعيادات خارجية بهدف منع الإزدحام داخل المشفى، وتقليص بعض إجراءات الخدمة الصحية لتجنب الضغط الداخلي، وتشمل:

- يمكن أن يتم التقسيم على أساس المواقع الداخلية كغرف إقامة المرضى، غرف العناية المركزة غرف العمليات الجراحية.
- يمكن أن يتم التقسيم الجغرافي على أساس التخصص في أداء الخدمات الصحية مثل مؤسسات صحية متخصصة في أمراض القلب، الصدر، الحوادث.
- يمكن أن يكون التقسيم هيكلي مثل المؤسسات الحكومية المركزية (الكبيرة والصغيرة) ومؤسسات التأمين الصحي.

4 . الترويج (Promotion) :

ويطلق عليه أحيانا بالتوعية الصحية أو التوجيه الصحي، ويقصد به كل صور الإتصال الإقناعي النابعة من مقدم الخدمة والموجهة نحو المستفيد وتتطلب التوعية الصحية الإعتماد على فكرة تلقى ترحيبا لدى المستفيد من الخدمة، ومن أبرز عناصر المزيج الترويجي التي حددها kotler والتي يمكن إعتادها في المجال الصحي ما يلي:¹

- **الإعلان:** بأنواعه (إعلامي، إقناعي، إذاعي، إرشادي، تذكيري)، ووسائله المطبوعة (الصحف، المجلات، البريد)، المسموعة (الإذاعة والراديو).
- **البيع الشخصي:** ويعطي تعبيراً آخر هو الإتصال الشخصي الناتج عن خصائص الخدمات الصحية وضرورة وجود الزبون وجها لوجه مع مقدم الخدمة.
- **تنشيط المبيعات:** وتستخدم في المؤسسات الصحية عموماً والمستشفيات خصوصاً كوسيلة لتنشيط إقبال الزبائن الحاليين والمرتبين (كتوزيع كتب للمشفى).
- **النشر:** يعتمد لإثارة الطلب على الخدمات الصحية كاللقاءات الصحفية.
- **العلاقات العامة:** التي تسعى إلى تحسين مناخ تقديم خدمات المشفى وقد تكون داخلية أو خارجية.

¹ عبد العزيز أبو نبعة، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 233.

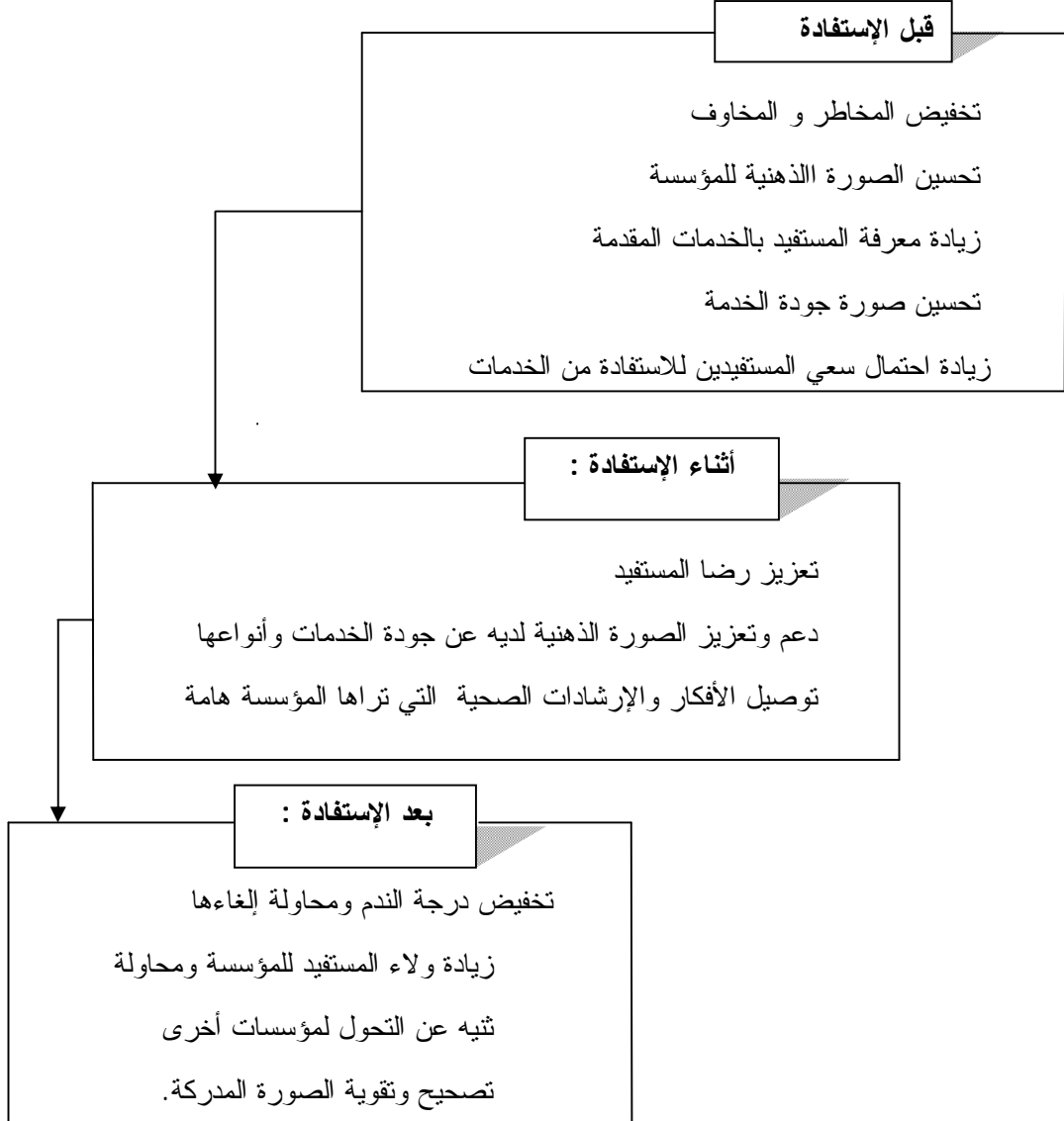
لكن غالباً ما تعتمد المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح على الدعاية بشكل كبير حيث ترى هذه المؤسسات أن الزبون ينظر في الغالب إلى الدعاية على أنها أكثر موضوعية من الإعلان، وتتأثر فعالية وسائل الإتصال في مجال الخدمات الصحية ليس بكثرة الإعلانات، ولكن بالإختيار الجيد للوسيلة المناسبة بالإضافة إلى أن الأفراد المرضى قد يتوجهون مضطرين إلى إحدى المؤسسات بناء على توجيهات الأطباء المعالجين، وعموماً يمكن القول أن فعالية المزيج الترويجي تتوقف على الإعتبارات والعوامل التالية:¹

1. طبيعة ونوع السوق المستهدفة، وخصائص ومواصفات المستفيدين الحاليين والمرتقبين.
2. ميزانية المزيج الترويجي وتكلفة وسيلة الإعلان أو الإتصال .
3. درجة الثقة في وكالة الإعلان التي تتولى تصميم الحملات والرسائل الإعلانية.
4. درجة تعاطف ومساندة ودعم المجتمع المحلي للمؤسسات الصحية.
5. طبيعة العلاقة السائدة بين القطاع الخاص والعام وحجم التنافس بينهما.

أما أهداف الترويج الصحي فيمكن تلخيصها في الشكل الموالي

¹ يتصرف عن سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مرجع إدارة الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 484.

الشكل (3): أهداف الترويج الصحي



المصدر: بالتصرف عن: محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الحامعي باللاذقية، مرجع سبق ذكره، ص 17.

5. الدلائل المادية (physical evidence) :

هي البيئة التي تنتج فيها الخدمة وتقدم للزبون مثل سعة وموقع المؤسسة الصحية، التصميم الداخلي والديكورات والإضاءة وغيرها وهي الأمور التي تزيد من ثقة المرضى بنوعية وأهمية الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات،¹ وتكمن أهمية الدلائل المادية الملموسة في أنها تضيق قيمة لخدمة الزبون وتسهل عملية الخدمة بتقديم المعلومات من خلال الرموز واللافتات للإرشاد والتنظيف بالإضافة إلى بناء

¹ محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، التسويق الصحي و الدوائي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2006 ص 25

التصور الذهني المطلوب لدى الزبون بالتأثير في إدراكه ، لتكوين تقييم يقلل من مستوى المخاطرة في قرار الشراء لدى الزبائن المحتملين غير القادرين على الحكم عليها قبل إستهلاكها، ولقد حدد (Palmer et Adrian) أهمها فيما يلي¹:

أ- **موقع المؤسسة الصحية:** في أن تكون مرتفعة نسبيا عما يجاورها من أبنية، وبالقرب من المؤسسات الصحية

ب- **النظافة:** تعد البيئة النظيفة عنصرا يساهم في التأكيد للزبون المحتمل على أن يتخذ قرار الشراء

ج- **حجم المؤسسة:** كبيرة أو صغيرة والذي يتحدد بعدد الأسرة فيكون صغيرا عندما يتراوح عدد أسرته ما بين (50-100)، متوسط بين (100 - 300 سرير) وكبير بين (300- 600 سرير).

د- **نوع المؤسسة الصحية:** متخصصة، عامة، حكومية أو مختلطة، مدة العلاج والرقود طويلة أم قصيرة.

هـ- **تقنيات الأجهزة الطبية:** وقد شهدت تطورا سريعا إنعكس إيجابيا على أداء هذه المؤسسات كتطور أجهزة العلاج بالأشعة والليزر شرط تحقق التوازن بين الموارد المتاحة والحاجة الفعلية لها نظرا لإرتفاع أثمانها وكلف صيانتها.

6. الأفراد (الأشخاص المعنيين بتقديم الخدمات الصحية):

يطلق عليهم بالأطراف المشاركة وهم الأفراد العاملين في المؤسسة الذين يشتركون في أداء الخدمة وتقديمها للزبون، وقد يكون الزبون أحد هذه الأطراف لتدخله في تحديد شكل وخصائص الخدمة وفقا لحاجته، الذي لا يمكن فصله عنها، كما أن الأطباء والممرضين ودرجة تأهيلهم قد ترفع أو تخفض بشكل كبير من نوعية المدركات الحسية للمرضى² وهذا ما ذهب إليه (Dowidson) عندما أكد على أن: "السر الكامن وراء نجاح المؤسسات الخدمية هو الإقرار كلنا بأن ذوي الإتصال الشخصي المباشر بالعملاء هم الجزء الذي يشكل عنصر الناس في المؤسسة الخدمية"³ ويختلف مقدم الخدمة باختلاف طبيعة وخصائص وشروط الخدمة المطلوبة وهم الطبيب، المساعدون والفنيين، موظفي الإدارة⁴.

¹ فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص 359.

² محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبانبة، **التسويق الصحي و الدوائي**، مرجع سبق ذكره، ص 25 .

³ حميد الطائي، بشير العلق، **تسويق الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص 93.

⁴ فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص 356

7. العمليات والإجراءات :

يقصد بها الكيفية التي يتم من خلالها تقديم الخدمة الصحية من حيث المراقبة المناسبة لأحوال المرضى داخل المؤسسات¹ كما تشمل السرعة والدقة والعدالة في الحجز، ومعاملة المرضى بطريقة ودية ويساعد تصميم وإدارة العمليات والإجراءات في المؤسسة الصحية في² :

1. تحقيق جودة الخدمة المقدمة بتقليل وقت إنتظار الزبون والكلفة.
2. يولد الإنطباع الأول لدى المراجع لحظة دخوله المؤسسة.
3. جذب زبائن محتملين وكسب رضا الحاليين وضمان ولائهم للمؤسسة.
4. تحقيق الكفاءة والفعالية للمؤسسة بإعتماد التخطيط والتدقيق وبمراعاة مطابقة المعايير المحددة وعدم تجاوزها.

وتتمثل عناصر العمليات والإجراءات في :

- أ- **الترتيب الداخلي:** التسهيلات (المعدات والتقنيات) والوحدات العلاجية والتشخيصية بما يحقق درجة إثبات عالية في العمل وتقليل حالات الاختناق.
- ب- **نظام المعلومات الصحية :** ومعيارها الأساسي أن تكون مناسبة لاسيما تلك التي يعلق المختصون أهمية كبيرة عليها وأن تحدث باستمرار بما يساعد في حل مشاكل المستفيدين وتساعد الإدارة في إتخاذ القرارات بإختيار المعلومات التي يتوقع منها أن تحقق أقصى قيمة وبأقل الأخطاء.

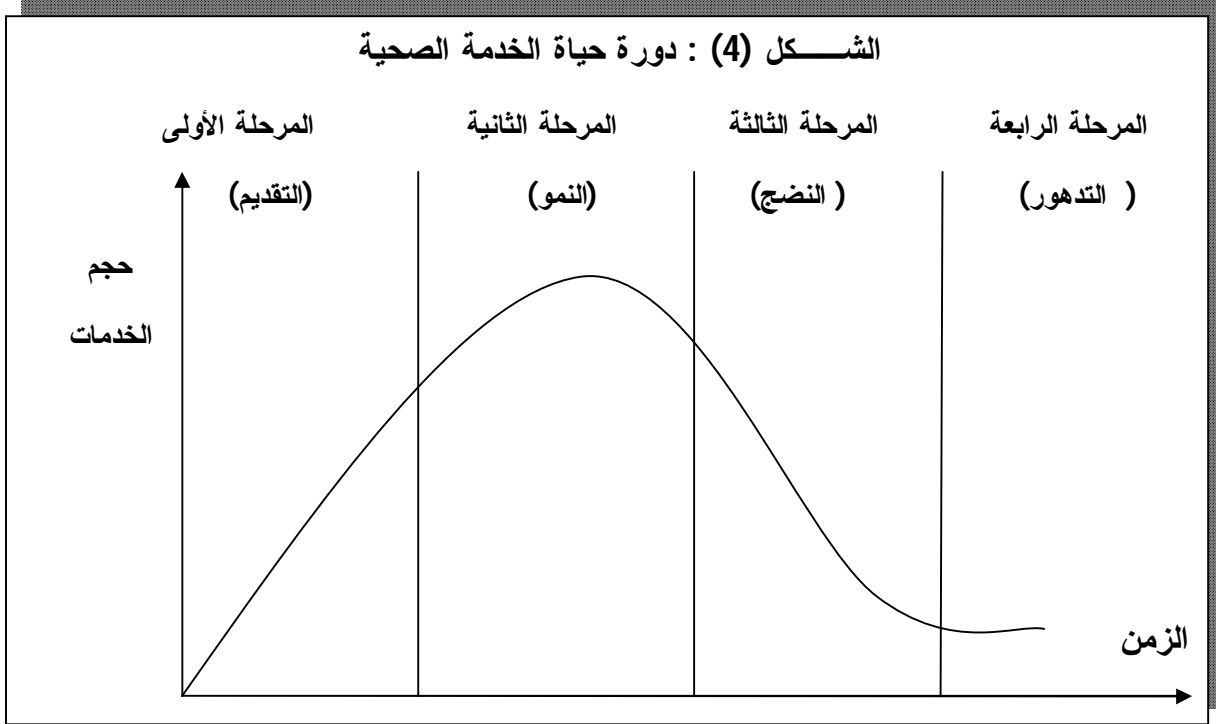
المطلب الرابع : تحليل دورة حياة الخدمة الصحية

من الصعب تماما أن يبقى المنتج بخصائصه الرئيسية وطريقة تسويقه قائمة بذات الصورة على مدار الوقت، بسبب التغيرات الحاصلة في البيئة العامة (سكانية، إقتصادية، تكنولوجية وثقافية...) فضلا عن التغيرات الحاصلة في بيئة السوق (المشتررون، المنافسون، الوسطاء، المجهزون) والتي تنعكس جميعها على إستمرارية المنتج في السوق بذات الخصائص، هذا ما يصطلح عليه بدورة حياة المنتج³، وكأي منتج آخر تمر الخدمة الصحية بأربع مراحل تمثل دورة حياتها، سنأتي على ذكرها بعد تمثيلها في الشكل الموالي

¹ محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبانية، **التسويق الصحي و الدولي**، مرجع سبق ذكره، ص 25.

² فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص(357-359) .

³ بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص189.



المصدر: محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مرجع سبق ذكره، ص 11.

1/- مرحلة التقديم:

تبدأ هذه المرحلة بعرض الخدمة الصحية لأول مرة في السوق، وقد يكون هذا التقديم في سوق واحد أو أكثر مستغرقا فترة من الزمن وغالبا ما تكون إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة إنخفاض و يعزى هذا الإنخفاض إلى¹:

- التأخر في جعل الخدمة متاحة أمام الزبائن من خلال المنافذ التوزيعية .
- عدم وجود معلومات كافية عن الخدمة الصحية.

ولا تحصل الكثير من الخدمات الصحية الجديدة على درجة قبول كبير من طرف الزبائن وهنا تظهر ميزة الخدمة، التي تقلل من درجة المخاطرة المصاحبة لمرحلة التقديم² إلا أن كلفة الخدمة الصحية المرتفعة تحول دون تمكن الكثير من شرائها، ومن السمات البارزة لهذه المرحلة إرتفاع كلف الإنتاج والتوزيع فضلا عن الترويج الذي يتطلب إعداد برامج متنوعة ومختلفة للوصول إلى :

¹ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مرجع سبق ذكره ص 12.

² محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، مرجع سبق ذكره، ص 408.

1. إخبار الزبائن من المرضى المحتملين عن الخدمة الجديدة الغير معروفة لديهم .
2. عرض الخدمة بأسعار منخفضة نسبيا لخلق الطلب الأولي عليها.
3. القيام بحملة إعلانية منظمة ومدروسة.

2/- مرحلة النمو :

تتسم هذه المرحلة غالبا بإرتفاع الأرباح و زيادة حدة المنافسة، فالمنتج (الخدمة) إذا ما نال رضا السوق فإن المبيعات سوف تبدأ بالإرتفاع التدريجي، وذلك عندما يبدأ المرضى بتبني هذا المنتج يعقبهم آخرون يكونون أقل إنديفاعا في الغالب لتبني الشراء، لكونهم يرغبون في مشاهدة غيرهم أثناء تجربة المنتج، وخلال هذه الفترة التي تمثل المرحلة الأجدى إقتصاديا تعمل المؤسسة على إطالة عمر هذه المرحلة كونها في نمو مستمر وتحقق عوائد متزايدة ويتم هذا من خلال :

1. السعي لتطوير الخدمة المقدمة بما يضيف عليها خصائص جديدة.
2. البحث عن قنوات جديدة تقدم من خلالها الخدمة الصحية، سواء أكان في مراكز الرعاية الأولية أو المؤسسات الأخرى، أو حتى العيادات الخاصة.
3. خلق قناعة وتأثير ترويجي أوسع بإتجاه الإقدام على شراء هذه الخدمة لكن إشتداد المنافسة ودخول منافسين جدد سعيا وراء التقليد أو الحصول على نجاحات مشابهة يجعل الخدمة في وضع يقودها للإنتقال إلى مرحلة أخرى إذا ما زادت حدة المنافسة.¹

3/- مرحلة النضج :

تعتبر هذه المرحلة أطول مرحلة في دورة حياة الخدمة الصحية، إذ تسعى إدارة التسويق في المؤسسة الصحية للتعامل مع هذه المرحلة والدخول إليها رغم ما تحمله في طياتها من تحديات كبيرة ، حيث تشهد خدمتها منافسة شديدة من قبل الخدمات الأخرى المشابهة أو البديلة المقدمة من قبل المؤسسات المنافسة، وهنا يبدأ مستوى الخدمات بالإنخفاض ببطء² قياسا بالمرحلة السابقة لذلك على المؤسسة التفكير جديا في كيفية إبقاء الخدمة الصحية أطول فترة ممكنة شريطة أن يكون بقاء ناجحا وأن تتمكن بذات الوقت من إستثمار الجوانب الموجبة في المنافسة من خلال :

1. إدخال بعض التعديلات على الخدمة الصحية .
2. تقديمها بسعر أقل جراء القدرة على تخفيض التكاليف بسبب إرتفاع منحنى الخبرة وتراكمها

¹ بالتصرف عن: تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع ذكره، ص 192.

² محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل و المتكامل، مرجع سبق ذكره، ص 409.

3. النمطية العالية في الإنتاج وما يصاحبها من إنخفاض في التكاليف التسويقية .
4. جذب مستخدمين جدد لإطالة مدة هذه المرحلة.
5. إضافة خدمات مجانية وإستخدام أسلوب الإعلان الإقناعي.

4- مرحلة الانحدار:

هي آخر مرحلة من دورة حياة الخدمة وتؤول في نهايتها إلى خروج الخدمة من السوق، حيث تبدأ ملامح هذه المرحلة بالإنخفاض الشديد في مستوى المبيعات وإرتفاع مطرد في التكاليف وهو ما ينعكس سلبا على الإيرادات النهائية المنخفضة، كما أن هناك سببا آخر يتمثل في التطور التكنولوجي الذي يؤدي إلى إفراز منتجات وخدمات صحية جديدة منافسة تكون سببا آخر في بروز هذه المرحلة وهنا ستكون إدارة المؤسسة أمام :

1. التطوير الجزئي أو الكلي للخدمة والتحسين في مستوى جودتها فنيا ووظيفيا.
2. مراجعة برنامجها الإنتاجي.
3. إسقاط الخدمة من مزيج الخدمات وهذا ما قد يضعف من مكانة و قوة المؤسسة في السوق.

وخلاصة لما تم تناوله يمكن أن نحدد الإفتراضات التالية المتعلقة بدورة حياة الخدمة الصحية:

1. للخدمة الصحية دورة حياة قد تكون طويلة أو قصيرة وهي أشبه بدورة حياة الإنسان منذ ولادته إلى وفاته.
2. السرعة التي تتحرك بها الخدمة الصحية عبر جميع مراحل حياتها الأربعة تختلف من خدمة إلى أخرى
3. لا يشترط أن تمر الخدمة الصحية بالمراحل الأربعة، فقد تنتهي عند أي مرحلة مبكرة منها.
4. متطلبات المزيج التسويقي للخدمة الصحية تختلف باختلاف الأسواق التي تتعامل معها.

المبحث الثالث : دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية :

لقد تطورت طريقة وأسلوب تقديم الخدمات الصحية من كونها علاقة ثنائية مباشرة بين إثنين هما الطبيب والمريض، إلى علاقة إتصال ثلاثي بين أطراف ثلاثة هم المريض، الطبيب والمؤسسة الصحية هذه العلاقة التي تضخمت عن إختصاصات عديدة، وأصبح من الممكن تقديم خدمات صحية أوسع وأشمل لأعداد كبيرة من أفراد المجتمع، وفقا لهذا إنتشرت المؤسسات والمراكز الصحية وأضحت الدول تخصص لها نسبا مألوفة للنظر من ميزانيتها، ما جعلها ظاهرة وكيانا ضخما يستحق إدارة متخصصة ومتطورة بهدف الإستغلال والإستخدام الأمثل لمواردها.

المطلب الأول : ماهية وطبيعة المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية عاملا مشتركا بين جميع المجتمعات، إذ يتعامل الجميع معها بهدف الحصول على خدمة صحية لائقة.

أولاً: مفهوم المؤسسة الصحية:

يتباين مفهوم المؤسسة الصحية تبعا للأطراف المتعاملة معها، وبالتالي فكل طرف سيعرفها وفق تلك العلاقة القائمة بينهما، لكننا تجنبنا لهذا التباين سنعرفها وفق المنظور الوظيفي.

■ المؤسسة الصحية هي: «مجموعة المختصين والمهن الطبية وغير الطبية والمدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم وإستمرار المنظمة الصحية»¹.

■ كما عرفت على أنها: «تركيب إجتماعي، إنساني، يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة وتتكون من أفراد مهنيين ومختصين بميادين صحية وطبية متنوعة يقدمون خدمات الرعاية الصحية»²

يتضح من هذه التعاريف أن منها من ركز على الوظيفة التقليدية للمؤسسة الصحية كمكان لعلاج المرضى ومنها من ركز على المفهوم الحديث بإعتبارها جزءا أساسيا من النظام الإجتماعي، تقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية. وتتنوع المؤسسات الصحية بين المراكز الصحية، والمستوصفات ودور النقاهاة والمستشفيات

¹ محمد ربحان، خدمة الرعاية الصحية - المؤتمر العربي الثالث بعنوان: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 إلى 7 كانون الأول، 2004، ص 34

² محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات و الوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007، ص 14.

كما تتنوع أهدافها وفقا لمعيار تصنيفها، فمؤسسات العصر الحديث أصبحت مميزة في كل شيء من حيث الإدارة، التنظيم والخدمات والأهداف¹، لكنها تشترك في الوظائف التي أهمها:

- **الوظيفة العلاجية:** وهي أساس وجود المؤسسة الصحية وتشمل كل ما يتعلق بالرعاية الطبية للمرضى والمصابين سواء تم ذلك في الأقسام الداخلية أو في العيادات الخارجية.
- **الوظيفة الوقائية:** وتتم من خلال مساهمة المؤسسة في الوقاية من الأمراض ومنع إنتشار حدوثها والتبليغ عن الحالات المعدية كما تساهم المؤسسات الصحية في تثقيف الجمهور وتوعيته إعلاميا لإكتشاف الأمراض وطرق الوقاية منها.
- **وظيفة الإيواء(مساعدة)²:** تتمثل هذه الوظيفة في خدمات الإيواء الموجهة للمرضى وتندرج تحتها خدمات الغرف والوجبات الغذائية والإستقبال.
- **الوظائف الإدارية والمالية:** وتندرج ضمنها الوظائف الإدارية التقليدية مثل وظيفة العلاقات العامة، المحاسبة والتمويل، شؤون الموارد البشرية.

ثانيا: طبيعة وخصائص المؤسسات الصحية:

تعمل المؤسسات الصحية ضمن ما يعرف بإطار المعايير الأخلاقية المقبولة³، لذلك يتميز نشاطها بالعديد من السمات والخصائص لعل أهمها :

1- صعوبة قياس وتقويم مخرجات أنشطتها: شأنها شأن سائر الأنشطة الخدمية التي تتميز بصعوبة إيجاد مقاييس قيمية لقياس جودة الخدمة المقدمة وهو الأمر ذاته الذي يؤدي إلى صعوبة إحتساب تكلفة الخدمة نفسها.

2- الإعتماد على العنصر البشري وكفاءة وخبرة القائمين: حيث يتعاضد دور المهارات والكفاءات البشرية في الخدمة الصحية، والذي يؤثر مباشرة على حياة المريض وتتوقف عليه إيرادات وأرباح المؤسسة .

3- ضخامة حجم الإستثمارات في الأصول الثابتة: بالرغم من أن ظاهرة ضخامة الإستثمارات تكاد تكون سائدة في معظم المؤسسات الخدمية، إلا أنها أكثر وضوحا في المؤسسات الصحية، حيث الأجهزة والمعدات الطبية ذات القيمة المرتفعة من ناحية، فضلا عن التكنولوجيا المتطورة والمستمرة التي تؤدي

¹عازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، سلسلة إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران، عمان، الأردن، بدون طبعة، 1998، ص7.

² محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات و الوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007، ص20.

³ مضر زهران، الإدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، لا توجد طبعة، 2006، ص116.

إلى تقادم الأجهزة الأحدث والأكثر تطوراً والأعلى كلفة ما أدى إلى ضخامة الإستثمارات في الأصول الثابتة .

4- تأثير نشاط المؤسسات بالمتغيرات البيئية المحيطة: سواء أكانت متغيرات إجتماعية، حيث ينعكس المستوى الثقافي وعادات سلوكيات الأفراد في المجتمع المحيط بالمؤسسة على الحالة الصحية لهم والمستوى الصحي السائد بهم أو إقتصادية، إذ تتأثر المؤسسة بالبيئة المحيطة من حيث الأجور، تكلفة المستلزمات الصحية ونوعيتها، أو سياسية بما قد يصدر من قوانين وقرارات سياسية تلزمها بتأدية خدمات صحية معينة مثل التأمين الصحي، أو تنفيذ برامج صحية معينة مثل حملات التطعيم.

بالإضافة للخصائص السابق ذكرها يتصف نشاط المؤسسات الصحية لاسيما الحكومية منها بتعدد أسعار الخدمة الواحدة ففي الوقت الذي تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل، فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل أو وفقاً لتعاقدات طويلة الأجل تتم بين المؤسسة وجهات عمل معينة، بحيث تقدم المؤسسة الخدمة للعاملين بهذه الجهات على أن تحصل قيمة هذه الخدمات بعد ذلك وفقاً لشروط التعاقد.

المطلب الثاني : دراسة مكانة وأهمية التسويق في المؤسسات الصحية

ينظر للتسويق على أنه همزة الوصل بين المؤسسة وبيئتها الخارجية إذ يعمل على نقلها من حالة الجمود إلى القدرة على التجاوب مع رغبات الزبائن، آخذاً بعين الإعتبار التغيرات المستمرة في البيئة الخارجية فالتسويق يعمل على تحقيق رسالة المؤسسة وبالتالي إستمرارها وبقائها، ومع زيادة المنافسة تزايدت العناية برفع كفاءة التسويق لذا فالإستفادة من الأدوات والإستراتيجيات التسويقية سوف يضحى أمراً حيويًا لا غنى عنه إذا ما أردت أن تحقق أهدافها بكفاءة وفعالية .

أولاً: أسباب تأخر تطبيق المفاهيم التسويقية في المؤسسات الخدمية

يبدو أن التسويق قد تطور حديثاً في المجال الخدمي، بدليل تأخر المؤسسات الخدمية في تطبيقه مقارنة مع المؤسسات الإقتصادية¹، وهذا راجع لجملة من العوامل لعل أهمها حسب (wastan 1982) ما يلي:

1- **مغالاة مدراء هذه المؤسسات:** للإعتقاد بأن الخدمات التي يقدمونها للجمهور هي موضع رغبة كبيرة كما هو حال بعض المؤسسات التي تعتقد أنها تقدم أفضل التسهيلات الصحية لكنها في النهاية تقوم على مبدأ التقييم الذاتي لخدماتها دون أخذ إعتبار لتقييم الزبون.

¹ هناء عبد الحليم سعيد، إدارة التسويق، مركز كومبيوتر، كلية الصيدلة، لقاها، بدون طبعة، 1993، ص 277.

2- الخلط بين المفاهيم التسويقية فيما يتعلق بقطاع الخدمات: فالإختلاف في تحديد مفهوم الخدمة نفسه مازال قائماً.

3-ضخامة المشاكل التسويقية: حيث تعتبر المشاكل التسويقية للخدمات أكثر تعقيداً من مثيلاتها في قطاع السلع المادية ومرد هذا، الطبيعة الغير ملموسة للخدمة التي يصعب معها الوصول إلى الزبون وإقناعه بقرار الشراء.

وحتى بداية السبعينات لم يكن لدى أي مؤسسة صحية سواء ربحية أو غير ربحية قسم للتسويق يرأسه مدير يتولى مهام الأنشطة التسويقية التكتيكية والإستراتيجية بل لم تشمل أي خريطة تنظيمية تقليدية بالمؤسسات على وظيفة التسويق، فكان يتولى التسعير مسؤول مالي يهتم أساساً بإعتبارات التكاليف والتفاوض مع الموردين والتعامل مع الهيئات التأمينية على حين تولت مجموعة تخطيطية مهمة التوسع إلا أنها ركزت معظم إهتمامها على زيادة وتنمية الإمكانات الطبية، في منتصف السبعينات بدأت بعض المؤسسات تدرك أهمية بعض الوظائف التسويقية، لكنها لم توحدتها معاً لتكون قسماً للتسويق كما أنشأ البعض منها قسماً لتلقي الشكاوى وإقتراحات المرضى، على حين بقي التسعير على عاتق قسم الإدارة المالية وبالتالي لم يكن هناك مدير للتسويق يعمل على لفت النظر للقضايا التسويقية الإستراتيجية¹.

إن تردد وعدم إقبال المؤسسات الصحية على تطبيق التسويق يكون راجع لعدم معرفة ماذا يعني التسويق؟ ما هي أهدافه وأهميته بالنسبة للمؤسسات الخدمية؟ وكيف يمكن تطبيقه؟ وما هي معوقاته وكيف يمكن التغلب عليها؟ إذ أنه من خلال سؤال تم توجيهه إلى عينة من مديري المؤسسات الصحية وهو "ماذا يتبادر إلى ذهنك عندما تسمع كلمة التسويق؟" كانت الإجابات متباينة في هذا الشأن فهناك من أشار إلى أنه يعني البيع، والبعض إعتبره إعلاناً في حين أكد البعض الآخر أن حاجته للتسويق نابعة من كون المؤسسات الصحية المنافسة تطبق المفاهيم التسويقية، بمعنى أن ظروف المنافسة تتطلب تطبيقه².

إن التسويق في المؤسسات الصحية يعني ماذا يرغب الزبون (المريض) وما هي حاجاته وكيف يمكن إشباع هذه الحاجات بأفضل الطرق في ضوء الإمكانات البشرية والمادية والفنية المتاحة، ومن خلال التحليل الفعلي للسوق المحتمل (potentiel market) يمكن التعرف على حاجات ورغبات المرضى.

ثانياً: أهمية التسويق للخدمات الصحية :

¹ محمد محمود مصطفى، التسويق الإستراتيجي للخدمات ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، عمان، الأردن، بدون طبعة، 2010، ص 317.

² سيد محمد جاد الرب، الإجاءات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مراجع إدارة الأعمال - ، مرجع سبق ذكره ، ص 340.

يعتبر التسويق وظيفة هامة لجميع المؤسسات التي تقدم خدمات ولها زبائن وتبرز أهميته في المجال الصحي في :

- حرية المريض في الاختيار بين المؤسسات الصحية .
- زيادة حدة التنافس بين المؤسسات الصحية إما لإجتذاب أمهر الأطباء أو لتطبيق أحدث منتجات التكنولوجيا الطبية لمواجهة حالات المرضى.
- إنخفاض درجة رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المؤداة في المؤسسات بصفة عامة والحكومية بصفة خاصة .
- يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف أي المستفيدين الحاليين والمرقبين مع إمكانية إختراق الأسواق الحالية أو إضافة أسواق جديدة أو كليهما معا.
- إن التسويق يمكن من التنبؤ بالطلب ويساعد في التحديد الأمثل للطاقت والتسهيلات اللازمة ويمكن من إشباع حاجات ورغبات الأفراد.
- تتبع أهمية التسويق من فشل المؤسسات الصحية في إدارة وظائفها التسويقية بفعالية وهذا يعني إضافة تكاليف إقتصادية وإجتماعية، كما أن المئات من المؤسسات وخصوصا تلك التي لا تهدف إلى الربح والتي تتلقى الملايين وتؤثر على ملايين البشر، غالبا ما نجدها لا تعمل بكفاءة فهناك الأسرة الشاغرة والمرضى الذين يحتاجون للرعاية ولا يحصلون عليها، مما يعني ضياع موارد هذه المؤسسات وجعلها تذهب نحو المصروفات الإدارية وليس نحو الأسواق المستهدفة وتحقيق خسائر إقتصادية وإجتماعية على حد سواء¹ .

المطلب الثالث : معايير تقييم أداء المؤسسات الصحية

يحضى موضوع تقييم أداء المؤسسات باهتمام بالغ من لدن الحكومات وإدارة المؤسسات على حد سواء والهدف منه الوقوف على نقاط القوة في أداء هذه المؤسسات ودعمها نحو الأفضل والتحسين المستمر وضمان علاج الإنحرافات والأخطاء إن وجدت حتى لا تتكرر بعد ذلك.

أولاً: مفهوم تقييم الأداء

وردت تعاريف كثيرة لتقييم الأداء، منها على سبيل التوضيح لا الحصر: «تقييم الأداء هو إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها ومقارنة تلك الأهداف

¹ فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره ، ص 313.

بالأهداف المتحققة وتحديد مقدار الإنحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً، مع تحديد الأسباب وأساليب معالجتها»¹.

وإذا تعلق الأمر بتقييم الأداء في المؤسسات الصحية، فإن هذا المفهوم سيرتبط إلى حد كبير بمدى قدرة هذه الأخيرة على تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة، لذلك يمكن تعريف تقييم الأداء الصحي على أنه «البرنامج الذي يستهدف التأكد من تحقيق أهداف البرنامج الصحي كخفض معدلات الوفاة وزيادة معدلات الإستشفاء»²، وتتبع أهمية تقييم الأداء من أهمية المؤسسات الصحية في حد ذاتها ومن أهمية الخدمات التي تقدمها ويمكن إجمالها في النقاط التالية³:

- يعكس تقييم الأداء، التطور التاريخي للمؤسسة وتحليل أنشطتها وفعاليتها للفترة الماضية على النحو الذي يسهل مهمة تجاوز إخفاقاتها وتعزيز إيجابياتها .
- توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة وبخاصة الصحية منها على النحو الذي يتيح صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة وفعاليات المؤسسة وإلتزامها بالتوجيهات الصادرة .
- يكشف عن قدرة إدارة المؤسسة الصحية على إستغلال الموارد المتاحة في تحقيق أهدافها ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.
- تكشف عن الإنحرافات السلبية والإيجابية الحاصلة على النحو الذي يسهل مهمة البحث عن أسباب هذه الإنحرافات والمعالجات الضرورية لها.
- توفر الفرصة نحو إيجاد نوع من المنافسة بين المؤسسات المتماثلة أو بين التشكيلات المنظمة في المؤسسة أو الأفراد العاملين فيها بإتجاه زيادة الخدمة كما وكيفا وتحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.

ثانياً : معايير تقييم وقياس أداء المؤسسات الصحية

بداية من الضروري مراعاة جملة من الخصائص عند إعتداد معايير القياس، أهم هذه الخصائص⁴:

- ضرورة تناغم مقاييس الأداء إستراتيجياً مع غايات المؤسسة وأهدافها .
- تكاملية المقاييس المستخدمة وعدم تضاربها أو تناقضها .

¹ قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات ، مفاهيم و عمليات و تطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 358.
² فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية - تكامل العلاج و الدواء-، الدار الجامعية، مصر العربية، الطبعة الأولى، 2007، ص 44
³ حسين دنون علي البياني، المعايير المعتمدة في إقامة و إدارة المستشفيات و جهة نظر معاصرة ، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2005 ، ص (109 - 110) .
⁴ المرجع أعلاه، ص111

- أن تحفز الأفراد العاملين على مساعدة المؤسسة لتحقيق الأهداف الطويلة والقصيرة الأجل.
- يجب أن تكون قادرة على التحرك عبر الحدود الوظيفية وتشجع التكامل الأفقي، فالفترة الزمنية بين مراجعة المريض للمؤسسة وخروجه معافى منها هو مقياس يبين مشاركة العديد من الوظائف عبر سلسلة متكاملة .

و تتباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المؤسسات الصحية بتباين الجهات ذات العلاقة ، فالمرضى يبحث عن أفضل الخدمات والكادر العامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل وإدارة المؤسسة تنظر إلى الموضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة ، كما أن الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية تتصف بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الربح والمنافسة، يضاف إلى هذا تعذر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة فعند قياس أداء العاملين نجد العناصر الملموسة وغير الملموسة، إذ يمكن اعتماد المقياس الكمي لقياس أداء هيئة التمريض من خلال تحديد مستوى الرعاية التمريضية الملائمة (مثلا ممرضة واحدة لكل مريضين)، لكن مثل هذا المقياس الكمي يهمل القياس النوعي ، كما أن أي محاولة للوصول إلى قياس أداء الأطباء عن طريق التركيز على ما هو ملموس ويمكن قياسه فقط تبقى ناقصة إذا لم تراعى العوامل الأخرى غير الملموسة في خضم هذه الصعوبات بذلت منظمة الصحة العالمية بصفقتها الراعية الأولى للموضوع، وكذا الباحثون المتخصصون في إدارة المؤسسات الصحية جهودا حثيثة أثمرت عن إيجاد بعض المقاييس أهمها :

1. مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية وهي¹:

❖ المؤشرات الخاصة بالأطباء

$$\bullet \text{ عملية / طبيب} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}}$$

$$\bullet \text{ مراجع/ طبيب} = \frac{\text{عدد المراجعين للعيادة الخارجية}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$\bullet \text{ طبيب مقيم / إجمالي الأطباء} = \frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الكلي}}$$

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2005، ص(204 - 209).

$$\bullet \text{ إختصاص/طبيب} = \frac{\text{الأطباء الإختصاصيين}}{\text{مجموع الأطباء الكلي}}$$

مجموع الأطباء الكلي

❖ المؤشرات الخاصة بالطاقم الطبي:

$$\bullet \text{ ممرضة/طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الأطباء}}$$

عدد الأطباء

$$\bullet \text{ ممرضة/طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الراقدين}}$$

عدد الراقدين

2. مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية و المالية وهي:

$$\bullet \text{ عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى} =$$

$$\frac{\text{عدد الأسرة} * 360 \text{يوما} - \text{مجموع أيام البقاء في المؤسسة}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

عدد المرضى الراقدين

و يقىس هذا المؤشر كفاءة إستغلال الأسرة خلال مدة زمنية محددة

$$\bullet \text{ مريض راقد في السرير خلال الفترة} = \frac{\text{عدد المرضى الراقدين}}{\text{عدد الأسرة المهيأة للرقود}}$$

عدد الأسرة المهيأة للرقود

3. مؤشرات تقويم جودة الخدمات الصحية

$$\bullet \text{ نسبة وفيات الراقدين} = \frac{\text{عدد الوفيات من المرضى الراقدين}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

عدد المرضى الراقدين

$$\bullet \text{ معدل بقاء المريض في المشفى (يوم)} = \frac{\text{مجموع أيام الرقود في المشفى}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

عدد المرضى الراقدين

- متوسط عدد أيام الإنتظار على قائمة العمليات = مجموع أيام الإنتظار للمرضى

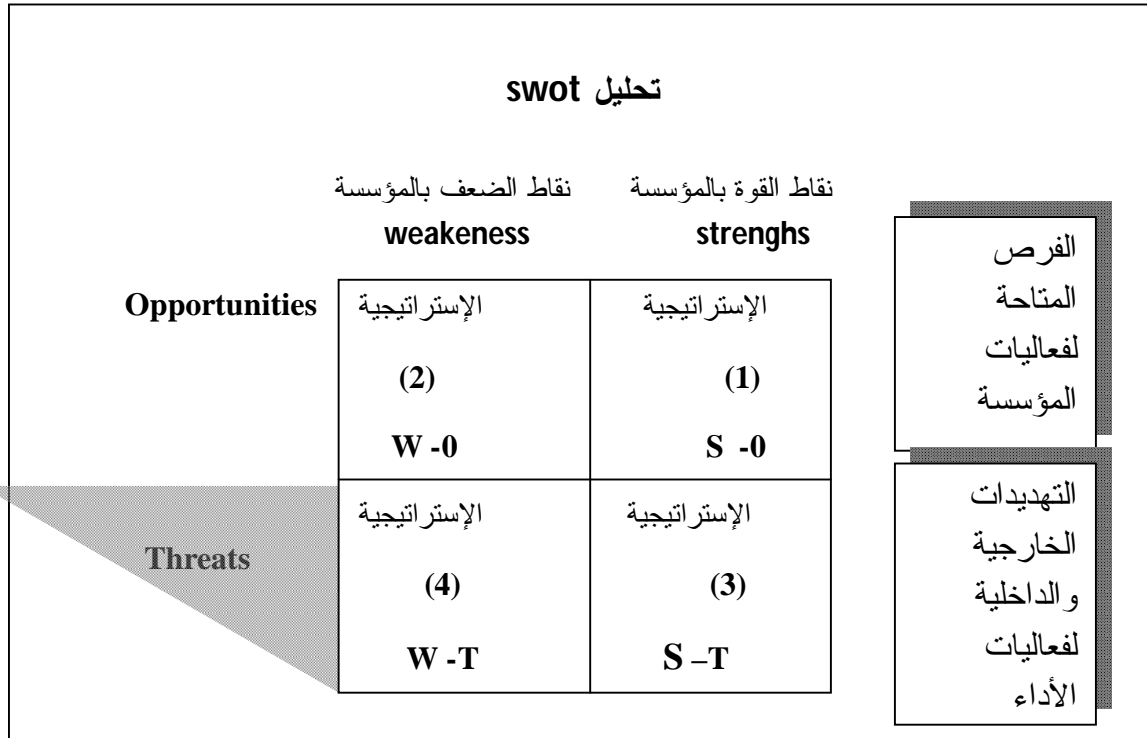
عدد المنتظرين للعلاج

وبطبيعة الحال فإن قائمة المؤشرات طويلة، لكن إستعمال هذا المؤشر أذاك يعتمد على الرغبة الحقيقية لإدارة المؤسسة في الإستفادة من النتائج المتحققة من ذلك القياس .

المطلب الرابع : التحديات المفروضة على المؤسسات الصحية :

تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات العالمية والمحلية مما يقلل من قدرتها التشغيلية وطاقات توصيل الخدمات الصحية للزبائن المرضى في المجالات الطبية، الوقائية والعلاجية المختلفة ولم تصبح المنافسة ترجع فقط إلى حجم الإستثمارات أو عدد الأطباء والهيئة التمريضية، ولكن أصبحت مرتبطة بالقدرة على الإستمرارية والبقاء والتطور عن طريق القضاء على التهديدات الخارجية ونقاط الضعف التنظيمي.

الشكل (5) : التحليل الرباعي للمؤسسة الصحية



المصدر: فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية-تكاميل العلاج و الدواء-، مرجع سبق ذكره ، ص 21 .

من خلال الشكل يمكن أن نحدد كيفية توجيه نقاط قوة المؤسسة للسيطرة على الفرص وإشباع حاجات المرضى عن طريق حزم الخدمات الصحية، وإستخدام نقاط قوتها التنظيمية والإدارية للتصدي للتهديدات

المحلية والخارجية مثل الأمراض الخطيرة وأزمات البيئة المحيطة مع مواجهة تهديدات غياب التكنولوجيا والأبحاث اللازمة لإستمرارية أداء المؤسسات لنشاطها المعقد¹.

وعند ما تواجه المؤسسات الصحية توفر الفرص التشغيلية المختلفة كالطلب على الخدمات العلاجية والوقائية مع نقص الإمكانيات الداخلية، تلجأ هنا إلى المشاركة والتحالفات الإستراتيجية مع مؤسسات أخرى أو التعاقد مع أخصائيين من خارج المؤسسة، وتتعد الأزمات الصحية عندما تتفاعل قوى التهديدات الخارجية مع نقاط الضعف التنظيمي والإداري كنقص الإمكانيات أو غياب المعلومات الصحية لذلك يجب أن تسعى المؤسسات دوماً إلى تطبيق إستراتيجيات جديدة للقضاء على الضعف التنظيمي الداخلي وتخفيض أثار التهديدات الخارجية.

ولا يخفى علينا أن المؤسسات الصحية مهما كان نوعها لديها من المشاكل التي لا تنتهي لسبب أو لآخر لذا لا نجد إدارة مؤسسة لا تشكو من شدة المشاكل، ولا نجد مرضى لا يشكون من سوء المعاملة إلا في القليل النادر²، وإذا أردنا الخوض في غمار هذه التحديات والمشاكل بشيء من التحليل فيمكن أن نجد :

- التحديات المتعلقة بتنظيم المؤسسة :

تدار معظم المؤسسات الصحية من قبل أحد الأطباء العاملين بها، هذا الأخير يركز إهتمامه على الجوانب الطبية بإعتباره مجال تخصصه مما يجعله يقلل من أهمية ودور النشاطات الإدارية في المؤسسة خاصة وأن أغلبهم (الأطباء) لم تكن لديه معرفة في الأمور الإدارية³ إذ أن وجود أي جهة إدارية يجعلهم في حساسية وشك منها ويخشون مشاركتها في مسؤولياتهم

-التحديات المتعلقة بممارسة وظائف المؤسسة الصحية :

إن سيطرت التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارة المؤسسات وعلى بعض مقدمي الخدمات أدت إلى خلق هوة بين مقدم الخدمة والمستفيد، فالبيروقراطية تعتبر عاملاً معوقاً ومانعاً لإبتكار أساليب جديدة للقيام بوظائفها والإستفادة من التطورات الحديثة والتجديد وبحث الحلول للمشكلات التي تواجهها وبالتالي يتحول نشاطها إلى روتين جامد، يجعلها غير مكترثة بإشباع حاجات ورغبات الزبون التي هي في تغير دائم نتيجة للتغير في البيئة، ويمكن أن نوجز أهم هذه التحديات في :

¹ فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية ، مرجع سبق ذكره،ص22

² أحمد محمد المصري، إدارة المستشفيات -سلسلة إدارة المنشآت الخاصة، دار شباب الجامعة،الإسكندرية، بدون طبعة،1998، ص27.

³ بالتصرف عن: المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره ، ص 215

1. تحديات غياب التخطيط الإستراتيجي بسبب تعقد الوظائف الداخلية وتزايد الضغوط البيئية والتهديدات الدولية، والإهتمام بالأهداف القصيرة المدى والربح السريع (بالنسبة للمؤسسات الهادفة للربح) دون الإعداد للمستقبل .
2. تحديات غياب التكامل في الأنشطة المطلوبة قبل مزاولة النشاط والأخرى التي تأتي بعد إنتهاء النشاط أو ما يطلق عليها بـ (beck ward and forward integration) .
3. أخطاء مزاولة المهنة كحالات الوفاة وتدهور حالة المريض، أو إنخفاض جودة الخدمات الصحية في أحد الأقسام كالعناية المركزة، فضلا عن الطلب الذي لا يمكن التنبؤ به، إذ ظهرت مؤخرا كوارث وصراعات وحالات فيروسية تجعل التخطيط أمرا يصعب تحقيقه¹ .
4. كيفية الرقابة على النشاطات المختلفة في المؤسسات الصحية خاصة عن الجودة، التكلفة الإنتاجية، التغذية، الأدوية وغيرها.

- تحديات إدارة الموارد البشرية

إن تعامل المؤسسات الصحية مع قضايا الحياة والموت، يمثل ضغوطا سيكولوجية وفسولوجية على فريق العمل وعلى جميع المستويات التنظيمية من مجلس الإدارة حتى المهن المساعدة، هذا ما يؤدي إلى²:

1. صعوبة قياس الأداء لبعض الوظائف والمهن
2. تعتبر المؤسسات الصحية ذات نشاط مستمر (24 ساعة/24 ساعة و 7 أيام /7 أيام)، ويمثل هذا بعض الصعوبات في التخطيط وجدولة المهام وتوزيع الإختصاصات ومراجعة أو تعديل جداول التشغيل
3. تعدد الأنشطة من أعمال طبية بحتة إلى مخازن ومحاسبة وصيدلية وتغذية، إلى مهن طبية مساعدة كالتخدير، التمريض، الأشعة، التحاليل وغيرها، يؤدي إلى صعوبة إدارة المؤسسة التي لا تقبل التجربة والخطأ خاصة في ظل التنافسية الدولية .

- تحديات العولمة في إدارة المؤسسات الصحية :

دفعت تكنولوجيا المعلومات إلى تراكم معدلات المنافسة في قطاع الخدمات وزادت معدلات الشراكة بين المؤسسات الصحية العالمية والعربية خلال الربع الأخير من قرن الماضي، كما أدت تكنولوجيا

¹ نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات الغير الربحية، الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى 2009 ص239 .

² فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، مرجع سبق ذكره، ص25

المعلومات أيضا إلى ضرورة إعادة هيكلة المؤسسات لإدخال تقنيات المعلومات والإتصالات لخدمة المرضى إلكترونيا بأسلوب (Electronic Customer Relatiouchip Management)¹ (E.CRM).

- التحديات التسويقية:

بسبب خصوصية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، تواجه هذه الأخيرة صعوبات في حال تطبيقها لتقنيات التسويق، فالمرضى مثلا ليس لديه طريقة دقيقة تمكنه من تقييم كفاءة طبيب جراح قبل أو بعد إتمام العملية، لكن يمكنه في المقابل ذلك تكوين آراء حول الخدمة الصحية والمركز حول سلسلة من الملاحظات، منها البيئة والخدمة وأسلوب مخاطبة المرضى، و يبدووا بصورة واضحة أنه بمقدور التسويق أن يقدم للأطباء أرضية تسمح لهم بأن يعطوا صورة حقيقية عن أنفسهم من خلال الإمتياز الذي يتحقق من قبلهم في رعاية المرضى وجودة الخدمة المقدمة لهم ومن هذه النقطة تبدأ التحديات التسويقية إذ بين (فرانس وجوفر 1992) عددا من التحديات التي تجعل مهمة التسويق في الصحة معقدة جدا لعل أهمها²:

1- إنعدام الفلسفة الفكرية التسويقية وعدم التوجه أولا بالزبون فنحن نعيش في مؤسسات القرن الحادي والعشرين ومازلنا نناقش أهمية الزبون حتى الآن، في الوقت الذي تتسابق فيه مؤسسات بهذا الحجم والأهمية في الدول المتقدمة إلى تطبيق أسس التسويق بالعلاقة³

2- عدم إهتمام المسؤولين في الإدارة بالوظيفة التسويقية بصفة عامة حيث أن إهتمامهم يتركز على تقديم العلاج لإعتقادهم أن الخدمات العلاجية هي المشاكل الأساسية التي تواجههم وهذا يعني أن التوجه يتم بالإنتاج وليس بالتسويق ويمكن أن يعزى ذلك إلى عدة مفاهيم خاطئة منها إعتقادهم بأن الإنتاج أقل من الطلب عليه، لذلك فلا مبرر من وجود أي دور للتسويق في تلك المؤسسات وهم بذلك أغفلوا إمتداد وظيفة التسويق إلى ما قبل الإنتاج لدراسة حاجات المستفيد ورغباته والتغيير فيها وإلى ما بعد تقديم الخدمة الصحية للمستفيد من تقديم الإرشادات والرعاية ومعرفة ردود فعله⁴.

¹ المرجع، السابق، ص32.

² نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات الغير ربحية، مرجع سبق ذكره، ص 239.

³ أيمن علي عمر، أساسيات متقدمة في التسويق، دار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2006 - 2007، ص 24.

⁴ بتصرف عن:المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 216.

3- على الرغم من أهمية المعلومات التسويقية في اتخاذ قرارات سليمة في جميع القطاعات وفي وضع إستراتيجيات المزيج التسويقي وفي تبديلها، إلا أن المؤسسات الصحية تفتقر إلى وجود جهات تقوم ببحوث التسويق وهذا ما يدل على عدم إستفادة إدارة المؤسسة من أحد الأنشطة التسويقية المهمة وهي بحوث التسويق الذي ينتج عنه مشكلة أن أغلب القرارات التي تتخذ تعتبر إلى حد ما غير سليمة ويؤثر ذلك بالتبعية على إتخاذ إستراتيجيات غير دقيقة وعلى أداء وأهداف المؤسسة.

4- على الرغم من الأهمية البالغة للترويج في تعريف المستفيد بالخدمة وإقناعه بها وإيجاد الصلات بينه وبين مقدم الخدمة إلا أن المؤسسات الصحية لا تعتمد إلى إستخدام هذا النشاط، وحتى التي تدعي إستخدامها لبعض عناصر الترويج كالإتصال الشخصي والإعلان، والتنشيط (التحفيز) والعلاقات العامة يكون إستخدامها محددًا جدًا أو يكاد يكون منعدماً، في الوقت الذي أصبحت فيه النشاطات الترويجية هامة جدًا في الأقطار المتقدمة، يترتب عن هذا¹:

- إنخفاض مستوى الثقافة الصحية للمستفيد وينجم عن هذا جهله في معرفة أسباب الإنحراف في صحته والوسائل الممكنة إتباعها للتوقي من هذا الإنحراف فيزداد الطلب على الخدمات الصحية.
- يتعذر على المستفيد إتباع الأساليب الصحية الميسرة في التعرف على أنواع الخدمات الصحية التي هو في حاجة إليها وكيفية الإستفادة منها.

¹ بالتصرف عن المرجع السابق، ص 223

خلاصة :

تتفرد الخدمات بجملتها من الخصائص التي تميزها عن السلع الملموسة، تتمثل في خاصية التلازم بين الخدمة ومقدمها، عدم التجانس إذ لا يمكن إعادة إنتاجها وتقديمها بنفس الدقة فهي متغيرة دائما إلى حد ما، وصفة الهلامية التي تؤدي إلى عدم رضا الزبون إذا لم يلب طلبه بالإضافة إلى عدم ملموسيتها وهو ما ينتج عنه صعوبة في قياس وتقييم جودتها .

ولما كانت الخدمات الصحية هي العلاج المقدم للمرضى، سواء كان علاجاً أو تشخيصاً أو تداخلاً بينهما يحقق في النهاية القبول للمريض، فإنها تنطوي على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمات في حد ذاتها، فهي لا تختلف في مضمونها عن الخدمات الأخرى، لكنها تكتسي خصوصية، لذلك من الصعوبة في الكثير من الأحيان على المؤسسات الصحية اعتماد ذات المعايير والمفاهيم المطبقة في الخدمات الأخرى، لأن ذلك قد يتعارض مع الأهداف التي إختطتها، كما أن إرتباطها بحياة الإنسان وشفاءه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، يجعلها تتفرد بخصائص ومميزات تزيد من تعقيد وصعوبة تقديمها .

وإذا ما نظرنا إلى المزيج التسويقي لهذه الخدمات، نجده لا يختلف عن المزيج التقليدي من حيث العناصر، لكنه يختلف من حيث متطلبات التطبيق، فالخدمة الصحية يجب أن تكون متوفرة متى طلبها الزبون عكس بعض الخدمات، كما أن بيئة المؤسسة ومكان وجودها وسهولة الوصول إلى أقسامها وتوفرها على الكوادر الطبية والفنية المؤهلة والمعدات والأجهزة الأكثر تطور وحدثاً، وسعيها لنشر الوعي الصحي بين جمهور متعاملها، كلها عوامل تثبت تبني وتطبيق المؤسسة الصحية لعناصر المزيج التسويقي بكفاءة وفعالية عاليتين .

وقد أصبح للمؤسسات التي تتولى تقديم هذه الخدمات دور بارز في الحياة الإقتصادية، فلم يعد نشاطها مقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية فحسب، وإنما إمتد إلى الناحية الوقائية وإلى المشاركة في البرامج التي تكفل التوعية والإهتمام بالنواحي الصحية، إلا أن تأثير القوانين والأنظمة الحكومية فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات التي تقدمها، يخلق نوعاً من الضغوط النفسية تجعلها مسؤولة بحكم القانون أولاً، ومكانتها الإجماعية ثانياً على تأمين العلاج المطلوب للزبائن المرضى وفق المعايير المحددة لتصل إلى رضا المستفيدين منها وترتقي للمكانة التي يتطلعون إليها .

وتواجه المؤسسات الصحية تحديات من نوع مختلف تأتي في مقدمتها تحديات الجودة التي ما أصبح المريض يقبل بمستويات متدنية منها وهذا ما سيكون مستهل فصلنا الموالي .

تمهيد :

تواجه المؤسسات الصحية في العصر الحديث ضغوطا وتحديات تؤثر على إستقرارها و أدائها لدورها لذا أصبحت الحاجة إلى تحسين أدائها ضرورة ملحة تقتضيها هذه الظروف بهدف إحداث تغيير في جميع جوانب المؤسسة، ومن هنا أصبح للجودة إهتماما متزايدا في الآونة الأخيرة من حيث محاولة إيجاد أسس موضوعية في إستخدام معايير جديدة تعزز قيمة الخدمات التي تقدمها، وقد برز هذا المفهوم نتيجة للتطورات الحديثة في عالم المؤسسات المختلفة بهدف تقنين أسلوب عملها وتحديد قدرتها على تحقيق المهام والمسؤوليات الموكلة لها .

ليظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة الذي يعتبر التطور الأحدث في سلسلة التطورات التي مرت بها إدارة الجودة (كمفهوم ونشاط) عبر التاريخ، و قد توجهت أنظار المؤسسات إلى مفاهيم إدارة الجودة الشاملة كوسيلة لإحداث تغييرات جذرية في فلسفة و أسلوب العمل فيها ولتحقيق أعلى جودة لمنتجاتها، وبالتالي فإن تطور مفهوم الجودة و بلورة أفكاره وصولا إلى فلسفة إدارة الجودة الشاملة لم يأت دفعة واحدة ، بل استلزم مدة من الزمن وذلك نتيجة لإضافات علمية كبيرة أسسها الرواد الأوائل للجودة على المستويين الفكري و التطبيقي.

سنناقش خلال هذا الفصل الذي يحتوي ثلاث مباحث، المفاهيم المختلفة للجودة وتطوراتها وصولا إلى إدارة الجودة الشاملة خلال المبحث الأول، أما المبحث الثاني فيدعم ويميز فكرة الجودة في الخدمات الصحية وصعوبة تقييمها وقياسها، في حين يناقش المبحث الثالث واقع تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وأهم العوامل المساعدة على نجاح هذه الفلسفة وكذا الأخطاء الشائعة في تطبيقها .

المبحث الأول: الجودة و مراحل تطورها

إن جودة المنتجات التي تقدمها المؤسسة لزبائنها تعتبر من أهم العوامل المؤثرة على كفاءة الأداء الكلي لها، وقد أصبح الزبائن يرغبون دائماً في مستويات جودة أفضل ويتوقعون أن تطور المؤسسة جودة منتجاتها لذلك فتحقيق الجودة المناسبة والمستمرة والرقابة عليها يضمنان نجاح المؤسسة في الأجل الطويل، ومما يجب التأكيد عليه أن مستويات الجودة المقبولة هي تلك التي تتناسب مع إحتياجات الزبائن ومتطلبات السوق ولا يتم الوصول إليها إلا من خلال تكامل جميع الوظائف والأنشطة وتكامل حتى الأهداف الإستراتيجية وهو ما يعرف بإدارة الجودة الشاملة.

المطلب الأول: مفهوم الجودة

تباينت تعاريف الجودة على الرغم من قناعة الجميع بأهميتها ودورها الفعال في تحقيق موقف تنافسي للمنتج، لكن لابد من الإتفاق أولاً على تعريف واضح لها، فالإجابة عن السؤال ماهي الجودة غامضة وعامة كغموض وعمومية الإجابة عن السؤال: ما هو الفن؟¹

أولاً: تعريف الجودة:

تتعدد إستعمالات مصطلح "الجودة" ومدلولاتها في الحياة اليومية، فقد تستعمل للإشارة إلى ما هو ممتاز وفي هذا السياق إعتبرها قاموس **oxford**: «درجة التميز أو الأفضلية»² ويراهما البعض متحققة في المنتجات المرتفعة الأسعار، لكن إهتمامنا بالجودة هنا لا ينصرف إلى إستعمال الأفراد لها، بل إلى معناها ومدلولها العلمي في حقل المعرفة الإدارية، حيث جاءت التعاريف الرسمية للجودة على لسان بعض المنظمات الدولية كما يلي:

- تعريف الجمعية الأمريكية للتقنيين **AFNOR**: «هي قدرة مجموعة من الخصائص والمميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء»³
- تعريف المنظمة العالمية للمعايير **ISO**: «الجودة هي قدرة مجموعة من المميزات الجوهرية على إشباع الحاجات»⁴.

¹ رودريك ماكينلي، تحقيق الجودة- الدليل العلمي لتطبيق الجودة، ترجمة صلاح بن معاذ المعيوف، آفاق الإبداع للنشر والإعلام، الطبعة الأولى 1999، ص37.

² رعد عبد الله الطائي، عيسى قعادة، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2008، ص29.

³ Daniel Duret, Mourice Pillet, Qualité en production :de ISO9000a SIX sigma, 2eme E'dition d'organisation ,Paris,2002,p21.

⁴ L. Bergenhegouwen ,et autres, 100Questions pour Comprendre et Agir les Normes ISO 9000, Imprimerie Chirat, France,2003,p31.

- تعريف جمعية ضبط الجودة الأمريكية ASQC: «هي الهيئة أو الخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تعكس قدرتها على تلبية حاجات صريحة وضمنية».¹

أما الجدول الموالي فيبين أهم تعاريف الجودة لأهم الرواد

الجدول(3): بعض تعاريف الجودة لأهم الرواد

الباحث	مفهوم الجودة
Crosby 1979	المطابقة للمتطلبات أو المواصفات
Tagouchi 1984	تفادي الخسارة التي يسببها المنتج للمجتمع بعد إرساله للمستعمل، ويتضمن ذلك الخسائر الناجمة عن الفشل في تلبية توقعات العميل والفشل في تلبية خصائص الأداء والتأثيرات الجانبية الناجمة عن المنتج .
Deming 1986	إرضاء حاجيات العميل الحالية والمستقبلية.
Feignboun	المزيج الكلي لخصائص السلعة والخدمة المتأتي من التسويق والهندسة والتصنيع والصيانة والذي من خلاله ستلبي السلعة أو الخدمة في الإستعمال توقعات العميل
Juran	مدى ملائمة المنتج للإستعمال.

المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 29.

نلاحظ من الجدول أن كل تعريف ركز على وجه من أوجه الجودة، حيث ركز Crosby على جودة المطابقة و Juran, Tagoushi على جودة الأداء و Feignboun على جودة التصميم* . ومن خلال إستعراض التعاريف التي أوردتها المنظمات الدولية ورواد الجودة، نلاحظ عدم الإتفاق على مفهوم للجودة، إذ يدور الخلاف حول ما إذا كانت هذه الأخيرة مفهوما موضوعيا objective يوجد في المنتج ذاته بصرف النظر عن كيفية إدراكه بواسطة الزبون، أو أنه مفهوم شخصي subjective يتحدد من خلال إدراك الفرد لأهمية إثباع المنتج لحاجاته، وإزاء هذا الإختلاف قدم Gavrin David في كتابه «Managing of Quality» خمسة مداخل لتعريف الجودة هي²:

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 29.

* هناك تفاعل مستمر بين أوجه الجودة الثلاثة لتقديم المنتج للعميل، وهذا ما أعطى الأهمية للمفهوم التكاملي للجودة (جودة التصميم، جودة المطابقة، جودة الأداء) في العصر الحديث، حيث تشير جودة التصميم إلى الخصائص المحددة للمنتج أو العملية بكلفة معينة، وهي مقياس لمدى حسن ملائمة التصميم للمتطلبات، و تشير جودة المطابقة إلى مدى مطابقة المنتج الفعلي لمتطلبات التصميم (من ضمنها التكلفة)، أما جودة الأداء فتشير إلى حسن أداء المنتج في السوق وحسن إدراك وقبول المنتج من الزبون عند إستعماله، بتصرف عن :
- محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الايزو، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2006، ص 90.
- رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص (33_ 36)

² صونبا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2004/2003، ص ص 11، 12.

1. التعريف الغير محدد: حسب هذا المدخل لا يوجد تعريف واضح للجودة، بل يمكن معرفتها والإستدلال عليها، لكن هذا التعريف يعتبر مبهم وغامض ولا يمكن إستخدامه كأساس لتحقيق ميزة تنافسية، كما أن كثيرا من وظائف التصميم، الإنتاج، الخدمة تجد صعوبة في إستخدام هذا التعريف كأساس لإدارة الجودة

2. التعريف المبني على المنتج: وفقا لهذا المدخل يتم تعريف الجودة على أنها صفات أو خصائص يمكن قياسها وتحديد كمياتها، فمثلا يمكن تحديد الصفات المتمثلة في المتانة وإمكانية التحمل ومدى الإعتماد على المنتج وكلها صفات من الممكن وضعها في صورة ومعايير قياسية.

يمتاز هذا التعريف بأنه محدد لأنه في الحالات التي تعتمد الجودة على التفضيل الشخصي فإن المعايير التي يتم القياس عليها قد تكون مضللة

3. التعريف المبني على المستخدم النهائي: وفقا لهذا المدخل تعرف الجودة على أنها أمر فردي يعتمد على تفضيلات المستخدم التي يطلبها في السلعة أو الخدمة والمنتجات التي تقدم أعلى إشباع لهذه التفضيلات تعتبر هي الأعلى جودة.

يعاب على هذا المدخل أن تفضيلات الزبون متعددة ومن الصعب أن تتجمع كلها في منتج واحد حتى يكون له قبول عام، كما قد يحدث عدم تطابق بين الجودة ورضا الزبون، فقد تكون مثلا علامة أحد السيارات متميزة بالعديد من الخصائص ذات الجودة ولكن الإشباع أو الرضا قد يتحقق بصورة أفضل مع سيارة أخرى

4. التعريف المبني على التصنيع وفقا لهذا المدخل تعرف الجودة على أنها التوافق مع المواصفات والمتطلبات وأن أي إنحراف عن هذه المواصفات يعتبر إنخفاضا في الجودة

5. التعريف المبني على القيمة¹ ويقوم على أساس التكلفة والأسعار وعدد من الخصائص الأخرى ويعتمد القرار الشرائي للزبون على الجودة والقيمة .

إن معظم التعاريف التي تناولت الجودة، قد أشارت إلى النقاط التالية²:

- ✓ الجودة تشمل تلبية إحتياجات الزبائن أو تخطيها؛
- ✓ تطبق الجودة على المنتجات والناس والعمليات والبيئات المختلفة ؛
- ✓ الجودة حالة متغيرة بإستمرار فما يعتبر جودة اليوم قد لا يكون كذلك غدا؛

¹ خالد محمد طلال بني حمدان، إدارة الجودة في نظم المعلومات متعددة المصادر، المؤتمر العلمي الثاني بعنوان : الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات متعددة المصادر، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان 2006، ص 3 .

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، إدارة الجودة المعاصرة - مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات - ، دار البيزوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص38.

وبوضع هذه العناصر معا يمكن الوصول إلى التعريف الشامل التالي «الجودة هي الإيفاء بمتطلبات وإحتياجات الزبون من حيث المواصفات المطلوبة للمنتج»، وقد حدد المهتمون بالعلوم الإدارية الأبعاد الفكرية للجودة والمتمثلة في:

الأداء performance: وتعني قدرة المنتج على أداء ما يتوقع أن يؤديه.

المطابقة conformance: أي مدى التطابق بين المواصفات المعلنة والمواصفات الحقيقية للمنتج¹
المظهر features: الخصائص الغير أساسية للمنتج.

المعولية reliability: إحتمال إستمرار عمل المنتج بكفاءة دون عطل خلال فترة زمنية وطول تلك الفترة²

المتانة durability: وهي مدة الإستخدام قبل الإحتياج للإصلاح بما في ذلك تصحيح أداء المنتج³

القابلية للخدمة serviceability: تعني مدى إمكانية إصلاح المنتج من حيث الصعوبة وإرتفاع الكلفة

الحماية aesthetics: حيث ينبغي أن يبدو المنتج جذابا وذو جمالية.

ثانيا: أهمية الجودة:

تعد الجودة أداة فعالة لتطبيق التحسين المستمر لجميع أوجه النظام في أية مؤسسة وذلك من خلال تحقيق التحسين المستمر في النشاطات والعمليات الداخلية، ويمكن تناول الأهمية كما يلي⁴:

- 1. سمعة المؤسسة:** تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع المجهزين وخبرة العاملين ومحاولة تقديم منتجات تلبى رغبات وحاجات زبائن المؤسسة
- 2. المسؤولية القانونية للجودة:** تزداد بإستمرار 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 مسؤولة عن كل ضرر يصيب الزبون من جراء إستخدامه 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

¹ محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الأيزو، مرجع سبق ذكره، 43 .

² رعد عبد الله الطائي، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص36.

³ محمد عبد العال النعيمي وآخرون، إدارة الجودة المعاصرة - مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات-، مرجع سبق

ذكره، ص38.

⁴ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات - مفاهيم، عمليات، تطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص(32،33).

فشل المنتج الذي يقوم بشرائه من القيام بالوظيفة التي يتوقعها الزبون منه، وبسبب انخفاض الجودة وعدم جودة المواصفات الموضوعه 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 لإكتشاف الأخطاء، وتلافيتها لتجنب كلفة إضافية.

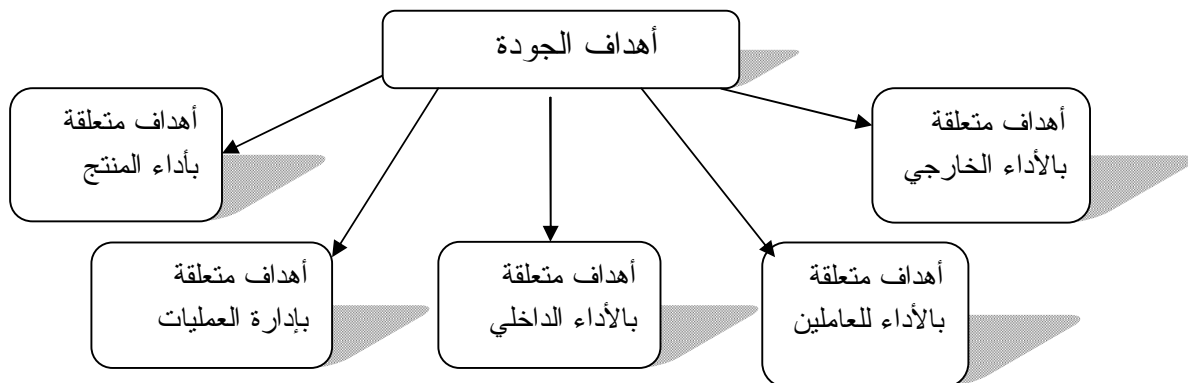
5. **المنافسة العالمية:** فالتغيرات السياسية والإقتصادية ستؤثر في كيفية وتوقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، وفي عصر المعلومات والعولمة، وتكتسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل من المؤسسة والمجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكين من المنافسة العالمية وتحسين الإقتصاد بشكل عام، والحصول على موطئ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

ثالثا: أهداف الجودة:

بشكل عام هناك نوعان من أهداف الجودة هما¹:

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

الشكل(6): أهداف الجودة



المصدر: محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الايزو، مرجع سبق ذكره، ص27.

¹ محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الايزو، مرجع سبق ذكره ، ص26.

المطلب الثاني: من إدارة الجودة إلى إدارة الجودة الشاملة

من البديهي أن النهج الإداري الحديث المتمثل بإدارة الجودة الشاملة، لم يأت من فراغ بل نتيجة تطور مفاهيم الإدارة العلمية، ليتماشى مع التطورات السريعة والكبيرة للعلم والتكنولوجيا التي يشهدها العالم اليوم من جانب، والتجاوب مع المتطلبات والإحتياجات السلعية والخدمية من جانب آخر.

أولاً: مراحل تطور إدارة الجودة

تميز أغلب أدبيات الفكر الإداري بين أربع مراحل، توجت المرحلة الأخيرة بإدارة الجودة الشاملة وقد كان للدين الإسلامي نصيب وافر في التأكيد على جودة المنتج¹ وإتقان الأعمال وإحفاق الحقوق للعاملين حيث نجد هذا التأكيد في آيات القرآن والأحاديث النبوية، منها قوله تعالى «**صنع الله الذي أتقن كل شيء خلقه**» (البقرة 88) والآية الكريمة «**الذي أحسن كل شيء خلقه**» (المسجد 7)، كما أن الحضارة العربية الإسلامية تمدنا بالشواهد الكثيرة وفي مختلف المجالات على إهتمام المسلمين بإتقان الأعمال وجودتها ويمكن تلخيص هذه المراحل كما ما يلي²:

المرحلة الأولى: مرحلة الفحص (مع بداية الثورة الصناعية إلى 1940)

تركزت هذه المرحلة على التأكد من مدى مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعية³ وضمان منع وصول وحدات معيبة للزبون، وهو ما أدى إلى حتمية فحص المنتجات النهائية بهدف إيجاد المعيب منها⁴ ويمكن إيجاز أهم خصائص هذه المرحلة في ما يلي⁵:

1. تحدد مفهوم الجودة في هذه المرحلة على أنه مطابقة المنتج للمواصفات.
2. قد لا تكون المنتجات التي تم إنتاجها تفي بإحتياجات الزبون لأن تصميم المنتج كان يقوده المنتجون أكثر مما يوجهه المستهلكون (إذ ليس بالضرورة ما يراه الزبائن أنفسهم يشبع إحتياجاتهم بالفعل).
3. إستدعت هذه المرحلة الحاجة الملحة للتطوير والتحسين في عمليات التفتيش .

المرحلة الثانية: مراقبة الجودة (1940 - 1960 م)

¹ مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي وخدمي، جريب للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2007، ص 41.

² Mourad Nacer, **L'Importance de l'application du management de la qualité total pour l'amélioration de la capacité concurrentielle dans l'entreprise**, IDARA : revue semestrielle éditée par le centre de documentation, INSP numéro 2, 2007, p 7.

³ بشرى عبد الوهاب محمد حسن، تكاليف الجودة أفكار جديدة لمفهوم قديم، بحث مقدم للمؤتمر الثاني بعنوان **الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات**، كلية العلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان 2006، ص 9.

⁴ F. François Caby C. Jambart, **la qualité dans les services**, op- cit, p19.

⁵ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإنز 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 28.

إعتمدت هذه المرحلة على تأسيس قسم للجودة في المؤسسة أوكلت له مهام مراقبة جودة المنتج وإختباره ، ورفع تقرير عنه خلال مراحل الإنتاج التي يمر بها، مما يعني أن هذه المرحلة أتاحت فرصة الكشف عن العيوب في وقت مبكر، وقد إتسمت هذه المرحلة بالتالي:

1. إستخدام الأساليب الإحصائية في أنشطة ضبط الجودة
2. تحليل نتائج عمليات الفحص بإستخدام الأساليب الإحصائية والإستفادة منها في إجراء التعديلات المستقبلية على التصميم والتنفيذ وغيرها، وهذا يساهم في منع أو تقليل المنتجات غير المطابقة للمواصفات

المرحلة الثالثة: مرحلة ضمان الجودة (1960-1980 م)

تركز هذه المرحلة على إمكانية التوصل إلى إجراء تحسينات مستمرة في الجودة من خلال توجيه جهود المؤسسة لتحقيق الجودة المنشأ مما يعني القضاء على المشكلات من المصدر ومنع وقوعها هذا ما يؤدي إلى تحسين جودة المنتجات وزيادة الإنتاجية وتميزت هذه المرحلة بالتالي:

1. أن الجودة تبنى في مرحلة التصميم والتي تشتمل على تصميم المنتج والعمليات الإنتاجية وهي ما يعبر عنها بمصادر الأنشطة.
2. إمتلاك العاملين بقسم الجودة دراية كافية بموارد المؤسسة من عاملين وأساليب عمل.
3. إتسمت هذه المرحلة بظهور عدد من المفاهيم منها ضبط الجودة ومفهوم العيوب الصفرية.

المرحلة الرابعة: إدارة الجودة الشاملة(1980 حتى الآن)¹

أصبحت الجودة في هذه المرحلة ركنا أساسيا من أركان الوظيفة الإدارية للمدراء و مسؤولية كل فرد فيها،² فظهرت إدارة الجودة الشاملة كمدخل إداري، وشهدت هذه المرحلة تطور المواصفات العالمية بما يضمن تحقيق أعلى درجات المطابقة للمواصفات المطلوبة للزبون، ويعتقد أن يشهد العقد القادم تطورات كبيرة في أساليب الجودة، فالمؤسسة التي تسعى إلى تحقيق الجودة ستبدأ بالزبون وليس بالمنتج الملموس أو العملية التصنيعية

ثانياً: تعاريف إدارة الجودة الشاملة

تعددت تعاريف إدارة الجودة الشاملة بتعدد الباحثين وما يدل على ذلك، إجابة **Deming** - الأب الروحي لمنهج إدارة الجودة الشاملة- عندما سئل عن تقديم تعريف لهذا المفهوم فأجاب أنه لا يستطيع أن يعطي

¹ حيدر علي المسعودي، إدارة تكاليف الجودة استراتيجياً، مكتبة البازوري، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2010، ص38.

² محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري، الأردن، الطبعة العربية، 2005، ص22

تعريفًا محددًا لإدارة الجودة الشاملة مبررا ذلك بأن المفهوم أصبح يتضمن معان كثيرة بالنسبة للباحثين

-تعريف معهد الجودة الفدرالي: هي «منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات أو توقعات العميل حيث يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات في المنظمات»¹

لقد تمحور تعريف معهد الجودة الفدرالي حول فكرة استخدام الوسائل العلمية والأدوات الإحصائية المتاحة لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة الذي أساسه تلبية توقعات وحاجات الزبون، وهو ما ذهب إلى تأكيده معهد **Juran**

-تعريف معهد Juran: هي «تحول في الطريقة التي تدار بها المؤسسة والتي تتضمن تركيز طاقات المؤسسة على التحسينات المستمرة لكل العمليات والوظائف وقيل كل شيء المراحل المختلفة للعمل إذ أن الجودة هي تحقيق رغبات وتوقعات العملاء بفعالية»²

-يعرفها Logothetis: هي « ثقافة تعزز مفهوم الإلتزام الكامل إتجاه رضا العميل من خلال التحسين المستمر والإبداع في كافة مجالات العمل »³

يتضح من التعريف تركيز **Logothetis** على ثلاث ركائز هي: تعهد وإلتزام الإدارة العليا، المعرفة ومشاركة الزبون.

ومن جملة التعاريف السابقة نستنتج أن إدارة الجودة الشاملة تعبر عن أسلوب القيادة الذي ينشأ فلسفة تنظيمية تساعد على تحقيق أعلى درجة ممكنة من الجودة في الإنتاج والخدمات⁴، وتركز على :

- رضا الزبون كعنصر أساسي في إدارة الجودة الشاملة
- توسيع قاعدة المشاركة لكافة المستويات الإدارية في المؤسسة بحيث يشارك الجميع في تحقيق أعلى مستويات الأداء .
- إدارة الجودة الشاملة عملية مستمرة لا تتوقف ولا تنتهي والتطور المستمر سمة من سماتها
- العمل وبشكل صحيح من أول مرة.
- عدم القبول بالوضع التقليدي وإنما العمل والتطلع دائما نحو الأفضل وباستمرار .

¹ محمد سلام الشيباب، موفق علي الخليل، أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على النتائج المالية للمؤسسات المالية المدرجة في سوق عمان المالي، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006 ص 5.
² المرجع أعلاه، ص6.

³ رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره ، ص75.

⁴ ريتشارد ل، وليامز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة - سلسلة العمل بذكاء، ترجمة مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 2004 ص3

وتأسيسا على ما تقدم فإن إدارة الجودة الشاملة أبعادا تتمثل في¹:

البعد الإداري: يتمثل في جميع المستويات الإدارية التي تعمل في جميع المجالات بشكل متميز قصد تحقيق الجودة بشكل مستمر من خلال إستراتيجية شاملة للمؤسسة مركزها رضا الزبون .

بعد الجودة : يتمثل في الأداء، المطابقة، الثبات والمصداقية، خدمة ما بعد البيع

بعد رضا الزبون : يشكل تحقيق رضا الزبون الهدف الجوهرى للمؤسسة في ظل فلسفة إدارة الجودة الشاملة وذلك من خلال المنفعة التي يحصل عليها من إستعماله للمنتج، وحجم التضحية التي يقدمها

المطلب الثالث: مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأهم روادها

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة بوصفها فلسفة إدارية لا يمكن تحقيقها، إلا بتوفر حزمة من المبادئ

أولاً: مبادئ إدارة الجودة الشاملة

يتطلب تفعيل فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة توافر عدة أسس ومبادئ تتناسب وتتكامل فيما بينها لتحقيق أهدافها، وحددت مواصفة **ISO 9000:2000**، ثمانية مبادئ لإدارة الجودة الشاملة هي² :

1. الإهتمام بالزبون :

من البديهي أن الزبائن يمثلون محور عمل المؤسسة والقوى الدافعة لها، سواء كانت إنتاجية أو خدمية لإعتماد تثبيت وجودها وتقديمها بشكل أساسي من منطلق " لا إنتاج بدون زبائن "، و يقسم الزبون في إطار مفاهيم إدارة الجودة الشاملة إلى نوعين هما :

- **الزبون الخارجي:** وهو ذلك المستهلك الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة و الجهود من أجل تحقيق رغباته³ إذ يتطلب منهج إدارة الجودة الشاملة الوفاء بحاجات ورغبات المستفيدين بالشكل الذي يشعرون بالرضا التام عن المؤسسة و خدماتها
- **الزبون الداخلي⁴:** وتشمل الأفراد والعاملين في جميع إدارات و أقسام المؤسسة الذين يتعامل بعضهم مع البعض الآخر لإنجاز الأعمال.

¹ Mourad Nacer , **l'Importance de l'application du management de la qualité total pour l'amélioration de la capacité concurrentiel le dans l'entreprise.** OP-cit ,p9.

² خالد حسين علي المرزوك، احمد خليل حسين الحسيني، **محددات ادارة الجودة الشاملة لتوجهات خصخصة منشآت الأعمال في العراق** المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الإدارية،الأردن،2006،ص7.

³ محمد عبد الفتاح، **إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية**، دار الفتح للتجليد،الإسكندرية،لا توجد طبعة،2008،ص196.

⁴ عبد الرحمن توفيق، **50 طريقة للاحتفاظ بعملائك للأبد**، مركز الخبرات المهنية للإدارة،بميك،1997،ص10.

2. إلتزام الإدارة العليا :

تمثل مساندة الإدارة العليا وإلتزامها بإدارة الجودة الشاملة الخطوة الأولى لنجاح نظام الجودة و تحقيق التحسين المستمر وهو أمر لا بد منه للإدارة التي تبغي المنافسة والسيطرة في الأسواق، ويشير (Deming) إلى أن غالبية مشاكل الجودة هي بسبب الإدارة العليا وخصوصا الإدارة التي لا تمتلك أنظمة للجودة في المؤسسة أو بسبب فشلها في تدريب العاملين، كما يركز مفهوم إدارة الجودة الشاملة على التحسين المستمر، وهو مفهوم يحتم على الإدارة أن تطور عمليات التحسين المستمر للجودة و تعزيزها وقد أكد Coling أنه عندما تقوم الإدارة العليا برعاية إدارة الجودة الشاملة بوصفها وسيلة مناسبة لتحسين الجودة، فإن هذا يشبع حاجات الزبون ويعزز كفاءة السوق¹.

3. إتباع المنهج العلمي في إتخاذ القرارات:

لا بد و أن تمتاز المؤسسات التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة بأن تكون قراراتها مبنية على حقائق وبيانات صحيحة وليس مجرد تكهنات أو إقتراحات أو توقع مبني على أساس الرأي الشخصي² خاصة أن المؤسسات تواجه تغيرات متسارعة في العلم والتكنولوجيا والمنافسة، إذ لا بد من تقليل حالات عدم التأكد ويشترك في ذلك جميع العاملين والمستهلكين من خلال التفهم الكامل للعمل ومشكلاته، ويساهم في تحقيق ذلك وجود نظام كفاء للمعلومات يأخذ على عاتقه توفير المعلومات بالانوع والوقت المطلوبين³.

4. المشاركة و التمكين:

حيث يتم مشاركة جميع العاملين في المؤسسة في تحسين الخدمات من خلال فرق العمل و حلقات الجودة التي يتم تكوينها لتحديد معوقات الأداء المتميز، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها وتمكين هذه الفرق من إجراء التغيرات التي تقترحها، وخلق بيئة يتمكن العاملون من خلالها من العمل الجماعي والتحكم بأعمالهم،⁴ ذلك أن المرؤوسين دائما أقدر من الإدارة العليا على تحديد المشكلات التي تواجههم في أدائهم لأعمالهم و إيجاد الحلول المناسبة لها لأنهم يمارسون هذه الأعمال بشكل يومي.

5. التخطيط الإستراتيجي للجودة :

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يبدأ بوضع رؤية مستقبلية محددة وأهداف بعيدة المدى تسعى المؤسسة لتحقيقها وهذا لن يتحقق عن الطريق العمل بعشوائية، كما أن تطبيقها يتطلب مشاركة جميع العاملين في المؤسسة وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة ولا يمكن تحقيق ذلك دون وجود الخطة الإستراتيجية

¹ محمد فوزي العبادي آخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص79.
² مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف جسيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك الى المستهلك منهج كمي، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص368.
³ قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإنز و 2000:9001، مرجع سبق ذكره، ص95.
⁴ فواز التميمي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات التأهيل للإنز و (9001)، دار نشر جدارا للكتاب العالمي، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص28.

التي تنسق بين هذه الجهود وتوحيدها، هذه الخطة تعتبر أفضل أداة للتقويم المستمر، من خلال معرفة ما تم إنجازه مقارنة بما يجب تحقيقه.

6. التدريب :

تتوقف فاعلية إدارة الجودة الشاملة على كفاءة العاملين، إذ يجب تدريبهم وتشجيعهم لتحقيق التطوير واكتساب الخبرات والمعارف ومواجهة التغيير، وقد أوضحت الدراسات بأن العاملين يحبون الثناء والإمتنان مقابل جهودهم ورعايتهم وهذا ما تحرص عليه إدارة الجودة الشاملة، وتعتبر حلقات الجودة من الأساليب الإدارية التي تضمن مشاركة العاملين في تحسين الجودة وزيادة إلتئامهم للمؤسسة¹.

7. منع الأخطاء قبل وقوعها :

يؤكد هذا المبدأ على جودة العمليات والنتائج على حد سواء وذلك كمؤشر لمنع حالات عدم المطابقة مع المواصفات لأن ذلك يحقق مبدأ ' الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها' وهذا يتطلب استخدام مقاييس مقبولة لأغراض القياس والتحليل المتمثلة بخرائط الضبط، تحليل باريتو، مخططات السبب وغيرها التي تستخدم في ضبط جودة العمليات والنتائج.

8. التركيز على العمليات² :

إن الإتجاه الحديث يؤكد أهمية مدير العمليات، إذ أصبحت إدارة العمليات حقيقة يجب على الجميع تفهمها وإدراكها وتعد الأساس لإرضاء الزبون أو رفضه لمنتجات المؤسسة، فإدارة العمليات الحديثة نتجه نحو جعل مدراء المؤسسات هم مدراء عمليات ويتم تحقيق ذلك من خلال:

أولاً: تحديد العمليات اللازمة لتحقيق الأهداف والوصول إلى النتائج المطلوبة.

ثانياً: تحديد مدخلات العمليات ومخرجاتها وقياسها.

ثالثاً: تحديد نقاط الإتصال بين العمليات من خلال الأنشطة المختلفة في المؤسسة .

رابعاً: تقييم تأثير العمليات ونتائجها على الزبائن والموردين ومجموعة المستفيدين في المؤسسة.

خامساً: تحديد مسؤولية هذه العمليات وتطويرها.

سادساً: تحديد الزبائن الداخليين و الخارجيين للعمليات.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإيزو 2000:9001، مرجع سبق ذكره، ص 96.

² محمد فوزي العبادي، وآخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مرجع سبق ذكره، ص 81.

سيايعا: عند تصميم العمليات وإدارتها يجب أخذ عوامل الرقابة على العملية وعوامل الأداء والموارد اللازمة وأسلوب قياس النتائج في الحسبان.

ثانيا: أهم رواد إدارة الجودة الشاملة وإنجازاتهم

1. إدوارد ديمينغ Edward Deming: من الأخصائيين البارزين في عمليات تحسين الإنتاجية، يلقب بأب إدارة الجودة الشاملة، إنتقد نموذج الإدارة المشهور الذي وضعه تايلور وكان يؤمن خلال مشواره المهني بأنTQM يجب أن تكون الأساس والجذور الفعلية لأي مؤسسة ومن هذا المنطلق إبتكر نظريته الشهيرة¹، وقد كانت فلسفته تقوم على وضع مفهوم الجودة في إطار إنساني فقامت فكرته البسطة القوية في الوقت نفسه على أنه عندما تصبح القوى العاملة في المؤسسة ملتزمة بكامل إرادتها في إتقان عملها على أحسن وجه، وتكون لديها عملية إدارية سليمة يتم من خلالها العمل، فإن الجودة ستكون نتيجة حتمية، وقد وضع سلسلة من الأعمال أهمها²:

- النقاط الأربعة عشرة لإدارة الجودة الشاملة
- الأمراض السبع القاتلة
- المعوقات الستة عشر
- إبتكر ما يسمى بدائرة Deming (P.D.C.A) وهي إختصار لـ (خطط Plan نفذ Do إحص Check حسن Act)،
- كما يعتبر أول من وضع أهمية التركيز على جملة من الأمور هي³:

1. ضرورة تعليم وتدريب الأفراد على كيفية التحسين الدائم والعمل الجماعي في المؤسسة
2. النظم التي يسير عليها العمل تعتبر مسؤولة عن حوالي 85% من الأخطاء والعيوب التي تحدث في العملية الإنتاجية، والإدارة وحدها قادرة على تغيير هذه النظم وأن 15% من الأخطاء والعيوب يمكن إرجاعها لعامل بذاته أو آلة بذاتها .

2- جوزيف (Joscph Juran) قدم ثلاثية الجودة التي تضم العناصر الأساسية التالية:⁴

1. تخطيط الجودة: وتتضمن وضع أهداف الجودة، تطوير خصائص المنتج، وضع ضوابط العملية.
2. الرقابة على الجودة: في هذه الخطوة يتم تحديد المقاييس التي تقيم من خلالها عملية التنفيذ

¹ ريتشارد ل،ويتلي وليامز، أساسيات ادارة الجودة الشاملة-سلسلة العمل بنجاح، مرجع سبق ذكره، ص7.

² Jean-Marie grogne. **les Samourai de la qualité, les homme qu'ont fonde le management moderne.** Economica, Paris. 1990.p 65.

³ مأمون الدرادكة، طارق الشلبي، **الجودة في المنظمات الحديثة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2002، ص26 .

⁴ محمد عبد الوهاب العزاوي، **إدارة الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص49.

3. عملية تحسين الجودة: وهي الإجراءات المتبعة لتحقيق تغييرات جوهرية في الأداء من خلال مجموعة من الإجراءات التي تقوم بها الإدارة العليا لتقديم نظم وأساليب إدارية جديدة يكون لها هدف محدد هو تحسين الجودة¹.

3- فليب كروسي (Crosby): يعد من أوائل الرواد الذين أسهموا في تحديد المعالم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، تعتمد فلسفته على مبدأ العيوب الصفرية (zero Defects) الذي يهدف إلى جعل الإدارة العليا تؤمن بأن الأخطاء غير مقبولة وتلتزم بتنفيذ عمليات تحسين الجودة في وظائف المؤسسة كافة²، وقد حدد أربع أركان أطلق عليها ثوابت كروسي تتمثل في:

- تعريف الجودة على أنها المطابقة للمتطلبات
- التأكيد على أن نظام الجودة وقائي يقوم على منع الخلل
- معيار الأداء هو المعيب الصفري
- مقياس الجودة هو الثمن الذي تدفعه المؤسسة عن عدم مطابقة المواصفات³

4- آرماند (armend feigenbaun): طور مفهوم السيطرة الشاملة على الجودة في كتاباته سنة 1983، حيث أشار إلى أن المسؤولية عن الجودة يجب أن تكون على من يؤدون العمل إذ أشار إلى مفهوم "الجودة من المنبع" ويعني أن كل عامل يجب أن يكون مسؤولاً عن أداء عمله بجودة كاملة⁴ وحسب (Feigenlaun) فإن (TQM) هي نظام فعال لتحقيق التكامل بين جهود كافة الأطراف داخل المؤسسة التي تتولى تنفيذ الجودة و تحسينها من أجل تحقيق رضا الزبائن، حيث يطلق على عملية التكامل بين كافة الأقسام مصطلح "الدورة الصناعية" التي تبدأ بدراسة رغبات الزبون وجودة التصميم وتنتهي برضا الزبون أيضاً⁵ وكان من أبرز إسهاماته⁶:

1. كلف الجودة: التي حددها بثلاثة أنواع رئيسية هي كلف الوقاية، كلف التقييم، كلف الفشل
2. الجودة الموجهة نحو المستهلك: حيث يؤكد على أهمية التوجه نحو عمليات إدارة الجودة الموجهة نحو المستهلك إذ تفهم الجودة على أساس ما يريده الزبون و ليس ما يقوله المهندس أو مدير التسويق.

¹ مأمون الدرادكة، طارق الشلبي، الجودة في المنظمات الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص 27.

² محمد فوزي العيادي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مرجع سبق ذكره، ص 95.

³ بتصرف عن: عيسى قدارة، رعد الله الطائي، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 63.

⁴ حميد عبد النبي الطائي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة و الأيزو ISO، مؤسسة الوراق للنشر، عمان 2003، ص 39.

⁵ محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية، المنظمة العربية للدراسات، الإسكندرية 2006، ص 26.

⁶ بالتصرف عن: محمد فوزي العيادي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مرجع سبق ذكره، ص 95.

3. تقديم ضمانات كافية لإستمرار التطابق مع إحتياجات الزبائن في إطار توجهات جديدة سماها "صناعة الجودة الشاملة".

4. أكد على أن التحسينات المتصاعدة في الجودة يرافقها تخفيض تدريجي في الكلف وهذا يمنح المؤسسة ثقة كبيرة في مجال التخطيط لإستراتيجيات مواجهة ظروف عدم التأكد التي تتسم بها الأسواق المعاصرة.

5- **إشيكاوا (Ishikawa):** يطلق عليه بـ "أبو حلقات الجودة" حيث أصدر كتابا سماه "مرشد الرقابة على الجودة" و أبرز الأفكار التي جاء بها مخطط "تحليل عظمة السمكة" الذي يستخدم لتتبع شكاوى الزبائن عن الجودة وتحديد مصادر الخطأ والقصور.

6- **تاجوشي (Tagouchi):** حقق Tagouchi نجاحا كبيرا في حركة الجودة في اليابان من خلال إستخدامه الأساليب الإحصائية لضبط الجودة مما جعله حائزا على جائزة ديمنج 1960 حيث كان ينظر للجودة على أنها القضية الأساسية للمؤسسة ككل وقد نظر للجودة بنفس منظار Crosby على أنها تمثل المطابقة للمواصفات، وعلى الرغم من أن مدخل Tagouchi في الجودة يعتبر أكثر المداخل تعقيدا إلا أنه أثبت فاعلية وقوة كبيرتين في تقييم وتصميم المنتج الجديد.

المطلب الرابع: المواصفة العالمية لنظم الجودة ISO:9000 وأهميتها

لقد تأكد للجميع أن الجودة لم تعد خيارا بل ضرورة لنجاح المؤسسات في مختلف القطاعات لذلك عملت المنظمة الدولية (الإيزو ISO) على تطوير مقاييس في مجال تسيير وتأكيد الجودة لتوحيد المفاهيم على المستوى الدولي .

أولاً: تعريف المواصفة:

نشير بداية إلى أن ISO هي الحروف الأولى من إسم المنظمة العالمية للمواصفات (International Organisation for Standardization) التي تضم 90 دولة، وهي منظمة غير حكومية¹، تأسست في 1946، مهمتها تطوير معايير دولية لتسهيل عملية تبادل المنتجات على مستوى العالم² وخلال الفترة الممتدة ما بين 1986 و1987 أصدرت اللجنة الفنية ستة معايير أولها **ISO 8402** الخاصة بتعريف المصطلحات، ثم مجموعة معايير الإيزو 9000 .

¹ محمد حسين عبد العال، الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة و المواصفات القياسية (الإيزو) 9014-9000، أهم التعديلات التي أدخلت عليها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، بدون طبعة، 2006، ص 95.

² صونيا محمد البكري، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 331.

والتي عرفها **Rassel et Shack** على أنها: « مجموعة من المواصفات التي تؤمن المتطلبات الخاصة بأنظمة الجودة في المؤسسات المختلفة »¹

في سنة 1994 تم إصدار الطبعة الثانية المعدلة من مجموعة معايير **ISO9000**، وكانت تضم كل من المعايير التالية²:

ISO9000: وهي مرشد يحدد مجالات تطبيق كل من المعايير الأخرى في هذه المجموعة

ISO9001: تتعلق بنظام الجودة في المؤسسات الإنتاجية أو الخدمية التي يشمل عملها القيام بالتصميم إضافة إلى إنتاج وخدمات ما بعد البيع، و تضمنت 20 فقرة

ISO9002: تتعلق بنظام الجودة في المؤسسات الإنتاجية أو الخدمية التي يقتصر عملها على الإنتاج والتركيب دون القيام بالتصميم أو خدمة ما بعد البيع، و تضمنت 18 فقرة

ISO9003: تتعلق بنظام الجودة في مجال الفحص النهائي للسلع وإختبار جودتها، و تضمنت 12 فقرة

ISO9004: تتضمن التعليمات الإرشادية التي يجب إتباعها للحصول على شهادة **ISO9001** أو **9002** أو **9003**، إذ تعتبر مواصفة عالمية قياسية للنظام المتكامل للجودة³

في سنة 2000 صدرت الطبعة الثالثة المعدلة **ISO9000 2000**، وتم تطويرها لتتضمن مبادئ وأسس نظام إدارة الجودة الشاملة المبني على التركيز على الزبون، القيادة، المشاركة الكاملة، أسلوب الإدارة بالعمليات، والتطوير المستمر⁴ و قد جرى فيها⁵:

1. إلغاء المعايير **ISO9002** و **ISO9003** والإبقاء على المعيار **ISO9001** كمواصفة وحيدة

تتضمن متطلبات نظم إدارة الجودة، و تمنح الشهادة للمؤسسات وفقا لهذا المعيار الوحيد

2. دمج المعيار **ISO 8402** مع المعيار **ISO9000** لتشكيل المعيار **ISO9000-2000** الذي ينصب

على المبادئ والمصطلحات

3. أصبحت مجموعة المعايير **ISO9000-2000** تظم المعايير التالية:

• **ISO9000-2000**: الأساسيات والمصطلحات في نظم إدارة الجودة.

¹ مؤيد عبد الحسين، يوسف جسيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك - منهج كمي -، مرجع سبق ذكره، ص275.

² رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص352.

³ محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة و البيئة **ISO 14000 ISO 9000**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2002، ص

56

⁴ محمد رياض، دليل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة - المواصفات العالمية **ISO9000** -، منشورات المنظمة العربية للتجارة الإدارية، مصر العربية، 2005، ص (10-11).

⁵ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص353.

- **ISO9001-2000**: متطلبات نظم إدارة الجودة.
- **ISO9004-2000**: المرشد في تحسين الأداء في نظم إدارة الجودة.

تم مراجعة مواصفة **ISO9001-2000** و أعيد إصدارها في نوفمبر 2008 وقد شملت التعديلات توضيحات لبعض المتطلبات دون تغيير جذري في المتطلبات المحددة في إصدار 2000، ليتم إعادة إصدار **ISO9001V2008**

ثانياً: أهمية تطبيق المواصفات العالمية للإيزو:

في حال التطبيق الموضوعي والحقيقي لنظام الإيزو، فإن هناك العديد من المميزات التي تنعكس إيجابياً على مستوى أداء المؤسسة، حيث أنه من خلال تلك المواصفات¹:

- ✓ يتم التخفيض بشكل ملموس من الإهدار في إمكانيات المؤسسة من حيث الموارد ووقت العاملين.
- ✓ يحدث تميز في النظام الإداري، يساهم في تمكين المؤسسة من تحليل المشكلات التي تواجهها ويجعلها تتعامل معها من خلال الإجراءات التصحيحية و الوقائية و ذلك لمنع مثل تلك المشكلات من الحدوث مستقبلاً.
- ✓ تمكين العاملين بالمؤسسة من المشاركة الفعالة في إدارة المؤسسة، مما يزيد من مستوى التطور والتحسين المستمر في مجال العمل مما يترك أثراً نفسياً إيجابياً لدى العاملين.
- ✓ يمكن تحقيق الترابط بين جميع الوحدات الإدارية بالمؤسسة ويجعل عملها متناغماً بدلاً من وجود نظام إداري منعزل لكل وحدة أو إدارة ويؤدي هذا إلى إنضباط أكثر و تحليل أدق للمشاكل التي يمكن أن تحدث.
- ✓ التقليل من البيروقراطية الإدارية إلى حد بعيد والتخلص من الإجراءات المتكررة والمتعارضة أحياناً وإضفاء لمسات مهمة و دقيقة في مجالات مختلفة وتحليل وترتيب الأنظمة المساندة كالإدارة والمشتريات والأمن.

كما تتميز المؤسسات المطبقة للمواصفة العالمية **ISO9001** كما هي بالمميزات التالية²:

- ✓ توفير مرجع من الإجراءات للتعليم والتطوير؛
- ✓ التطوير المستمر للمنتجات مما يحقق الريادة في الأسواق؛
- ✓ خفض المشاكل بين المؤسسة و زبائنها من جهة، و بين المؤسسة و مورديها من جهة أخرى؛

¹ محمد محمد إبراهيم، إدارة الجودة من المنظور الإداري - مدخل إداري متكامل ، سلسلة وثائق الجودة من المنظور الإداري، الوثيقة الأولى للتأصيل الفكري لإدارة الجودة الشاملة، بدون طبعة، بدون سنة نشر، ص 87.

² محمد رياض، دليل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة - المواصفات العالمية **ISO9000** -، مرجع سبق ذكره، ص 13.

الفصل الثاني: مسار الجودة في المؤسسات الصحية

- ✓ ضمان ثبات و تماثل جودة المنتجات التي تقدمها المؤسسة؛
- ✓ خفض تكلفة المنتج و تحقيق متطلبات ومقومات رضا الزبائن مما يحسن صورة المؤسسة؛
- ✓ تفهم تام لسياسات الجودة و تحسين وعي العاملين بأهميتها وتطبيقها؛

إن حصول المؤسسة على شهادة المواصفات العالمية ISO لا يعني الكمال،¹ وإنما يعني أن جميع الأعمال والإجراءات تؤدي في نهاية المطاف إلى إنتاج سلعة أو خدمة ما في ضوء إجراءات مكتوبة ومراقبة ومطبقة بشكل فعال، وبالتالي فإن مراجعتها باستمرار يساعد على تطوير الأنشطة والعمليات المؤثرة على جودة المنتج النهائية مما يؤدي إلى تحسينه وتطويره، لكن بالرغم من أهمية الحصول على شهادة ISO ما الذي يتم في الواقع العملي بالنسبة لكثير من مؤسسات الوطن العربي؟ لقد أصبحت شهادة المواصفات العالمية دعاية للمؤسسات أكثر من كونها وسيلة للتحسين والتطوير حيث إنتشرت الإعلانات عن المؤسسات التي تحصل على تلك الشهادة، وهذا التسابق المحموم نحو شهادة الايزو يهدد بجعل مسألة إدارة الجودة مسألة عادية تؤثر فيها عمليات التقليد والدعايات على الرغم من أن إدارة الجودة تمثل في بداية الأمر ثقافة ثم إنتماء وإلتزام ومن ثم فهي أكبر من ذلك الفهم القاصر بكثير.

¹ محمد محمد إبراهيم، إدارة الجودة من المنظور الإداري - مدخل إداري متكامل ، سلسلة وثائق الجودة من المنظور الإداري، الوثيقة الأولى للتأصيل الفكري لإدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 91.

المبحث الثاني: مضامين جودة الخدمة الصحية

إن الوصول إلى مستويات عالية من الجودة في الخدمات الصحية تعتبر أهم المسؤوليات المباشرة لمقدمي الخدمات، وقد كانت أعمال الجودة في السابق عبارة عن تدا تطبيق بعض الإجراءات مثل التأكد من مدى الإلتزام بقيم الممارسة المهنية ومراجعة الرعاية المقدمة، أما اليوم أصبح الإهتمام و التركيز على فهم العوامل التي تؤدي إلى تحسين الجودة، لكن هذه الأخيرة أصبحت تطرح مشكلات كثيرة أهمها فهم توقعات وحاجات الزبائن التي تشكل أساس التقييم كما يقع على عاتق الزبائن جزء من مسؤولية جودة الخدمة الصحية وهو ما يجعل قياسها أكثر صعوبة.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية

تتشارك كل من السلع والخدمات في الكثير من مفاهيم الجودة، كما يتحمل الزبون جزءا من مسؤولية جودة الخدمة التي يتلقاها، وهي ظاهرة غير معتادة في مؤسسات التصنيع.

أولاً: مفهوم جودة الخدمة:

ليس من السهل تحديد تعريف دقيق لمفهوم جودة الخدمة، وتستمد الصعوبة في تعريفها من الخصائص العامة المميزة لها، ونوجز فيما يلي جملة من التعاريف الواردة في هذا السياق.

- جودة الخدمة طبقاً للفلسفة اليابانية : هي «الأداء الجيد من أول مرة بنسبة خطأ تساوي الصفر»¹
- أما FISHER فأشار إلى أن الجودة تعبر عن مفهوم مجرد، يعني أشياء مختلفة لأشخاص مختلفين وهي «درجة التائق والتميز وكون الأداء ممتازا وكون خصائص أو بعض خصائص المنتج ممتازة عند مقارنتها مع المعايير الموضوعية من منظور المؤسسة أو من منظور المستفيد»²
- حسب Eglie و Langeard الخدمة ذات الجودة العالية هي «تلك التي في وضعية محددة ترضي الزبون»³

إن جودة الخدمة تتوقف بالأساس على مدى التوافق بين ما يرغب فيه الزبون وما يحصل عليه فعليا فتوقعات الزبون للخدمة إذا تطابقت مع ما يقوم مقدمي الخدمة بإنجازه وتقديمه فإنه حتما ستكون هناك

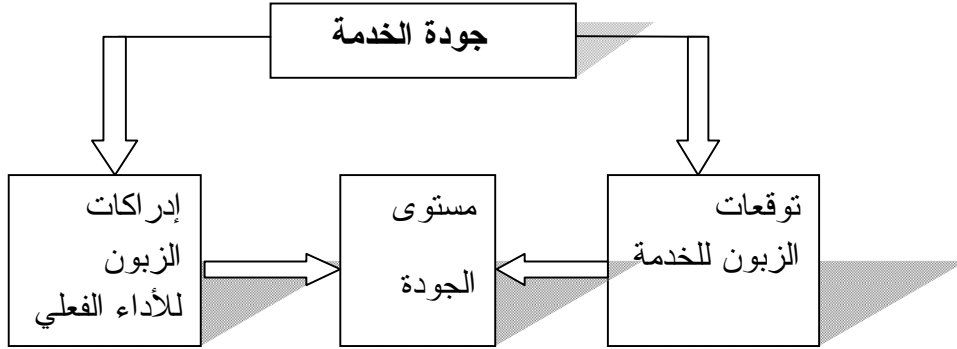
¹ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، مرجع سبق ذكره، ص 359

² سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزبيدات، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2007، ص 18.

³ Pierre Eglie, eric Langeard, Servuction : Marketing des servies, déficience International Paris, 1999p(16-17).

جودة خدمة تؤدي إلى حصول الرضا لكلا الطرفين وكذا إستمرار الإتصال والعلاقة بينهما، لذلك فغالبية التعاريف الحديثة لجودة الخدمة تعتبرها «معيارا لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة»

الشكل (7): مفهوم جودة الخدمة



المصدر: عوض بدير حداد، تسويق الخدمات المصرفية، مرجع سبق ذكره، ص337.

ويمكن التعبير عن هذا الشكل بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة = إدراك الزبون للأداء الفعلي - توقعات الزبون لمستوى الأداء، وفي ظل هذه المعادلة يمكن تصور ثلاث مستويات للخدمة هي¹:

1. الخدمة العادية: وهي تلك التي تتحقق عندما يتساوى إدراك الزبون لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.
2. الخدمة الرديئة: وهي تلك التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.
3. الخدمة المتميزة: وهي تلك التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات الزبائن بالنسبة لها

ثانيا: مفهوم جودة الخدمة الصحية:

قبل تقديم التعاريف التي تشير لجودة الخدمة الصحية من الضروري بداية الإشارة لأهم المحطات التاريخية للجودة في المجال الصحي:

إن المنتبغ لفكرة الرعاية الصحية سيلاحظ أن الإهتمام بهذه الفكرة قديم قدم الرعاية الصحية نفسها لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية إستخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص90.

برامج إدارة الجودة ووضع المعايير الملائمة لتقويم مستويات الأداء وهو ما تطمح إليه المؤسسات الصحية، وقد ظهرت الجودة في المجال الصحي في الحضارة الغربية أولاً كما يلي¹:

- **في سنة (1518):** بالمملكة المتحدة، قام مسؤولون عن الكلية الملكية بتوثيق فكرة أن "إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها ولفائدة الجمهور" أي الإهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى".

- **في سنة (1860):** قامت البريطانية "فلورنس نابتحيل" بإعداد دراسة تعد من أقدم الدراسات العلمية وإشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى.

- **وفي منتصف التسعينيات:** حدث تغير نموذجي في التفكير والتطبيق العملي كان من بعض أسبابه تأثير النجاح الذي حققته اليابان في تطبيق مبادئ (Deming) في إدارة الجودة فتشكلت هيئة مشتركة لإعتماد المستشفيات سنة 1951 يطلق عليها حالياً اسم الهيئة المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية* والتي قامت بإصدار كتيب سنة 1953 عن معايير إعتماد المستشفيات، إذ أصبحت ضرورة مراقبة الجودة حاجة ملحة في المستشفيات بالنظر إلى الوضعيات الحرجة التي كانت تعرفها²

وفي سنة (1984) تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الإجازة (الإعتمادية) لتطوير الجودة وملائمة أساليب تقديم ومراقبة الرعاية الصحية.

وفي سنة (1992) قامت الهيئة الأمريكية المشتركة بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة وتقويمها ومن خلال هذه المحاولات تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري والقيادي بدلاً من التركيز على خدمات الرعاية الصحية فقط.

من خلال إستعراض هذه المحطات التاريخية يمكن التأكد أن أفكار ومفاهيم الجودة في القطاع الصحي قامت على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المختصون في مجال التصنيع، حيث تم إستنباط الأفكار

¹ بالتصرف عن: خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، العبيكان للنشر والطباعة، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 1997، ص (10-14).

* هي هيئة معروفة باسمها المختصر (JCAHO) تتألف من عشرين عضواً يعينون من قبل المنظمات التالية:- الهيئة الطبية الأمريكية - الهيئة الأمريكية للمستشفيات - الكلية الأمريكية للجراحين- الكلية الأمريكية للأطباء، يوجد مقرها الرئيسي بـ (Illinois) بالولايات المتحدة الأمريكية، بالتصرف عن: محمد نذير حرسثاني، إدارة المستشفيات، نشر و توزيع معهد الإدارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 1999، ص 11.

² M. Hubinon, **Management des unités de soin de l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité**, Deboeck et Larcer, Bruxelles, 1998, p52.

وتطوير الطرق والأساليب لتلائم مكونات الخدمات الصحية، وفيما يلي نستعرض جملة من التعاريف لجودة الخدمة الصحية :

- عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية على أنها: «درجة الإلتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة»¹
- ويعرفها (Al et Sulek 1995) على أنها: «تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة و ما يمكن أن يفيض (يزيد) عنها قياسا بما يتوقعه»².

يعتبر هذان التعريفان أكثر إنسجاما مع التوجه الإستراتيجي لإدارة المؤسسة الصحية في تعاملها مع المريض على إعتبار أنها لم تسعى لتقديم خدمات بهذا المستوى من الجودة إن لم تكن هادفة إلى توطيد علاقتها معهم وزيادة ولائهم إليها.

- كما عرفت على أنها: «مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة»³.

يشير هذا التعريف إلى أن الجودة ترتبط بعامل التطور والتقدم لما هو أفضل بالنسبة للخدمة الصحية المقدمة في فترة زمنية معينة قياسا بما هو سابق وأن يكون ذلك الأداء متوافقا مع مستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة لكن المشكلة هنا تكمن في إختلاف تفسيرات المرضى وتقديراتهم لمستوى الجودة.

بعد هذا العرض نصل لنقطة مهمة وهي أن الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية غاية في التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة تبدو غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها وعلى هذا فإن أي محاولة للتعريف ستعكس وجهة نظر الشخص أو القائم بالتعريف

- **الجودة من المنظور المهني الطبي** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة
- **الجودة من منظور المستفيد (الزبون)**⁴ قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي التركيز على فرض التنظيمات وسن

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، مرجع سبق ذكره، ص 187.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 199

³ المرجع أعلاه، نفس الصفحة

⁴ محمد عبد الله الحازم، نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية، WWW.alryadh.com consulter le 17/5/2010 a 10:40

التشريعات التي تبني على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الإلتفات إلى حاجة ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك.

- **الجودة الصحية من الناحية الإدارية** وتعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الإحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الإهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء.

وتبقى هناك وجهة نظر أخرى للجودة، هي وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقها في النظام الصحي والمؤسسات الصحية، فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي ومؤسساته من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم إستراتيجيات مستقبلية تضمن الإستقرار والتطور.

المطلب الثاني: دراسة أبعاد ومعايير جودة الخدمة الصحية

لقد تعرضت بعض الكتابات في مجال صناعة الخدمات للمكونات أو الأبعاد التي تشتمل عليها جودة الخدمة، بما فيها الخدمات الصحية، إلا أنها لم تتفق فيما بينها حول ماهية تلك الأبعاد على وجه التحديد

أولاً: أبعاد جودة الخدمة الصحية

قدم عدد من الباحثين مجموعة أبعاد تستخدم كدلائل للجودة نتناول فيما يلي أهم توجهاتها في المجال الصحي:

يرى (Swand)¹ أن لجودة الخدمة بعدين أساسيين هما :

* **الجودة المادية الملموسة** : التي يتعرض لها الزبون أو المستفيد حال حصوله على الخدمة.

* **الجودة التفاعلية**:و تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع الزبائن أو المستفيدين .

¹ قاسم نايف علوان المحياوي ، إدارة الجودة في مجال الخدمات ، مفاهيم عمليات ، تطبيقات ، مرجع سبق ذكره ص 92.

أما (Growoos) فقد ميز بين نوعين من أبعاد الجودة هما الجودة الفنية والجودة الوظيفية .

* الجودة الفنية : (Technical Quality) هي ما يتم تقديمه للزبون فعلا ويتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها .

* الجودة الوظيفية : (Functional Quality) هي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمة¹. وقد أطلق (Lehtinen and Lehtinen)² على الجودة الفنية إصطلاح جودة المخرجات التي عادة ما يتم تقييمها بعد الحصول على الخدمة، أما الجودة الوظيفية فهي جودة العملية والتي عادة ما يتم تقييمها أثناء تقديم الخدمة

هناك من أضاف بعدا ثالثا لا يقل أهمية عن البعدين السابقين، هو الإنطباع الذهني الذي يعتبر ناتج تقييم الزبائن لكل من الجودة الفنية والجودة الوظيفية أو هو الذي يعكس إنطباعات الزبائن عن مؤسسة الخدمة³ ويمكن القول أن كل هذه الأبعاد وإن اختلفت مسمياتها من باحث لآخر، هي أبعاد متناسقة يكمل بعضها البعض وينبغي على إدارة المؤسسة الصحية صياغة وتنفيذ الخطط الكفيلة بتكريس وتحقيق كل بعد من الأبعاد بدرجة عالية من الفاعلية.

ثانيا : معايير جودة الخدمة الصحية

أكد الباحثون على أن لجودة الخدمة معايير متعددة ، وكل مستفيد يركز على حزمة منها عندما يعمل على تقييم جودة الخدمة المقدمة له، و بينما يرى (Philip Kotler) أن لجودة الخدمة خمسة أبعاد ممثلة في الضمان، الإعتمادية، الإعتناق، الإستجابة، التجسيد المادي، يؤكد (Christopher Lovelock) أن هناك عشرة معايير⁴ وفيما يلي إيضاحات مختصرة لدلالات كل معيار⁵:

1- الكفاية(الكفاءة) : معنى ذلك أن يتصف مقدمو الخدمة بالكفاءة التامة لضمان أداء الخدمة على أحسن وجه (هنا ينبغي أن تحرص الإدارة على توفير الكادر الفني الذي يمتلك معرفة علمية وقيم أخلاقية تتسجم مع أهداف المؤسسة).

2- الإعتمادية : تشير إلى قدرة مورد الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، فالمستفيد يتطلع إلى مورد الخدمة بأن يقدم له خدمة دقيقة من حيث الوقت والإنجاز .

¹ أحمد بن عيشاوي ، إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية .، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، ص 9.

² محمد توفيق ماضي ، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجالى الصحة و التعليم، مرجع سبق ذكره، ص 17.

³ محمد سمير أحمد، الجودة الشاملة وتحقيق الرقابة في البنوك التجارية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 69.

⁴ Christopher Lovelock, j. witz, Marketing des services, op _ clt, p 431.

⁵ بالتصرف عن : سوسن شاكر، محمد عواد الزيادات، الجودة الشاملة و الاعتماد الأكاديمي لمؤسسات التعليم العام الجامعي ، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص 28.

3- المجاملة (اللياقة courtesy): أي حسن معاملة الزبائن، إذ ينبغي أن يسود في المؤسسة الصحية جو من الإحترام المتبادل و التعامل الحسن الذي يستند على الأسس الأخلاقية والتنظيمية. إن تحقيق هذا المعيار من معايير الجودة يتطلب توفير درجة عالية من الولاء لدى الجميع من العاملين في المؤسسة.

4- الإستجابة (responsiveness): وتشير إلى سرعة إستجابة مقدمي الخدمة لإحتياجات المستفيد والإستجابة السريعة والعالية لا تقتصر على عناصر البيئة الخارجية، بل ينبغي التركيز على الإستجابة لمتطلبات البيئة الداخلية أيضا.

5- فهم الزبائن (understanding customes): يتحقق من خلال التركيز على فهم امستفيد وإدراك حاجاته فربما يجهل المستفيد الحاجات الصحية الحقيقية والحالية والمستقبلية و يتأثر فقط برغبة الأهل والأصدقاء ،وهنا يبرز دور المؤسسة الصحية في التأثير على المريض.

6- المصداقية (credibility): مصداقية المؤسسة الصحية تعتبر أهم معيار في تحقيق الجودة ويقصد بها مدى قدرتها على الوفاء بالتزاماتها وتعهداتها للزبون وتبرز هذه المصداقية في مدى تحقيق ما وعدت به في إعلاناتها ومختلف وسائل الإتصال¹.

7- الأمان (security): هل أن الخدمة خالية من المخاطر والشك² إذ أن الزبون يميل إلى تفضيل المؤسسة التي توفر له درجة أفضل من الأمان.

8- إمكانية وسهولة الحصول على الخدمة (accessibility): ويتحقق هذا المعيار من خلال إختيار موقع المؤسسة حيث يمكن وصول المستفيد إليها بيسر وسهولة.

9- الإتصال (communication): الإتصال بداية هو « فن استخدام المعلومة من قبل المرسل لغرض إيصالها إلى عقل الطرف الآخر وهو المستلم لإحداث إستجابة»³ ويعتبر الإتصال من الأبعاد التي تنصب في تحقيق الجودة، إذ يتيح فرصة المناقشة والتحليل وفهم إدراك امستفيد وإدراك ما يتعلق بمشكلاته ومقترحاته، وتوفير التغذية العكسية التي تساهم في تحسين وتطوير عملية الخدمة الصحية.

10- الملموسية (التسهيلات المادية tangibles): غالبا ما يتم تقييم جودة الخدمة من قبل المستفيد في ضوء مظهر التسهيلات المادية مثل المعدات والأجهزة.

¹ بالتصرف عن المرجع السابق، ص 29.

² حميد الطائي، بشير العلاق تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 244.

³ ثامر ياسر البكري، الإتصالات التسويقية و الترويج، دار الحامد للنشر والتوزيع،الأردن، الطبعة الأولى، 2006، ص 34.

الفصل الثاني: مسار الجودة في المؤسسات الصحية

بعد إستعراض معايير جودة الخدمة، نطرح سؤالاً على درجة عالية من الأهمية وهو " كيف يمكن للمؤسسة الصحية مراعاة هذه المعايير وتحقيقها في خدماتها " ؟

إن على المؤسسة السعي لدراسة وتحليل جميع المعايير، وترى ما يناسبها أكثر وما يهتم ويركز عليه الزبون وتأخذ به، وتكون بذلك قد وضعت يدها على بداية المسار، وما يجب التأكيد عليه أن هذه المعايير ليست مستقلة عن بعضها البعض بل إنها متداخلة فيما بينها، وقد تكون أحياناً مكملة لبعضها لهذا قامت الدراسات اللاحقة بتلخيص هذه المعايير العشر ضمن خمسة معايير أطلق عليها «نموذج جودة الخدمة»¹ وفي ما يلي إسقاط لمفهوم هذه المعايير على الخدمة الصحية

الجدول (4) : معايير جودة الخدمة الصحية

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
المعولية	دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة صحة القوائم المالية المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المؤسسة لديه ثقة بأن حياته بين أيدي آمنة
الاستجابة	تقديم خدمات علاجية فورية استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية العمل على مدار ساعات اليوم	وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة غرفة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات
التأكيد	سمعة ومكانة المؤسسة العالية المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء الصفات الشخصية للعاملين	المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء تدريب ومهارة عالية في الأداء
الكماسة	إهتمام شخصي بالمريض الإصغاء الكامل لشكوى المريض تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللفظ	النظر للمريض بأنه دائماً على حق
الملموسية	الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة أماكن الإنتظار والإستقبال المناسبة	نظافة العيادات نوعية الطعام المقدم للمقيمين في المؤسسة

المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 213 .

¹ هوارى معراج، جودة الخدمات البنكية وتأثيراتها على رضا الزبائن، المؤتمر العلمي الثاني، بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص 9.

المطلب الثالث : دراسة مداخل قياس جودة الخدمة الصحية

تعرضت عملية قياس جودة الخدمة في السنوات الأخيرة إلى جدال كبير من خلال العديد من البحوث والدراسات المتخصصة في هذا الصدد وذلك بغرض البحث عن النموذج المناسب للقياس من خلال الأبعاد والعناصر المعبرة عن جودة الخدمة، وبالرغم من التطور الهائل الذي حدث في المقاييس المستخدمة في مجال جودة السلع ما زالت العملية في قطاع الخدمات بما في ذلك الخدمات الصحية غاية في الصعوبة بسبب النمطية في طبيعتها والتي قد تعزز في بعض الحالات منها¹:

- إنخفاض في مستوى التنافس في سوق الخدمات، خاصة الخدمات الصحية.
- صعوبة قياس جودة الخدمة إذ أن مستوياتها يختلف من وجهة نظر الزبون والإدارة وبالتالي صعوبة الوصول إلى مفهوم موحد لقياس الجودة.
- تتوقف جودة الخدمة على درجة مشاركة الزبون و قدرته على توفير المعلومات الدقيقة التي تساعد مقدمي الخدمة على تحديد إحتياجات كل زبون ومحاولة الوفاء بها، لكن عدم وعي بعض الزبائن قد يحول دون ذلك.
- عملية الحكم على جودة الخدمات يتم وفق الأسلوب الذي تؤدي به وليس وفق معايير تتعلق بالخدمات ومكوناتها.

في هذا السياق أوجدت طرق متعددة لقياس جودة الخدمات الصحية، نوضح أهمها:

أولاً: قياس جودة الخدمة الصحية من منظور الزبائن :

يمكن التفرقة بين خمسة طرق أساسية من منظور الزبائن هي :

1- مقياس عدد الشكاوى (Complaints Measure) : يمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر على أن الخدمات المقدمة دون المستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا تتناسب مع إدراكهم لها والمستوى الذي ييغنون الحصول عليه، هذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من إتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين جودة ما تقدمه من خدمات .

2- مقياس الرضا (Satisfaction Measure) : هو أكثر المقاييس إستخداماً لقياس إتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمات المقدمة، خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها وبشكل يمكن

¹ المرجع السابق، ص 96 .

هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع إحتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

3- مقياس الفجوة:¹ قام (Parasuraman) عقب دراسة إستطلاعية أجراها مع العديد من مؤسسات تقديم الخدمة في 1985 بأمریکا في محاولة لوضع مقياس لجودة الخدمة يتسم بالصدق والثبات وإعتقادا على المقابلات المعمقة مع مجموعة من زبائن هذه المؤسسات، أمكن التوصل إلى خمسة محددات أساسية تستخدم في قياس جودة الخدمة وهي: الجانب الملموس من تقديم الخدمة الإعتيادية، الإستجابة السريعة، الثقة في التعامل، التعاطف وتم تقديمها في شكل مقياس عام أطلق عليه إسم (Servqual) يتم إستخدام المقياس مرتين الأولى قبل حصول الزبون على الخدمة لقياس ما يسمى بالجودة المتوقعة أما الثانية فهي مستوى الجودة المدركة و التي يتم قياسها بعد حصول الزبون على الخدمة، حيث يتم بعد ذلك مقارنة المتوقع بالمدرک لتحديد ما يسمى بالفجوات (gaps) والتي تعبر عن درجة رضا الزبون عن الخدمة المقدمة بأبعادها وعناصرها المختلفة، ووفقا لهذا المقياس توجد هناك خمس فجوات² يتم تحليلها.

4- مقياس الأداء الفعلي (نموذج الإتجاه):³ يعرف نموذج الإتجاه بإسم Servperf ظهر سنة 1992 نتيجة الدراسات التي قام بها كل من Cronin و Taylor، وتعتبر الجودة - في إطار هذا النموذج- مفهوما إتجاهيا يرتبط بإدراك المستفيد للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، ويقوم على طريقة بسيطة في قياس جودة الخدمة، من خلال إستبعاد التوقعات في القياس والتركيز فقط على إدراكات المستفيد (الأداء الفعلي)

5_ مقياس القيمة : تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لخدمة الزبائن تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانبي الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات فالعلاقة بين المنفعة والسعري التي تحدد القيمة فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للزبائن فكلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات والعكس صحيح، وبالتالي من واجب مؤسسة الخدمة إتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.

ثانيا : قياس الجودة المهنية (Measuring Professional Quality)

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم الجودة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج الجودة لذلك فإن

¹ بالتصرف عن: أحمد بن عشاوي ، إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية، مرجع سبق ذكره ، ص 9.

² هاني حامد الضمور ، تسويق الخدمات ، مرجع سبق ذكره ، ص 505.

³ أدريان بالمر، مبادئ تسويق الخدمات ، ترجمة شاهدين و آخرون ، مجموعة النبيل العربية ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 2009، ص 546.

مقاييس الجودة المهنية تقوم على فكرة مفادها أن المؤسسات قادرة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الإستخدام الأمثل لمواردها المتاحة ومن هنا يمكن التمييز بين ثلاث أنواع من المقاييس هي¹ :

1- قياس الجودة بدلالة المدخلات: بمعنى إعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها وإذا ما توافر للمؤسسة البناء المناسب بتجهيزاته ومعداته والقوانين والنظم المساعدة والأهداف المحددة الواضحة، إذا توفر للخدمة كل هذا كانت الخدمة مميزة فعلا، وعلى الرغم من منطقيّة هذا المدخل والترحيب به من قبل الباحثين في دعم الجهود المبذولة للتوصل إلى نموذج مناسب لقياس جودة الخدمة، إلا أنه يبقى ناقصا فعناصر المدخلات في جودة الخدمة لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة إذ هناك عوامل أخرى مكملة مثل طرق تناول المدخلات والتفاعلات فيما بينها.

2- قياس الجودة بدلالة العمليات : يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة وينطوي على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة التي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر ليتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة ولا يعتبر هذا المقياس دقيقا وإن كان له بعض الجوانب المنطقيّة لأنه يركز على عمليات الخدمة بدلا من التركيز على الأبعاد الكمية التي يمكن قياسها لهذه الخدمة.

3- قياس الجودة بدلالة المخرجات : وهو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية لهذه الخدمة، والتي يمكن قياسها من خلال:

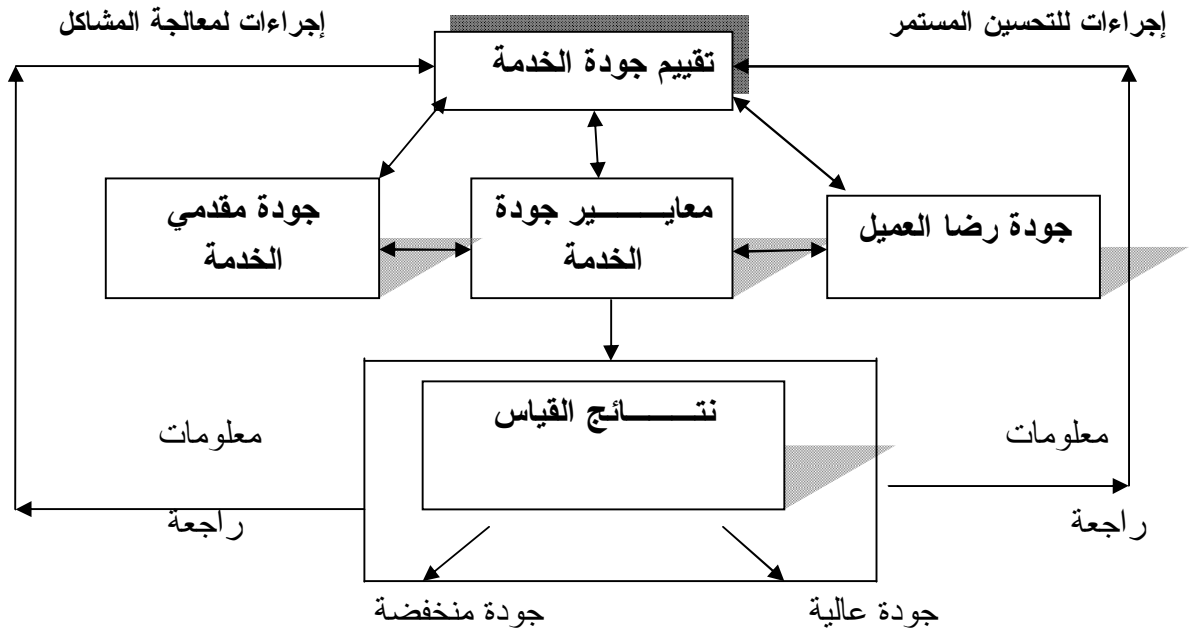
- القياس المقارن: وهو إجراء مقارنات كمية بين المستهدف والأداء الفعلي لإكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تلافيتها.
- إستقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة.
- إستقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود.

ثالثا: قياس الجودة من المنظور الشامل

إن كل المقاييس السابق ذكرها في قياس الجودة يغلب عليها الطابع الجزئي، هذا ما أدى إلى ضرورة إبراز المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة والشكل الموالي يصور لنا نمودجا لتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات- مفاهيم، عمليات، تطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص (105-107) .

الشكل (8): نموذج لتقييم جودة الخدمة



المصدر : قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مرجع سبق ذكره ، ص 108.

يصور لنا هذا الشكل نمودجا شاملا للتقييم حيث بأخذ في الحسبان وجهة نظر الزبون ومقدم الخدمة معا كما أن هذا النموذج بمثابة نظام له مدخلات وعملية معالجة ومخرجات تمثل في الأصل نتائج القياس (جودة عالية أو جودة منخفضة)

المطلب الرابع: الرقابة على جودة الخدمات في المؤسسات الصحية

تستهدف العملية الرقابية أداء وإنجازات المؤسسة للأهداف المحددة مسبقا والكشف عن الانحرافات وتصحيحها، وقد أصبحت من العمليات الإدارية الضرورية التي لا غنى عنها، وإذا كانت على هذا القدر من الأهمية، فإنها تستوجب إهتماما أكبر وأهمية أعظم في المؤسسات الصحية نظرا لمساسها المباشر بصحة وحياة الأفراد، فالخطأ في هذا المجال لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان مما يحتاج رقابة على جودة هذه الخدمات .

أولا : مفهوم الرقابة

إن موضوع الرقابة على جودة الخدمة الصحية وتكلفتها يعتبران العاملين الأكثر أهمية في بيئة المؤسسة الصحية لتحقيق المعادلة الصعبة، المتمثلة في ضمان توفير وتقديم أعلى مستوى ممكن من الجودة في الخدمة الصحية .

يمكن أن نعرف الرقابة على أنها: «عملية مقارنة النتائج الفعلية 'الإنجازات' مع النتائج المخططة 'الأهداف' وإتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة الإنحراف إذا كان مطلوباً وممكناً»¹ إنطلاقاً من هذا التعريف نجد جملة من العوامل المميزة لهذا القطاع والتي تجعل الرقابة أكثر أهمية لعل أهمها² :

1. الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحية وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب (فالطلب على هذه الخدمات في إرتفاع مستمر ويفوق ما هو معروض منها دائماً).
2. تعتمد مؤسسات الرعاية الصحية الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وإرتفاع التكلفة - فالمعروف أن هذه المؤسسات هي مؤسسات إنسانية كثيفة العمالة، مما يستلزم رقابة على العنصر البشري، وإستخدامه الإستخدام الأمثل.
3. الإدخال المستمر للتكنولوجيا الطبية المتقدمة والتطوير المستمر لها وفر بدائل عديدة ومختلفة
4. الخلل والخطأ في تقديم الخدمة لا يمكن إصلاحه كما أن الطلب على هذه الخدمات لا يحتمل التأجيل والإنتظار، وأي خطأ سينعكس مباشرة على صحة الفرد ويشكل مضاعفة كبيرة على حياته

ثانياً: الرقابة على جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية

تتضمن رقابة جودة الخدمة الصحية الرقابة على مكونات النظام الصحي والوسائل المختلفة المستخدمة في النظام الصحي، حيث يتم الرقابة على مؤهلات وخبرات وسلوكيات كافة العاملين في القطاع³، ومعظم المؤسسات الصحية تشكل لجان مختلفة بهدف تحقيق الرقابة على جودة الخدمة بل و يذهب البعض إلى إيجاد وحدة إدارية رسمية ضمن الهيكل التنظيمي مهمتها تحسين جودة الخدمات الصحية وتعتمد على نوعين من أساليب التقييم والرقابة هما⁴ :

1. **أساليب التقييم غير الرسمية:** هي الأكثر شيوعاً وإستعمالاً حيث تعتمد الإدارة على ملاحظات وتقييم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر إحتكاكاً بالمرضى والأقرب على الحكم عن مستوى جودة الخدمات من الناحية الفنية المتعلقة بمعالجة المريض كإعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج، كما تعتمد إدارة المؤسسة على إستقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمة التمريض المقدمة لهم فالمرضى وبحكم إتصالهم وإحتكاكهم المباشر بالمرضى يمكنهم تقييم مستوى هذه الخدمات من خلال الملاحظات الشخصية.

¹ فريد توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى ، 2008 ،ص211.

² المرجع أعلاه، ص 212.

³ صلاح محمود ذياب ، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة ، دار الفكر ، المملكة الهاشمية، عمان، الطبعة الأولى، 2009، ص195.

⁴ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 238.

2. أساليب التقويم الرسمية: تشمل هذه الأساليب مراجعات وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي، ويمكن القيام بهذا التدقيق من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض في المؤسسة أو من قبل ممرضات متخصصات داخل المؤسسة، حيث يتم كشف الإنحرافات غير المقبولة في أداء خدمات التمريض من واقع الملف الطبي للمريض ومن ثمة يجري تصحيح هذه الإنحرافات و للرقابة على جودة الخدمة الصحية، يوجد العديد من المؤشرات والعوامل المساعدة في التقييم، أهمها¹ :
1. مؤشرات الهيكلية: تقوم هذه المؤشرات بتقييم كل ماله علاقة بالموارد المستثمرة في تسليم الخدمة الإستشفائية بما في ذلك الموارد البشرية، الطبية وشبه الطبية والتجهيزات.
 2. مؤشرات العملية: تقوم هذه المؤشرات بتقدير أداء العمليات الصحية مثل التشخيص، العلاج والجانب العلائقي وإحترام المواعيد.
 3. مؤشرات النتيجة : تستعمل هذه المؤشرات لقياس معدلات الشفاء والوفاء وكذلك درجة رضا الزبون، ويعتبر هذا النوع مقياسا أساسيا من أجل تحليل درجة الأداء في نظر المريض.

¹ H, Math , et autres , **le Service global : l'innovation et Stratégies International et Développement dans les Services**, maxima , paris , 1997. P 224.

المبحث الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

تسعى المؤسسات الصحية اليوم إلى إنتهاج نظام إدارة الجودة الشاملة بإعتباره مدخلا واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في العمليات الخاصة بالخدمة الصحية، إذ تعد إدارة الجودة الشاملة الضمانة الأساسية إذا ما أرادت المؤسسة الحفاظ على الزبائن الحاليين و المحتملين.

المطلب الأول: حاجة المؤسسات الصحية لإدارة الجودة الشاملة

إن المنتبِع لمحاولات تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يلمس شيئا من المد والجزر حول النتائج التي يفرزها هذا التطبيق، ففي تقرير منشور حول نتائج ورشة عمل تم فيها تقديم ومناقشة مجموعة من البحوث في المؤتمر الدولي الثالث والعشرون للعلوم الإدارية يورد التقرير:

(1) أن المتحمسين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية يرون أنها تستطيع تحسين الإنتاجية في كمها ونوعيتها وإجراءاتها، وتؤدي إلى رفع معنويات الموظفين، وتقود إلى تحسين نوعية القرارات في المؤسسة، وتكرس النظرة الإيجابية في المؤسسة إتجاه زبائنها.

(2) أن غير المتحمسين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة يرون أنها تحوي إجراءات طويلة ومملة والمؤسسات لديها الكثير من هذه العيوب بما لا يحتاج إلى المزيد، كما تتطلب التزاماً وظيفياً جاداً ومتواصلًا بما لا يلاءم طبيعة العامل وما تعود عليه، كما أن تركيبة المؤسسات لا تمكنها من التكيف مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة المبنية على المشاركة في السلطة من خلال المشاركة في صنع القرارات، وأن التبنّي الناجح لإدارة الجودة الشاملة يقتضي التعامل مع أهداف وأغراض واضحة ومحددة مدعومة بمعايير ذات مصداقية و اعتمادية لقياس الإنتاجية وهو ما لا يتوافر في المؤسسات الصحية، لكن ومن جانب آخر يوضح 'جيمس هارنجتون' في دراسة أجريت على مجموعة من المؤسسات تطبق إدارة الجودة الشاملة أظهرت أن: (40%) حققت تحسناً كبيراً، (45%) حققت بعض التحسن، (15%) حققت تحسناً هامشياً، كما أظهرت دراسة أجرتها 'جاكلين كويل' أن مدى إسهام الموظفين في إدارة الجودة الشاملة يتأثر برؤيتهم لمدى تطبيق رؤسائهم لأسلوب إشراكهم في صنع القرارات، ومثل هذه النتائج وغيرها تؤكد ضرورة توفير البيئة الملائمة لتبني منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة قبل الإقدام عليه¹

وعلى الرغم من أن بعض الحكومات العربية بدأت منذ زمن ليس بالقصير الإهتمام بالإنتاجية وجودة الخدمات سعياً نحو تحقيق الرضا العام، إلا أن الإهتمام لم يجد ترجمة حقيقية له في الواقع

¹ عبد الرحمن بن عبد الله الشقاوي ، ورقة بحثية بعنوان: نحو أداء أفضل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السعودية، مقدمة لندوة: الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440 هجري محور الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وزارة التخطيط، المملكة العربية السعودية، 1423/أكتوبر، 2002، ص 11

إلا في بعض البرامج المحددة، من هنا شعرت المؤسسات الصحية بالحاجة إلى تبني الأساليب التي أثبتت فعاليتها في تحسين الإنتاجية¹ منها مداخل إدارة الجودة الشاملة وذلك في إطار إهتمامها بجودة الخدمات التي تقدمها، ومن المفيد زيادة استخدام هذا المنهج بشرط توفير وضمان البيئة والثقافة المطلوبة لنجاحه فإعتماد إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يتضمن وضع برنامج يقوم على عدة عناصر هي² :

1. صياغة رسالة واضحة للمؤسسة تتضمن الجودة كأساس لتقديم الخدمة بها وتمثل هذه الرسالة الدستور الحاكم لكافة الوظائف والأقسام والوحدات داخل المؤسسة ويتم في هذه المرحلة تحديد الأهداف التي يسعى برنامج الجودة إلى تحقيقها وهي: التفاني في تقديم الخدمة للمرضى المتعاملين معها، تحقيق رضا كل الزبائن، الحفاظ على الخبرة المتميزة للأطباء وتقديم الخدمة بتكلفة معقولة.
2. قناعة الإدارة العليا بضرورة تحسين مستوى جودة الخدمة، وبفاعلية تلك البرامج حتى يمكنهم إقناع باقي العاملين في المستويات الإدارية.
3. إلتزام كل رؤساء الوحدات والأقسام بأن الجودة ورضا الزبون يعتبران الأساس وفي سبيل ذلك فإنهم يقومون بوضع أهداف قابلة للقياس في إطار من الرسالة العامة للمؤسسة وأن هذه الأهداف تعكس تحسنا في مستوى جودة الأداء.
4. الإهتمام بالمريض وإعتبره الأساس في تصميم وأداء الخدمة الصحية، ويتضمن ذلك إعتناق فلسفة أن المريض هو محور النظام، لذلك يجب العمل على دراسة توقعاته عن الخدمة المقدمة ومحاولة تحقيق هذه التوقعات وحتى تجاوزه.
5. الإعتقاد على المقارنة المرجعية لأفضل الممارسات بقصد تحسين أداء العمليات
6. إعتبار البيانات هي الأساس لنجاح عملية التحسين والتطوير مثل جمع بيانات بشكل منتظم عن المؤسسات المماثلة حتى يمكن التعرف على نواحي القوة والضعف إتجاه هؤلاء المنافسين.
7. التعليم والتدريب الدائم للعاملين إيماننا بأهمية تعليم و تدريب مقدمي الخدمة، بالإضافة لبرامج وندوات متخصصة في مجال إدارة الجودة الشاملة للقيادات الإدارية والطبية والعاملين بالمؤسسة.
8. قياس درجة رضا الزبون³ بشكل دوري من خلال إرسال إستقصاء للمريض حتى بعد الخروج من المؤسسة، يتضمن كافة جوانب تقديم الخدمة التي مر بها أثناء التعامل مع كافة وحدات المؤسسة وغالبا ما تستعمل نتائج هذا التحليل في قياس درجة رضا المتعاملين والتعرف على

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره ، ص 212.

² بتصرف عن: محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في محالي الصحة و التعليم، مرجع سبق ذكره ص86.

³ راتب جليل الصويص، محمد عبد العال النعيمي، SIX SIGMA تحقيق الدقة في إدارة الجودة مفاهيم وتطبيقات، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص29.

إحتياجاتهم الحقيقية، ويتضمن هذا الإلتقاء جزءاً مقترحاً للتعبير عن شكواهم من بعض المشاكل عند التعامل مع المؤسسة .

مجالات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يطبق نظام إدارة الجودة الشاملة على جميع الأقسام و الخدمات والوظائف ومن هنا فإن هذا النظام يجب أن يغطي المجالات التالية (على سبيل المثال لا الحصر): الهيئة الطبية، خدمات التمريض، خدمات العيادات الخارجية، خدمات الطوارئ، المختبرات، خدمات التخدير ووحدة العناية المركزة، الخدمات المساندة (النظافة، المغسلة، التعقيم المركزي)، إدارة خدمات التغذية، وينبغي على جميع الأقسام والإدارات والوحدات الأتفة الذكر عقد إجتماعات دورية لمراجعة الحالات وفقاً للمعايير المحددة بغرض تقييم جودة الرعاية المقدمة، كما يفضل نقل و إبلاغ نتائج هذه الإجتماعات وأية أعمال متابعة قد تكون ضرورية بشكل دوري للجنة الجودة النوعية بالمؤسسة¹

المطلب الثاني: مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يتطلب تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية عدة مراحل تتمثل في :

1. مرحلة الإعداد:² هي بمثابة مرحلة التهيئة والتجهيز للمراحل الأخرى، يتم خلالها تعميق الإحساس بأهمية التطوير، وإتخاذ القرار بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وصياغة الرؤية التي تعتمد على متطلبات إدارة الجودة الشاملة، يشارك في هذه المرحلة كبار المسؤولين بالمؤسسة بالتعاون مع محترفين مهنيين وتشتمل على سبع خطوات

1. إتخاذ قرار تطبيق إدارة الجودة الشاملة: حيث يقرر المديرون التنفيذيون ما إذا كانوا سيستفيدون من التحسينات الشاملة الممكنة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة أم لا.
2. تدريب المديرين التنفيذيين الرئيسيين: يفضل أن يكون التدريب خارج المؤسسة لكل المديرين ومشاركتهم في وقت واحد وذلك حتى يمكنهم أن يفهموا بشكل أفضل فوائد إدارة الجودة الشاملة إضافة إلى التفاعل بينهم أثناء التدريب.
3. صياغة كل من رؤية ورسالة المؤسسة صياغة مختصرة ودقيقة توضح سبب وجود هذه المؤسسة في مجال الأعمال.
4. تحديد أهداف المؤسسة، إذ يجب أن تتبع أهداف المؤسسة من رسالتها.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة- تطبيقات على القطاع الصحي-، مرجع سبق ذكره، ص(81-82)

² قاسم نايف علوان المحياوي ، إدارة الجودة في مجال الخدمات . مفاهيم عمليات ، تطبيقات ، مرجع سبق ذكره ص192.

5. رسم سياسة المؤسسة منها على سبيل المثال لا الحصر سياسة البحث والتقيب عن الموارد البشرية، السياسات الإنتاجية والتسويقية.
6. إتخاذ القرار بالإستمرار وتخصيص الموارد المادية اللازمة.
7. الخطاب الإفتتاحي، إذ لا بد من أن يكون هناك من يجيد التحدث إذا أرادت المؤسسة وصول رسالتها.

المرحلة التخطيط: تأتي بعد مرحلة الإعداد وتهيئة الظروف الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وتتضمن القيام بعدة نشاطات من أهمها¹:

1. تحليل البيئة الداخلية بما فيها عناصر القوة ومواطن الضعف
2. تحليل البيئة الخارجية سواء الفرص المتاحة أو التهديدات المتوقعة وذلك بهدف الإستعداد لها مسبقاً.
3. صياغة الرؤيا القيادية التي تعكس طموحات المؤسسة خلال الفترة المستقبلية لفترة تتراوح عادة بين خمسة إلى عشرة سنوات.
4. وضع رسالة المؤسسة من خلال تحديد سبب وجود المؤسسة أي النشاطات التي تؤديها والأسواق المستهدفة.
5. وضع الأهداف الإستراتيجية بعيدة المدى لتكون متوافقة مع رسالة المؤسسة بالإضافة إلى وضع الإستراتيجيات الكفيلة بالوصول إلى هذه الأهداف .
6. إختيار مدير الجودة في المؤسسة ليكون مسؤولاً عن كافة النشاطات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.
7. تنفيذ برامج تدريبية لفرق العمل المختلفة في موضوعات الجودة والتعاون وعمل الفريق.
8. دراسة توقعات العملاء ومتطلباتهم فيما يتعلق بخصائص الجودة المطلوبة.
9. تصميم خطط التنفيذ المتعلقة بالمرحلة التالية مع الأخذ بعين الإعتبار الموارد المالية والبشرية المتاحة للمؤسسة.

مرحلة التقويم: وتتضمن هذه المرحلة تقويم واقع المؤسسة المعنية من حيث² :

1. دراسة الوضع الحالي المؤسسة ومن ثم تقويمه بهدف تحديد ما يمكن إعتباره قوة داعمة لتنفيذ مداخل (TQM).

¹ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2004، صص 215-216.

² قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإنز و 2000:9001، مرجع سبق ذكره ص 111.

2. دراسة وتقييم آراء وإتجاهات الزبائن حول التغييرات في بيئة عمل المؤسسة أي تقييم لما تم تنفيذه من خطط.

مرحلة التطوير تختص هذه المرحلة بالتطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة ومعالجة المشاكل وأوجه القصور التي أفرزتها المرحلة السابقة وتتضمن الخطوات التالية:

1. تفعيل عمل فريق الجودة الشاملة
 2. تحديد المسؤوليات و تعريف جميع العاملين بدورهم في عملية التغيير
 3. المراجعة الدورية للجهود المبذولة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة
- مرحلة التحسين المستمر:** تستهدف هذه المرحلة التعرف على أفضل الممارسات والأدوات من أجل إستثمارها مرة أخرى في العمليات وللتطوير المستمر وتتضمن العناصر التالية :

1. الإستعانة بخبراء الجودة الشاملة في تقويم برنامج التطبيق .
2. إجراء مقارنة مرجعية للأداء (Benchmarking) لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مع مؤسسات خدمة مماثلة.
3. دعوة جميع الأطراف المعنية بتطوير عمل المؤسسة في عملية التطبيق.
4. تزويد جميع العاملين في المؤسسة بالتغذية العكسية عن نتائج التقويم

المطلب الثالث: عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

تؤكد العديد من الدراسات أهمية تبني المؤسسات الصحية لأسلوب إدارة الجودة الشاملة، وذلك لمواكبة الأدوار التي أصبحت تلعبها هذه المؤسسات في العديد من المجالات، وهي تؤكد على أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يحقق وفورات كبيرة في تكلفة أداء الخدمات فضلا عن كونها تعمل على التطوير السريع والمستمر في جودة الخدمات المقدمة، وهي تسعى لتحقيق رغبات الزبائن والوصول بمستوى الجودة إلى المستوى الذي يرضي طموحاتهم¹ ويخفض من مستوى الشكوى لديهم.

إن نجاح تطبيق نظام (TQM) في المؤسسات الصحية يتطلب عوامل محددة تتمثل في:²

1. يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسة الطبية بأهمية مزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة وتقتنع جميع العاملين في المؤسسة، وأن تكون لها رغبة في تحقيق ثقافة (TQM)³.

¹ محمد عبد الفتاح، إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص194
² سيد محمد جاد الرب، إتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مراجع إدارة الأعمال -، مرجع سبق ذكره، ص340
³ مات سيقور، الترجمة بالاعتماد على خالد العامري، المرجع العالمي لإدارة الجودة الشاملة، دار الفاروق للنشر و التوزيع، الجيزة، مصر، الطبعة العربية الأولى، الطبعة الأجنبية الثالثة، 2003، ص735.

2. ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الإنخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين وعندها يبدأ النظام بالكشف عما به من مزايا وفوائد.
3. يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغييرا في السياسات والمفاهيم والإستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المؤسسة.
4. لنجاح تطبيق هذا النظام تحتاج المؤسسة الصحية إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
 - الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة أو المتعاملين معها (المرضى، جمهور خارجي، موردون.... الخ) .
 - نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية .
 - فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات والمعلومات لدعم نظام الجودة وعملية إتخاذ القرارات.
 - نظم فعالية للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات.
5. تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المؤسسات حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ الملائم وحرية إتخاذ القرارات.
6. يحتاج النظام قبل تطبيقه إلى دورات مكثفة وإلى الإستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال .

المطلب الرابع: عوامل فشل تطبيق نظام الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

على الرغم من مجموع المكاسب التي يمكن تحقيقها من تطبيق TOM، إلا أنها قد تواجه بعض المعوقات والصعوبات التي تظهر عند التطبيق¹ لعل أهمها :

1. عامل الوقت: فقد يحتاج تطبيق هذا النظام إلى وقت كبير نسبيا مقارنة بالمفاهيم والنظم الأخرى (إذ يحتاج التدريب و تطبيق النظام إلى فترة تتراوح ما بين 18 إلى 20 شهرا)
2. عامل الثقة: فالنظام يستمد حيويته وكفاءته من ثقة العاملين والإدارة فيه، فإذا إنعدمت أو إنخفضت الثقة يفشل النظام أمام أول عقبة تعترضه.
3. الإستقرار التنظيمي : يحتاج النظام إلى درجة عالية من الإستقرار التنظيمي، لذلك فتغير القيادات والمسؤولين عن تطبيق النظام قد يعجل بإنهياره خاصة في المؤسسات الصحية الحكومية بالدول النامية.

¹ محمد عبد الفتاح، إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الإجتماعية، مرجع سبق ذكره ص202.

4. الأعباء التنظيمية: يحتاج إلى أعمال وإجراءات كثيرة كما يحتاج إلى بعض التغيرات في هياكل المؤسسة .
5. عامل التقييم: صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي يمكن من خلالها تقييم الأداء، وتتدخل التقديرات الشخصية وعدم الموضوعية عند وضع هذه المعايير .
6. الفشل: فقد يصبح النظام شماعة لتعليق الأخطاء عليها بدلا من أن يصبح أداة رئيسية للتحسين والتطوير¹

وقد كشفت نتائج دراسة كل من **Switchers , Wilkinso** عن أن الأسباب الرئيسية لهذه الصعوبات وهي²:

1. قصر أجل فترة تطبيق هذا الأسلوب في المؤسسات الصحية.
 2. معظم مؤسسات الرعاية الصحية ذات هياكل تنظيمية غير مرنة تتعدد فيها المستويات التنظيمية وتتسم بالتسلط والمركزية الشديدة.
 3. وجود مديرين يعارضون تطبيق هذا الأسلوب لاسيما على مستوى الإدارة الوسطى³، وذلك لقصور إدراكهم لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، ومن ثم لعوائد تطبيقها.
- أما كوش (koch) فقد فند أسباب هذه الصعوبات وأضاف إليها الصعوبات التالية من واقع دراسة لتطبيق هذا الأسلوب في الكثير من المؤسسات الصحية أهمها⁴:
1. تخلي بعض الإدارات العليا عن الإلتزام بتبني هذا الأسلوب على المدى الطويل لقصور رؤيتها فيما يتعلق بالإحاطة الكاملة به فضلا عن صعوبة إلتزامها بتنفيذ إستراتيجية الجودة.
 2. عدم وجود هياكل تنظيمية مرنة في الكثير من المؤسسات الصحية لتنسيق مختلف جهود الجودة فيها.
 3. محدودية برامج التدريب التي تستهدف تنمية قدرات الموظفين ومهاراتهم في مجال إدارة الجودة والتحسين تبعا لفئاتهم ومستوياتهم الوظيفية
 4. عدم وجود أهداف واضحة ومسؤوليات محددة لأعمال الجودة في المؤسسة، ويفيد كوش أن تطبيق إدارة الجودة والتحسين يتطلب جهودا تنسيقية وإدارية كبيرة

¹ محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية- مراجع إدارة الأعمال-، مرجع سبق ذكره، ص343

² مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية و التعليمية و الصحية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2008، ص 223.

³ محمد عبد الفتاح، إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، 202.

⁴ مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية و التعليمية و الصحية، مرجع سبق، ص 224.

5. عدم وجود نظام معلومات فعال لدعم جهود تحسين الجودة بالبيانات والمعلومات المتعلقة بجودة الأداء لقصر فترة تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين في أغلب المؤسسات، لذا يرى أنه ينبغي أن تستجيب هذه النظم لتزويد فرق تحسين الجودة والمهتمين بالمعلومات الضرورية والمتكاملة عن الجودة من مصادرها المختلفة في المؤسسة .

الأخطاء الشائعة في تطبيقات إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية:

من الثابت علمياً وعملياً أن الاستفادة من تجارب الغير ظاهرة إيجابية، وبغية الإبتعاد عن الأخطاء التي وقع فيها الغير، من المفيد والمناسب للمؤسسات الصحية التي تروم تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة التعرف عليها بهدف تجاوزها، و من أهمها والتي أثرت سلباً في الجهود الرامية لتطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة ما يلي¹:

1. العجلة وإستعجال النتائج: فتطبيق منهجية **TQM** يستدعي وقتاً ليس بالقليل، لأن هدف التطبيق هو تحقيق التميز على الآخرين والمحافظة على هذا التميز بشكل دائم، من هذا المنطلق يتعين الإبتعاد عن العجلة أثناء التطبيق وإستعجال النتائج لأنهما مصدر الوقوع في الأخطاء.
2. التقليد²: حيث أكدت الوقائع على حقيقة مفادها أن المؤسسات التي قامت بالنقل الحرفي لنموذج إدارة الجودة الشاملة المعتمد في مؤسسة ما دون إدخال أي تعديل عليه وفقاً لظروفها و بيئة عملها لم تفلح في الوصول إلى النتائج .
3. المعرفة والخبرة : فنقص المعرفة والدراية المتعمقة بمتطلبات تحقيق منهجية إدارة الجودة الشاملة وطرق التخطيط الهادف لهذه المنهجيات وأساليب ترجمتها كما ينبغي في الواقع التطبيقي يؤدي إلى تعثر ملحوظ في التوصل للنتائج المستهدفة.
4. جودة العاملين: فعدم إيجاد التوازن المطلوب بين عناصر الجودة المتمثلة بجودة العنصر البشري والتقنيات وبيئة العمل لا يخدم بشكل متكامل عملية تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة وأن أي خلل في عملية التوازن أي الإهتمام بالآلات مثلاً على حساب العناية بالعنصر البشري أو بيئة ومناخ العمل المناسب³ يترتب عليه التطبيق اللافعال لمتطلبات **TQM**.
5. القناعة: فضعف القناعة والإيمان الراسخ بأهمية وضرورة **TQM** وتوفير كامل متطلبات تحققها ومتابعة تطبيقاتها أولاً بأول بهدف المحافظة على ديمومة فعاليتها وإدخال ما يتطلب عليها من تغييرات بغية تحسينها لا يحقق النتائج المستهدفة من إعتادها.

¹ إسماعيل القزاز، وآخرون، **SIX SIGMA** وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 291.

² عبد المجيد البلداوي، زينب شكري محمود نديم، إدارة الجودة الشاملة المعولبة و الموثوقة و التقنيات الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص 91.

³ مدمت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الاجتماعية و التعليمية و الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 293.

6. التطبيق التدريجي: فالمؤسسات التي إعتمدت TQM لم تقم بإدخال جميع التغييرات التجديدية المطلوبة على مجالات العمل كافة وإنما قامت بإعتمادها على مجالات محددة منتقاة كخطوة أولى وبعد تحقق معطيات الخطوة الأولى إنتقلت للخطوة الثانية وهكذا بالترج، أما المؤسسات التي قامت بإدخال التغييرات دفعة واحدة على مجالات العمل أحدثت إرتباكاً وبلبلة أدت إلى فوضى من خلال ظهور ثغرات متعددة لم يكن بالإمكان السيطرة عليها بسهولة.
7. رضا الزبون: فالهدف الأساس من تطبيق نظام TQM تتمثل بتحقيق رضا الزبائن عن جودة الخدمات المقدمة، أما الهدف الرئيسي من إعتقادها فهو تحقيق ما يفوق توقعات الزبون، وأكدت الوقائع والأحداث أن عدم وضع حد فاصل بين الهدفين و إعتقادهما كالشيء نفسه لا يخدم عملية المحافظة على مستوى رضا الزبائن و يؤدي إلى فقدان جزء منهم.

الشكل (9): إجراءات و مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية



المصدر: بالتصرف عن: سيد محمد جاد الرب، الإ اتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مراجع إدارة الأعمال - مرجع سبق ذكره، ص 345.

خلاصة

يعتبر مفهوم الجودة من المفاهيم الحديثة في الإدارة وقد أثبت التطبيق العملي لها في الكثير من البلدان المتقدمة تقدماً ملحوظاً في الأداء الكلي للمؤسسة، ويمكن الاستفادة من هذا المفهوم أو المنهج في المؤسسات الصحية سواء من حيث وضع معايير ومؤشرات للأداء أو من حيث زيادة كفاءة أداء المؤسسة وجودة مخرجاتها.

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يتطلب ضرورة العمل على تحقيق توازن بين ما يطمح له الزبون، وبين ما يمكن أن تقدمه المؤسسة من إمكانيات وقدرات تلائم المواصفات و الخصائص والأبعاد التي تريد ترسيخها في خدماتها للوصول إلى أهدافها الإنسانية أولاً، بالشكل المطلوب

لكن تطبيق المفاهيم المرتبطة بالجودة، وإدارة الجودة الشاملة على مستوى المؤسسات الصحية ليس بالأمر الهين فهو يحتاج إلى إقناع الإدارة العليا، قناعة العاملين في المؤسسة، نظم فعالة للمعلومات والاتصالات، الإستمرارية في التطبيق وتصحيح الانحرافات أولاً بأول، و من المتوقع أن تظهر بعض المعوقات والمشاكل عند التطبيق التي تؤدي إلى الأخطاء، وعلى إعتبار أن أي خلل في أحد الخدمات أو الوظائف سيؤدي حتماً إلى تدهور الجودة في الخدمات الصحية بالكامل، فإن هذا يؤدي إلى زعزعة صورة المؤسسة ومصداقيتها أمام مراجعيها وهو ما يخلق نوعاً من عدم الرضا مصحوباً بإصرار على عدم التعامل مع المؤسسة ثانية، والتوجه إلى المؤسسات الأخرى .

لذلك أصبحت المؤسسات الصحية اليوم تبني خططها الإستراتيجية على ثوابت متعددة، من أهم هذه الثوابت التي تقود للنجاح هو رضا الزبون - المريض - ، بإعتبار أن الخدمات التي تقدم يجب أن تلقى قبولا لديه، لكن هل فعلاً أن الجودة العالية تحقق الرضا العالي للزبون؟ هذا ما سيكون نقطة نقاش الفصل الموالي.

تمهيد:

أصبح الزبون اليوم بمثابة عصب الحياة في جميع المؤسسات، بما في ذلك المؤسسات الصحية، لذا تتنافس لإكتسابه بإعتباره المعني الأول بالخطط و البرامج المسطرة من طرفها، والهدف الذي تسعى لبلوغه من خلال التفاعل الإيجابي معه وتعزيز هذه العلاقة بإتجاه خلق الرضا الذي يتطور إلى ولاء دائم للمؤسسة، و مع ذلك يوجد عدد قليل من المؤسسات الصحية التي تبدو قادرة تماما على مطابقة أدائها مع إحتياجات زبائنها المستفيدين من حيث الجودة والكفاءة والخدمة الشخصية

في ظل هذه المؤشرات تسعى المؤسسات الصحية لتجنيدها طاقاتها للاستجابة لطلبات الزبائن لأية خدمة تشخيصية أو علاجية أو وقائية، هذه الاستجابة التي لا تتم بمعزل عن جملة من العوامل، يؤدي تسلسلها لتحقيق رضا الزبون عن المؤسسة و خدماتها، أهمها دراسة مستفيضة لسلوك المرضى ودوافعهم الشرائية والعوامل المؤثرة على قراراتهم النهائية، لتصل إلى إجابة صريحة عن السؤال: ماذا يريد المرضى من الأطباء والمؤسسات الصحية لكي يكونوا أكثر رضا عنهم و عما يقدم لهم؟ ومرد هذا السؤال يعود إلى أن المؤسسات الصحية وجدت أصلا لرسم الإبتسامة على شفاه الزبائن المرضى بعد مغادرتهم قاعات العلاج و بالتالي ستكسب رضا الله سبحانه و تعالى أولا و رضا المريض ثانيا وإن كانت حالة الرضا التي يشعر بها المريض تبقى مسألة نسبية تختلف من ظرف موقفي إلى آخر وخاضعة لعدة معايير تأتي في مقدمتها الجودة التي تعني تقديم خدمة أفضل لشريحة الزبائن المستفيدين بما يتناسب وإحتياجاتهم أو يفوقها، لذا من المتوقع أن تكون نتيجة عمليات تطبيق الجودة في النهاية، الوصول إلى رضا الزبون، وأن تحوز المؤسسة بما تقدم من خدمات على زيادة زبائنها و تمسكهم بخدماتها و رضاهم الدائم لها

يشمل هذا الفصل ثلاث مباحث، يناقش المبحث الأول سلوك الزبون المريض، من خلال التعريف به وبالعوامل المؤثرة في قرار الشراء لديه، ثم مراحل إتخاذ هذا القرار، ويناقش المبحث الثاني موضوع الرضا من حيث المفهوم، السلوكيات الناجمة عنه وأساليب قياسه، أما المبحث الثالث فيربط بين سلوك الزبون ومدى رضاه عن جودة الخدمة الصحية.

المبحث الأول : أساسيات حول الزبون و سلوكه الشرائي:

من الأمور التي يجب أن يتم الإهتمام بها من قبل مقدمي الخدمة الصحية، النواحي الإنسانية والسلوكية للزبائن المرضى، إذ أن هذه الأمور من الصعب دراستها والإلمام بها، نظرا لصعوبة قياسها بدقة، بالإضافة إلى أنها تختلف من زبون لآخر ومن وقت لآخر بالنسبة لنفس الزبون، فقد يكون مترددا في بعض الحالات الشرائية وهادئ الطباع في بعض المرات وعصبي المزاج في مرات أخرى، لذا فإن المناهج السلوكية لذات الزبون تتسم بالإختلاف والتغير، من هنا كان من الواجب الوقوف عند هذا السلوك المتغير.

المطلب الأول : مفهوم الزبون و دورة حياته

بداية وقبل الخوض في مفهوم السلوك الشرائي، من المفيد الوقوف عند ماهية مصطلح مهم، هو الزبون فمن هو الزبون الذي سنحدد سلوكه الشرائي ؟

أولا: مفهوم الزبون :

وضع قاموس أوكسفورد تعريفا للزبون على أنه : « الشاري الذي يشتري السلعة أو يقتني الخدمة من بائع واحد بشكل منتظم و ليس بالضرورة أن يكون المستهلك الأخير لها »¹.

كما عرفه (Claude Demeur) على أنه « كل شخص مادي أو معنوي مستعد للدفع عند حيازته على منتج أو أكثر، أو يستفيد من خدمة أو عدة خدمات من الممولين »².

حسب التعريفين، فإن المؤسسة عندما تريد أن تحدد من هم زبائننا، عليها ألا تعتبر الذين إشتروا أو إقتنوا خدماتها هم زبائننا فحسب، بل كذلك الأشخاص الذين سيستخدمون أو يستفيدون من المنتج ذلك أن الزبون كشاري يصاحبه أحد الإحتمالين :

- أن يكون الشاري نفسه هو مستخدم المنتج.
- ألا يكون الشاري هو المستخدم بل شخصا آخر.

ثانيا: أنواع و تصنيفات الزبائن:

هناك عدة أنواع من الزبائن وذلك حسب المعيار المتبع في التجزئة:

¹ عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، وجهة نظر، دار وائل للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2001، ص 247.

² Claude Demeure , **Marketing** , duros, paris , 6^{eme} édition , 2008, p 348.

1. **التصنيف على أساس الخصائص الشخصية :** حيث أدرج الباحثون تحت هذا المعيار عدة أنماط شخصية يمكن أن يتعامل بها الزبون و هي¹:

- ❖ **الزبون الصامت:** يتصف بقلّة الكلام، ويصعب كشف ما يدور في ذهنه.
 - ❖ **الزبون الثرثار:** يتصف بالتكلم طوال الوقت، مجادل، يحب النقاش، إجتماعي، متحمس غير منطقي في الرد، لذا يحتاج إلى إهتمام بالغ.
 - ❖ **الزبون السلبي:** يتصف بالخجل والمزاجية وكثرة الأسئلة، بطيء في إتخاذ القرارات يحتاج إلى الصبر ومسايرته للوصول إلى ما يرغبه.
 - ❖ **الزبون المتشكك:** يتصف بشكك الدائم وعدم الثقة، صعوبة فهمه، هذا النوع يحتاج إلى عدم مجادلته ومعرفة أسباب شكك وعدم الثقة لديه في المؤسسة، ومحاولة بناء جسور الثقة من خلال إعطاءه ضمانات وأدلة صادقة.
 - ❖ **الزبون المغرور المندفع:** يتصف بالتفائئية، وعدم الصبر والغضب بسرعة، فهو يعتقد أنه الأفضل بين الزبائن، لذا يحتاج إلى محاورته والإنتهاء من خدمته بسرعة
 - ❖ **الزبون المتردد:** يتصف بالخوف، التحفظ، عدم القدرة على إتخاذ القرار بنفسه لذا يجب إشعاره بأن فرص الإختيار أمامه محدودة، والحلول البديلة قليلة.
 - ❖ **الزبون الغضبان:** يتصف بسرعة الغضب، الإساءة للآخرين، صعوبة إرضاءه، متهجم يحتاج إلى التحلي بالصبر عند التعامل معه ومحاولة إستيعاب غضبه والتحكم في ردود أفعاله.
 - ❖ **الزبون النزوي:** يتصف بعدم الإصغاء، وإتخاذ قرارات سريعة، هذا النوع يجب مساعدته لتجنب الأخطاء وتقديم النصيحة، كما يجب إعطاءه المعلومات الضرورية قبل إتخاذ القرار.
2. **التصنيف على أساس أهمية الزبون بالنسبة للمؤسسة:** من خلال الأرباح التي يحققها الزبون للمؤسسة يمكن تصنيفه إلى²:

- ❖ **الزبون الإستراتيجي:** هو الأكثر مردودية، يمتاز بمستوى ولاء عال لخدمات المؤسسة
- ❖ **الزبون التكتيكي:** أقل مردودية من الزبون الإستراتيجي لكنه يحتل مكانة مهمة ضمن إنشغالات المؤسسة من خلال سعيها لرفعه إلى مستوى أفضل .
- ❖ **الزبون الروتيني:** هذا النوع من الزبون يتساوى إحتمال إستمراره في التعامل مع المؤسسة مع إحتمال قطعه وإنهائه العلاقة معها، فهو يمثل فرصة وتهديد للمؤسسة في آن واحد.

¹ بالتصرف عن:

- محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، **سلوك المستهلك**، دار المناهج، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2002، ص19.
- يوسف حديم الطائي، هاشم فوزي دباس العيادي، **إدارة علاقات الزبون**، الوراق للنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2010، ص63-62

² بشير عباس العلق، **التسويق عبر العلاقات المستندة للتكنولوحي**، ملتقى التسويق في الوطن العربي الشارقة، 15-16 أكتوبر، 2002، ص32

ثالثاً : دورة حياة الزبون .

دورة حياة الزبون هي « الفترة التي تتراوح ما بين بداية تعامل الزبون مع خدمات المؤسسة من جمع المعلومات والتعرف عليها حتى الوصول إلى مرحلة الوفاء أو التخلي النهائي عن خدمات المؤسسة¹» حسب هذا التعريف، وبقدر تعلق الأمر بالزبون في المؤسسة الصحية يمكن أن نعتبر دورة الحياة نموذجاً يصف علاقة الزبون بالمؤسسة و يوضح مراحل تطور هذه العلاقة كلما إنتقل الزبون من مرحلة إلى أخرى حتى تصبح العلاقة إما أكثر عمقا مما يعزز ثقته بالمؤسسة أو أكثر قطيعة بالتخلي النهائي عنها وتتكون هذه الدورة من أربعة مراحل² هي:

المرحلة الأولى: جذب الزبائن

تتمثل هذه المرحلة في جذب الزبائن للتعامل مع خدمات المؤسسة و إقناعهم بالعودة من جديد - تكرار الشراء.

المرحلة الثانية: إستثمار الزبائن

ضمن هذه المرحلة تسعى المؤسسة لتوطيد العلاقة مع الزبائن إستناداً لقاعدة بيانات، حيث يتم جمع المعلومات الأساسية عنهم ومحاولة تحديد مدى الأرباح التي يمكن تحقيقها من خلال إنتاج قيمة للزبون كما تحدد هذه المرحلة دقة وصواب الإختيار الإستراتيجي المتعلق بإدارة العلاقة مع الزبون*

المرحلة الثالثة: الحفاظ على الزبائن

إن مسألة جذب الزبون والفوز به تمثل مشكلة تواجه المؤسسات الخدمية بشكل خاص، لكن المشكلة الأكثر صعوبة وتعقيداً هي كيفية الحفاظ على هذا الزبون، لأن ذلك يحتاج تلبية حاجاتهم وإشباعها بشكل يحقق الرضا، هذا الأخير الذي يعتبر عاملاً حاسماً في خلق ولاء الزبون وستحاول المؤسسة خلال هذه الفترة الإحتفاظ بزبائنها حيث توجد عدة عوامل تؤثر على ذلك من أهمها :

¹ Christophe Allard , **Le Management de la Valeur Client** , Dunod , Paris , 2002,p 136.

² بتصريف عن: سليمان شكيب الجبوشي، محمود جاسم الصميدعي ، **تسويق الخدمات المالية**، دار وائل للنش والتوزيع ،عمان،الأردن، الطبعة الأولى 2009، ص (472 ، 476)

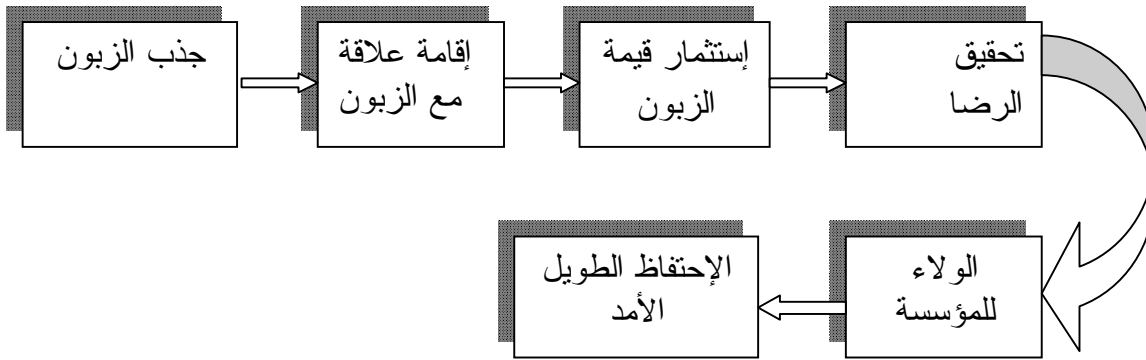
* **CRM (Customer Relationship Management)** والتي تعرف على أنها نشاطات المؤسسة ذات الصلة بتطوير الزبائن و المحافظة عليهم ،وهي مجموع العمليات الداخلية مثل المبيعات ، التسويق، دعم الزبون و تقنيات الحصول على البيانات، **بالتصريف عن** : صالح زكريا الدوري، **الفكر الإستراتيجي و انعكاساته على نجاح منظمات الأعمال- قراءات و بحوث-**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 240 - 241.

1. حجم العلاقات التي إستطاعت إقامتها مع الزبائن خلال المراحل السابقة ونجاحها في إدارتها
2. قدرتها على فهم حاجات، رغبات، سلوك وأنماط الشراء لدى الزبون وطرق التعامل معه، هذا الفهم والمعرفة من الضروري أن يتحول إلى واقع عملي يستطيع الزبون لمسها بشكل أفضل من المنافسين
3. مستوى وحجم الرضا والولاء الذي إستطاعت أن تحققه في الفترات الماضية
4. قدرة المؤسسة على الإبداع، الابتكار والتجديد في مواجهة تلك الإحتياجات المتعددة للزبائن من خلال تطوير مزيج خدماتها.

المرحلة الرابعة : تحول الزبائن

وفقا لهذه المرحلة يبدأ الزبون بالتحول أو الإستغناء عن إستخدام خدمات المؤسسة وهذا يعود لعدم قدرتها على تلبية حاجاته ورغباته بسبب ضعف عرضها التسويقي مقارنة بما يعرضه المنافسون و يعود هذا إما لعدم قدرة خدمات المؤسسة على خلق الرضا لدى الزبائن الذي ينعكس حتما على درجة الولاء وإما عدم القدرة على إدارة العلاقة مع زبائنها لأسباب تعود لنوع الإستراتيجية المختارة والبرامج الخاصة لتنمية ولاء العلاقة مع الزبون

الشكل (10) : مراحل الإحتفاظ بالزبائن



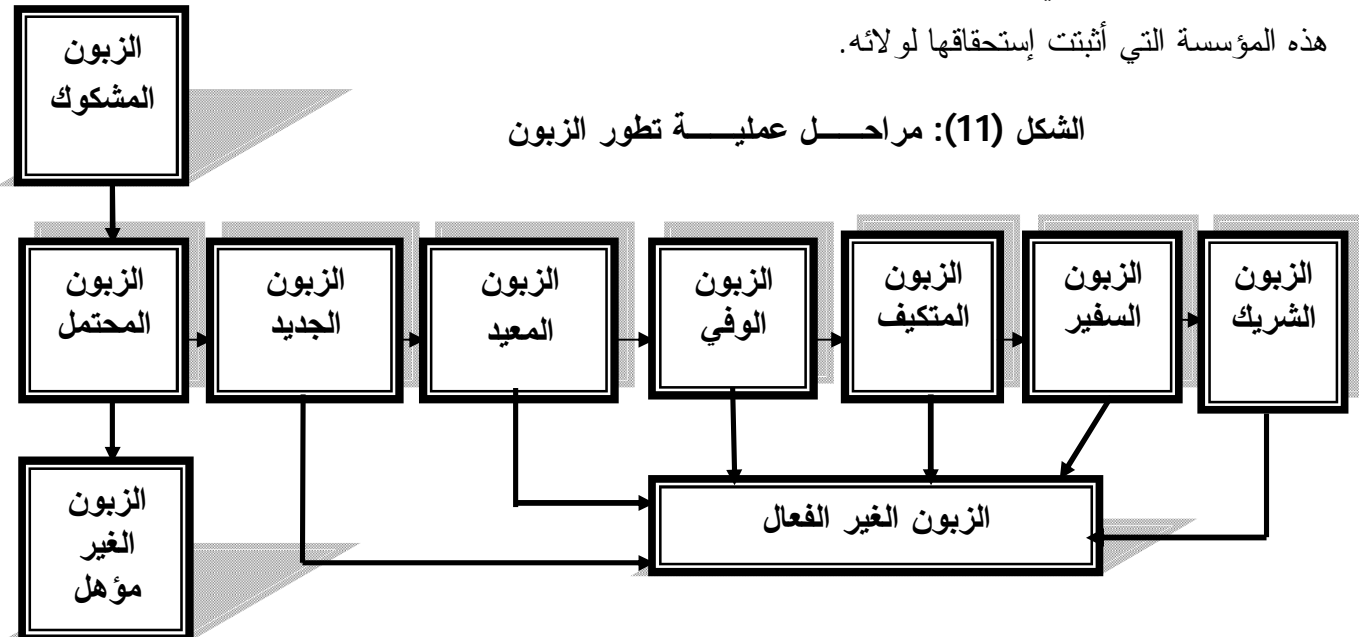
المصدر: بالتصرف عن: سليمان شكيب الجبوشي، محمود جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات المالية، مرجع سابق ذكره، ص468

إن هذه المراحل يجب أن تتعامل معها المؤسسة كحزمة إستراتيجية للوصول إلى بناء الرضا ومن ثم الإحتفاظ بالزبون، هذا الأخير الذي يمر بعدة وضعيات خلال دورة حياته يلخصها (P.kotler)¹ في:

¹ Philip Kotler . et autres , Le Marketing Management ,13eme edition, op-cit, p 183.

- 1- الزبون المشكوك : كل الزبائن يكونون محل شك أو إحتمال إمكانية تعاملهم مع المؤسسة.
- 2- الزبون المحتمل: بعد التشاور مع الذات والمقربين يتجاوز الزبون مرحلة الشك (يمكن أن تنتهي هذه المرحلة بمجرد بدايتها لأنه يصبح زبونا غير مؤهل).
- 3- الزبون الجديد: إستقرار الزبون المحتمل على خدمات المؤسسة للمرة الأولى ليصبح ضمن زبائنها
- 4- الزبون المعيد: مقارنة بين ربحية الزبون و مدى تحمسه للخدمة، يقوم بتكرار الشراء لعدة مرات.
- 5- الزبون الوفي: هنا يصبح الزبون متعلق بالمؤسسة لتحقيق الإشباع لديه وإكمال القيمة عنده.
- 6- الزبون المتكيف: يتكيف الزبون مع جميع خدمات المؤسسة ويتولد ذلك في مرحلة الوفاء.
- 7- الزبون السفير: لا يكتفي بشراء الخدمة بل يعرفها للآخرين ويحفزهم لإقتناءها .
- 8- الزبون الشريك: هي أقصى مرحلة تبحث عنها المؤسسة، ويتولد لدى الزبون شعور بأنه أحد أطراف هذه المؤسسة التي أثبتت إستحقاقها لولائه.

الشكل (11): مراحل عملية تطور الزبون



Source : Philip Kotler , D Dobois , Marketing Management , 13 eme édition , op-cit , p184.

المطلب الثاني : مفهوم سلوك الزبون الصحي

يعد دراسة سلوك الزبون من أعقد المواضيع في الحقل التسويقي، وينبع هذا التعقيد من كونه سلوكا بشريا يتسم بصعوبة قياس العوامل المؤثرة فيه .

أولاً : تعريف سلوك الزبون

يعرف سلوك الزبون على أنه « الأفعال والتصرفات المباشرة للأفراد للحصول على سلعة أو خدمة والتي تتضمن اتخاذ قرارات الشراء»¹.

أما سلوك الزبون الصحي فيعرف على أنه: "التصرف الذي يصدر من المستفيد بهدف الحصول على الخدمة الصحية عند الحاجة إليها"².

إعتبر هذا التعريف سلوك الزبون الصحي مجرد تصرف نابع من نفسية المستفيد لكنه أغفل مسألة جوهرية تتعلق بطبيعة هذا التصرف والقرارات التي تسبقه وتحده، لذلك يمكن أن نعرف سلوك الزبون الصحي على أنه «التصرف الذي يصدر من المريض والمتعلق بحصوله على الخدمة الصحية بما في ذلك القرارات التي تسبق وتحدد هذه التصرفات»، وعلى إعتبار أن المريض هو الطرف النهائي الذي يكون في تماس مباشر مع الخدمة الصحية فإن إتخاذ قرار التعامل هو تعبير عن سلوكه الشرائي والمرهون بجملة من العوامل الموقفية ممثلة في³ :

- **المحيط المادي (physical Surrounding)**: يؤثر المحيط المادي للمؤسسة (الموقع)على قرار المريض في شراء الخدمة الصحية من هذا المكان دون غيره، لذلك تسعى المؤسسات لتوفير بيئة خاصة من شأنها أن تساهم في تشجيع الزبائن على شراء الخدمة الصحية

- **المحيط الاجتماعي (social Surrounding)**: يتمثل في الخصائص والتفاعلات التي يبديها الأصدقاء والأقارب في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية مما قد يؤثر سلباً أو إيجاباً على السلوك الشرائي المتوقع.

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

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

¹ زاهر عبد الرحيم عاطف ، **مفاهيم تسويقية حديثة**، دار الراجحة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 253.

² المساعد زكي خليل، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، 43.

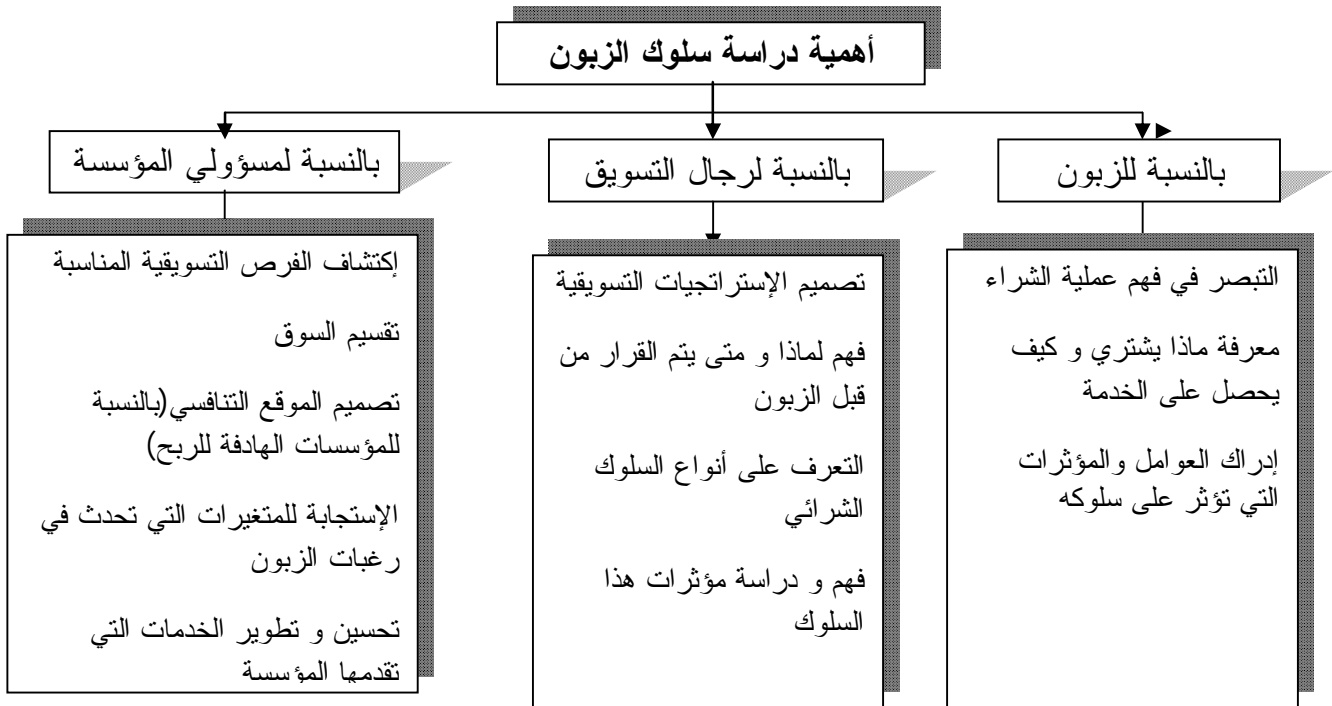
³ ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص (62-63).

- مزاج المريض (Patient's Momentary): حيث يتعرض المريض لحالات من القلق، الخوف من شأنها أن تؤثر على رغبته في إستقبال المعلومة الصحية والبحث عنها أو تقييمها بالشكل الصحيح.

ثانيا : أهمية و صعوبات دراسة سلوك الزبون :

لم تبرز دراسات سلوك الزبون كمجال حيوي في الأدبيات التسويقية إلا في بداية منتصف الستينات من القرن الماضي و ذلك حصيلة جهود مجموعة من الباحثين¹ وفي نهاية الستينات كان لـ Teddor Livitts الدور الأساس في توجيه الباحثين إلى الفكرة التي مفادها أن فهم سلوك الزبون عامل أساسي وجوهري في إرضاءه، هذا ما أدى إلى تبني المفاهيم الخاصة بعلم الإجتماع، علم النفس الإجتماعي وغيره لدراسة سلوك الزبون

الشكل (12) : أهمية دراسة سلوك الزبون



المصدر: تلخيص الطالبة بالإعتماد على: كاسر ناصر، سلوك المستهلك - مدخل الإعلان، دار حامد للنشر والتوزيع عمان، 2006، ص(64-67).

وتواجه دراسة سلوك الزبون مجموعة صعوبات ترجع للأسباب التالية²:

1- صعوبة معرفة و تفسير ما يجول في خاطر الزبون وسلوكاته تفسيراً واضحاً، لأنها أساساً نابعة من اللاشعور، وهذا سبب رئيسي لعدم إعطاء تفسير واضح لمثل هذه السلوكيات، ف شراء خدمة ما

¹ يوسف حليم الطائي، هاشم فوزي دباس العيادي، إدارة علاقات الزبون، مرجع سبق ذكره، ص 79.
² حمد الغدير، سعيد الرشاد، سلوك المستهلك - مدخل متكامل، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1997، ص 9.

قد يكون بدوافع الظهور بمظهر لائق، في حين يفتننها البعض بهدف الحماية وغيره لدوافع أخرى لذلك نجد أن هناك صعوبة في الوصول إلى ما يفكر فيه الزبون، هذا التفكير الناتج عن العقل الذي لا يمكن التنبؤ بما يجول في داخله .

2- صعوبة تحليل ومعرفة الأنماط الشرائية للزبون التي تستند بالدرجة الأولى على مقاييس ذاتية يتحكم فيها ذكاء وخبرة هذا الزبون، لذلك تكون دراسة هذه الخاصية صعبة في معظم الأحيان نتيجة لصعوبة الحصول على معلومات دقيقة.

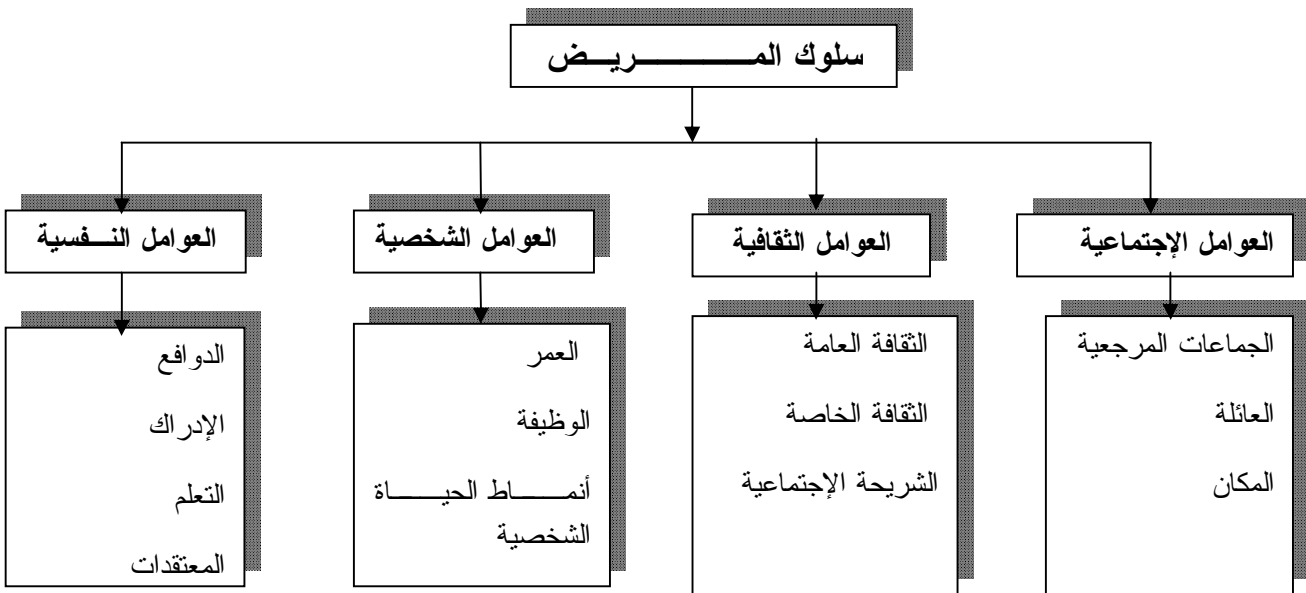
3- سلوك الزبون ناتج عن مجموعة من التفاعلات الداخلية و الخارجية التي تؤثر فيه، لذلك في معظم الأحيان تكون هناك صعوبة لمعرفة أي من هذه المؤثرات لها وقع كبير عليه لأخذها بعين الاعتبار .

4- سلوك الزبون يحتوي أدوارا مختلفة يؤديها والتي بالنهاية ترتبط ارتباطا وثيقا بسلوكه.

المطلب الثالث : العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للزبون الصحي.

يؤكد (p.kotler) أن إتخاذ قرار الشراء لدى الزبون يتأثر بعدد من العوامل التي تحفز أو تحد من الإقدام على التعامل مع المنتج، وبقدر تعلق الأمر بالزبائن المتعاملين مع المؤسسات الصحية، فإنهم يتأثرون بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي، إلا أن الإختلاف سيكون تبعا لطبيعة الحالة الصحية للمريض

الشكل(13): العوامل المؤثرة في سلوك الزبون المريض.



Source :Jérôm Caby , Marketing de l'analyse a l'action , Pearson éducation France, 2004 (97- 100)

يمكن توضيح أثر هذه العوامل على السلوك الشرائي لدى الزبون المريض كما يلي :

I- العوامل الإجتماعية : تمثل بمجملها مجموعة العلاقات التي تربط الفرد بأفراد آخرين يتعايش و يتفاعل معهم بإستمرار ويتأثر بهم بذات الوقت، تتمثل في ¹:

1_الجماعات المرجعية: يقصد بها الجماعات التي تمتلك تأثيرا مباشرا أو غير مباشر على اتجاهات الزبائن و سلوكهم، تشمل الأصدقاء،جماعات العمل و يكون تأثيرها كما يلي ² :

- **حالة التأثير الإيجابي للجماعات المرجعية:** تحدث عندما تتطابق المعلومات الواردة للمريض مع المعلومات التي يحصل عليها من جماعته المرجعية.
- **حالة التأثير السلبي:** تحدث عندما تتباين المعلومات الواردة للمريض مع المعلومات التي يحصل عليها من جماعته المرجعية.
- **حالة عدم التأكد:** حيث تكون المعلومات التي حصل عليها بخصوص الخدمة متناقضة ما يؤدي إلى تضاعد حالة عدم التأكد.

2- الأسرة : تعد أقوى مصادر التأثير الإجتماعي، إذ أن المريض عند إتخاذة لقرار معين يتعلق بصحته فإنه سيستشير عائلته لا،سيما إذا كان القرار ذا أثر خطير على حياته كما هو الحال في إجراء عملية جراحية أو تحليلات مخبرية معمقة ³ .

3- المكانة: تتمثل في الموقع الذي يحتله الفرد في المجموعة الإجتماعية المنتسب إليها وما يمكن أن يلعبه من دور في التأثير على الآخرين.

II- العوامل الثقافية:هي العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية،وذلك إتساعا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحقق له من تعميق فكري وتشمل :

1- الثقافة العامة : هي «تراكم معرفي و قيمى لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها و تتم مناقلتها للأجيال القادمة»⁴ و بذلك أصبحت معيارا شخصيا للتعامل مع الآخرين عبر تفسير الحالات التي يتفاعل معها بإعتباره فردا ضمن المجتمع

¹ Jérôme Caby , Marketing de l'analyse a l'action ,op-cit , p 97.

² بتصرف عن: سليمان شكيب الجيوشي، محمود جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات المالية، مرجع سبق ذكره ، ص 163 .

³ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 67.

⁴ p. kotler , D , Debois Marketing Management ,op-cit , p 202.

2- الثقافة الفرعية: هي الثقافة التي تمتلك وصفات سلوكية خاصة يمكن تمييزها عن غيرها من المجاميع الأخرى ضمن الثقافة العامة.

3- الشريحة الإجتماعية : هي «التجانس النسبي للأقسام أو الأجزاء في المجتمع والمرتبة بشكل هرمي يشترك أفرادها بقيم وإهتمامات مشتركة وسلوك متشابه»¹، وعلى الرغم من أنه لا يوجد أي دراسة ميدانية حول التصنيف الطبقي للأفراد، إلا أن هناك ثلاث طبقات إجتماعية بوجه عام هي الطبقة العليا الوسطى، والدنيا، وقد أكدت العديد من الدراسات والأبحاث التسويقية وجود علاقة بين الطبقات الإجتماعية وبين الأنماط السلوكية للزبائن، وتستطيع المؤسسات الصحية من خلال هذا التصنيف تحديد التصرف أو التوجه للتعامل السلوكي مع الأفراد على وفق الشرائح المختلفة في المجتمع، هنا يكون الأمر متشابهاً إلى حد كبير مع موضوع تجزئة السوق، إذ لا يمكن التعامل مع مجتمع على أنه متجانس².

III- العوامل الشخصية : تتمثل في:

1- العمر والمرحلة في دورة الحياة : فإن انتقال الفرد من مرحلة إلى أخرى يؤثر إلى حد كبير في السلوك الشرائي للخدمة الصحية، فكلما ازداد العمر زاد معه الإعتماد على الذات في إتخاذ قرار الشراء، إذ يصبح قادر على التمييز في القرار، لأن الأنظمة والتشريعات الصحية تشترط موافقة العائلة على إجراء العملية الجراحية لمن هم دون السن القائم ويكون الأمر مماثلاً لكن بحالة عكسية لمن هم في مرحلة متقدمة من العمر.

2- نمط الحياة : هو « طريقة معيشة الفرد المعبرة عن نشاطاته التي يمارسها وإهتماماته التي يركز عليها وآرائه التي يتبناها»³ لذلك ينطوي قياس هذا المفهوم على تحديد ثلاثة أبعاد رئيسية معروفة بأبعاد «AIO» وهي إختصار للعناصر :

- الأنشطة (Activities): تتضمن عمل الفرد وهواياته، أنشطة التسوق التي يقوم بها.
- الإهتمامات (Interests): تتضمن إهتمامات الفرد ببعض الأشياء كالموضة ومجالات الإبداع.
- الآراء (opinion): تتضمن آراء الفرد في الأفراد المحيطين به، والقضايا الإجتماعية المثارة حوله.

¹ IBIB , P 204.

² تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 66.

³ محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة التسويق مدخل معاصر، الدار الجامعية الإسكندرية، 2008، ص 208

3- الشخصية: يعرفها علماء النفس بأنها «مجموعة الخصائص أو السمات النفسية التي تحدد تفضيلات الفرد وسلوكه»¹ وأعادة ما نشير إلى أن فرد معين ذو شخصية قوية وآخر ذو شخصية ضعيفة، وذلك متشائم وآخر متفائل ومن خلال هذه الصفات يمكننا أن نميز خصائص شخصية فرد معين و أن نجد كيف تتفاعل مظاهر السلوك، وخصائص الفرد كي تتنظم في نسق من الإستعدادات السلوكية في المواقف المختلفة وبقدر تعلق الأمر بالسلوك الشرائي للخدمة الصحية يتضح بأن تمتع الزبون أو المريض بتلك الشخصية المميزة تمكنه من حسن الإختيار للطبيب والمؤسسة الصحية والخدمة الحقيقية التي تفي حالته ويستطيع التمييز ما بين الخدمات المشابهة المقدمة من أطراف صحية مختلفة

IV العوامل النفسية

يتأثر المريض إلى حد كبير بجملة من العوامل النفسية التي تترك أثرا واضحا على سلوكه الشرائي للخدمة الصحية تتمثل في:

1- الدوافع: حيث تعرف على أنها «قوى محركة تتمثل في الحاجات والرغبات التي يريد الإنسان إشباعها أو الأمور التي يريد الفرد تجنبها والإبتعاد عنها»².

إن دراسة الدوافع تزيد في وضوح الصورة التي نحصل عليها من دراسة الأفكار والمفاهيم التي يعتقها الفرد، حيث تساعد على توضيح تلك القوى الدافعة المثيرة للسلوك والتي تحدد إتجاهه ومداه فالسلوك يتباين في الإتجاه والقوى والمدى تبعا للإختلاف في الدوافع وخير نموذج يمكن أن يعتمد عليه للتفسير هو سلم (Maslow1943) للحاجات الذي يشير إلى وجود خمسة مستويات رئيسية لحاجات الفرد تأخذ شكلا هرميا.

وبإسقاط مستويات هرم (Maslow) على الخدمات الصحية، يأتي الجانب الصحي، في المرحلة الثانية من الحاجات في السلم، إذ أن الفرد يشبع حاجته من المأكل والملبس والسكن كحاجة أولية ليتدرج إلى تحقيق الأمن والإستقرار الذي يمثل جانب السلامة الصحية، فيه الجزء الأعظم ونشير إلى أن الجانب الصحي قد يمتد إلى قمة السلم عندما يرغب المريض في السفر للعلاج أو البحث عن خدمات العلاج الطبيعي³

2- الإدراك: هو « العملية التي يقوم الفرد بفضلها بإختيار وتنظيم وتفسير المعلومات مشكلا من خلالها لوحة للعالم الخارجي في وعيه» ويلاحظ أن الإدراك قد يختلف من فرد لآخر على الرغم من التعرض لنفس المثيرات ويحدث هذا بسبب تأثير ثلاثة أنواع من العمليات الإدراكية، هي **الإنتباه الإنتقائي، التعريف الإنتقائي، الإستبقاء الإنتقائي**⁴، فالأفراد يتعرضون إلى خضم هائل من المثيرات كل يوم، قدرها أحد خبراء

¹ كاسر نصر ، **سلوك المستهلك** ، مرجع سبق ذكره ن ص 117

² أيمن علي عمر، **قراءات في سلوك المستهلك**، الدار الجامعية للنشر و التوزيع ، الإسكندرية ، بدون طبعة 2005 ، ص 111.

³ فليب كوتلر وآخرون، ترجمة مازن نفاع، **التسويق - السلوك - الأسواق - البيئة - المعلومات** ، منشورات دار علاء الدين دمشق، 2002، ص191.

⁴ محمد عبد العظيم ابو النجا ، **إدارة التسويق مدخل معاصر** ، مرجع سبق ذكره ، ص 218.

التحليل في مجال التسويق بحوالي 5000 إعلان يوميا، الأمر الذي يعني وجود إستحالة على أي شخص الإنتباه لجميع ما يتعرض له من مثيرات وبالتالي يحدث ما يطلق عليه بالإنتباه الإنتقائي، ومن ناحية أخرى يلاحظ أنه حتى لو حدث الإنتباه إلى المثير، فقد لا يتم فهمه بالطريقة أو المعنى الذي كان مقصودا، فكل شخص يقوم بتفسير المعلومات التي حصل عليها حسب خبراته ومخزونه المعرفي المتراكم لديه داخل العقل ومن هنا يحدث ما نطلق عليه بالتعريف الإنتقائي وتجدر الإشارة إلى احتمال تعرض الأشخاص للنسيان وعدم تذكر الكثير من الأشياء التي تعلموها من هنا نجدهم يميلون إلى إستبقاء المعلومات والأحداث التي تتفق مع إتجاهاتهم ومعتقداتهم الأمر الذي يزيد من احتمال تذكرهم لتلك المعلومات والأحداث، هذا هو ما يشار إليه بالإستبقاء الإنتقائي.

وهنا يستطيع المريض أن يدرك - إذا ما توفرت لديه العوامل السابق ذكرها - حقيقة الإعلانات المقدمة في وسائل الإعلان عن الخدمات الصحية¹، كما يمكن للمريض أو يدرك من خلال الملاحظة مستوى جودة الخدمة المقدمة ودرجة نظافة المؤسسة الصحية وحداثة الأجهزة الطبية.

ونود التنويه لأحد المفاهيم الهامة المرتبطة بالإدراك والمستخدم في مجال التسويق، يطلق عليها بالمخاطر المدركة "Risks" وهي عبارة عن أسباب معينة تكون مدركة وليست فعلية لدى الزبون تجعله يخشى من الإقدام على شراء الخدمة ومن أمثلتها: المخاطر الشخصية المدركة، المخاطر المادية المدركة، المخاطر الإجتماعية المدركة².

3- التعلم: يمثل مجموعة المتغيرات الحاصلة في سلوك الفرد والناجمة من تراكم الخبرات السابقة لديه فالفرد يتعامل مع البيئة المحيطة به يوميا ويكتسب في كل مرة خبرة معينة، تراكم هذه الخبرات تكسبه معرفة أو تعلم، وحتى يحدد مواقفه الجديدة مستقبلا على أساس الخبرة التي إكتسبها، كما أن التعلم لدى الفرد يتوقف على جملة من العوامل لعل أهمها النضج والرغبة في التعلم، القدرة، الإستعداد الذهني، وعلى هذا الأساس يمكن للمرضى التعلم من خلال تفاعلهم مع الأطباء والملاك التمريضي وذوي الخبرة الطبية في تحديد ما هو مضر وما هو مفيد للصحة، ومتى وكيف يمكن إستشارة الطبيب

4- المعتقدات والإتجاهات : المعتقد هو « توصيف لفكرة يحصلها فرد عن شيء ما، أما الموقف فهو التقييم الثابت لدى الفرد الذي قد يكون إيجابيا أو سلبيا نحو فعل أو فكرة»³، على هذا فإن الأفراد يمتلكون مواقف حول كل شيء يمكن أن يحيط بهم من متغيرات وجميع هذه المواقف يمكن أن توضع في ذهن الفرد ليحب أو يكره أي شيء يحيط به

¹ تامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 70.

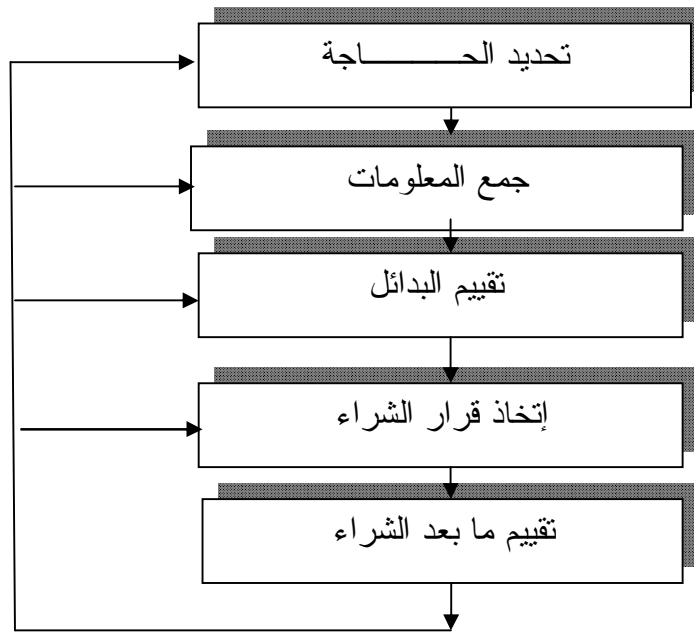
² محمد عبد العظيم أبو النجا ، إدارة التسويق مدخل معاصر ، مرجع سبق ذكره ، ص 220.

³ تامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 71.

المطلب الرابع : مراحل عملية شراء الخدمة الصحية

على الرغم من توافر العديد من الدراسات والأبحاث المتعمقة التي تغطي الجوانب التجريبية والمفاهيم التي تتناول كيفية قيام الزبائن بإتخاذ قرارات الشراء إلا أن أكثرها تم تطويرها والتعامل معها في سياق كيفية شراء السلع الملموسة فقط، وهذا يتباين مع أدبيات تسويق الخدمات عموماً والصحية تحديداً، إذ تبرز المسألة بشكل أوضح في قرارات الشراء لدى المرضى مما يستلزم الوضوح والتفصيل في الخطوات المعتمدة من قبل المريض في إتخاذ قرار الشراء

الشكل (14) مراحل عملية الشراء لدى الزبون



Source : P. Kotler . B , Debois Le Marketing Management, 13eme édition, op-cit , 221

المرحلة الأولى: تحديد الحاجة

تعد أول خطوة في إتخاذ المريض لقرار الشراء، فعندما يدرك أن لديه مشكلة صحية بحاجة إلى تجاوزها فإن هذا الإدراك سيتحقق من خلال منبه داخلي أو خارجي¹ و يتمثل دور رجل التسويق في هذه المرحلة في ضرورة القيام بالبحوث التي يكون من شأنها التعرف على الحاجات والمشاكل² الصحية التي يواجهها الزبون المريض وأسبابها والكيفية التي يمكن من خلالها توجيهه إلى الخدمة المقصودة.

المرحلة الثانية: البحث عن المعلومة:

¹ P. kotler , B, Debois , le Marketing management , 13^{eme} édition , op-cit , p 222.

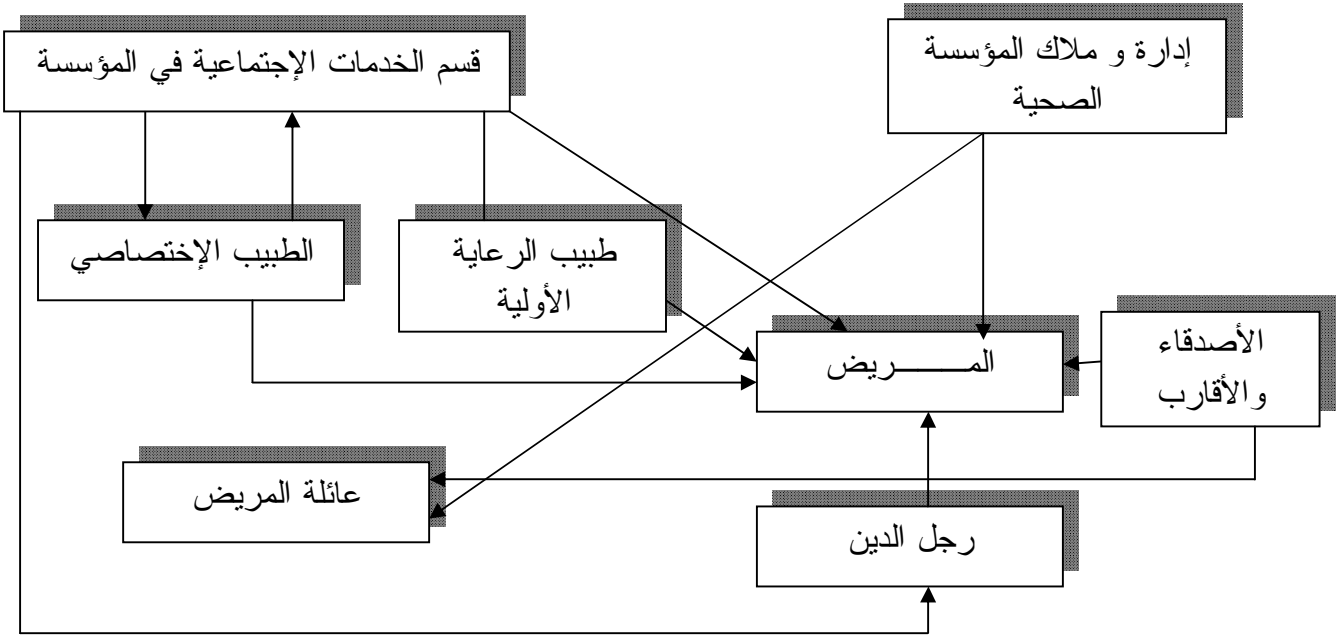
² محمد عبد العظيم أبو النجا ، إدارة التسويق المتقدم ، مرجع سبق ذكره ، ص 233.

الفصل الثالث : فهم سلوك الزبون (المستفيد) والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية

بعد تعرف الزبون المريض عن حاجاته يبدأ في البحث عن المعلومة حول مختلف البدائل التي تساعد على إشباعها، والبحث عن المعلومة هو « درجة الجهد المبذول في سبيل الحصول على المعلومة المتعلقة بالخدمة »¹، نشير هنا إلى أن حجم المعلومات وطبيعتها تتناسب مع درجة الخطورة والأهمية للحالة الصحية المطلوب معالجتها، أما مصادر الحصول على المعلومات فيمكن أن تتحدد بالآتي²:

1. مصادر شخصية لا يقوم بها المسوقون : تتمثل غالبا في العائلة، الأصدقاء..
2. مصادر شخصية يقوم بها المسوقون : تتمثل بالبيع الشخصي للخدمات الصحية أو ممثلي المؤسسات كما هو في مصنع الأدوية، أو منتجي الأجهزة الطبية.
3. مصادر غير شخصية لا يقوم بها المسوقون: تتمثل في وسائل الاتصال العامة، جمعيات حقوق المستهلك، جمعيات حماية البيئة.
4. مصادر غير شخصية يقوم بها المسوقون: تتمثل في الإعلانات ووسائل الترويج المختلفة التي تمارس من قبل المؤسسات الصحية.

الشكل (15) مصادر المعلومات المؤثرة على خيارات المريض .



المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 75.

¹ Denis Darpy , Pierre vole , le Comportement du consommateur – concepts et outils , dunod, France 2003 , p 18.

² ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 74.

الفصل الثالث : فهم سلوك الزبون (المستفيد) والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية

من خلال الشكل نلاحظ تعدد المصادر التي من خلالها يحصل المريض على المعلومة، وبالتالي كلما زادت حجم المعلومات التي يحصل عليها كلما زاد وعيه ومعرفته بخصائص الخدمة المقصودة كما أن إمتدادها من المصادر الصحية المتخصصة (الطبيب المختص وطبيب الرعاية الأولية) إلى الأصدقاء والعائلة وحتى رجل الدين الذي سيؤثر على الجانب النفسي للمريض من خلال إقناعه بأن ما يعقب من نتائج هي في الواقع إرادة الله، كل هذا سيرفع من القيمة المتحققة للمعلومة من كل مصدر وبالتالي يؤثر على جدوى القرار المتخذ من قبل المريض.

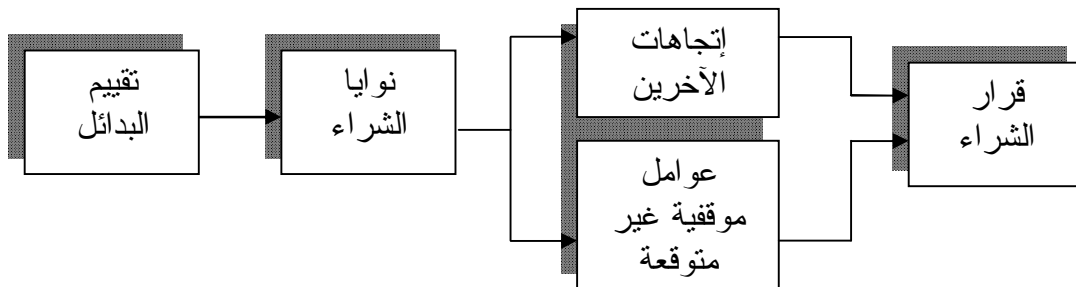
المرحلة الثالثة: تقييم البدائل

بعد أن يقوم المريض بإستخدام المعلومات للوصول إلى مجموعة نهائية من الخيارات التي يمكن أن يفاضل بينها، يجد نفسه أمام التساؤل الذي تطرحه المرحلة التالية من عملية الشراء وهو الكيفية التي يعتمد عليها في الإختيار بين البدائل التي وصل إليها من خلال البحث، فمرحلة تقييم البدائل « هي المرحلة التي يقوم فيها المريض بإستخدام المعلومة التي جمعها بغرض تقييم ما هو متاح أمامه من بدائل يمكنها أن تشبع حاجاته»¹، وفي ظل التطور العلمي في مجال الصحة والطب تعددت الأطراف المقدمة للخدمة الصحية، ما أدى إلى زيادة البدائل والخيارات المتاحة أمام المرضى لإختيار مستشفى أو مصلحة دون غيرها، وتعتبر هذه المرحلة مهمة وصعبة في نفس الوقت خاصة بالنسبة للمريض لأنه سيسعى قدر المستطاع إلى تجاوز ما يمكن أن يتعرض له من مخاطر محتملة في حالة ما إذا كان القرار المتخذ خاطئاً وسيركز على بدائل معنية (خيارات مدركة) ويلغي بدائل أخرى (خيارات غير مدركة) حتى يصل إلى البديل المناسب الذي يتوافق مع خصوصية حالته.

المرحلة الرابعة: إتخاذ قرار الشراء

إن إتخاذ المريض لقرار الشراء سيتأثر بعاملين هما:

الشكل (16) : إتخاذ قرار الشراء



Source :P. Kotler , B , Debois , **le Marketing Management** ,13 eme édition .op-cit, p227.

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا ، **إدارة التسويق - مدخل معاصر** ، مرجع سبق ذكره ، ص 236.

1. **إتجاهات الآخرين**: تمثل مقدار القوة التأثيرية التي يمارسها الآخريين على الزبون عند نيته في إتخاذ قرار الشراء ،وقد تكون تأثيرات سلبية أو إيجابية،¹ ومدى إستجابته لذلك التأثير.
2. **العوامل الموقفية**: فالمريض يتبنى نية الشراء على أساس بعض العوامل مثل الدخل المتوقع السعر المتوقع، المنافع المتوقعة،وعلى الرغم من ذلك قد تطرأ بعض الأحداث الغير متوقعة تعمل على تغيير نيته في الشراء مثل السلوك الغير مناسب لإدارة المؤسسة الصحية، وبالتالي فليس من الضروري ترجمة التفضيلات أو حتى نوايا الشراء لدى الزبون إلى قرارات قطعية وفعلية للشراء

المرحلة الخامسة: سلوك ما بعد الشراء

إن مسار الشراء والعلاقة بين المؤسسة والمريض لا تتوقف بمجرد حصوله على الخدمة، بل يجب أن تستمر، فالإنطباع الإيجابي المتحقق لديه عن الخدمة المقدمة وطريقة تقديمها ستساهم في إستمرار العلاقة وزيادة ولاء المريض، لكن في المقابل فإن عدم تطابق توقعات الزبون مع الأداء الفعلي للخدمة يحدث له شعورا بعدم الرضا².

وهناك نقطة لا تقل أهمية عما سبق ذكره هي إحتمال تعرض الزبون إلى ما يطلق عليه علماء النفس بالتناقض المعرفي (**cognitive dissona**) ويقصد بها تلك الحالة التي يشعر الزبون أنه قام بشراء خدمة معينة مع توافر خدمات قد تكون أفضل وكان من الممكن له شراءها³، ويرجع إستخدام هذا مصطلح إلى حدوث تناقض بين ما يعرفه الزبون من خدمات كانت متاحة وبين المعلومات والمعرفة التي لقيها بعد الشراء، وهنا يبدأ بإدراك خسارته لمنافع كان من الممكن الحصول عليها، هذا من شأنه أن يقود إلى حالة عدم الرضا لكن هذه المرة بسبب التناقض الذي حدث له نتيجة مقارنته بين الخدمة المشتراة والبدائل الأخرى.

من خلال الشكل الموالي، يتضح أن سلوك ما بعد الشراء يتحدد وفق تقييم المريض لأداء الخدمة ومدى مطابقتها لتوقعاته، وينتج عن هذا التقييم حالتين، إما أن يكون المريض راض وهذا ما سيخلق لديه ولاء دائما للمؤسسة وخدماتها ليصبح مروجاً وسفيراً لها من خلال الكلمة المنطوقة الموجبة، وإما غير راض، وهذا سيرجعه إما لسوء إختياره فيكتفي بتخفيض إتجاهه الإيجابي نحو الخدمة وإستبعادها من شرائاته المستقبلية، أو إلى المؤسسة حيث يترتب عليه ردود أفعال كالإحتجاج عن الخدمة وطلب التعويض من المؤسسة الصحية أو الإحتجاج لدى جمعيات حقوق الإنسان فضلا عن إبداء الآراء السلبية وشكواه

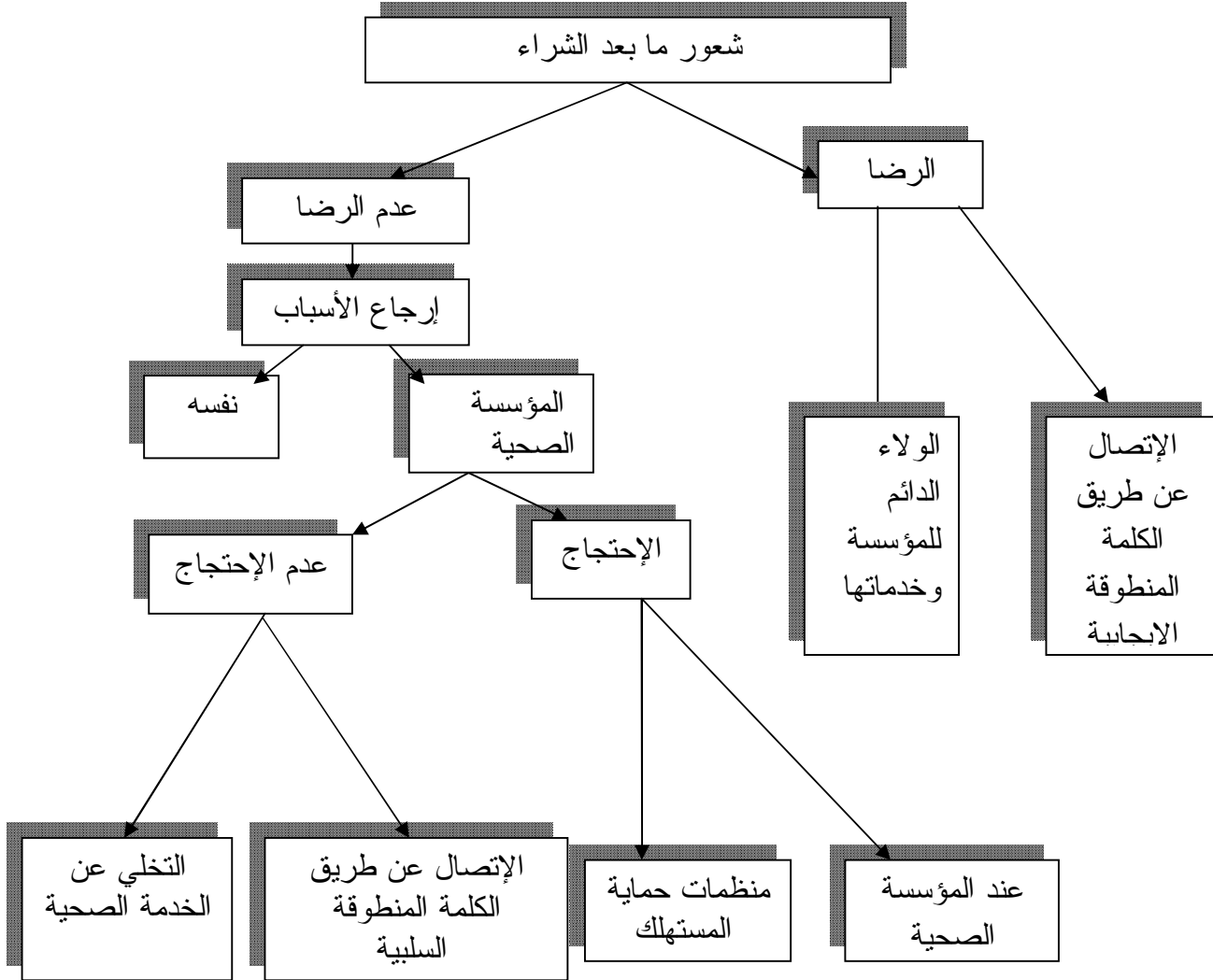
¹ P. kotler , B , Debois , **le Marketing Management** , 13 eme édition , op-cit , p 227.

² IBIB ,p228.

³ محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة التسويق، -مدخل معاصر-، مرجع سبق ذكره، ص237.

للآخرين، إذ أن الزبون الغير راض سيتحدث عن خيبة الأمل التي أصابته جراء شرائه للمنتج إلى أكثر من أحد عشر فردا من معارفه¹

الشكل (17) : نتائج الشعور اللاحق للشراء.



المصدر : إستنتاج الطالبة بالإعتماد على:

Richard Ladwin **le Comportement de Consommateur et de L'acheteur** ,Économisa ,Paris,2eme édition,2003,p392.

¹ فليب كوتلر وآخرون، ترجمة مازن نفاع، التسويق - السلوك - الأسواق - البيئة - المعلومات، مرجع سبق ذكره، ص212

المبحث الثاني: من فهم سلوك الزبون إلى تحقيق رضاه

إن رضا الزبون هو الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه لعملية تبادل معنية لذلك يعد أكثر المعايير أهمية خاصة عندما يكون توجه المؤسسة نحو كسب أكبر شريحة ممكنة من الزبائن، هذا ما يجعله مرتبطا بنشاط ووجود المؤسسة ككل.

المطلب الأول : مفهوم رضا الزبون

يعد مفهوم رضا الزبون من المفاهيم المثيرة لإهتمام الباحثين بشؤون الإدارة والتسويق على حد سواء وهذا لإدراك المؤسسات أن هدف وجودها ومن ثم إستمرارها وتميزها قائم على أساس إحترامها لهذا الزبون والعمل على إرضائه .

أولاً : تعريف رضا الزبون

يعتبر الرضا حالة شعورية داخلية، لذلك من الصعب تعريفه على وجه موحد .
- عرفه (philip kotler) على أنه: «هو الإنطباع الإيجابي أو السلبي للزبون إتجاه تجربة شراء أو إستهلاك ويتشكل هذا الإنطباع من خلال المقارنة ما بين أداء المنتج وتوقعات الزبون»¹.

إن تعريف (ph.kotler) يضيف فكرة مهمة مفادها أن الإنطباع الذي يتكون لدى الزبون يعتمد على تجربة شراء أو إستهلاك، أي يستند إلى خبرات سابقة، لكن الرضا في الواقع هو حالة شعورية داخلية مرتبطة بالحالة النفسية للزبون، كما هناك بعض المواقف الظرفية (الخارجة عن سيطرة المؤسسة) تجعل الزبون غير راض حتى ولو توافق الأداء مع التوقعات .

- عرفه (L'AFNO) على أنه «رأي العميل الناتج عن الفجوة بين إدراكه للمنتج المستعمل و بين توقعاته»² هذا التعريف يضعنا أمام ثلاث مستويات، تعتبر في الواقع دالة للفرق بين الأداء والتوقعات هي³:

الأداء > التوقعات ← الزبون غير راض

الأداء = التوقعات ← الزبون يكون راض.

الأداء < التوقعات ← الزبون راض وسعيد للغاية .

¹ P. Kotler , B , Debois , le Marketing Management, op-cit , p 169.

² Daniel Ray , Mesurer et Développer la satisfaction clients, éducation – d'organisation , paris 2001,p22.

³ فريد محمد الصحن، طارق طه، إدارة التسويق في بيئة العولمة و الإنترنت، الدار الجامعية الجديدة الإسكندرية، 2004، ص123.

و يمكن تصنيف الرضا إلى الأنواع التالية¹:

1. **الرضا عن النظام**: هو التقييم الموضوعي الذي يقوم به الزبون للمنافع الكلية التي يحصل عليها كالأسعار، الجودة، الصورة الذهنية عن الخدمة.
2. **الرضا عن المؤسسة**: يشير إلى ما يحصل عليه الزبون في التعامل مع المؤسسة مثل التسهيلات المقدمة .
3. **الرضا عن الخدمة**: يشير إلى التقييم الموضوعي الذي يقوم به الزبون لجميع المخرجات والخبرات عند استخدام الخدمة بمعنى يقارن بين توقعاته السابقة مع أداء الخدمة .

ثانيا : أهمية رضا الزبون :

يستحوذ رضا الزبون على أهمية كبيرة في سياسة أي مؤسسة ويعد أكثر المعايير فعالية للحكم على أدائها لا سيما عندما تكون هذه المؤسسة متوجهة نحو تحقيق الجودة، وتبرز أهمية رضا الزبون في كونه:

- إذا كان راضيا عن الخدمة المقدمة إليه من قبل المؤسسة فإن قراره بالعودة إليها سيكون سريعا وإحتمال توجهه إلى المؤسسة الأخرى يبقى منخفضا .
- يمثل رضا الزبون تغذية عكسية للمؤسسة فيما يخص الخدمة المقدمة إليه مما يقود المؤسسة إلى تطوير خدماتها المقدمة.
- إذا كان الزبون راض عن أداء المؤسسة فإنه سيتحدث للآخرين خاصة الإتصال عن طريق الكلمة المنطوقة الموجبة، وهذا ما يولد زبائن جدد.

فضلا عن أن رضا الزبون يعد أهم المقياس لجودة الخدمة، إذ يساعد المؤسسة على تقديم مؤشرات لتقييم كفاءتها وتحسينها نحو الأفضل من خلال²:

- تقديم السياسات المعمول بها وإلغاء تلك التي تؤثر في رضاه.
- يعد دليلا لتخطيط الموارد التنظيمية وتسخيرها لخدمة رغبات الزبون وطموحاته في ظل آرائه التي تعد تغذية عكسية.
- الكشف عن مستوى أداء العاملين في المؤسسة ومدى حاجاتهم إلى البرامج التدريبية مستقبلا

ثالثا : محددات الرضا :

¹ منى شفيق، **التسويق بالعلاقات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث و دراسات، مصر الجديدة ، بدون طبعة، 2005، ص 78.

² يوسف جحيم سلطان الطائي ، هاشم فوزي دباس العبادي ، **إدارة علاقات الزبون** ، مرجع سبق ذكره، ص 24.

يتفق الباحثون على أن محددات الرضا تتمثل في ثلاثة أبعاد أساسية هي: التوقعات، الأداء الفعلي المطابقة / عدم المطابقة.

1. **التوقعات**: يمكن الإتفاق بصفة عامة على أن التوقعات ما هي إلا إحتتمالات يشكلها الزبون وهي خاصة بظهور أحداث معينة سواء كانت سلبية أو إيجابية وقد أوضحت الدراسات أن الزبائن قد يلجؤون إلى استخدام أنواع مختلفة من التوقعات¹ عند قيامهم بتكوين رأي معين عن مستوى أداء خدمة ما مقدما لذلك تتحدد الجوانب الأساسية للتوقع الذي يكونه الزبون عن الخدمة كما يلي:

- **توقعات عن خصائص الخدمة (الجودة المتوقعة) :** هي الخصائص الموجودة في الخدمة في حد ذاتها والتي يرى الزبون أنها تحقق له المنافع².
- **توقعات عن المنافع أو التكاليف الإجتماعية:** وتتعلق بردة فعل الآخرين (الإيجابية /السلبية) إتجاه الزبون نتيجة إقتناؤه للخدمة.
- **توقعات عن تكاليف الخدمة:** هي توقعات عن التكاليف والسعر الذي يجد الزبون نفسه ملزما بدفعه للحصول على المنتج، والسعر هنا لا يتضمن مبلغا فقط بل كل جهد مادي أو معنوي يبذله في سبيل الحصول على الخدمة بما في ذلك المعلومات التي يجمعها وحتى الآثار النفسية والمعنوية التي يتحملها.

2. **الأداء الفعلي :** تظهر أهمية الأداء في الدراسات الخاصة بالرضا من كونه مقياسا مبسطا يمكن الإعتماد عليه للتعبير عن الرضا، وذلك ببساطة من خلال سؤال الزبائن عن وجهة نظرهم في الجوانب المختلفة لأداء الخدمة، من ناحية أخرى تكمن أهمية الأداء الفعلي في كونه معيارا للمقارنة بينه وبين التوقعات، حيث يقوم الزبون باستخدام خدمة معينة وإدراك مدى الإشباع الذي حصل عليه وبناءا عليه يتم تقييم عدم المطابقة.

3. **المطابقة/عدم المطابقة:** تنتج المطابقة عندما يتساوى الأداء الفعلي (الإشباع الذي حصل عليه الزبون) مع نظيره المتوقع أما، عدم المطابقة فيمكن تعريفها بأنها «درجة إنحراف أداء الخدمة عن المستوى المتوقع الذي يسبق عملية شراء الخدمة»³ وتكون أحيانا موجبة أي مرغوب فيها عندما يتفوق الأداء

¹ سامي أحمد محمد مراد، دور تحرير الثقافة تحرير تجارة الخدمات الدولية (الحاتس) في رفع كفاءة أداء الخدمات المصرفية، المكتب العربي للمعارف، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 2005 ، ص 160.

² محمد فريد الصحن ، **قراءات في إدارة التسويق** ، مرجع سبق ذكره ، ص 64.

³ سامي أحمد محمد مراد، دور اتفاقية تحرير تجارة الخدمات الدولية الحاتس في رفع كفاءة أداء الخدمات المصرفية، مرجع سبق ذكره، ص 161.

الفعلي عن التوقعات، وسالبة أي غير مرغوب فيها عندما ينخفض مستوى الأداء عن التوقعات
المطلب الثاني : العلاقة بين رضا الزبون وأنواع متطلباته

أشار البروفسور الياباني (Noricho Kano) وزملائه من جامعة طوكيو إلى ضرورة دراسة ما يعرف بصوت الزبون، وفق إعتقاد مفاده أن للزبائن حاجات خفية غير مرئية، و يتطلب ذلك دراسة ثلاث أنواع من خصائص الخدمة هي¹ :

1/- المتطلبات الأساسية الواجب توفرها (Muste be) : هذه المجموعة لا يعبر عنها الزبون لإفتراض حتمية توفرها²، وإذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات فإن الزبون لن يكون راضيا، أما إذا توفرت فإن ذلك لن يزيد من مستوى الرضا لديه³

2/- متطلبات الأداء (تسمى بالخصائص أحادية البعد one dimension): هذه المجموعة يطلبها الزبون ويعبر عنها بصراحة، كما يتناسب مستوى رضا الزبون طرديا مع درجة تلبية هذه المتطلبات فكلما كانت درجة هذه المتطلبات عالية كلما كان مستوى الرضا عال والعكس صحيح.

3/- المتطلبات الجاذبة أو الوهاجة Delighaters: تحتل هذه المتطلبات أكبر درجة من التأثير في رضا الزبون وحسب طبيعة هذه المتطلبات فإنها غير معبر عنها من قبل الزبون، بل غير متوقعة من قبله وتوفرها يرفع من مستوى مشاعر الرضا لديه وغيابها لا يشعره بعدم الرضا.

لكن و بمرور الزمن قد تتحول الخصائص الوهاجة إلى خصائص يجب توفرها، الأمر الذي يستدعي من المؤسسات الإستمرار بدراسة و تتبع صوت الزبون لإيجاد خصائص وهاجة جديدة والتأكد بأنها قامت بتقديم الخدمة وفق مخطط (KANO)⁴الموضح في الشكل الموالي.

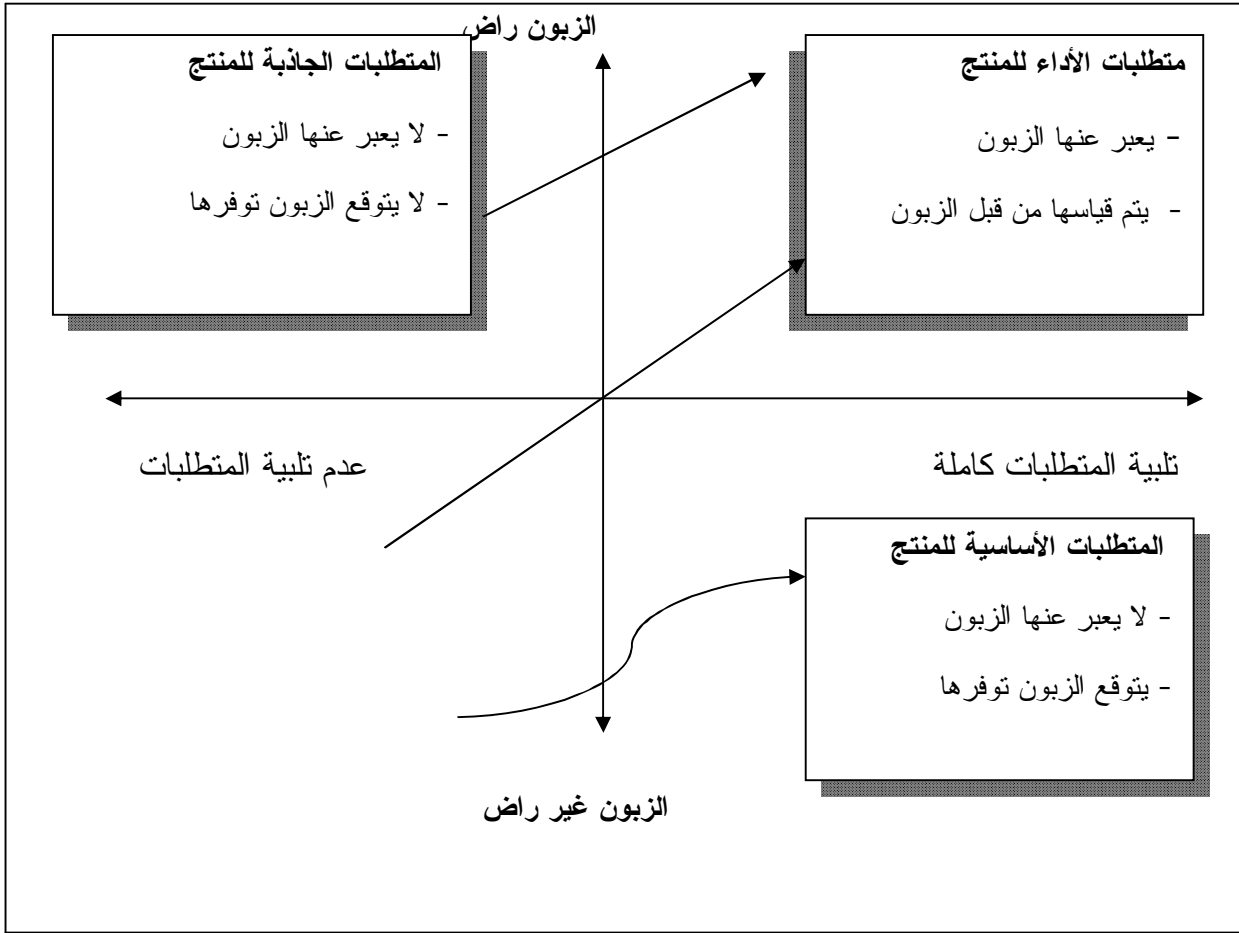
¹ عبد المجيد البلاواي ، زينب شكري محمود نديم، إدارة الجودة الشاملة و المعولية (الموثوقية) و التقنيات الحديثة في تطبيقها و استخدامها دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2007، ص 84.

² رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة ، إدارة الجودة الشاملة ، مرجع سبق ذكره ، ص 156.

³ محفوظ احمد أبو جودة، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم و تطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 80

⁴ عبد المجيد البلاواي، زينب شكري نديم، إدارة الجودة الشاملة و المعولية و التقنيات الحديثة في تطبيقها ، مرجع سبق ذكره، ص 84.

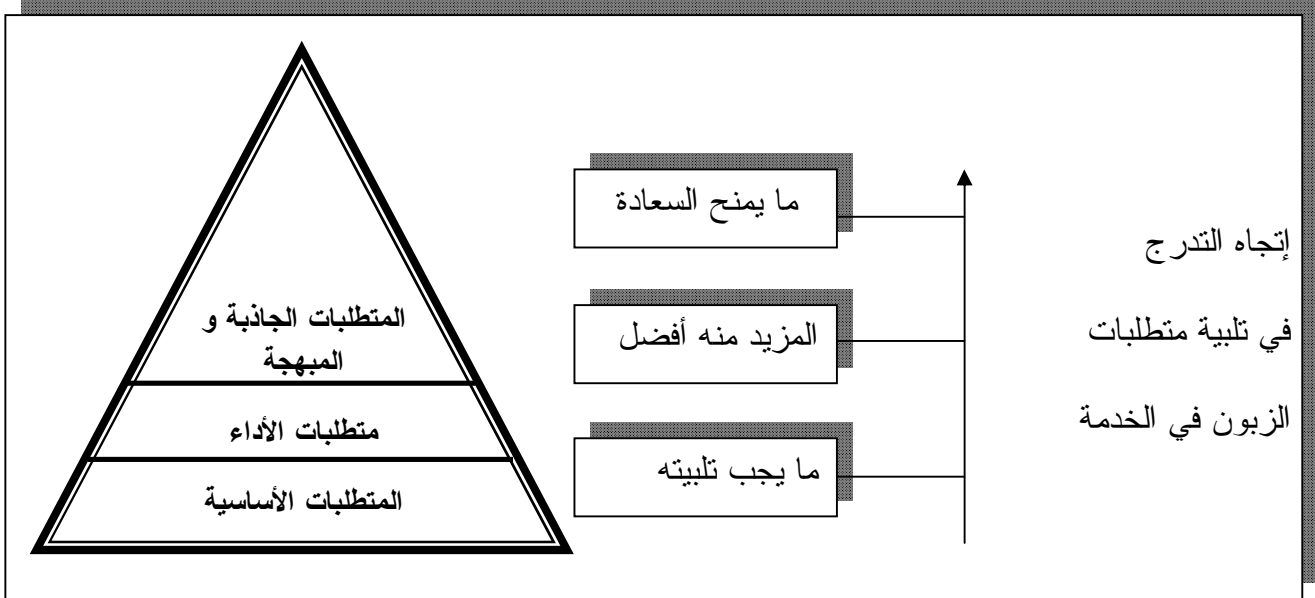
الشكل (18): نموذج KANO لتصنيف متطلبات (حاجات ورغبات وتوقعات) الزبون وتأثيرها في رضاه



المصدر : رعد عبد الله الطائي، عيسى قعادة، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 157.

يتضح من خلال الشكل أن الخصائص الواجب توفرها تجعل الزبون يقدم على شراء الخدمة لكنها لا تعبر عن حالة الرضا لديه وعدم توفرها سيجعل منه زبونا غير راض عكس الخصائص الوهاجة التي لا يغير عدم توفرها في الخدمة من مستوى الرضا بل إن وجودها سيولد شعورا عال بالرضا أما الخصائص الأحادية البعد فهي تشكل علاقة طردية بين تلبيةها في الخدمة ومستوى الرضا وقد وضع (KANO) هذه المتطلبات الثلاث في صورة هرم، على المؤسسة أن تتدرج في تلبية المتطلبات فتبدأ بالأساسية التي لا يمكن إغفالها لتنتقل إلى متطلبات الأداء وصولا إلى القمة عندما تتمكن من تلبية متطلبات الجاذبية.

الشكل (19) : هرم أصناف متطلبات الزبون.



المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 158.

وتستفيد إدارة المؤسسة من تصنيف نموذج كانوا لمتطلبات الخدمة بهذا الشكل من عدة نواحي أهمها أنه يساعد الإدارة على ترتيب أولوياتها فيما يتعلق بتطوير الخدمة، حيث قد توجه الإدارة جهودها لتطوير متطلبات الأداء، والمتطلبات الجاذبة بدلا من توجيهها نحو تطوير المتطلبات الأساسية إذا كانت المتطلبات الأساسية موجودة بدرجة مرضية للزبون¹.

المطلب الثالث : السلوكيات الناجمة عن الرضا وعدم الرضا وأساليب قياسه:

إن الرضا الكلي هو في الواقع عبارة عن مشاعر الزبون بالفرح أو الإستياء بعد الحصول على الخدمة والناجمة عن المقارنة بين الأداء الفعلي لها و التوقعات التي يحصلها، هذه المشاعر تترجم في شكل سلوكيات ينتهجها الزبون ليعبر عن مستوى رضاه من عدمه.

أولا: السلوكيات الناجمة عن الرضا :

يعبر الزبون عن رضاه بسلوكيات مختلفة نابعة من إيمانه بقدرة المؤسسة على الإيفاء بمتطلباته لعل أهم هذه السلوكيات²:

¹ محفوظ احمد أبو جودة، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم و تطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص82.

² حاتم نجود، تفعيل رضا الزبون كمدخل استراتيجي لبناء ولائه، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، قسم العلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2006/2005، ص68.

1- الرغبة في تكرار الشراء : يتجسد من خلال الشراءات المتتالية للزبون، ويجب التذكير هنا بأن تكرار الشراء يختلف عن الولاء لوجود فرق جوهري بينهما فسلوك تكرار الشراء لا يشترط أن تكون الشراءات متتالية أما الولاء فيتطلب ذلك.

2-الإتصالات المباشرة (من الفم إلى الأذن): إن الزبون الراضي يشكل مصدرا للمعلومات الجيدة عن الخدمة والمؤسسة، فيكون حديثه إيجابيا عما تقدمه المؤسسة من مزايا، سيما إذا تعلق الأمر بخدمة صحية فإن الزبون ومن دون أن يشعر سيصبح أداة ترويجية وإعلانية للمؤسسة، فهو ينقل مستوى رضاه للمحيطين به بكل مصداقية من خلال المعاملة والإستقبال الذي حظي به وبمستوى الجودة التي قدمت بها الخدمة، فسلوك هذا الزبون يؤثر في تقييم وجذب زبائن آخرين من خلال¹ تصديق المعلومات الإيجابية التي يحصل عليها والإنقياد نحو سلوك الجماعة، بغض النظر عن موافقته على هذا السلوك .

هناك نقطة أخرى لا تقل أهمية على ما سبق ذكره، وهي أن الرضا يساعد على تخفيض حساسية الزبون إتجاه السعر المنخفض الذي يعرضه المنافسون، ومستعد لدفع أي مبلغ مقابل إستمرار تعامله مع الخدمة التي حققت رضاه

3- الولاء للمؤسسة: فالزبون الذي يتصف بالولاء هو الذي «يشترى منتجا معينا بصفة متكررة ويتميز بموقف إيجابي إتجاه هذا المنتج»²، ويكون الزبون الراضي مستعدا للولاء للمؤسسة وخدماتها إنطلاقا من كون³:

- الرضا حالة من الإرتياح النفسي إتجاه منتج معين تم إختياره عن إرادة.
- الرضا بحث عن التناسق الداخلي ينتج من سعي الزبون الدائم لتبرير إختياره ودعمه بالمعلومات حتى لا يحس بالخطأ والندم على الإختيار الذي يولد تناقضا وحالة من التوتر غير المرغوب فيه، لذا يسعى الزبون دائما لإقناع نفسه بأن إختياره صائب.

ثانيا : السلوكيات الناجمة عن عدم الرضا :

عرف (Handg) حالة عدم الرضا على أنها «الفجوة بين المزيج المثالي لخصائص معينة والمزيج الفعلي لها»⁴.

¹ سكر فاطمة الزهراء، أهمية تعزيز الجودة في رفع رضا العميل، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، 2007، ص 99.

² Christian Michon , **le Marketeur –Fondements et nouveautés du marketing** , Pearson éducation France, 2^{eme} Edition, 2006, p 73.

³ حاتم نجود، تفعيل رضا الزبون كمدخل إستراتيجي لبناء ولاءه ، مرجع سبق ذكره ، ص 69.

⁴ Christian Michon, **le marketeur – fondements et nouveautés du marketing**, op-cit , p73

و تتولد عن حالة عدم الرضا جملة من السلوكيات أهمها¹:

- **الإجابة الإدراكية:** عندما يجد الزبون نفسه مسؤولاً عن فشل الخدمة، هنا سوف يمتنع عن الشكوى لكنه لن يشتري الخدمة مرة أخرى، وينقل تجربة عدم الرضا إلى الآخرين

- **الإجابة السلوكية:** و تنفرع إلى:

1. **الإجابات الخاصة:** هذه الإجابات لا تكون قابلة للتعريف من طرف المؤسسة بمعنى ليس من السهل إكتشافها، أهمها:

- **المقاطعة:** يستجيب الزبون مبدئياً في حالة عدم الرضا بالمقاطعة والتحول إلى التعامل مع مؤسسة أخرى
- **الإتصال من الفم إلى الأذن السلبي:** فالزبون الغير راض سوف يعبر عن تجربته الفاشلة لأفراد العائلة وكل المحيطين به، بل ينقل تجربته ويعبر عن إستيائه إلى ما لا يقل عن عشرة أفراد من المحيطين به

2. **الإجابات العامة:** هي إجابات ذات رؤية إجتماعية، حيث يكون بإمكان الزبون²:

- الشكوى وتعني التعبير عن إستيائه وعدم رضاه.
 - اللجوء إلى جهة الدفاع عن حقوق المستهلك في حالة العجز أمام المؤسسة.
 - اللجوء إلى العدالة، ويعتبر أسوأ إجراء يمكن أن ينتج عن حالة عدم الرضا.
3. **عدم الإجابة:** رغم الآثار السلبية والمتفاوتة التي يمكن أن تخلفها إجابات عدم الرضا على المؤسسة فإنها تمنحها فرصة للتدخل، في ذات السياق يقول أحد الباحثين أن "إحتجاج الزبون فرصة للمؤسسة" فهذا الإحتجاج يسمح بتصحيح الأخطاء، إرضاء الزبون المتذمر وتحديد العيوب وللقيام بكل هذا لا بد من إنتهاج ثلاث طرق³ :

1. تسهيل التعبير عن الرضا بإعلام الزبون عن مكان توجيه شكاويه وإقتراحاته .
2. معالجة الشكاوي والإقتراحات بعناية من خلال الإصغاء للزبون وتحليل مشكلته مع إتخاذ القرار المناسب.
3. إستغلال عدم الرضا للتطوير بمعنى إستغلال المعلومات المجمعمة من الشكاوي للقيام بتحسين وتعديلات في الخدمات المقدمة.

¹ عائشة مصطفى المنباوي، **سلوك المستهلك**، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1998، ص122.

² حاتم نجود، **تفعيل رضا الزبون كمدخل إستراتيجي لبناء ولاءه**، مرجع سبق ذكره ص66.

³ علي عبد الله، **جودة الخدمة**، مقال منشور في **مجلة الحقيقة**، مجلة عملية فكرية محكمة تصدر دورياً عن جامعة أدرار، المطبعة العربية، غرداية العدد الثامن، ماي 2006 ص 17.

ثالثاً: أساليب قياس رضا الزبون

يعتبر الزبون حجر الزاوية في النشاط التسويقي الناجح، فتحديد سلوكه ورغباته تشكل معالم إستراتيجية تسويقية فعالة لا سيما إذا ما كانت مدعمة بدراسة مستفيضة ومستمرة لقياس رضاه، وقد تعددت أساليب قياس رضا الزبون بين الأساليب الكمية والكيفية والقياسات التقريبية والدقيقة ، لكن - و خدمة لأغراض بحثنا - سنقتصر على الأساليب التالية

1/- نظام الشكاوي والمقترحات : تنتج العديد من المؤسسات إلى وضع نظام يسهل للزبائن تقديم شكاوهم واقتراحاتهم وقد يكون ذلك من خلال تخصيص خط هاتفي أو عنوان بريد إلكتروني أو موقع تتلقى المؤسسة من خلاله ما يتقدم به الزبائن من شكاوى أو إقتراحات وهذا من شأنه الكشف عن جوانب الضعف في الخدمة أو في أي نشاط من أنشطة المؤسسة¹.

إلا أن الدراسات تشير إلى قلة الزبائن الذين يتقدمون بالشكاوي عند شعورهم بعدم الرضا، حيث تؤكد أن 96% من الزبائن الغير راضين لا يقومون بإخبار المؤسسة بالمشاكل التي واجهتهم،² وأظهرت دراسة أخرى أن 01 من كل 04 زبائن يشعر بعدم الرضا (أي ما يعادل 25% من الزبائن) ومن تقدم بالشكاوى للمؤسسة كان أقل من 5% لذلك يجب على المؤسسة أن تقوم بوضع النظم التي من شأنها تشجيع زبائنها على التقدم بشكاوهم، وإذا ما تم التعامل مع الشكاوي بطريقة بناءة، فإنها يمكن أن تكون مصدراً للبيانات تعتمد عليها سياسيات تحسين جودة الخدمة.

2/- إستقصاءات الرضا : هي مسوح ميدانية دورية يستخدم فيها الإستبيان لقياس مستوى رضا الزبائن،³ والإفتراض الغالب لدى الزبائن أن بيانات هذه الإستبيانات سوف تستخدم للقيام بإجراءات تصحيح عندما لا يتم الوفاء بتوقعاتهم، لكن الكثير من هذه الإستبيانات تعتبر غامضة، وتبقى عرضة لعدد من أوجه القصور منها⁴:

- تميل أغلب الإستبيانات إلى التركيز على الجوانب الفنية للجودة و ليس الجوانب الوظيفية .
- توقيت الاستبيان يعتبر أمراً هاماً، حيث يتغير تقييم الجودة بمرور الوقت فمثلاً يمكن لعنصر من عناصر الخدمة أن يؤدي إلى عدم الرضا و يؤثر على مستوى الجودة في وقت وقوعه لكن بمرور الوقت يخبو في الذاكرة ولا يؤثر على الموقف إتجاه الخدمة على المدى البعيد.

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة ، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره ، ص 154.

² محمد عبد العظيم أبو النجا ، إدارة التسويق مدخل معاصر، مرجع سبق ذكره ، ص 241.

³ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة ، إدارة الجودة الشاملة ، مرجع سبق ذكره، ص 155.

⁴ أدريان بالمر، ترجمة بهاء شاهين و آخرون ، مبادئ تسوية الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 155.

3/ تحليل الزبائن المتوقفين عن التعامل مع المؤسسة :

ينبغي على المؤسسة أن تقوم بالإتصال بالزبائن الذين توقفوا عن شراء الخدمة أو الذين تحولوا إلى مؤسسات أخرى لمعرفة سبب حصول ذلك، ولا يكفي مجرد القيام بمقابلات لهؤلاء الزبائن ولكن من الضروري أيضا مراقبة معدلات خسارة الزبائن لأن إرتفاعها يعد دليلا على فشل المؤسسة في إرضاء زبائنها.

تشارك كل الأساليب السابقة الذكر في إمداد الإدارة العليا برؤى حول جودة الخدمة كما يراها الزبون عند نقطة توصيل الخدمة فمقدم الخدمة في المؤسسة هو في موقع جيد لفهم أراء المرضى عن الجودة من خلال التعليقات المباشرة لهم وتكرار التعامل، لكن في كبرى المؤسسات الصحية لا تتاح فرصة التغذية الراجعة من الزبائن لصناع القرار بصفة منتظمة لذلك تلجأ إلى ما يعرف بـ« الإدارة بالتفقد*» قصد الوصول بكبار العاملين لديها إلى خط الأمام ليدركوا مباشرة توقعات الزبائن وأداء المؤسسة¹ وتعتبر الإدارة بالتفقد طريقة رائجة، حيث يرى المسؤولون مؤسساتهم من خلال "عدسات الزبون".

المطلب الرابع : جودة خدمة الزبون الأساس لتحقيق الرضا

من البديهي أن نجاح المؤسسات الخدمية يعتمد على مدى قدرتها وإمكاناتها في ضمان قاعدة متينة من الزبائن الموالين لها، كما لا يكفي فقط إستقطاب الزبائن في المقام الأول، وإنما تعمل على تطوير وتعزيز علاقات طويلة الأمد معم من خلال ما يعرف بجودة خدمة الزبون.

أولا: مفهوم خدمة الزبون

تعرف خدمة الزبائن بأنها: « قدرة العاملين الأكفاء ذوي الخبرات على تقديم خدمات للزبائن الداخليين أو الخارجيين بطريقة تلبي وترضي حاجاتهم الظاهرة أو الخفية بالإعتماد على أسلوب من الفهم إلى الأذن الذي يلعب دورا في جذب زبائن جدد»²

كما تعرف على أنها: «العملية التي يتم من خلال تلبية إحتياجات وتوقعات الزبائن من خلال تقديم خدمة ذات جودة عالية ينتج عنها رضا الزبائن»³

¹ المرجع السابق، ص 587

* (Management by Walking (M.B.W) كما تسمى في بعض مصادر الإدارة بـ (V.M) (visual managment)

² Gilbert Rock, Mare Josée, **le Service a la clientèle**, la dose édition de renouveau pédagogique canada, INC, 2006, p3.

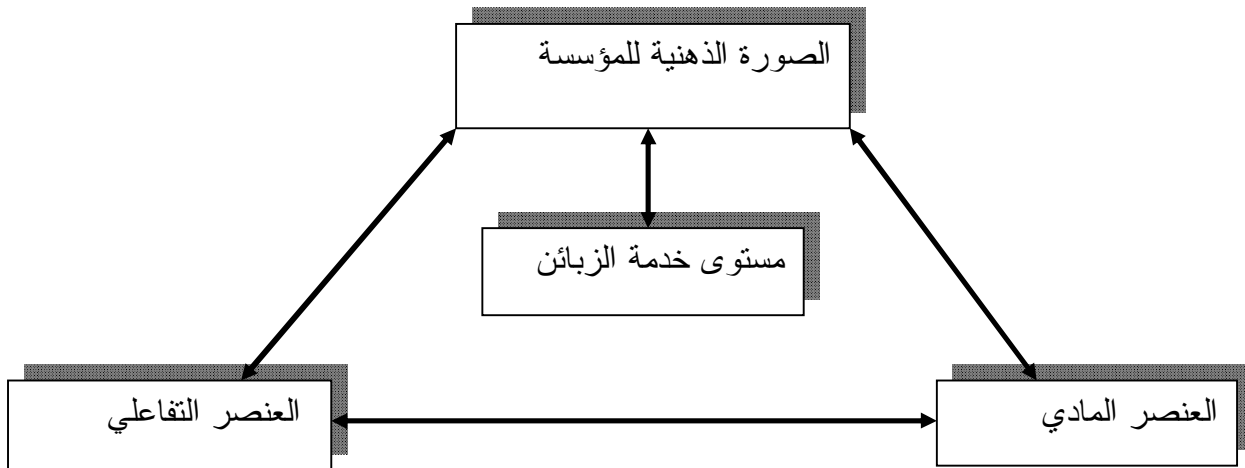
³ <http://www.sahara.com/inde> consulte le 13/4/2011 a 13:00.

الفصل الثالث : فهم سلوك الزبون (المستفيد) والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية

من خلال التعريفين يتضح أن خدمة الزبون تستند إلى التفاعل القائم بين الزبائن والمؤسسة و تشترط إمتلاك الموظفين لمهارات تسمح لهم بخدمة الزبائن، فالهدف الأساسي من خدمة الزبون هو تلبية إحتياجاته وتحقيق رضاه مما يؤدي إلى تعزيز الولاء لديه، وترتكز خدمة الزبون على ثلاث عناصر هي¹:

1. **العنصر المادي:** و يتعلق بالبيئة التي تقدم فيها الخدمة و تشمل تصميم المباني وأماكن تقديم الخدمة، مستوى التكنولوجيا المستخدمة، مظهر العاملين... الخ.
2. **العنصر التفاعلي:** يتعلق بالأسلوب الذي تقدم به الخدمة، و هو ما يعرف بمدى التفاعل بين الزبون ومقدم الخدمة، يشمل المعاملة الودية، حسن الإنصات، إظهار الإهتمام.
3. **الصورة الذهنية للمؤسسة:** تتعلق بالانطباعات التي يكونها الزبائن عن سمعة المؤسسة و إتجاهاتهم نحو العاملين بها، لذا يجب ترك الإنطباع الجيد في ذهنية الزبون.

الشكل (20): مكونات خدمة الزبون



المصدر: جمال الدين محمد مرسي، مصطفى محمود أبو بكر، دليل فن خدمة العملاء و مهارات البيع مدخلك لتحقيق ميزة تنافسية في بيئة الأعمال المعاصرة، مرجع سبق ذكره، ص25.

من خلال الشكل يتضح أن خدمة الزبون هي مزيج من العناصر المادية والمعنوية التي تتداخل وتتفاعل مع بعضها لتكوين صورة عن المؤسسة في ذهن الزبون، مما يخلق لديه رضا عن المؤسسة في البداية ورغبة في إستمرار التعامل معها كمرحلة ثانية علما أن الزبون يعتبر سفيرا ومروج للمؤسسة التي يتعامل معها

ثانيا: جودة خدمة الزبون

تعرف جودة خدمة الزبون على أنها: « تلك الجودة التي تشتمل على البعد الإجرائي و البعد الشخصي

¹ جمال الدين محمد مرسي، مصطفى محمود أبو بكر، دليل فن خدمة العملاء و مهارات البيع مدخلك لتحقيق ميزة تنافسية في بيئة الأعمال المعاصرة، الدار الجامعية الإسكندرية، بدون طبعة، بدون سنة نشر، ص24

كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمات، أما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون (بمواقفهم وسلوكياتهم والممارسات اللفظية) مع الزبائن»¹

إنطلاقاً من التعريف تتضح معالم محددات جودة خدمة الزبون والتمثلة في:²

1. المحدد المادي: تتمثل في التسهيلات المادية الموفرة في سبيل خدمة مميزة للزبائن.
2. المحدد المرتبط بالإستجابة: هو رغبة وإستعداد موظفي المؤسسة على تقديم الخدمة.
3. المحدد المرتبط بالثقة: هو قدرة المؤسسة على إنجاز الخدمة التي وعدت بها بشكل دقيق.
4. تأكيد الثقة المتبادلة: المعرفة وحسن الضيافة من الموظفين والقدرة على زرع الثقة.
5. المحدد المرتبط بالعناية: وهو الرعاية والخدمة على أساس فردي من خلال حاجات الزبائن

ثالثاً: خطوات تحقيق الجودة في خدمة الزبائن

حتى يمكن ضمان الجودة في الخدمة المقدمة للزبون لتحقيق رضاه وتعزيز مكانة المؤسسة لديه، هناك مجموعة الخطوات التي يتم تتبعها وهي على النحو التالي:³

الخطوة الأولى: جذب الانتباه وإثارة الإهتمام بالزبائن

فالنجاح يتحقق من خلال جذب إنتباه الزبائن وإثارة إهتمامهم من خلال المواقف الايجابية التي يظهرها عادة في مجالات خدمة الزبون، فالإستعداد المعنوي والمادي لملاقاة الزبون (الإبتسامة، المظهر الجيد، الثقة) تسمح بترسيخ صورة ذهنية فاعلة لدى الزبون عند حصوله على الخدمة بمواصفات دقيقة و بمعاملة في قمة الإحترام ترضي أو تفوق تطلعاته

الخطوة الثانية: خلق الرغبة لدى الزبون و تحديد حاجاته

يتم هذا من خلال المهارات التسويقية والبيعية التي يتميز بها مقدم الخدمة، ومن خلال العرض السليم والمنطقي لمزايا الخدمة، وإقناع الزبون والتركيز على نواحي القصور وكيفية معالجتها، وهنا على مقدم الخدمة الإستماع لكل إستفسارات الزبون بكل إهتمام والإجتهد في الإجابة عليها

¹ مأمون الدرادكة، طارق الشلبي، الجودة في المنظمات الحديثة، مرجع سبق ذكره ص 181

² المرجع أعلاه، ص 182.

³ خضير كاضم حمود، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2002، ص (217-223).

الخطوة الثالثة: إقناع الزبون و معالجة الإعتراضات لديه

طرق الإقناع وخلق الرغبة ليس بالأمر الهين، حيث تتطلب العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق مرتكزات القناعة لدى الزبائن من خلال تقديم خدمات قادرة على إستقطاب قناعتهم ومعالجة الإعتراضات التي يبيدها البعض عند إقتناء الخدمة، حيث تختلف طريقة الرد على الإعتراضات من موقف لآخر، وهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الإعتماد عليها في الرد على إعتراضات الزبائن مثل إلتزام مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية " الزبون دائما على حق " .

الخطوة الرابعة: التأكيد على استمرارية تعامل الزبائن مع المؤسسة

يتم هذا من خلال الإهتمام بشكاوى الزبائن و ملاحظاتهم والإعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكاوى المقدمة من طرفهم

إن الخطوات الأربعة السابقة إذا إعتمدت ستسمح حقا بتقديم جودة في خدمة الزبائن بكفاءة و فعالية وبمهارة عالية تمكن المؤسسة من التعامل و الإستمرار في علاقتها مع زبائنها الحاليين وإجتذاب زبائن جدد من خلال تميزها بالجودة في التعامل مع زبائنها

تعتبر جودة خدمة الزبون توجها جديدا تسعى المؤسسات لتبني مضامينه، و من المعروف أن الزبون يفضل الشراء من المؤسسة التي سبق وتعامل معها عن التعامل مع مؤسسة جديدة، فإذا شعر أن الخدمة التي قدمت له متميزة ، فإنه سيكون¹ :

- قد تعرف على الخدمات التي تقدمها المؤسسة
- تكونت لديه الثقة في كفاءة المؤسسة ودقة مواعيدها في تسليم الخدمات
- تعرف على شروط الشراء في المؤسسة
- تأكد من أنه سيحصل على ما يلبي احتياجاته ويشبع رغباته

من ناحية أخرى، فإن تقديم المؤسسة لمستوى سيء من الخدمة للزبون لن يمكنها من معرفة أسباب عدم قدرتها على الإحتفاظ بزبائنها.

¹ جيني هايز، فرانسيس دريدج، إدارة خدمة العملاء، قسم الترجمة بدار الفاروق للاستثمار، القاهرة، الطبعة الأولى، بدون سنة نشر، ص15.

المبحث الثالث: دراسة مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في الإرتقاء برضا الزبون

تعتبر جودة الخدمة الصحية توجهها إلزاميا و إداريا فرضه الواقع الإقتصادي أمام كل المؤسسات الطموحة والراغبة في الإستمرار والبقاء في بيئة إقتصادية تؤمن بضرورة الجودة في كل ما تقدمه لتتمكن من الريادة والتميز، لذا سنحاول معرفة جودة الخدمة الصحية وأهميتها بالنسبة للمؤسسة والزبون ومدى العلاقة بينها وبين الرضا المتحقق

المطلب الأول : تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا الزبون

إن تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا الزبون -المريض- لا تخرج في إطارها عن مضمون العلاقة بين جودة أي خدمة و رضا الزبون عنها، لكن الفارق الوحيد يكمن في أن الخدمة الصحية هي الخدمة الوحيدة التي لا تقبل الخطأ، فالخطأ بها يعني الموت أو الإعاقة الدائمة، ومن هنا كانت الجودة الضمانة الأساسية والمهمة لرضا المرضى .

هناك نوع من الغموض في أدبيات التسويق حول هذه العلاقة، فعلى الرغم من وجودها إلا أن الباحثين مازالوا لم يتفقوا على أرضية مشتركة لمفهومي الجودة و الرضا، كما أنهم لا يمتلكون رؤية دقيقة وواضحة حول طبيعة العلاقة الترابطية والتداخلية بين المفهومين وأيهما يسبق الآخر، و فيما يلي إيضاحات لبعض الإختلافات في الرؤى لبعض الباحثين

ميز¹ BATESON ما بين جودة الخدمة ورضا الزبون حيث ذكر أن الجودة هي موقف يكونه الزبون من خلال تقييمه لعرض الخدمة وأكد أن هذا الموقف يكون مبنيا على سلسلة من خبرات تقييمية سابقة، لذلك فإن الجودة أقل ديناميكية قياسا إلى الرضا الذي هو الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه المستفيد لعملية تبادل معينة ولتأخذ مثلا على ذلك، إذا وجد المريض عددا من المستشفيات في المنطقة تقدم خدمات ذات جودة عالية، فإن تقييمه الشامل لجودة الخدمة التي تقدمها المؤسسة التي يتعامل معها سيكون مستندا على أساس ما تقدمه المؤسسات الأخرى من خدمات، فالمستفيد هنا يكون مطلعاً على جودة خدمات هذه المستشفيات، ولن يقبل بخدمة صحية أقل مما تقدمه هذه المؤسسات، بعبارة أخرى فإن المستفيد يتوقع أن يحصل من المؤسسة الصحية التي يتعامل معها على خدمة مساوية أو أفضل من تلك المقدمة من قبل المؤسسات الأخرى

كما يؤكد كل من Berry, Parasuraman, Zethmal أن مفهوم رضا الزبون يختلف عن مفهوم جودة

¹ حميد الطائي، بشير العلاق، إدارة عمليات الخدمة، دار البازوري، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 150

الخدمة معتبرين أن الرضا ينتج عن المقارنة بين الخدمة المتوقعة و الخدمة المدركة، في حين تشير جودة الخدمة إلى المقارنة بين الخدمة المطلوبة (المرغوبة) من قبل الزبون والخدمة المدركة.

أما Anderson¹ وفي محاولة منه للتمييز بين رضا الزبون و جودة الخدمة إستخدم مفهومين إثنين لرضا الزبون¹:

رضا الزبون المستند على تبادل تجاري محدد: فمستوى الرضا المتحقق من عملية التبادل هذه سيتحدد في ضوء مستوى توقعات الزبون السابقة مع المستشفى مثلا و الناتج النهائي للخدمة العالية نسبيا فإذا كانت النتائج الفعلية للخدمة تفوق ما كان متوقعا فإنه سيكون راض عن الخدمة

رضا الزبون المستند على تبادلات تراكمية: يستند هذا المفهوم إلى ما يسمى بإجمالي خبرة شراء وإستهلاك خدمة عبر فترة زمنية، وإستنادا لذلك يعد هذا المفهوم مؤشرا مهما لتقييم أداء مورد الخدمة في الماضي والحاضر والمستقبل، وإذا ما تم إعتبار الجودة تستند في تقييمها على حكم شامل لكل الخدمات التي يقدمها مورد الخدمة، فإن علينا الإقرار بوجود إختلاف بين الرضا التراكمي للزبون وجودة الخدمة المدركة، وذلك للأسباب التالية:

- يحتاج الزبون إلى خبرة مع الخدمة كي يحدد الرضا بينما يمكن إدراك الجودة من دون خبرة فعلية؛
- يعتمد رضا الزبون على قيمة، عندما تكون القيمة مركبة من السعر والجودة وعليه فإن الرضا هو الذي يعتمد على السعر وليست الجودة.
- أن الجودة ترتبط بالإدراكات الحالية بينما يستند الرضا على الخبرات السابقة .

رضا الزبون و جودة الخدمة الصحية أيهما يسبق الآخر؟

يرى Tylor و Gronin أن رضا الزبون يتصدر جودة الخدمة، وأن نوايا الشراء لدى الزبون ترتبط بشكل أوثق مع مستوى الرضا قياسا إلى إدراكات جودة الخدمة لكن على الإدارة بذل جهود أكبر وإهتماما أكثر بعناصر الرضا الأخرى كالسعر ومدى توفر الخدمة بالمقارنة مع الجودة العالية بمعنى عدم الإهتمام بالجودة على حساب العناصر الأخرى .

أما Oliver¹⁹⁸¹ فيبين أن الرضا يتشكل من خلال الشعور اللاحق للشراء الذي يصبح في النهاية أحد أهم العناصر المشكلة للإتجاه و بالتالي يمكن إعتبار الرضا مؤثرا على تقييم الزبون للجودة و كذلك

¹ يوسف جسيم الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبون، مرجع سبق ذكره، ص242

على نواياه الشرائية وسلوكه الشرائي بالتبعية¹

لكنه بات من الواضح أن النقاش لم يحسم بعد، وهذا ما دفعنا بعد إستقراء المتغيرين (الرضا والجودة) في مجال الخدمة الصحية إلى تغليب كفة جودة الخدمة وإعطاءها الأسبقية على حساب رضا الزبون لماذا؟

إن الرضا يستند على مستوى جودة الخدمة المدركة² من قبل المريض و مدى إشباعها لرغباته وحاجاته، وأن درجة الإشباع ستحدد درجة الرضا، بمعنى أن درجة الرضا المتحقق يتحدد من خلال مقارنة توقعات المريض³ مع الناتج الفعلي الذي حصل عليه عند إستعماله للخدمة ، وبذلك فإن تفوق الناتج الفعلي سيؤدي إلى مستوى رضا عال عن الخدمة والعكس صحيح

المطلب الثاني: أهمية دراسة رضا الزبائن عن جودة الخدمة الصحية :

إن الإهتمام بدراسة رضا الزبائن عن جودة الخدمات الصحية والتعرف على آرائهم حولها هو في الواقع حديث نسبي، وقد تركزت معظم الدراسات في الدول التي يكون للقطاع الخاص فيها دور رئيسي في تقديم الخدمة الصحية كالولايات المتحدة الأمريكية، حيث يتوافر عنصر المنافسة بين المؤسسات الصحية لاسيما المستشفيات للحصول على أكبر عدد ممكن من الزبائن في مقابل تقديم خدمات بجودة عالية، خاصة وأن الربح يلعب دورا حاسما في إستمرارها ونموها وتحسين خدماتها.

وحيث أن الخدمات الصحية تقدم للزبائن مجانا في الغالب بالدول النامية ومنها العربية، فإن عنصر المنافسة يختفي بين المؤسسات الصحية الأمر الذي يؤدي إلى عدم الإهتمام بالتعرف على آراء الزبائن حول الخدمة وعدم الإكتراث لمدى رضاهم عن جودتها و لم يبدأ الإهتمام بهكذا دراسات إلا مؤخرا الأمر الذي لم يمكن من إعطاء أولوية لهذا الجانب .

وقد توصلت العديد من الدراسات التنظيمية إلى أن تحقيق رغبات وتوقعات الزبائن وكسب ثقتهم هي أحد المعايير الأساسية التي لا بد من الأخذ بها عند محاولة تقييم مدى نجاح المؤسسات على اختلاف أنواعها حيث ركزت بعض الدراسات الخاصة بالفاعلية التنظيمية مثل دراسات Kelly 1978, Connolly 1980 في التعرف على آراء المستفيدين وأحكامهم حول الخدمات المقدمة لهم بإعتبار أن فاعلية أي جهاز مرتبطة بقدرته على تأمين حاجات المستفيدين الإستراتيجيين من خدماته وفيما يتعلق بالمؤسسات الصحية فقد أبرزت العديد من الدراسات أهمية و فائدة التعرف على آراء المرضى وأحكامهم الشخصية حول

¹ رشا حسين عبد العزيز مصطفى، قياس رضا العملاء عن جودة السلع الاستهلاكية المعمرة بالتطبيق، على شركات قطاع الأعمال العام رسالة ماجستير، فرع إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، 1998، ص49.

² تيسير العجارمة، التسوية المصرفي، مرجع سبق ذكره، ص353.

³ Francis Peigne , Notre Système Hospitalier et Son avenir, Edition INSP, Paris, 1991, p258.

الخدمات كأحد المؤشرات الهامة على جودة الخدمة الصحية (Ikegami, Rada , Doping) وDonabedian) وبينت أوجه ومجالات الإستفادة من نتائج هذه الدراسات في مجال تطوير الخدمات الصحية.

إن الإهتمام بدراسة مدى رضا الزبائن المرضى عن جودة الخدمة الصحية نابغ من كون: ¹

1- أن الهدف النهائي للخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض وحيث أن رضا المريض عنصر مهم من عناصر الصحة النفسية، فإن تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد أهداف الرعاية الصحية حسب (Donabedian).

2- بجانب كون رضا المريض هدفا للرعاية الصحية في حد ذاته ، يمكن النظر إليه أيضا كوسيلة لتحقيق أهداف أخرى، فمن المتوقع أن يكون المريض الراضي أكثر تعاونا مع الأطباء وجهاز التمريض وأكثر قبولا وتنفيذ توصياتهم وتوجيهاتهم من المريض غير الراضي، الأمر الذي يؤدي للتشخيص السليم، أما المريض غير الراضي عن الخدمة الصحية المقدمة له فلن يكون متعاوناً بالصورة المطلوبة، بل يصعب التعامل معه ومعالجته.

3- يتطلب تقديم خدمات صحية فعالة وجود مشاركة مسؤولة من قبل الأفراد المتلقين لهذه الخدمات حيث يحتاج الأمر إلى وجود قناة إتصال فعالة بين مقدمي هذه الخدمة والمستفيدين منها، ويمثل إستطلاع آراءهم حول جودة هذه الخدمات وبصورة دورية الخطوة الأولى الصحيحة والضرورية لتطوير قنوات الإتصال بين المستفيدين من الخدمات الصحية و بين مقدميها، حسب (Elbeck).

4- من أجل الإستمرار والنمو ولكي تؤدي مهامها بفعالية، تحتاج جميع المؤسسات بما في ذلك الصحية إلى دراسة بيئتها الخارجية، وحيث أن المرضى يمثلون أهم عناصر البيئة الخارجية عليها أن تعطي إهتماما أكبر لجمهور المستفيدين .

5- إن رضا الزبون في حد ذاته قد يعتبر مقياسا لجودة الخدمة الصحية ذلك لأنه يوفر المعلومات حول مدى نجاح مقدمي الخدمة في العمل وفق تقييم المرضى ومدى تحقيقهم لتوقعاتهم، لهذا فمعرفة آراء وإنطباعات الزبائن المرضى ومحاولة قياس رضاهم عن الخدمات هي وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للخدمات الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

وإذا ما نظرنا إلى الخدمات التي تقدمها المستشفيات بشكل خاص، سنجد أن العديد من الدراسات تنظر إلى

¹ بتصرف عن: فهد بن معتاد الحمد ، صالح بن عبد الرحمان الشبيب ، نُدوة و أفع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها المنعقدة بمعهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية، 1992، ص16.

آراء الزبائن كأحد المعايير المهمة لقياس فعالية الخدمة الصحية وقد إقترح (Dell) نموذجا لقياس فعالية السياسة الصحية وتنفيذها يتكون من ثلاث معايير هي¹: الفعالية الطبية، الكفاءة الإقتصادية القبول الإجتماعي، هذا الأخير الذي يركز على مدى رضا الزبون المستفيد عن السياسة الصحية نفسها ويرى (Dell) أن كل معيار من هذه المعايير الثلاثة مستقل عن المعيارين الآخرين .

في السياق ذاته توصل (Donabedian)* إلى أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية وهما :

العنصر التقني : يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا في مواجهة المشكلات الصحية ويمكن قياس درجة الجودة في هذا المجال بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي قد يتعرض لها المريض .

العنصر الإنساني : ويتمثل في إدارة التفاعل الإجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وذلك عن طريق العمل وفق القيم والقواعد الإجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف معينة بشكل خاص، إذ يتقاسم كل من الأطباء، الممرضين، التقنيين والعاملين بالمؤسسة مسؤولية معالجة ومتابعة المريض²، ويضيف (donabedian) إلى هذا العنصر بعض الجوانب المتعلقة بمستلزمات الراحة والمتعة مثل غرف الإنتظار المريحة ونظافة غرف الإيواء بإعتبارها مكملة للجوانب الإجتماعية .

المطلب الثالث: استخدام نموذج الفجوات لتحليل جودة الخدمة الصحية

تختلف عملية تحقيق رضا الزبون في تسويق الخدمات، بإعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة لإختلاف الخصائص التسويقية فيما بينهما، بل ويختلف الأمر من زبون لآخر تبعا للحالة النفسية.

و بإسقاط هذا المفهوم على الخدمات الصحية، فإن الرضا قد يتحقق للمريض الذي يغادر المؤسسة بعد تلقيه العلاج المناسب ولا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعصي مهما كان الإهتمام والرعاية التي بذلت من أجله .

ومن وجهة نظر المؤسسة الصحية الراغبة في النجاح والإستمرار فإن جوهر الجودة في الخدمات لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة، أو تقديمها بأقل ما يمكن

¹ بالتصرف عن : المرجع السابق ، ص 19 .

* Donabedian : هو أحد المختصين والمهتمين بالدراسات المتعلقة بجودة وفعالية الخدمات الصحية.

² Pierre frutiger , jean marie fessler, la gestion hospitalier médicalisée-gérer la sante, éditeur paris, 1991, p151.

من الكلف بل إمتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أو يحصل عليه، وإختلاف ذلك من مؤسسة صحية لأخرى وبالتالي أصبحت الجودة في الخدمة الصحية بمثابة ميزة نسبية (Relative advantage) ¹ على المؤسسة توظيفها لتعزيز مكانتها في السوق الصحي، ولا شك أن عدم إدراك هذه الميزة يعني وجود فجوة (GAP) بين المؤسسة الصحية والزبون عبر الخدمة الصحية المقدمة.

إنطلاقاً من هذا وقصد تحليل هذه العلاقة إرتأينا إعتداد نموذج الفجوات أو ما يعرف (SERVQUAL) وهو أحد المرتكزات الأساسية التي إستندت إليها نظرية الفجوات في تفسيرها للعمليات النفسية التي يقوم من خلالها الزبون بتقييم جودة الخدمة والحكم عليها²، ويمكن أن نحدد الفجوات كما يلي :

1_ الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة : تحصل عندما لا تترك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغبه المريض وكيفية حكمه على مكونات الخدمة، لأن المعلومات التي لديها غير صحيحة عن السوق وأنماط الطلب أو تم تفسيرها بصورة خاطئة³ فقد يعتقد مدير المؤسسة أن المرضى يحكمون على جودة الخدمة الصحية من خلال خدمات الإيواء المتاحة بينما قد يهتم المرضى بمهارة وكفاءة الأطباء والمرضى أكثر من أي شيء آخر.

- الفجوة بين إدراك الإدارة ومواصفات جودة الخدمة⁴: وتعني أن مواصفات الجودة لا تتطابق مع توقعات الإدارة و قد يعزى السبب لعدم قدرة المؤسسة على وضع مستويات واضحة للجودة أو أخطاء في إجراءات التخطيط أو قد تكون مستويات الجودة واضحة و تروق للمرضى إلا أنها لا تصل إلى طموحات الإدارة.

3- الفجوة بين مواصفات جودة الخدمة و تقديم الخدمة : وتنتج عن الإختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة، والأداء الفعلي ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة هي⁵ :

1. تدني مستوى مهارة مقدمي الخدمة .
2. عدم وضوح دور مقدمي الخدمة.
3. عدم وجود الحافز الكافي على أداء الخدمة أو وجود أنظمة تشغيل سيئة⁶

¹ تامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 216

² حميد الطائي ، بشير العلق ، تسويق الخدمات مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي ، مرجع سبق ذكره ، ص 248.

³ علي فلاح الزعبي، إدارة التسويق منظور تطبيقي استراتيجي، دار اليازوري العلمية الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 407.

⁴ نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات الغير ربحية، مرجع سبق ذكره، ص 237.

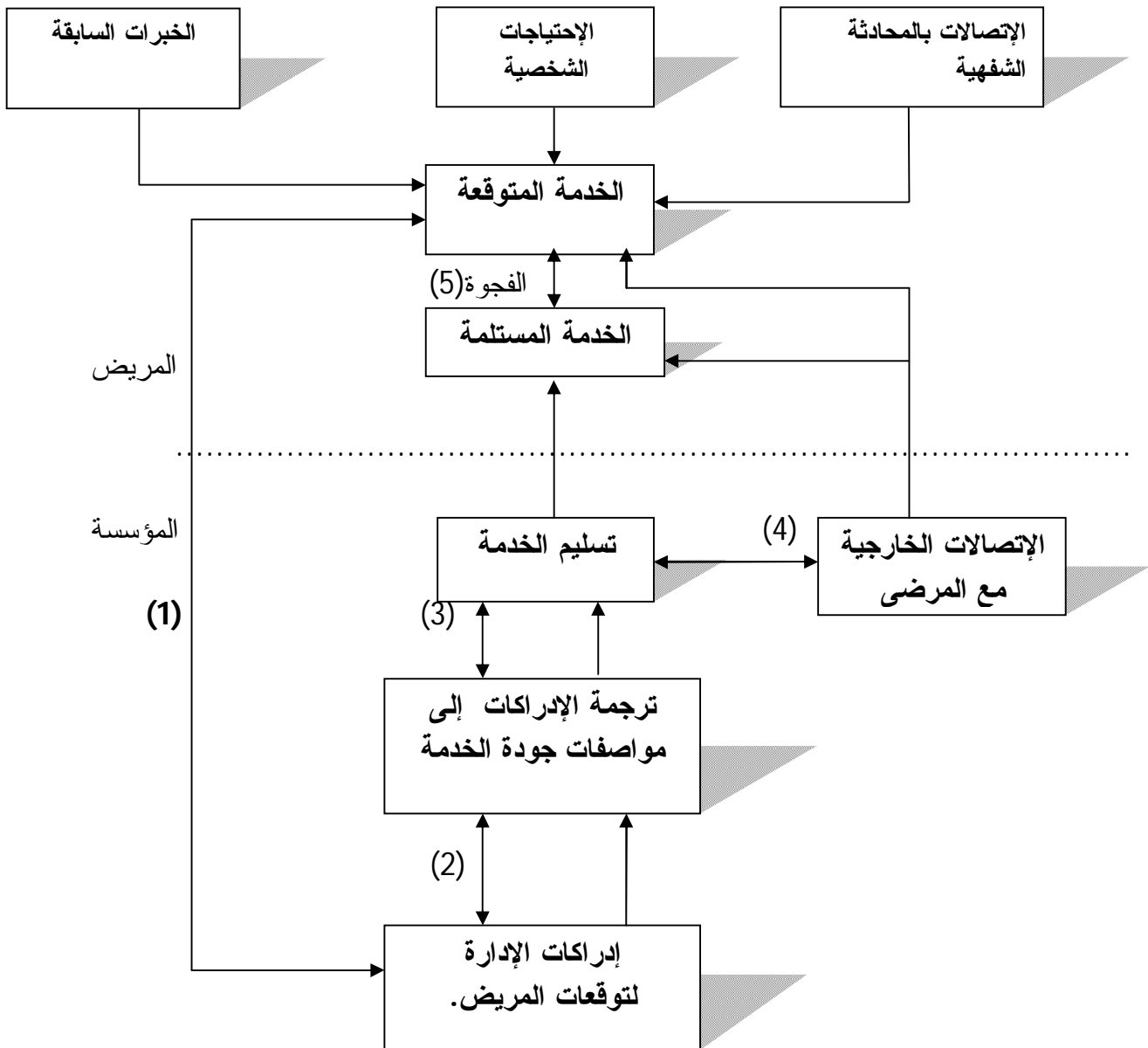
⁵ فاسم نايف علوان المحياوي ، فتحة أبو بكر إدريس، إستخدام نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية ، بحث مقدم للمؤتمر العلمي الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات ، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص 5.

⁶ علي فلاح الزعبي، إدارة التسويق -منظور تطبيقي استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص 407.

4- الفجوة بين الخدمة المستلمة و الإتصالات الخارجية : وتنتج عن الخلل في مصداقية المؤسسة بين ما تعلنه من مستويات الخدمة وما تقدمه فعليا عبر الإتصالات التي تمت بين الإدارة والمرضى

5- الفجوة بين الخدمة المستلمة والخدمة المتوقعة: تكون عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة، كما هو الحال عندما يسعى الطبيب للحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه و الذي يفسره المريض على أن هناك خطورة في حالته الصحي

الشكل 21: نموذج جودة الخدمة



المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 218 .

ومن دون شك أن من بين كل هذه الفجوات تعتبر الفجوة الأولى الأكثر أهمية، أما الفجوة الخامسة فلا يمكن التحكم بها لأنها تعتبر إلى حد ما مجموع الفجوات الأخرى، أما الفجوتين (الثانية والرابعة) فيمكن التحكم بهما بشكل كبير لأنه يمكن لمقدمي الخدمة أن يعوا توقعات زبائنهم، وأي محاولة لتحسين وسائل إرضاء الزبون عن طريق الرعاية الصحية التي يتلقاها تبدأ بتحليل شامل للفجوة الأولى¹.

¹ نظام موسى سويدان، عيد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات الغير ربحية، مرجع سبق ذكره، ص237.

الفصل الثالث : فهم سلوك الزبون (المستفيد) والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية

الجدول(5): وصف لتقليص الفجوات في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية

الفجوة	التفاصيل
الأولى	<p>تعلم ماذا يتوقع المرضى</p> <ul style="list-style-type: none"> • العمل نحو تحقيق فهم أفضل لتوقعات المرضى من خلال البحوث، تحليل الشكاوي، آراء المرضى • زيادة وتحسين التفاعل المباشر بين المدراء والمرضى باتجاه تحسين الفهم المشترك بين الطرفين • تحسين الاتصالات بين مقدمي الخدمة الصحية وإدارة المؤسسة .
الثانية	<p>تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمة</p> <ul style="list-style-type: none"> • التأكد من كون إدارة المؤسسة ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المرضى • الإستجابة للطرق والأساليب الجديدة في العمل الصحي التي تقود إلى تقديم خدمة بجودة أفضل . • التحديد الواضح لأهداف الجودة للخدمة الصحية بما يمكنها من مواجهة توقعات المرضى . • التأكد من كون الجميع يفهمون و يتقبلون تلك الأهداف الموضوعية ذات الصلة بجودة الخدمة.
الثالثة	<p>التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية</p> <ul style="list-style-type: none"> • توضيح الأدوار والمهام لكافة العاملين في الخدمة الصحية بأن ما يؤديه من عمل يجب في تحقيق رضا المريض . • زيادة مهارة العاملين و قدراتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم . • تطوير أساليب وطرق الإستقطاب والجدب للعاملين من خلال إشراكهم في وضع معايير الجودة للخدمة الصحية باتجاه زيادة ولائهم للمؤسسة.
الرابعة	<p>التأكد من كون الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه</p> <ul style="list-style-type: none"> • البحث عن المدخلات الجديدة في العمليات الشخصية للأفراد عند القيام ببرامج ترويجية وإعلانية عن الخدمة الصحية المقدمة. • تطوير البرامج الترويجية والوعود التي تتضمنها بما يتوافق مع قدرات وإمكانيات الطاقم الطبي في إنجاز الخدمات الصحية الجديدة. • ضرورة إطلاع و إخبار الطاقم الطبي و التمريضي بمضامين البرامج الترويجية المقدمة قبل إطلاقها للجمهور . • التأكد من مصداقية الإعلان و كونه يعكس حقيقة الخدمة الصحية المقدمة • العمل وفق مبدأ إدارة المرضى وذلك من خلال إشراكهم في التعرف على ما يمكن تحقيقه من الخدمة الصحية المقدمة وما لا يمكن تحقيقه.

المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص(220-222).

المطلب الرابع: أثر جودة الخدمة الصحية على رضا الزبون

تتميز المؤسسات الصحية الناجحة عن غيرها من المؤسسات العاملة في نفس المجال من زاويتين رئيسيتين، الأولى تتمثل في كونها تتضمن تنظيمًا فعالًا يفي بإحتياجات العاملين فيها ومن ثمة فهي تمثل مصدر جلب لأفضل العاملين كفاءة ويتمتع العاملون فيها بمستويات عالية من الرضا الوظيفي، أما الزاوية الثانية فتتمثل في كونها قادرة على الإيفاء بإحتياجات ورغبات زبائنها.

ووفقًا لتأكيد الباحثين على أن¹ جودة الخدمة هي حجر الزاوية في الجهود المبذولة للوصول إلى إرضاء الزبائن وخدمتهم بمصداقية، فإن الزبائن من ناحية أخرى يحملون توقعات إتجاه الخدمة التي يجب تحقيقها، ويحكمون على جودة الخدمات من خلال مقارنة ما يريدون أو ما يتوقعون بما يحصلون عليه فعلاً، و تشير الأبحاث والدراسات إلى أن توقعات الزبائن توجد على مستويين مختلفين²:

1. **المستوى المرغوب:** ويتمثل في المستوى من الخدمة الذي يتمنى الزبون الحصول عليه فهو خليط مما يعتقد الزبون أنه من الممكن حدوثه وما الذي ينبغي حدوثه.

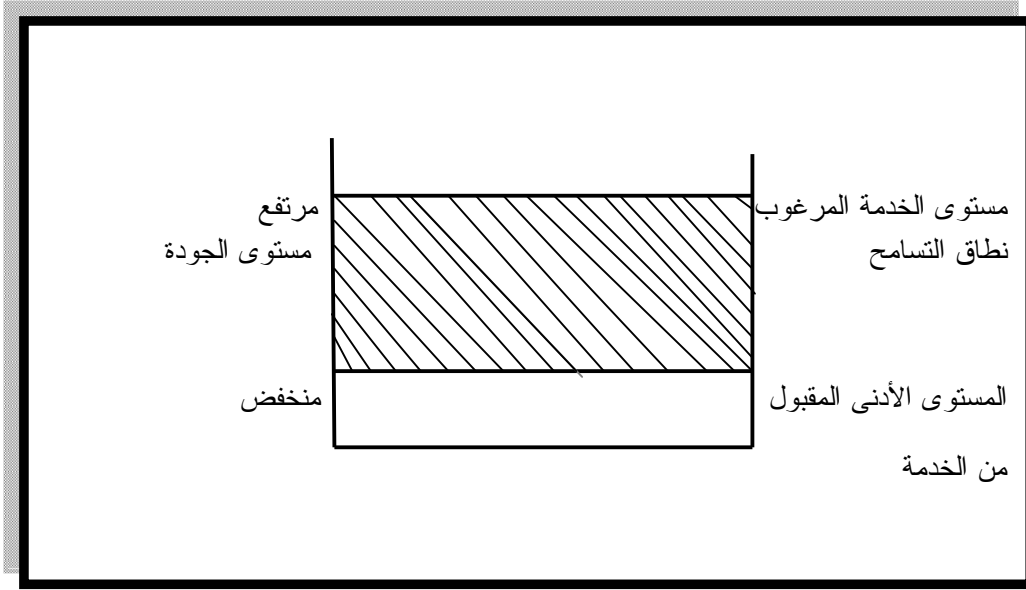
2. **المستوى الملائم من التوقعات:** فهو يمثل ذلك المستوى من الخدمة الذي يجده الزبون مقبولاً و يتكون جزئياً من تقدير الزبون مقدماً لما سيكون عليه مستوى الخدمة

و يوجد بين هذين المستويين نطاق يعرف بإسم "منطقة التحمل" أو "نطاق التسامح"، و يقصد به ذلك المدى من مستوى أداء الخدمات الذي يجده الزبون مرضياً، فإذا ما وجد الأداء الفعلي أقل من منطقة التحمل فإنه سيشعر بالإحباط والندم، وتنخفض درجة ولائه للمؤسسة الصحية، أما إذا وجد الأداء الفعلي أعلى من التحمل فإنه سيشعر بالسعادة والرضا وتزيد درجة ولائه للمؤسسة لئلا يأخذ مثالا على ذلك، يريد الزبون المريض إنهاء الفحص مثلا في مدة معينة (لا تتجاوز 20 دقيقة) فهذا هو مستوى الخدمة المرغوبة، لكنه ووفقا لخبرته مع المؤسسة ووفقا لعوامل أخرى (مثل الزبائن المرضى الموجودين في قاعة الإنتظار)، فإنه يمكن أن يتحمل 40 دقيقة وهذا ما يعرف بالمستوى المناسب للخدمة فإذا استغرقت الخدمة الفعلية وقتا ما بين 20 إلى 40 دقيقة (منطقة التسامح/التحمل)، فإن الزبون المريض سيكون راضيا، أما إذا تجاوزت الأربعين دقيقة، سيشعر بالإحباط وعدم الرضا لأن الخدمة أخذت منه وقتا أكبر مما إعتبره الحد المناسب.

¹ ثابت عبد الرحمن إدريس، **كفاءة و جودة الخدمات اللوجستية مفاهيم أساسية و طرق القياس و التقويم**، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة 2006، ص310.

² هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص518.

الشكل (22): مستويات توقعات الزبائن



المصدر: أدريان بالمر، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص554

وتختلف منطقة التحمل من زبون لأخر، كما قد تختلف باختلاف المؤشر المستخدم في تقييم جودة الخدمة من قبل الزبون مثل الثقة والجوانب الملموسة، الإستجابة، وكلما زادت أهمية المؤشر كلما قلت منطقة التحمل والذي يعني الإستعداد المحدود لدى الزبون للتنازل عن المعايير الخاصة بالجودة التي يرغب فيها وقد تم التوصل من البحوث المتعددة خلال الثلاثين سنة الماضية إلى تحديد عناصر الخدمة الصحية الأكثر ملاءمة لإدراك المريض لجودة الخدمة، وحدد "واير" أبعاد لرضا المريض تتمثل أساسا في سلوك الطبيب إتاحة الخدمة، الإستمرارية، الثقة، الكفاءة، والنتائج الملموسة للرعاية ويمكن ضم مفهوم وقت الإنتظار إلى عامل سهولة الحصول على الخدمة، إذ أكدت الدراسات أن الوقت المنقضي من قبل المريض في إنتظار الطبيب يؤثر عكسيا على رضا الزبون.

كما تؤثر البيئة المادية على إدراكات الزبائن لجودة الخدمة، و يقترح "ليك وسكولر 1990" في هذا الخصوص أن مرضى المستشفيات خاصة، سوف يقيمون مدى جودة الخدمة المقدمة من خلال تحديد بيئتهم الصحية المريحة، والجو اللطيف المحيط بالمريض حيث تعتبر عوامل ضرورية في تحديد رضا المريض في هذه الحالة .

وقد أجمع كل من لارسن ورومان(1976)، هولودورتان(1988)، سينج (1990) بأن العوامل الآتية مجتمعة تؤثر إلى حد كبير على مدى رضا الزبون المريض هي¹:

1. أسلوب الطبيب في التعامل مع المرضى؛
2. جودة المعلومات ؛
3. كفاءة الطبيب المهنية و التقنية ؛
4. مهارات الطبيب و علاقاته الداخلية والشخصية ؛
5. طبيعة مشكلات المريض الطبية؛
6. البيئة الديمغرافية للمريض وخلفياتها؛

وبسبب إختلاف الباحثين في العوامل المؤثرة على مستوى الرضا لدى المريض ينصح خبراء تسويق الرعاية الصحية التعامل مع مسألة الرضا كموقف محدد، إذ أن لكل مريض خصوصيات تجعله يركز على معايير دون أخرى، كما لا يجب هنا إهمال العوامل المؤثرة في سلوك الزبون .

إن معرفة كيفية تقييم المرضى للخدمة المقدمة فنيا وسلوكيا مع مراعاة التركيز على المجالات التي تعزز الخبرة الكلية وفهم حاجات الزبون، وملائمة البيئة المادية، كلها عوامل تدخل في إطار السعي إلى تحقيق جودة الخدمة الصحية، بل تعبر عن جودة الخدمة الصحية في مضمونها الشامل .

¹ نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، مرجع سبق ذكره، 239.

خلاصة

تسعى المؤسسات الصحية دائما للإرتقاء بمستوى خدماتها المقدمة للمستفيدين، من أجل الإحتفاظ بهم وحثهم على الولاء لها ولمخرجاتها، فضلا عن محاولة جذب مستفيدين محتملين، لكن إذا ما أرادت المؤسسة الحفاظ على مكانتها الريادية في السوق الصحي، عليها أن تتطرق من نقطة البدء وهي فهم السلوك الشرائي للزبون المريض، الذي يتحدد إبتداءا بحاجته التي تأخذ أشكالا مختلفة ومتدرجة من حاجته للتشخيص إلى العلاج إلى الوقاية، ويتأثر في نفس الوقت بجملة من العوامل الإجتماعية الثقافية، الشخصية والنفسية التي توجه سلوكه الشرائي.

وعلى الرغم من هذا، فإن المرضى يفضلون أن تكون الخدمات التي يتلقونها بمستوى من الجودة التي تحقق لهم الرضا والقبول المرتبط بالشفاء، وبالتالي سيتأثرون بجملة من العوامل الملموسة والغير ملموسة كمنظافة المؤسسة والمنتسبين إليها وحسن الإستقبال والإرشاد المقدم لهم أثناء المراجعة، وتوفر كل هذا يحقق القناعة والقبول المسبق لديهم في تقبل الخدمة الصحية.

كل هذه العوامل تساهم إلى حد كبير في جعل المريض يعتمد سلوكا عقلانيا ورشيدا في الإقدام على الخدمة الصحية المقدمة في هذه المؤسسة دون غيرها وهذا ما يجعل الولاء للمؤسسة وطاقمها أقوى من أن يتأثر بوسائل ترويجية منافسة.

إن الإهتمام بجودة الخدمة الصحية يحتم على المؤسسة القيام بدراسة معمقة لفهم حاجات الزبون وإعتماد الوسائل الخاصة برضاه، ومعرفة أسباب التذني ومعالجتها بالإعتماد على الآراء والمقترحات. كل هذا ما سيؤدي إلى زيادة رضاه وكسب زبائن جدد، وبالتالي يصبح للجودة دورا إستراتيجيا في تحقيق رضا الزبون.

في ظل هذه الرؤيا نطرح السؤال التالي: هل هناك فعلا دور إستراتيجي للجودة في تحقيق رضا الزبائن في المؤسسات الصحية الجزائرية؟ وبالأخص مستشفى عين طاية؟

تمهيد الفصل:

تبلورت نتائج دراستنا النظرية في الفكرة التي مؤداها أن رضا المريض هو في الواقع محصلة لاجتماع عدة عوامل تشكل فيما بينها مستوى معين من الرضا، وتأتي في مقدمتها الجودة التي ما أصبح المريض يقبل خدمات صحية من دونها، وتشمل الجودة كل ما يمكن أن يستفيد منه المريض كخدمات الاستقبال وخدمات الإيواء والتمريض والمعاملة من تاريخ دخوله المستشفى حتى خروجه منها.

وحتى لا تبقى هذه الفكرة في إطارها النظري، سنحاول إسقاط مفهومها على المؤسسة محل الدراسة هي المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية، واستطلاع انطباعات وآراء جمهور المرضى المتعاملين معها، ولاشك أن إبراز وجهة نظر المرضى اتجاه الخدمة التي يتلقونها يعد رافدا قويا لتقصي النواحي الايجابية و السلبية في خدمات المستشفى.

و لتحقيق ذلك جاء هذا الفصل في ثلاث مباحث، تناول في مبحثه الأول بصفة مقتضبة، النظام الصحي الجزائري بحقبة التاريخية المتتالية، يليه المبحث الثاني بدراسة مستفيضة للمؤسسة محل الدراسة من خلال التعريف بها وبهيكلها التنظيمي، ثم مساعي الجودة بها، ليعرض المبحث الثالث الدراسة الميدانية، ويبلور النتائج النهائية.

المبحث الأول: دراسة النظام الصحي الجزائري

عرفت الجزائر مرحلة صعبة عقب الاستقلال، هذا ما انعكس سلبا على وضع المنظومة الصحية، لكنها سرعان ما تداركت الوضع بإصدار مشروع إصلاح الهياكل الصحية، لتقديم الخدمات بالمستوى الذي يتطلع له المواطنون، وإتاحة الموارد اللازمة للقطاع، وبهذا شهد القطاع نقلة نوعية في سبيل الارتقاء بالخدمات التي يقدمها.

المطلب الأول: النظام الصحي الجزائري و مراحل تطوره

قبل الاسترسال في سرد الحقب المتتالية لتطور النظام الصحي الجزائري لا بأس من تعريفه. يعرف النظام الصحي على أنه «تنظيم الخدمات الصحية عن طريق تحديد المبادئ التي يجب إتباعها والأهداف المراد الوصول إليها (وقاية، رعاية، تربية صحية...)¹، قد عرف هذا النظام مراحل تاريخية مختلفة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا نوضحها فيما يلي :

أولا/المرحلة من: 1962-1973 :

عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية، لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة بالتطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا بجملة من القوانين و النصوص لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر أهمها²:

- العمل على إيجاد صيغة وطنية للنظام الصحي، وبدأت بتوحيد الهيئات المشرفة على الصحة
- تجسيد عدة برامج صحية موجهة لحماية الطبقة المحرومة من الشكاوى والوقاية من الأمراض المستعصية.
- تم فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال وإطلاق الحملات الوطنية للتلقيح ضد السل سنة 1970/1969 وضد الشلل سنة 1974/1973 وهذا في إطار برنامج وضع بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة (OMS).

¹ Kaid Nouarra , **le Système de la Santé Algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a Travers la Santé des enfants dans la wilaya de Bejaia** , Thèse de doctorat en Sciences économiques , université d'Alger , 2003 , p 16

² République Algérienne Démocratique et populaire , Ministère de la sante , **séminaire sur le développement d'un système de santé** , l'expérience Algérienne , Alger , 1985 , p 55

وتزامنا مع بداية المخطط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) الذي أنشأ في 1966 لتنظيم مهنة الأطباء والصيادلة، لوحظ تحسن في الخدمات الصحية مع تطور التكوين الطبي والشبه طبي ومع إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967-1969¹

ثانيا/ المرحلة من 1974-1989

ما ميز هذه المرحلة بدء العمل وفق مرسوم هيكلية النظام الصحي الجزائري المؤرخ في فيفري 1973 وتم بموجبه تقسيم البلاد إلى قطاعات صحية موجودة على مستوى كل دائرة وتضم نظاما إستشفائيا، ووحدات صحية جواريه ملحقة بها إداريا، كما تم اعتماد إجراءات قانونية أهمها :

- المرسوم التشريعي 65-73 المؤرخ في 28/12/1973² والقاضي بتطبيق مجانية العلاج لكل مواطن مهما كانت مداخليه ووضعيته الاجتماعية، وقد شرع في تنفيذه منذ مطلع 1974.
- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، مما سمح بوجود عدد معتبر من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

ثالثا/ المرحلة من: 1990-2004

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، واعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على³:

- إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأداء وهذا لا يشمل وزارة الصحة فقط، وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية في الصحة.
- التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.

¹ أمير جيلالي ، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، فرع تخطيط ، كلية العلوم الاقتصادية جامعة الجزائر، 2000 / 2001 ، ص 113.

² الأمر رقم 73-65 المؤرخ في ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية

³ حاوش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، دار كتامة للكتاب والنشر، الجزائر الطبعة الأولى، 2008، ص (150 ، 151).

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت في¹ :
- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق .
- الصيدلانية المركزية للمستشفيات (PCH) المكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية بالمنتجات الصيدلانية (1994).
- الوكالة الوطنية للدم (ANS) المكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم سنة 1995.
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANBS) المكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال .
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد (CNPM) المكلف بمراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

وقبل هذا خضعت الجزائر رسميا لشروط برنامج التعديل الهيكلي (PAS) الذي فرضه صندوق النقد الدولي (FMI) بسبب الصعوبات الاقتصادية التي كانت تعيشها وقد تلخصت أهداف برنامج التعديل الهيكلي في الضغط على نفقات الرعاية الصحية على المستوى الداخلي، تقليص استيراد الأدوية والمعدات الطبية² وتقليص الرعاية الصحية في الخارج³ على المستوى الخارجي

المطلب الثاني: مؤشرات تطور النظام الصحي للفترة الممتدة ما بين (1962-إلى يومنا).

لم يعرف الوضع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا استقرار ملحوظا وأكبر دليل على ذلك التباين في مستوى المؤشرات من مرحلة لأخرى، هذه المؤشرات المتمثلة أساسا في الموارد المادية (الهياكل القاعدية، الوحدات الصحية) الموارد البشرية (الأطباء،الصيدالدة،شبه طبيين) والمؤشرات الصحية (متوسط العمر، نسبة الوفيات، الأمراض...).

أولاً: المرحلة ما بين (1962-1973) :

كان نصيب قطاع الصحة في هذه الفترة ضعيفا جدا، لم يتعدى 1.6% من الناتج الداخلي الخام (PIB) لذلك كانت مؤشرات هذه المرحلة كما يلي⁴ :

1- الموارد المادية : تميزت بوجود عجز في الهياكل القاعدية، حيث وصل عدد المؤسسات العمومية إلى 148 مؤسسة، أما العيادات المتعددة الخدمات فلم يكن لها وجود في سنوات الستينيات إلى غاية 1972 أين

¹ بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2009/2008، ص170.

²Kaid Nouara . opcit , p61.

³ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007 ، ص 170

⁴IBIB, p 56.

تم إنجاز 16 عيادة لتغطية الطلب المتزايد وارتفع عدد المراكز الصحية من 256 سنة 1966 إلى ما يقارب 308 سنة 1969 ليصل سنة 1973 إلى 307 مركزا صحيا .

2- الموارد البشرية:

غداة الاستقلال كانت الجزائر تفتقر إلى الموارد البشرية المؤهلة إذ لم تتوفر إلا على 5000 طبيب (50% منهم جزائري) أما عدد الصيادلة فوصل إلى 396 صيدلي (331 جزائري) و 376 طبيب أسنان (279 منهم جزائري) بعد ما كان عددهم على التوالي 264 صيدلي و70 منهم جزائري و 151 طبيب أسنان

3- المؤشرات الصحية :

وصل معدل الحياة في هذه المرحلة إلى ما يقارب 53 سنة في حين ارتفعت نسبة الوفيات العامة لتصل إلى 15.6 في الألف سنة 1966 وإلى 16.3 في الألف سنتي 1972 - 1973 مع انخفاض في نسبة الوفيات لدى الأطفال من 180 في الألف سنة 1966 إلى 141.5 في الألف سنة 1970.

ثانيا: المرحلة ما بين 1974 - 1989

ارتفع نصيب قطاع الصحة خلال هذه الفترة إلى ما يعادل 5.4 % من الناتج الخام لذلك جاءت مؤشرات هذه المرحلة كما يلي¹ :

1- الموارد المادية :

عرفت إنجاز عدد هام من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة (173 مستشفى عام) بـ 44180 سرير و 160 عيادة متعددة الخدمات ومراكز صحية بهدف توسيع التغطية الصحية وقد تم إنشاء 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بالرعاية والتكوين والبحث، لكن نسبة الأشغال بهذه الهياكل لم تكن كما كان مبرمج لها، كما تمت إعادة هيكلة الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) سنة 1983 ما نتج عنها ظهور المؤسسات التالية: المؤسسة الوطنية للمعدات الطبية، مؤسسات التموين بالأدوية ومؤسسات إنتاج الأدوية.

2- الموارد البشرية: عرفت هذه المرحلة ما يلي :

- تضاعف في عدد الأطباء وصل على 6346 طبيب (4561 جزائري).
- عدد الصيادلة 1051 منهم 1001 جزائري وعدد أطباء الأسنان 1426 منهم 1305 جزائري.
- وصل عدد عمال سلك الشبه طبي إلى 85082 موظف وزعوا إلى 36641 ذوي شهادات دولة و30648 ذوي شهادة (Breveté).

¹ حاشي نور الدين، النظام الصحي في الجزائر بين الأهداف السياسية و الواقع الاقتصادي ، مذكرة ما بعد التخرج المتخصص غير منشورة المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 1999، ص 10.

3- المؤشرات الصحية : حيث عرفت:

- تراجع معدل الوفيات من خلال تحسن المستوى المعيشي للأفراد، و كذا تجسيد البرامج الوطنية للصحة كمكافحة أمراض سوء التغذية، ولوحظ تراجع محسوس في معدل الإصابة بالأمراض المتقلبة.
- بالموازاة مع ذلك بقيت الأمراض المتعلقة بنظافة المحيط (المياه الصالحة للشرب، قنوات صرف المياه) على حالها.
- إرتفاع محسوس في معدل الحياة، حيث وصل إلى حدود 56 سنة.

ثالثا: المرحلة ما بين 1990 - 2008

وصلت النفقات الوطنية للصحة سنة 1992 إلى 5.2% من PIB ثم ارتفعت إلى 5.8% سنة 1993، ووصلت إلى 7% سنة 1994¹، ثم انخفضت سنة 2000 إلى 3.8% لتعاود الارتفاع سنة 2007 وتصل إلى حدود 6.77% وهو ما يعادل 244 مليار دينار في حين وصل عدد سكان الجزائر المقيمين، حسب آخر إحصاء للسكان بتاريخ 16 أبريل 2008 إلى 34.800.000 مليون نسمة² ومقارنة بسنة 1999 زاد عدد سكان الجزائر بحوالي 4.5 مليون نسمة وهو ما يعادل فائضا سنويا قدره 500.000 نسمة³، وفي ظل هذه المعطيات جاءت المؤشرات كما يلي:

1- المؤشرات المادية :

وصلت التغطية من حيث الهياكل الصحية سنة 1997 إلى ما يعادل، سريرين لكل 1000 نسمة، عيادة لكل 7024 نسمة، مركز صحي لكل 28552 نسمة قاعة علاج لكل 9433 نسمة أما سنة 1998⁴ فوصلت إلى عيادة لكل 60731 نسمة، مركز صحي لكل 25454 نسمة، قاعة علاج لكل 60731، إلا أن الفترة الممتدة ما بين 1999 إلى غاية 2008 عرفت تعزيزا في مجال الهياكل الصحية حيث تم إنجاز 22 مستشفى، 84 (polycliniques) و 174 مركز صحي⁵ في حين خصصت الدولة لسنة 2010/2011 ميزانية للتجهيزات بلغت 129.5 مليار دينار توجه أساسا إلى إنهاء و بناء عدة مباني صحية وشراء عتاد

¹ Lamri L arbi , **le Financement du Système de Santé Algérienne Réalités en Jeux et Perspectives , le Gestionnaire** , Revue de l'école Nationale de sante publique N Spécial , juillet , Alger , 1998 , p 28.

² **Algérie 1999 -2008 une Décennie De réalisation** , synthèse du rapport de L'Algérie sur l'état de mise En œuvre du Programme d'Action en matière de gouvernance , Novembre 2008, p 27.

³ **الآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء** ، تقرير حول حالة تنفيذ برامج العمل الوطني في مجال الحكامة ، نوفمبر 2008 ، ص 313.

⁴ حاوش نور الدين، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية** ، مرجع سبق ذكره، ص 135.

⁵ **الآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء** ، مرجع سبق ذكره ، ص 314.

مختص لإستعاب حوالي 84000 سرير مما سيرفع من مستوى التغطية الصحية ويعتزم القطاع في الخماسي الأول 2010-2014 إنجاز 339 مرفق صحي جديد بين مستشفيات ومصحات ودعم التكوين المتواصل لمستخدمي القطاع الصحي لبلادنا¹

2- الموارد البشرية :

إستمر عدد المستخدمين في قطاع الصحة بكل اختصاصاتهم في الارتفاع من سنة لأخرى تزامنا مع التطور الحاصل في جميع الجوانب الإقتصادية والإجتماعية

الجدول(5): تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع في الجزائر

السنة	أخصائيين		مقيمين		أطباء عامون		أطباء أسنان		صيادلة	
	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص
1995	3554	2528	3151	10296	4950	5188	2473	460	3183	460
2000	4155	4522	4316	11275	5803	4647	3346	202	4587	202
2001	4291	4861	5239	11569	5915	4833	3580	185	4778	185
2002	4498	5216	5060	11861	6185	4629	3747	177	4995	177
2003	4641	4700	4514	12122	5996	4625	3755	178	5502	178
2004	4781	4844	4582	12338	6068	4648	3920	198	5857	198

المصدر : عدنان مريزق ، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، مرجع سبق ذكره، ص(173-175).

يتضح من الجدول أعلاه، تقارب ملحوظ في أعداد الأطباء بين العام والخاص بالنسبة للاختصاصيين في حين تتباين أعدادهم بالنسبة للأطباء العامين وأطباء الأسنان و حتى الصيادلة، ويتجلى التباين بشكل أكثر وضوحا في سنتي 2003 و 2004.

3- المؤشرات الصحية : عرفت هذه المرحلة:

- انخفاضاً في نسبة الوفيات العامة التي انتقلت من 4.72 لكل 1000 نسمة سنة 1999 إلى 4.38 لكل 1000 نسمة 2007 وإلى 4.32 نسمة سنة 2008.
- زيادة نسبة الولادات التي انتقلت من 19.82 في 1000 سنة 1999 إلى 22.98 في الألف سنة 2007.

¹حصة - إقتصادنا - موضوع الحلقة : الإقتصاد الصحي بين العرض و الطلب، بثت على القناة الأرضية بتاريخ 22-05-2010 على الساعة 18:10، تم إعتقاد مداخلة السيد: فريد بن عيوش، رئيس مجلس التأديب لعمادة أطباء الجزائر الخواص.

- ارتفاع معدل الحياة من 72 سنة في 1999 و 75.5 سنة في 2007¹.

وكتحصيل حاصل لما تم ذكره، فإن كل الدول - مهما كانت درجة تقدمها - تجمعهم خاصية واحدة على الأقل وهي أزمة التمويل في قطاع الصحة لأن النفقات وزيادتها تفوق بكثير الموارد المخصص لها فالصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة، هذه التكلفة التي ما فتئت تتضاعف ولم يجد أي نظام صحي مهما كان كيف يوفق بين هذا اللاتوازن من جهة، وكيفية توظيف التقنيات المتطورة والمحافظة على العدالة الاجتماعية أي منح فرص متساوية للعلاج أمام كافة المواطنين من جهة أخرى .

المطلب الثالث : تمويل النظام الصحي الجزائري

إن أهم التحديات التي تقف عائقا أمام قدرة المؤسسات الصحية لا سيما المستشفيات العمومية على تقديم خدماتها وفق مستويات عالية من الجودة والضمان والاعتمادية هي نقص الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق على هذه الخدمات، سنحاول هنا تسليط الضوء على مصادر تمويل النظام الصحي منذ الاستقلال إلى سنة 2002 (بداية مشروع إصلاح المستشفيات).

أولاً: مصادر التمويل خلال الفترة ما بين 1963 - 1973 :

تميزت هذه المرحلة الصحية من تاريخ الجزائر بصعوبة الوضع خاصة مع هجرة الإطارات من أصل أروبي التي كانت أساس النظام الصحي مقابل عجز في الإطارات الجزائرية، لذلك كان للنظام الصحي المتبع آنذاك عدة انعكاسات على الصحة العمومية وعلى طرق تمويله بصفة خاصة و قد عرف ثلاث مصادر أساسية للتمويل، تمثلت في² :

أ/ **المساهمة العمومية:** وتشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية حيث تقدر بـ 60% من مجموع النفقات على الصحة والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا مخصص لتمويل الفقراء والمعوزين .

ب/ **مساهمة الضمان الاجتماعي:** تتمثل في منحة التكفل بالمنخرطين في الضمان الاجتماعي وذوي الحقوق وتقدر بـ 30% من مجموع نفقات الصحة .

ج/ **مساهمة بعض الفئات من المرضى:** وتتأتى من طرف الأفراد ذوي المهن الحرة الغير خاضعين لأي نظام تأمين، بعد التكفل بهم يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند المغادرة، إلا أن هذه المشاركة تبقى ضعيفة مقارنة بالفئات السابقة (10% من إجمالي نفقات الصحة)

¹ الآلية الأفريقية للتقييم من قبل النظراء ، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة ، مرجع سبق ذكره ، ص 314.

² عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، مرجع سبق ذكره، ص 177.

وما ميز هذه الفترة عموماً، عدم كفاية التمويل الصحي بما يتلائم مع تغطية النفقات الصحية، العجز مالي للهيكل الإستشفائية مما نتج عنه تراكم الديون، عجز في تحديد التكلفة الصحية نظراً للتذبذب في مصادر التمويل

ثانياً مصادر التمويل خلال الفترة ما بين: 1974 - 2002

تميزت هذه المرحلة بإرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي وهذا ما أدى حدوث تغيير هيكلي على مستوى النظام الصحي الوطني ومصادر تمويله حيث أصبح يتشكل من¹:

- قطاع عمومي يضم أساساً القطاعات الصحية إلى أن ظهرت المؤسسات الإستشفائية المتخصصة والمراكز الإستشفائية الجامعية سنة 1986.
- قطاع خاص يشمل قاعات العلاج الخاصة بجراحة الأسنان، الصيدليات، المخابر .
- قطاع شبه عمومي يضم المراكز الطبية الاجتماعية المتخصصة في تقديم العلاج للعمال الأجراء وعائلاتهم وقد تم دمجها إدارياً سنة 1980 إلى القطاعات الصحية ثم التخلي عنه نهائياً.

شملت مصادر التمويل أربعة عناصر رئيسية تمثلت في الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات ومصادر أخرى (الجماعات المحلية، المراكز الطبية والاجتماعية CMS).

إن المتتبع للأحداث المستجدة في القطاع الصحي سيتأكد يقيناً أن أهم مكسب بالنسبة لهذا الأخير هي إقراره لسياسة الطب المجاني كمفهوم وواقع مجسد عبر مختلف الهياكل القاعدية، لكن الملاحظ في الوقت ذاته أن هذا القطاع قد برهن عجزه، إن لم نقل فشله في تأدية هذه المهمة على أكمل وجه، فالمشاكل والضغوطات الداخلية والخارجية المفروضة على القطاع هو ما استدعى إصلاحاً شاملاً ووافياً .

المطلب الرابع : إصلاح النظام الصحي الجزائري :

أولاً: أسباب الإصلاح

بتاريخ 15 أوت 2002 تم رسمياً إنشاء المجلس الوطني للإصلاح من طرف وزارة الصحة وكانت من الأسباب الرامية لهذا الإصلاح²:

¹ بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص 47.

² عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، مرجع سبق ذكره ص (205، 206).

1- ندرة الموارد المالية: فرغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لزيادة ميزانية المؤسسات الصحية خاصة في السنوات الأخيرة لكن مع ذلك بقيت هنالك صعوبات محسوسة ساهمت في تدهور جودة الخدمات الصحية

2- التفاوت بين العرض والطلب على الخدمات الصحية: فزيادة عدد السكان وظهور الأمراض أخلت بالتوازن بين العرض والطلب وهو ما جعل المؤسسات الصحية عاجزة عن التكفل بحاجات المرضى.

3- التكيف مع المعطيات الاقتصادية الوطنية والعالمية: إذ يندرج ملف إصلاح المنظومة الصحية ضمن السيرورة الكلية التي تقود إلى إصلاح الدولة وذلك نتيجة التحولات السياسية الاقتصادية والاجتماعية التي يعرفها العالم ككل.

ثانياً: ملفات الإصلاح

توصل المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات خلال المؤتمر إلى تحديد ستة ملفات تشكل العمود الفقري لمقترحات الإصلاح، تمثلت في¹:

1- ملف الاحتياجات الصحية والطلب على الصحة: مني هذا الملف بأولوية خاصة إذ وانطلاقاً منه تم توضيح وصياغة أهداف إصلاح المستشفى في إطار النظام الوطني للصحة، كما تمحور حول دراسة كيفية التنسيق بين النظام الوطني للصحة والمنظومة الإستشفائية الفرعية .

2- ملف الهياكل الإستشفائية: وتمحور حول إصلاح الهياكل الصحية بإدراج جملة من الأهداف أهمها:

- الحرص على التنظيم المحكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي
- مشاركة المواطنين في ضبط العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار .
- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج و جودة أدائها.

3- ملف الموارد البشرية: وإهتم بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، أجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم الذي يعتبر ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي

¹ بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مرجع سبق ذكره، ص35.

4-ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم النتائج، والهدف هنا إعطاء كل الوسائل اللازمة لشبكة العلاج على أن تكون موزعة بعقلانية وتعتبر الجوانب المرتبطة بالصيانة، المعايير التقنية الخاصة بالأمن والنوعية عناصر مكملة لهذا الملف.

5-ملف التمويل: إهتم بدراسة طرق توسيع المستشفيات وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية السير المالي إضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكافة المرضى.

6-ملف إشراك القطاعات: على اعتبار أن نشاط وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مرتبط إلى حد بعيد بنشاطات الكثير من القطاعات كالقطاع المالي والعمل والضمان الإجتماعي والتعليم العالي وغيرها، فإنه يجب ضمان الإنسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج النشاطات القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

المبحث الثاني: تقديم عام للمؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية

قبل الخوض في غمار بحثنا كان لابد لنا من وقفة على المؤسسة المعنية بالدراسة وهي المؤسسة الاستشفائية لعين طاية، لذلك سنركز خلال هذا المبحث على تقديم عام للمؤسسة وهيكلها التنظيمي ثم مسار الجودة بها .

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة الإستشفائية لعين طاية

أولاً: التعريف بالمؤسسة

تتأسس القطاع الصحي لعين طاية بموجب المرسوم 97/466 بتاريخ 1997/12/02، وقبل تأسيسها بهذا المرسوم كان تابعا للقطاع الصحي للروبية، في سنة 1986 سمي بالقطاع الصحي الجامعي لعين طاية وحول تنظيمه في سنة 1988، وبقيت المصالح الخارجية الإستشفائية له تابعة للقطاع الصحي بالروبية وهذا راجع للتقسيم الجيو صحي لتلك السنة

بتاريخ 01 جانفي 2008 تحول القطاع إلى مؤسسة عمومية إستشفائية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 7_140 المؤرخ بتاريخ 19 ماي 2007 والمتعلق بتنظيم عمل المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPH, EPSP)

تقع المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية على بعد 32 كلم شرق الجزائر العاصمة وتبعد 20 كلم عن مطار هواري بومدين الدولي، يحدها شرقا القطاع الصحي لبومرداس وغربا القطاع الصحي للروبية (الجزائر)، وتحيط بالمؤسسة العديد من المدارس الوطنية العليا (Ecole de défense aérienne, INSP, ITH, EMP)

مستشفى عين طاية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية موضوعة تحت وصاية الوالي وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات، وهي تابعة لوزارة الصحة، تحتوي 150 سرير، بها أربع مصالح إستشفائية جامعية وتشرف على أربع بلديات بالإضافة إلى التعليم الجامعي ومدرسة شبه الطبي، وذلك لفائدة السكان البالغ عددهم 121838 مواطن بالإضافة إلى بعض القطاعات الصحية المجاورة التي تفتقد بعض التخصصات الطبية وهي:

- بلدية عين طاية: 73127 مواطن
- بلدية برج البحري: 53250 مواطن
- بلدية المرسى: 12400 مواطن

ثانيا: الطاقة الإستيعابية لمصالح المؤسسة

الجدول(7): الطاقة الإستيعابية للمؤسسة

عدد الأسرة	التخصص	المركز
32 سرير	قسم الطب الداخلي	المستشفى
32 سرير + 2 organises	قسم طب الأطفال	
38 سرير	الجراحة العامة	
32 سرير	قسم الأمومة	
16 سرير	قسم التوليد	
6 غرف	قاعة العمليات	
7 أسرة للأشعة + 3 chongraphe	مصلحة الأشعة	
1 unité de biochimie 1 unité d'hématologie 1 unite de parasitologie 1 unlte C.T.S	المختبر	
	الصيدلية	

Source :Secteur Sanitaire d'AIN TAYA

الجدول(8): الطاقة الإستيعابية للمصالح الإستيعابية

عدد الأسرة	التخصص	المركز
5	إستعجالات الطب الداخلي	المستشفى
3	إستعجالات طبية	
00	إستعجالات طب النساء	
5+9 (Perceaux مهد)	إستعجالات الأطفال	Hopital de jour
5+17 (Perceaux مهد)	4	المجموع

Source :Secteur Sanitaire d'AIN TAYA

كما تسعى المؤسسة إلى تغطية الطلب المتزايد والمرتفع على الخدمات الصحية، حيث وصل عدد المرضى المقيمين بتاريخ 01 جانفي 2008 إلى **10606** مقيم موزعين عبر المصالح كما يلي:

الجدول(9): عدد المرضى المقيمين عبر مختلف مصالح المؤسسة

المصالح	عدد المرضى المقيمين	عدد أيام الإشتفاء	معدل شغل الأسرة	معدل المكوث بالمستشفى
الطب الداخلي	1095 مريض	6945	٪50.07	6 أيام
طب الأطفال	2074 مريض	10218	٪49.42	5 أيام
الجراحة	1754 مريض	4029	٪39.42	2 أيام
أمراض النساء	1793 مريض	5731	٪52.34	3 أيام
قسم الولادة	3890 مريض	8878	٪71.54	3 أيام
المجموع	10606 مريض	35801	٪52.73	3 أيام

Source :présentation E.P.H, direction de la sante de la population ,wilaya d'Alger,2008.

أما الفحوصات فقد بلغ عدد المرضى المراجعين بها 44603 موزعين عبر المصالح كما يوضحه الجدول الموالي

الجدول(10): عدد المرضى المراجعين عبر مختلف مصالح المؤسسة

Plateau technique			الإستعجالات الجراحية			الفحوصات المتخصصة
المخبر	الأشعة	أمراض النساء	الجراحة	طب الأطفال	الطب الداخلي	عدد المرضى المراجعين
57980	29442	21386	29891	28931	35157	44603
عينة	كشف	مراجع	مراجع	مراجع	مراجع	

Source :présentation E.P.H, direction de la sante de la population ,wilaya d'Alger,2008.

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة

تتكون المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية من:

1. مجلس الإدارة: يتكون من الوالي المنتدب أو ممثله، أستاذ في الطب، المدير، ممثل إداري، ممثل شبه طبي، ممثل عن صندوق التأمينات.
2. الإدارة: يديرها مدير وثلاثة مدراء نائبيين
3. المديرية: و تتكون من مكتب المدير، مكتب التنظيم العام، مكتب الاستقبال

أ- نيابة مديرية النشاطات الصحية: وتتكون من أربعة مكاتب:

- مكتب التنظيم والتقديم والنشاطات الصحية.
- مكتب الاستقبال والإعلام و التوجيه.
- مكتب قبول المرضى.
- مكتب الوقاية.

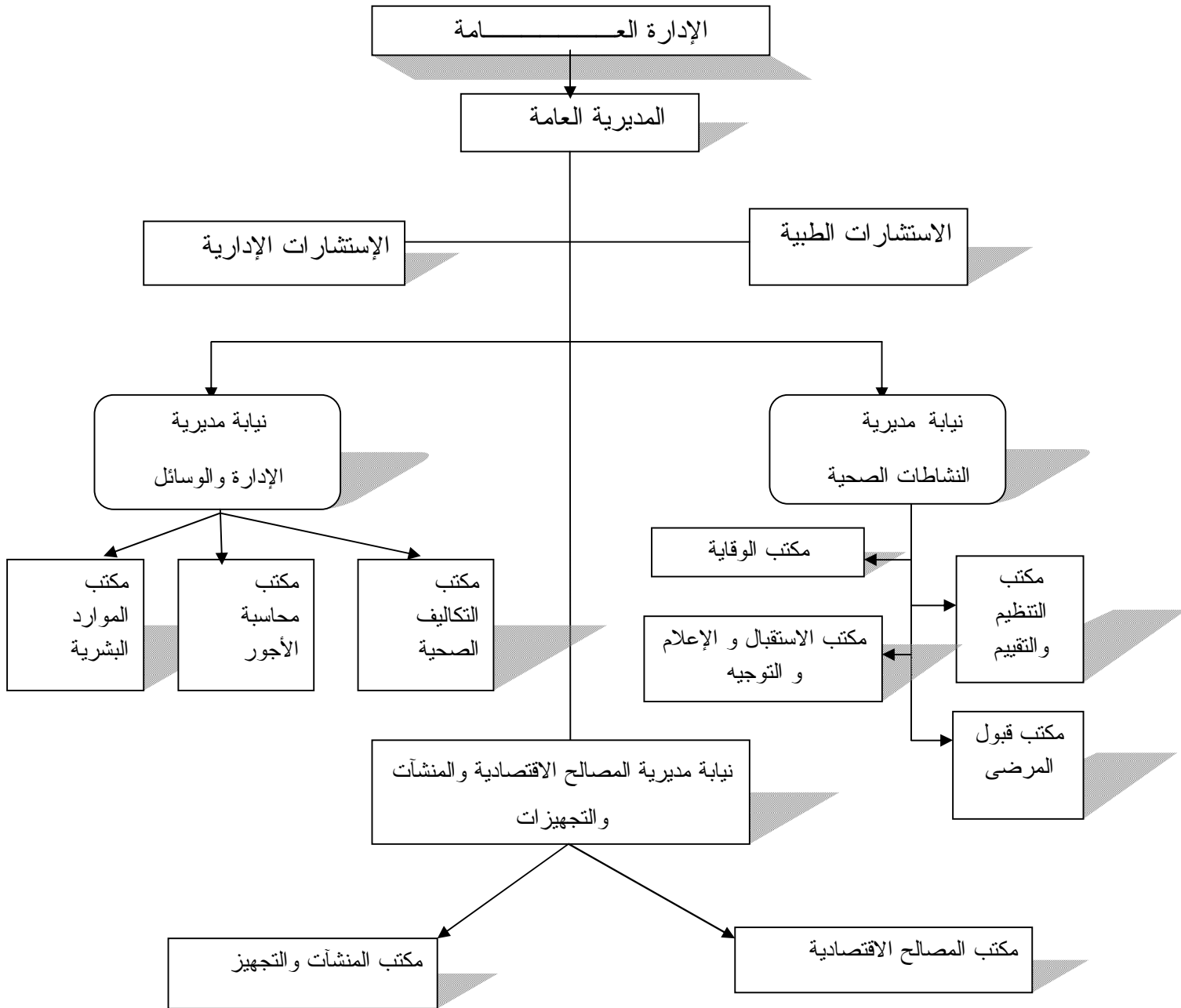
ب- نيابة مديرية المصالح الاقتصادية والمنشآت والتجهيزات: وتتكون من مكاتبين:

- مكتب المصالح الاقتصادية
- مكتب المنشآت والتجهيزات

ج- نيابة مديرية الإدارة والوسائل: و تتكون من ثلاث مكاتب:

- مكتب محاسبة الأجور
- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات
- مكتب تكاليف الصحة

الشكل (23) : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية



المصدر: وثائق المؤسسة لسنة 2008

أما بالنسبة للموارد البشرية فتحتوي المؤسسة العمومية الإستشفائية على:

أولاً: الكوادر الطبية

الجدول (11): عدد الكوادر الطبية بالمؤسسة

التخصص	العدد
الأطباء المتخصصين	22
أطباء الأسنان	03
الأطباء العامون	17
الأطباء النفسيين	01
الصيدلية	01
الأستاذة المساعدين	17
الدكاترة	4

Source: présentation d'E.P.H, direction de la sante de la population, wilaya d'Alger, 2008.

ثانياً: الكوادر شبه طبية

الجدول (12): عدد الكوادر شبه طبية بالمؤسسة

التخصص	العدد
المرضات	139
Aides soignants	18
Manipulateur Radio	08
Laborantins	09
Sages femmes	19

Source: présentation d'E.P.H, direction de la sante de la population, wilaya d'Alger, 2008.

المطلب الثالث : جودة خدمات الإستقبال في مستشفى عين طاية

إن أول لقاء بين الزبون و المستشفى يكون على مستوى مكتب الاستقبال وعليه يتعرف الزبون على المكان الذي سيعالج فيه لذا من الضروري أن يكون هذا اللقاء في المستوى المطلوب حتى يرتاح المريض نفسيا و بالتالي تؤثر ايجابيا على حالته الصحية ، فنوعية الاستقبال في المستشفى ضروري لان مصداقيتها توضع في الحسبان انطلاقا من اللقاء الأول بين المريض و بين طاقم الاستقبال، و في هذا الإطار يسعى مستشفى عين الطاية إلى التكفل بالمريض منذ وصوله مصلحة الاستقبال إلى غاية الالتقاء بالطبيب المعالج ويركز المستشفى على تطبيق المادة الثامنة من المرسوم الرئاسي رقم 133/88 المؤرخ في 4 جويلية 1988 المنضم للعلاقة بين الإدارة والمواطن والذي ينص على أن: « الإدارة ملزمة بإعلام المواطن حول التنظيمات والإجراءات التي تصدرها وفي هذا الإطار من واجبها إستعمال وتطوير كل الوسائل الخاصة بالنشر والإعلان ».

ولا ينتهي الاستقبال بمجرد وصول المريض للمستشفى فقد تطول مدة إقامته، في هذه الحالة تسعى إلى إعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن حالته وكذا المدة المحتمل أن يقضيها وكل ما قد يطرأ من جديد و بصفة عامة يتم الاستقبال في المستشفى على مستويين

الأول: الاستقبال العام على مستوى مكتب الدخول، حيث يوجد عون مكلف بهذه الوظيفة متواجد باستمرار في الأماكن المتصلة بالخارج

الثاني: على مستوى المصالح الطبية، حيث يوجد مراقب طبي توكل له مهمة و مسؤولية ثقيلة في إستقبال المرضى وتوجيه الزوار وتقديم الشروحات الضرورية حتى لا يئتاب المريض و ذويهم شعور بكونهم مهملين و بدون مساعدة

عوائق الاستقبال و شروط تحسينه في مستشفى عين طاية:

إن ضعف وسوء الاستقبال على مستوى المستشفى يعود إلى جملة عوامل منها التنظيمية والبشرية، لكن رغم ذلك فإن الانشغال الكبير والاهتمام الواسع للمستشفى ينصب على كيفية تحسين جودة خدمات الاستقبال، إذ يشتكي الزبائن وذويهم عادة من سوء المعاملة التي يقابلون بها من طرف العاملين بالمستشفى ابتداء من موظفي مكتب الدخول هذه المعاملة حسبهم تتسم بالتعسف، لهذا تسعى المستشفى دائما إلى التأكد من أن أعوانها حقيقة ساهرون على خدمة الزبون، و قد نص المنشور الوزاري رقم 4 المؤرخ في 3 أوت 1994 على الإجراءات الواجب إتخاذها حتى يتحقق الاستقبال الذي يرضي المريض، إذ يجب بعث نشاط ودور مكتب الدخول وإدخال الإعلام الآلي قصد تسهيل العمل و جمع المعلومات وإعداد دليل المريض على مستوى المستشفى.

المطلب الرابع: جودة الخدمات التكميلية بالمستشفى

أولاً: التوجيه

إن الوقت الضائع في البحث عن مصلحة أو عن مريض يكون في الغالب أكثر من الوقت الذي يقضيه الزبون بالمصلحة أو الزائر بجانب المريض، لذا عمد مستشفى عين طاية إلى تجنب العوائق التي تلاقى المرضى في المستشفى باتخاذ مجموعة من الإجراءات ترجمت على مستوى الاستقبال وتمثلت في:

1. عرض لوحات التعريف خارج المستشفى وكذا داخل المصالح.
2. عرض ساعات عمل المستشفى و مواعيد الزيارات.
3. قائمة المرضى على مستوى كل مصلحة.
4. وضع اللوحات الإشهارية لتوجيه الزوار.

كل هذه الإجراءات تدخل ضمن تطبيق المرسوم الرئاسي المنظم للعلاقة بين الإدارة و المواطن - المريض -، حيث ركز في مجمل عناصره على¹ :

1. حسن الاستقبال و التوجيه (المادة 12،13،14)
2. تحسين جودة الخدمات (المادة 21)

ثانياً: النظافة

إن النظافة عامل من أهم عوامل الصحة للإنسان و لا يستطيع الزبون المريض لن يشفى إذا كان المستشفى بنفسه مصدر للأمراض و الأوبئة وحسب ما يلاحظ في معظم المستشفيات فإن النظافة قد فقدت المعنى الحقيقي لها وأصبحت هذه النقطة المجال الأول للانتقادات الموجهة للمستشفيات، من هنا إتخذ مستشفى عين طاية إجراءات من أجل تحسين مستوى النظافة فيه شملت:

- تعيين لجنة مكلفة بالوقاية و نظافة المستشفى
- الرقابة اليومية و الدائمة لمستوى الإطعام كما و نوعاً، والوجبات المقدمة التي يجب أن تتوافق والمقاييس الصحية مع العمل على تحسين جودتها
- العمل على مراقبة المياه الصالحة للشرب و المحافظة على الأماكن الخضراء
- تطهير و تعقيم الغرف
- وضع برنامج لتوفير و تكوين المستخدمين في ميدان النظافة الاستشفائية

¹ وثائق المؤسسة

وقد سمح اعتماد هذه الإجراءات بالتقليل من الانتقادات الموجهة للمستشفى

ثالثا: الضيافة (الإيواء)

إن التطرق لوظيفة الضيافة أو ما يسمى بالفندقة في المستشفى يتطلب منا إلقاء نظرة شاملة على الوجبات الغذائية بعناية خاصة فيما يتعلق بنوعيتها وتركيباتها، إلى جانب التغذية تسعى المستشفى إلى تأمين النوم في غرف مريحة ومجهزة وهو ما لاحظناه من خلال تواجدنا الميداني تنقلنا هناك بين الأقسام، وتسهر المستشفى على تجنب إستعمال الغرف الفردية، أو غرفة لأكثر من ثلاثة أشخاص، فالأولى تحط من نفسية المريض، والثانية تزعجه لكثرة الزوار ما عدا الحالات الاستثنائية التي تحتم الغرف الفردية نتيجة المرض المعدي .

المبحث الثالث: الدراسة الميدانية

إيماننا منا بأنه من الصعب على المرضى الحكم على الجوانب الفنية والتقنية للخدمات المقدمة في المستشفى و ذلك لعدم توافر المعلومات لديهم حول هذه الجوانب التخصصية الدقيقة والمعقدة، و انطلاقا من معرفتنا بأن هناك مبادئ يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمة الصحية، فإننا سنكتفي بالتركيز على هذه المبادئ التي تعتبر معايير تقيس مستوى الجودة في الخدمة، وما كان علينا سوى تضمين هذه الأبعاد في الدراسة الميدانية لاستقصاء الزبائن المرضى عن مدى رضاهم اتجاه الخدمات المقدمة في المستشفى ومدى توافر هذه الأبعاد فيها.

المطلب الأول: منهجية الدراسة التطبيقية

إن ما تم التوصل إليه في الدراسة النظرية يبقى مجرد حبر على ورق ما لم يدعم بدراسة إستقصائية مستفيضة موجهة للزبائن المرضى (المراجعين، الراقدين)، قصد الوقوف على صحة فرضيات الدراسة النظرية و تطابقها مع الواقع في المستشفى المعني

أولاً: دواعي إختيار مستشفى عين طاية

تم تطبيق هذه الدراسة على الخدمات التي يقدمها مستشفى عين طاية للمرضى (داخليين أو خارجيين) ويرجع إختيار هذه المؤسسة كحالة عملية للدراسة، بناء على عدة إعتبرات لعل أهمها:

1. أن المستشفى يعتبر المكان الأنسب للخوض في المجال الصحي والباب المفتوح دائما أمام الزبائن على إختلاف مستوياتهم
2. الأفكار المترسبة لدى جمهور المتعاملين مع المستشفيات العمومية والتي مؤداها أن هذه المستشفيات لا تطبق أدنى معايير الجودة، و لا تحترم ابسط حقوق المريض.
3. حرص مستشفى عين طاية على الإرتقاء برضا زبائنها المراجعين والمقيمين على حد سواء من خلال وضع مصلحة المريض من أولويات الإدارة والعاملين (الطاقم الطبي والشبه الطبي) وهذا ما لمسناه من خلال تجربة سابقة للعلاج (قبل بداية البحث).

ثانياً: تحديد مشكلة الدراسة:

الإشكالية الأساسية لهذا البحث تتمثل في السعي لإبراز مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق الرضا لزبائن المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين طاية.

ثالثا: فرضية الدراسة:

إعتماد مستشفى عين طاية لمعيار الجودة في الخدمات المقدمة يعد الضمانة الأساسية للوصول لرضا المرضى وولاءهم لها

رابعا: تحديد أهداف الدراسة:

1. تقييم جودة الخدمات المقدمة من طرف مستشفى عين طاية من وجهة نظر الزبائن المرضى.
2. التوصل إلى دليل عملي للأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات الصحية كما يراها الزبون وبما يساعد إدارة المستشفى في وضع السياسات والأولويات لتحسين جودة هذه الخدمات.
3. إبراز أوجه القصور التي يراها المرضى في خدمات المستشفى و تطلعاتهم لتحسينها.

خامسا: تحديد مجتمع وعينة الدراسة:

لما كان هدفنا معرفة مدى اثر الجودة على مستوى الرضا المتحقق للزبون، كان من الواجب أن تستهدف دراستنا الميدانية زبائن مستشفى عين طاية

مجتمع الدراسة: تمثل في الزبائن المستفيدين من خدمات المؤسسة بما فيهم المقيمين **les hospitalises** أو المراجعين وتطلق عليهم المستشفى مصطلح **المسترفقين «les prestataires»**

عينة الدراسة: على اعتبار أن الدراسة تشمل مرضى المستشفى، فإن إحصاء عددهم و استقصائهم جميعا يعد ضربا من المستحيل، لذا إعتدنا أسلوب العينات أين تم سحب عينة من هذا المجتمع الكبير لدراستها و تعميم النتائج المتوصل إليها على المجتمع محل الدراسة، وقد تم سحب العينة بالتكرار بطريقة السحب العشوائي البسيط مكونة من 200 فرد.

سادسا: طريقة جمع البيانات:

وجه الاستقصاء للزبائن المرضى لتقصي آرائهم وإنطباعاتهم عن مستوى الجودة التي يرونها متوفرة في خدمات مستشفى عين طاية، عبر مختلف أقسامه، فإعتدنا **المقابلة الشخصية** من خلال الحديث المباشر مع المرضى خاصة المقيمين الذين كان لنا حظ أوفر في الحديث معهم والحصول على شروحات وافرة كما تم اعتماد أسلوب **الملاحظة** وذلك أثناء فترة التربص (قبل توزيع الاستبيان) أين كان لنا وقت كاف لملاحظة الظروف الصحية التي يمر بها المريض يوميا بداية من إستقباله ووصولاً إلى تشخيص ومتابعة حالته وتوجيهه للأقسام الداخلية إذا تطلب الأمر ذلك .

المطلب الثاني: إعداد الاستبيان

تم إعداد استبيانين اثنين¹، خصص احدهما لمراجعي الأقسام الداخلية **les hospitalises** والآخر خصص لمراجعي الأقسام الخارجية «المسترفقين **les prestataires**» تجدر الإشارة هنا إلى أن الاستبيان قد تم تصحيحه أربع مرات من طرف إدارة المستشفى بغية تعديل وإعادة صياغة بعض الأسئلة التي إعتبرت مبهمة وغامضة -على حد تعبير إدارة المستشفى-، كما تم حذف جزء مهم من أسئلة الاستبيان بدعوى حساسيته ومساسه بالأموال الداخلية والسرية للمستشفى وفرض علينا عدد محدد من الأسئلة على اعتبار أن المرضى في وضع صحي لا يسمح لهم بالإجابة على قدر كبير من الأسئلة المطروحة.

أولاً: الاستبيان المخصص للمقيمين بالأقسام الداخلية : و يتضمن

الجزء الأول: من السؤال (1 إلى 5)، خاص بالمعلومات الشخصية حيث:

- السؤال (1): خاص بعامل الجنس
- السؤال (2): خاص السن
- السؤال (3): خاص بمحل القامة
- السؤال (4): خاص بمدة الإقامة
- السؤال (5): خاص بالمصلحة التي تتم بها المعالجة

الجزء الثاني: إشتمل على الأسئلة من (6 إلى 10)، وهي خاصة بمعالجة المتغير الأول للدراسة النظرية وهو الخدمة الصحية ومزيجها التسويقي، فجاءت الأسئلة كما يلي:

- السؤال (6): بمثابة سؤال تمهيدي لكسر حاجز الخوف لدى المستقضي، ولتحديد أسبقية العلاج بالمستشفى
- السؤال (7) : رأي المريض في مدى تحسن مستوى خدمات المستشفى سابقا وحاليا
- السؤال (8) : هدفه تحديد أسبقية التعامل مع مستشفى آخر قبل مستشفى عين طاية
- السؤال (9) : المقارنة بين خدمات مستشفى عين طاية وخدمات المستشفى الذي سبق العلاج به
- السؤال (10) : تحديد أكثر عناصر المزيج التسويقي أهمية لدى الزبون.

الجزء الثالث: وإشتمل على الأسئلة من (11 إلى 15)، عالج متغير الدراسة الثاني وهو جودة الخدمة الصحية فكانت الأسئلة :

¹ انظر الملحق، (1) و(2)، ص 202، 205.

- السؤال (11): إحتوى على أبعاد جودة الخدمة الصحية
- السؤال (12): لتقييم جودة الإستقبال
- السؤال (13): لتقييم معاملة الأطباء
- السؤال (14): لتقييم معاملة الشبه طبيين
- السؤال (15): مدى الحصول على شروحات ومعلومات حول الحالة الصحية للمريض

الجزء الرابع: يناقش جوانب الجودة في الخدمات الداخلية،إشتمل على الأسئلة من (16 الى 19) كما يلي:

- السؤال (16): درجة الأمان والاطمئنان في المستشفى
- السؤال (17): مستوى النظافة في غرف الإقامة
- السؤال (18): مستوى الهدوء في المصلحة
- السؤال (19): مدى تناسب مواعيد إجراء العمليات الجراحية

الجزء الخامس: إشتمل على الأسئلة من (20 الى 23) وكان الهدف منه مناقشة متغير الدراسة الثالث وهو مدى رضا الزبائن عن جودة الخدمة الصحية، وكيف لهذا الرضا أن يتحول إلى ولاء دائم للمستشفى فشمل على الأسئلة التالية:

- السؤال (20): التعامل مع شكاوي الزبائن
- السؤال (21): مدى الرضا عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة
- السؤال (22): مدى نية الزبون في الوفاء لمستشفى عين طاية
- السؤال (23): الترويج للمستشفى من خلال الكلمة المنطوقة الموجبة
- السؤال (24): سؤالاً مفتوح الهدف منه ترك مجال أوسع وحرية أكبر للمريض حتى يدلي بكل ما يجول في خاطره من نقائص قد تحسن من جودة الخدمة بهذا المستشفى

أما الاستبيان الثاني والمخصص لمراجعي الأقسام الخارجية **les prestataires** فقد تضمن أربعة أجزاء بدلا من خمسة أجزاء التي تضمنها الاستبيان الأول (حيث لم نتطرق إلى الجودة الداخلية باعتبار أن المرضى المراجعين غير مقيمين بالمستشفى).

المطلب الثالث: عرض و تحليل نتائج الاستقصاء

بعد توزيع استمارة الاستبيان على مرضى مستشفى عين طاية واسترجاع الإجابات من المستقصين، تم تحليل النتائج المتوصل إليها كما يلي:

أولاً: نتائج الاستبيان المخصص للمرضى المقيمين

1. تحليل البيانات الشخصية لعينة الدراسة:

الجدول (13) : الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة - المرضى المقيمين -

مصلحة المعالجة		مدة الإقامة		محل القامة		السن		الجنس		
								30	25%	ذكر
								90	75%	أنثى
						6	5%			أقل من 20 سنة
						54	45%			من 20 إلى 30 سنة
						30	25%			من 31 إلى 40 سنة
						24	20%			من 41 إلى 50 سنة
						6	5%			أكثر من 50 سنة
				75	62.5%					عين طاية
				45	37.5%					خارج عين طاية
		84	70%							من يوم إلى 7 أيام
		30	25%							من 8 إلى 15 يوم
		6	5%							من 15 إلى 30 يوم
24	12.5%									قسم طب الأطفال
24	12.5%									قسم أمراض النساء
24	12.5%									قسم الطب الداخلي
24	12.5%									قسم التوليد
24	12.5%									قسم الاستجالات الطبية
120	100%	120	100%	120	100%	120	100%	120	100%	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

تبين أن أغلبية المستقيمين من الإناث الذين تتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 30 سنة)، ووجلهم من القاطنين بعين طاية، تتراوح مدة إقامتهم ما بين (يوم إلى 7 أيام)، وهي مدة كافية للحكم على المستشفى وخدماتها وقد وزعنا 24 إستبانة على مستوى كل قسم، حتى نحافظ على مصداقية الإجابات بين كل الأقسام.

2. تحليل بيانات الأسئلة الخاصة بالمتغير الأول للدراسة وهو الخدمة الصحية:

السؤال (6): هل تعالج لأول مرة بمستشفى عين طاية؟

الجدول (14): توزيع عينة المرضى المقيمين حسب أسبقية العلاج بالمستشفى

البيان	التكرار	النسبة
نعم	81	٪67.5
لا	39	٪32.5
المجموع	120	٪100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

هو عبارة عن سؤال تمهيدي لكسر حاجز الخوف لدى الزبائن المرضى الذين صعب فعلا إستقصاءهم ونلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد عينة الدراسة سبق لهم العلاج بالمستشفى، وإستفادوا من خدماته

السؤال (7): من خلال تعاملك مع المستشفى سابقا وحاليا، هل ترى تحسنا في الخدمات المقدمة؟

الجدول (15): مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى المقيمين

البيان	التكرار	النسبة
نعم	54	٪45
لا	24	٪20
نوعا ما	42	٪35
المجموع	120	٪100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أجمع اغلب أفراد العينة على التحسن في مستوى الخدمات المقدمة بالمقارنة مع فترة سابقة، ما يعني أن المستشفى أصبح يولي إهتماما بالغا بعنصر تقديم الخدمة، كما أكد بعض المستجوبين من قسم الاستعجالات الطبية أن المستشفى قدم ولا يزال يقدم خدمات في المستوى.

السؤال (8): هل سبق لك وأن عالجت بمستشفى آخر؟

الجدول (16): نسبة عينة المرضى المقيمين الذين سبق لهم العلاج بمستشفى آخر

البيان	التكرار	النسبة
نعم	78	٪65
لا	42	٪35
المجموع	120	٪100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

لاحظنا إرتفاع نسبة الذين سبق لهم العلاج بمستشفى آخر، على الرغم من أن أغلبهم من القاطنين بعين طاية، ويعود السبب إلى النقص في المصالح الاستشفائية، إذ يحتوي مستشفى عين طاية على مصالح محددة، في ظل غياب مصالح أساسية كجراحة الأعصاب، طب القلب، طب العيون، فتضطر المستشفى إلى إرسال المريض أو تنقله هو شخصيا إلى المستشفيات المجاورة

السؤال (9): كيف وجدت خدمات مستشفى عين طاية مقارنة بالمستشفى الذي عالجت به؟

الجدول (17): المقارنة بين خدمات مستشفى عين طاية وخدمات المستشفى الذي سبق العلاج به بالنسبة للمرضى المقيمين

البيان	التكرار	النسبة
جيدة جدا	24	20%
جيدة	66	55%
متوسطة	18	15%
سيئة	6	5%
سيئة للغاية	6	5%
المجموع	120	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أجمع أغلب المستقيمين على المستوى الجيد لخدمات المستشفى بالمقارنة مع المستشفيات الأخرى ويرجع -حسب ما لاحظناه- إلى المراقبة المستمرة للأقسام من طرف إدارة المستشفى والتنظيم المحكم.

السؤال (10): ما الذي دفعك للعلاج بمستشفى عين طاية؟

الهدف من هذا السؤال معرفة دوافع إختيار مستشفى عين طاية وكذا معرفة أكثر عناصر المزيج التسويقي أهمية لدى الزبون.

الجدول(18): توزيع عينة المرضى المقيمين حسب دوافع إختيار مستشفى عين طاية

المجموع		لا		نعم		المعايير
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%100	120	%30	36	%70	84	تقديم الخدمة وفق ما تتطلب الحالة الصحية
%100	120	%62.5	72	%37.5	45	توفر الأقسام للعلاج وسهولة الوصول إليها
%100	120	%75	90	%25	30	إنخفاض تكلفة الحصول على الخدمة
		%80	96	%20	24	السمعة الطيبة التي تعرفها عن المستشفى
%100	120	%37.5	45	%62.5	75	تقديم الخدمة طبقا للمواعيد المحددة
%100	120	%35	42	%65	78	تفهم حاجاتكم من طرف الطاقم الطبي والشبه الطبي
%100	120	%87.5	105	%12.5	15	موقع المستشفى ونظافة بيئتها داخليا وخارجيا
%100	120	%35	42	%65	78	كل ما سبق

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يتضح من خلال النتائج المتوصل إليها أن كل عناصر المزيج التسويقي لها أهمية لدى المريض لكن عنصر الخدمة الصحية يحضى بأهمية كبيرة، بدليل تصدره قائمة ترتيبات الزبون، ويرجع السبب في هذا إلى أن عدم توفر الخدمة المطلوبة تجعل الزبون يتخلى عن المستشفى، ولا يهتم إذا توفرت باقي العناصر أم لا، في حين إذا وجدت الخدمة وفق ما تتطلب حالت، فإنه سيبحث عن العناصر الأخرى المكمل للخدمة.

3. تحليل بيانات الأسئلة الخاصة بالمتغير الثاني للدراسة " جودة الخدمة الصحية"

السؤال(11): عند دخولك المستشفى، ما أكثر شيء تركز عليه؟

الجدول (19): معايير جودة الخدمة الصحية كما يراها المرضى المقيمين

المجموع		لا		نعم		المعايير
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%100	120	%80	96	%20	24	توفر المستشفى على المعدات و الأجهزة
%100	120	%42.5	51	%57.5	60	توفر عدد كاف من العاملين لخدمتكم و تبادل عامل الثقة بينكم
%100	120	%30	36	%70	84	إيلاء المستشفى إهتمام خاص بكل مريض ووضع مصلحتكم نصب عينيه
%100	120	%25	30	%75	90	توفر الخبرة و المهارة في الطاقم الطبي و الشبه طبي
%100	120	%47.5	57	%52.5	63	الرد الفوري على إستفساراتكم
%100	120	%55	66	%45	54	كل ما سبق

المصدر: تحليل نتائج الاستقصاء بالاعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يظهر جليا إجماع أغلب عينة الدراسة على أن توفر الخبرة والمهارة في الطاقم الطبي والشبه الطبي وكذا إيلاء المستشفى إهتمام خاص بالمريض ووضع مصلحته نصب عينيه، هي العناصر الأكثر أهمية.

السؤال (12): كيف تجدون ظروف إستقبالكم؟

الجدول (20): تقييم جودة الاستقبال بالنسبة للمرضى المقيمين

النسبة	التكرار	البيان
%25	30	جيدة جدا
%40	48	جيدة
%25	30	متوسطة
%10	12	سيئة
/	/	سيئة للغاية
%100	120	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

الهدف منه التعرف على مدى جودة الاستقبال عند مصلحة الاستعلامات بالمستشفى فكانت النتائج، حيث إستحسن معظم المرضى المقيمين ظروف إستقبالهم عند مصلحة القبول، للعلم فإن اللحظة الأولى لإلتقاء

المريض مع الفرد المكلف بالاستقبال تعتبر أهم لحظة في عملية تقديم الخدمة الصحية والتي يطلق عليها بـ "اللحظة الحقيقية لتقديم الخدمة" "the moment of truth".

السؤال 13: ما هو تقييمكم لمعاملة الأطباء؟

الجدول (21): تقييم معاملة الأطباء بالنسبة للمرضى المقيمين

البيان	التكرار	النسبة
جيدة جدا	42	35%
جيدة	45	37.5%
متوسطة	30	25%
سيئة	3	2.5%
سيئة للغاية	/	/
المجموع	120	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أغلب المستقصين أبدوا إرتياحا كبيرا لمعاملة الأطباء، وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على جودة الأداء حتى إننا لم نلمس ولا إجابة تشير للمعاملة السيئة للغاية، بل إن المعاملة السيئة للغاية وجدناها من طرف المريض للطبيب المعالج .

السؤال (14): ما هو تقييمكم لمعاملة الفريق شبه طبيين؟

أجمع أغلب المستقصين عن عدم رضاهم لمعاملة الفريق شبه طبي، كما توضحه نتائج الجدول

الجدول (22): تقييم معاملة الفريق شبه طبي بالنسبة للمرضى المقيمين

البيان	التكرار	النسبة
جيدة جدا	6	5%
جيدة	30	25%
متوسطة	21	17.5%
سيئة	48	40%
سيئة للغاية	15	12.5%
المجموع	120	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

نلاحظ أن ما يعادل (70%) من الإجابات تراوحت بين المتوسطة إلى السيئة للغاية، وهذا ما يعبر عن عدم رضا المرضى لمعاملة الطاقم الشبه طبي لهم، وسجلنا أكبر نسبة إستياء لدى مرضى في قسم التوليد وأمراض النساء، إذ يشكون بصفة متكررة من سوء المعاملة، لكن وفي سياق حديثنا مع إدارة المصلحة أكدت أن المرضى هم من يقللون من إحترامهم للمرضيين، أما بقية المصالح فأكد مرضاها على حسن المعاملة.

السؤال (15): خلال إقامتكم هل حصلتم على شروحات حول حالتكم الصحية؟

الهدف من هذا السؤال إبراز مدى إهتمام و متابعة الفريق الطبي لحالة المريض خلال الإقامة بالمستشفى

الجدول (23): مدى متابعة الحالة الصحية للمرضى المقيمين خلال الإقامة بالمستشفى

البيان	التكرار	النسبة
نعم	108	90 %
لا	12	10 %
المجموع	120	100 %

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أكد غالبية المرضى حصولهم على شروحات وافية لحالتهم الصحية، لكن في السياق ذاته أكدوا أن أكثر شيء يجعلهم متذمرين هو توجيههم إلى مصالح أو مستشفيات أخرى من طرف الطبيب المعالج، وهو شيء متوقع ووارد كثيرا بالمستشفى لعدم توفر التقنيات المتطورة .

السؤال (16): هل تحسون بالأمان والاطمئنان داخل الغرف؟

الجدول (24): مدى الشعور بالأمان والاطمئنان في المستشفى

البيان	التكرار	النسبة
نعم	87	72.5 %
لا	33	27.5 %
المجموع	120	100 %

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

الهدف منه الوقوف على درجة الأمان داخل المستشفى، ومدى توفر الأمن لحماية المرضى المقيمين

أبدى معظم الراقدين إرتياحا وإطمئنانا عن مستوى الأمان الذي توفر المستشفى إذ يتولى مهمة المناوبة الليلية فريق يتكون من أطباء، ممرضين، وأعوان أمن.

السؤال(17): ما هو إنطباعكم عن نظافة الغرف؟

الهدف من السؤال الوقوف على مدى نظافة الغرف، إذ لا يمكن توفر الصحة في بيئة تكون هي مصدرا آخر للمرض

الجدول(25): مدى نظافة الغرف

النسبة	التكرار	البيان
5%	6	نظيفة جدا
20%	24	نظيفة
50%	60	غير نظيفة
25%	30	غير نظيفة تماما
100%	120	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يظهر جليا تذرر اغلب أفراد العينة من المستوى المتدني للنظافة في الغرف ، على الرغم من أن إدارة المستشفى أكدت على أن عملية التنظيف تتم أربع مرات يوميا، وهنا يظهر الإشكال فإذا كانت المستشفى تتظف يوميا والمريض يشتكي يوميا، فمن هو المسؤول عن هذا المستوى المتدني؟

السؤال(18): هل أنتم راضون عن مستوى الهدوء في المصلحة ؟

الجدول(26): مدى توفر الهدوء في المستشفى

النسبة	التكرار	البيان
55%	66	نعم
45%	54	لا
100%	120	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أبدى المرضى إرتياحا لمستوى الهدوء بالمصلحة إلا في القليل النادر وذلك على مستوى مصلحة التوليد وأمراض النساء .

السؤال (19): ما هو إنطباعكم عن مواعيد إجراء العمليات الجراحية؟

نهدف من هذا السؤال التأكد من مدى التزام المستشفى بالآجال المحددة للعمليات الجراحية وإحترام الدور بالنسبة لكل مريض مقبل عليها

الجدول (27): إنطباع المرضى حول مواعيد إجراء العمليات الجراحية

البيان	التكرار	النسبة
لم انتظر	21	17.5%
معقولة	36	30%
طويلة	18	15%
لم أقم بالعملية	45	37.5%
المجموع	120	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أثبتت نتائج الاستبيان إن التزام المستشفى بآجال إجراء العمليات الجراحية للمرضى

4. تحليل بيانات الأسئلة الخاصة بالمتغير الثالث للدراسة "رضا الزبون عن جودة الخدمة الصحية"

السؤال (20): هل تبدي إدارة المستشفى إهتماما بالمشاكل المتعلقة بحالتكم؟

الجدول (28): مدى إهتمام المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالمرضى المقيم

البيان	التكرار	النسبة
نعم	108	90%
لا	12	10%
المجموع	120	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

والهدف منه معرفة مدى متابعة شكاوى المرضى، وقد لمسنا من خلال إجابات المرضى وجود نوع من الإهتمام والمتابعة للمشاكل التي تواجههم، وتتلخص جل هذه المشاكل في إجراءات القيام بالتحاليل والأشعة واسترجاع النتائج، هذه الأخيرة تأخذ وقتا طويلا تجعل المريض يرتبك لا يتحكم في تصرفاته خوفا من النتائج ويدخل في مشاكل ومناوشات مع الطاقم العامل بالمستشفى

السؤال (21): ما مدى رضاك عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة لك عند مغادرتك المستشفى؟

الجدول(29):مدى رضا المرضى المقيمين عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة في المستشفى

النسبة	التكرار	البيان
20%	24	راض جدا
72.5%	87	راض
5%	6	غير راض
2.5%	3	غير راض تماما
100%	120	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يبدو أن المرضى المقيمين راضون عن خدمات المستشفى ومستوى الجودة بها، ويأتي قسم الاستعجالات الطبية، وطب الأطفال في طليعة الترتيب حيث تراوحت إجاباتهم بين الراضي والراضي جدا، في حين كان عدم الرضا من نصيب قسمي الولادة وأمراض النساء اللائي أكد أن حصولهم على الخدمة لم يكن وفق ما كانوا يتوقعون

السؤال(22):هل تنوي البقاء كمسترفق prestataire ؟

الجدول(30): نية المرضى المقيمين في الوفاء للمستشفى

النسبة	التكرار	البيان
30%	36	نعم
12.5	15	لا
57.5%	69	مضطر
100%	120	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أكد اغلب المستقصيين أنهم مضطرين للبقاء كزبائن للمستشفى بحكم قربهم من مقر إقامتهم

السؤال(23): هل ستحدث غيرك عن مستشفى عين طاية وما يوفره من خدمات؟

الجدول(31): مدى نية المرضى المقيمين في الترويج للمستشفى وخدماته

البيان	التكرار	النسبة
نعم	96	%80
لا	24	% 20
المجموع	120	%100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يوضح الجدول أن غالبية المستقيمين يفضلون نقل إنطباعاتهم وآرائهم عن المستشفى وخدماتها للغير خاصة أولئك الذين لم يسبق لهم وأن عالجوا بالمستشفى

السؤال(24): ما الذي تقترحه على المستشفى حتى تحسن من جودة خدماتها وتحس بالرضا عنها؟

الجدول(32): إقتراحات وآراء المرضى المقيمين لتحسين خدمات المستشفى

الإقتراحات		نعم		لا		المجموع	
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
87	%72.5	33	%27.5	120	%100	120	%100
عدم توفر المعدات و الأجهزة المتطورة مثل أشعة السكانير، ما إنعكس على مستوى السرعة في أداء الخدمة							
69	%57.5	51	%42.5	120	%100	120	%100
نقص المصالح الإستشفائية المتخصصة على رأسها طب العيون، الأعصاب، طب القلب							
39	%32.5	81	%67.5	120	%100	120	%100
تحسين معاملة الفريق الشبه طبي وإستخدام ألفاظ لائقة في الحديث							

المصدر: من إجتهادنا بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

ثانيا: تحليل نتائج الاستبيان الموجه للمرضى المراجعين:

1. تحليل البيانات الشخصية لعينة الدراسة

الجدول (33) : الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة- المرضى المراجعين-

مصلحة المعالجة		محل القامة		السن		الجنس		
						55	68.75%	ذكر
						25	31.25%	أنثى
				2	2.5%			اقل من 20 سنة
				24	30%			من 20 إلى 30 سنة
				35	43.75%			من 31 إلى 40 سنة
				15	18.75%			من 41 إلى 50 سنة
				4	5%			أكثر من 50 سنة
		30	37.5%					عين طاية
		50	62.5%					خارج عين طاية
20	25%							قسم الأشعة والتحليل
40	50%							قسم الاستعجالات
								الجراحية
25	25%							قسم الفحوصات
80	100%	80	100%	80	100%	80	100%	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

تبين نتائج الجدول أن اغلب المستقيين من فئة الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (31 إلى 41 سنة) وجلهم من القاطنين خارج عين طاية، كما كانت أغلب فئة من مصلحة الاستعجالات الجراحية على الرغم من صعوبة إستقصائهم لأوضاعهم الصحية الحرجة .

2. تحليل بيانات الأسئلة الخاصة بالمتغير الأول للدراسة وهو الخدمة الصحية

السؤال (5): هل تعالج لأول مرة بمستشفى عين طاية؟

الجدول (34): توزيع أفراد عينة المرضى المراجعين حسب أسبقية العلاج بالمستشفى

البيان	التكرار	النسبة
نعم	36	45%
لا	44	55%
المجموع	80	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

نلاحظ تقارب بين نسبة الذين يعالجون لأول مرة في المستشفى والذين سبق لهم العلاج

السؤال(6): من خلال تعاملك مع المستشفى سابقا وحاليا، هل ترى تحسن في الخدمات المقدمة؟

الجدول (35): مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى المراجعين

البيان	التكرار	النسبة
نعم	42	%52.5
لا	8	%10
نوعا ما	30	%37.5
المجموع	80	%100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

كانت نتائج البيانات تشير إلى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا.

السؤال(7): هل سبق وان عالجت بمستشفى آخر؟

الجدول(36): نسبة المرضى المراجعين الذين سبق لهم العلاج بمستشفى آخر

البيان	التكرار	النسبة
نعم	66	%82.5
لا	14	%17.5
المجموع	80	%100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

إتضح أن أغلبية المرضى سبق لم العلاج بمستشفيات أخرى وهذا ما يعكس الجهد الذي يبذله الفرد الجزائري والإنفاق الذي يخصصه للجانب الصحي .

السؤال(8): كيف وجدت خدمات مستشفى عين طاية مقارنة بالمستشفى الذي عالجت به؟

الجدول(37):المقارنة بين خدمات مستشفى عين طاية وخدمات المستشفى الذي سبق العلاج به (بالنسبة للمرضى المراجعين)

البيان	التكرار	النسبة
جيدة جدا	22	%27.5
جيدة	34	%42.5
متوسطة	16	%20
سيئة	8	%10
سيئة للغاية	/	/
المجموع	80	%100

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أجمع أغلبية المستقيين على أن خدمات المستشفى تبدو جيدة مقارنة مع المستشفيات الأخرى، بدليل أننا لم نسجل حالة واحدة في خانة سيئة للغاية

السؤال(9):ما الذي دفعك للعلاج بهذا المستشفى؟

الجدول(38):توزيع عينة المرضى المراجعين حسب دوافع اختيار مستشفى عين طاية

المجموع	لا		نعم		المعايير
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
المجموع	80	%18.75	15	%81.25	تقديم الخدمة وفق ما تتطلب الحالة الصحية
المجموع	80	%85	68	%15	توفر الأقسام للعلاج وسهولة الوصول إليها
المجموع	80	%56.25	45	%43.75	انخفاض تكلفة الحصول على الخدمة
المجموع	80	%60	48	%40	السمعة الطيبة التي تعرفها عن المستشفى
المجموع	80	%41.25	33	%58.75	تقديم الخدمة طبقا للمواعيد المحددة
المجموع	80	%36.25	29	%63.75	تفهم حاجاتكم من طرف الطاقم الطبي والشبه الطبي
المجموع	80	%71.25	57	%28.75	موقع المستشفى ونظافة بيئتها داخليا وخارجيا
المجموع	80	%61.25	49	%38.75	كل ما سبق

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أظهرت نتائج الجدول تركيز أغلبية عينة الدراسة على عنصر تقديم الخدمة وفق ما تتطلب الحالة الصحية وليه عنصر تفهم الحاجات من طرف الطاقم الطبي

3. تحليل بيانات الأسئلة الخاصة بالمتغير الثاني للدراسة وهو جودة الخدمة الصحية

السؤال (10): عند دخولك المستشفى ما أكثر شيء تركز عليه؟

الهدف من هذا السؤال تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية وترتيبها بالنسبة للزبون

الجدول (39): معايير جودة الخدمة الصحية كما يراها المرضى المراجعون

المجموع	لا		نعم		المعايير
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
	80	%82.5	66	%17.5	توفر المستشفى على المعدات والأجهزة
	80	%47.5	38	%52.5	توفر عدد كاف من العاملين لخدمتكم و تبادل عامل الثقة بينكم
	80	%31.25	25	%68.75	إبلاء المستشفى اهتمام خاص بكل مريض و وضع مصلحتكم نصب عينيها
	80	%22.5	18	%77.5	توفر الخبرة و المهارة في الطاقم الطبي و الشبه طبي
	80	%27.5	22	%72.5	الرد الفوري على استفساراتكم
	80	%42.5	34	%57.5	كل ما سبق

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

بينت نتائج الجدول تركيز نصف العينة تقريبا على كل أبعاد الجودة الخمسة، لكن أكبر نسبة كانت لعنصر توفر الخبرة المهارة في الطاقم الطبي والشبه طبي بنسبة (77.5%) وهو ما يعكس عنصر الأمان وعنصر الرد الفوري على الإستفسارات بنسبة (72.5%) وهو الذي يعكس بعد الاستجابة

السؤال (11): كيف تجدون ظروف استقبالكم؟

الجدول(40):تقييم جودة الاستقبال بالنسبة للمرضى المراجعين

النسبة	التكرار	البيان
37.5%	30	جيدة جدا
38.75%	31	جيدة
18.75%	15	متوسطة
2.5%	2	سيئة
2.5%	2	سيئة للغاية
100%	80	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

تراوحت إجابات المستقصين بين الجيدة والجيدة جدا، على الرغم من أننا أثناء التواجد بالمستشفى لاحظنا أن المكلف بالاستقبال والاستعلام هو في الواقع عون أمن و ليس فردا مؤهلا لذلك، وبالتالي لو أن الإدارة إهتمت بتوفير الأفراد المؤهلين لإرتفع مستوى الرضا المتحقق.

السؤال (12): ما هو تقييمكم لمعاملة الأطباء؟

كان الهدف من هذا السؤال الوقوف على أداء الأطباء ومهاراتهم ، وقد تراوحت إجابات المتقصين حسب ما يوضحه الجدول،بين الجيدة والجيدة جدا

الجدول(41): تقييم معاملة الأطباء للمرضى المراجعين

النسبة	التكرار	البيان
28.75%	23	جيدة جدا
50%	40	جيدة
15%	12	متوسطة
6.25%	5	سيئة
/	/	سيئة للغاية
100%	80	المجموع

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

ومن الثابت عمليا أن الطبيب المعالج يتمتع دائما بطباع هادئة، ويحترم قيم وأخلاقيات المهنة ويسترشد بمبادئها،-إلا في القليل النادر-،لكن الغريب في الأمر أننا وجدنا الأطباء يشكون من سوء معاملة المرضى لهم، وطالبوا بعزيز أكثر للأمن داخل المصالح على اعتبار حدوث تجاوزات في حق الأطباء خاصة على مستوى قسم الاستعجالات الجراحية لخطورة أوضاعهم.

السؤال (13): ما هو تقييمكم لمعاملة الشبه طبيين؟

الجدول (42): تقييم معاملة الفريق الشبه طبي للمرضى المراجعين

البيان	التكرار	النسبة
جيدة جدا	8	10%
جيدة	24	30%
متوسطة	23	28.75%
سيئة	18	22.5%
سيئة للغاية	7	8.75%
المجموع	80	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

لم يبدي أفراد العينة ارتياحا كبيرا لمعاملة الفريق الشبه طبي

4. تحليل بيانات الأسئلة الخاصة بالمتغير الثالث للدراسة "رضا الزبون عن جودة الخدمة الصحية"

السؤال (14): هل تبدي إدارة المستشفى إهتماما بمشاكلكم؟

الجدول (43): مدى اهتمام المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالحالة الصحية للمريض المراجع

البيان	التكرار	النسبة
نعم	27	33.75%
لا	53	66.25%
المجموع	80	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أكد اغلب المستقصيين عدم متابعة إدارة المستشفى مشاكلهم ،لكن وأثناء استفسارنا أكدت مصلحة الاستعجالات الجراحية أنها تخصص دفترا للمرضى بهدف إبداء تحفظاتهم أو المشاكل التي تواجههم أثناء تواجدهم بالمستشفى،لكن المرضى أنفسهم لا يشكون بل ينقلون مشاكلهم للغير خارج المستشفى .

السؤال (15): ما هو انطباعك عن الخدمات المقدمة عند مغادرتك المستشفى؟

الجدول(44): مدى رضا المرضى المراجعين عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة في المستشفى

البيان	التكرار	النسبة
راض جدا	18	22.5%
راض	44	55%
غير راض	10	12.5%
غير راض تماما	4	5%
المجموع	80	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يبدو أن المرضى المراجعين أكثر رضا من المقيمين، حيث نلاحظ إرتفاع نسبة المرضى الراضين إلى (55%) والراضين جدا (22.5%)، إذ أبدوا رضاهم عن مستوى الجودة في الخدمات وأنهم يحسون فعلا بأنهم حصلوا على الخدمة وفق ما كانوا يتوقعون

السؤال(16): هل تنوي البقاء كزبون (مسترفق prestataire) لمستشفى عين طاية؟

الجدول(45): مدى نية المرضى المراجعين في الوفاء للمستشفى

البيان	التكرار	النسبة
نعم	65	81.25%
لا	15	18.75%
المجموع	80	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

أكد المستنقصون نيتهم في متابعة العلاج بالمستشفى ما دام أنهم قد حصلوا على الخدمة وفق ما كانوا يتوقعون.

السؤال(17): هل ستحدث غيرك عن مستشفى عين طاية وما يوفره من خدمات؟

الجدول(46): مدى نية المرضى المراجعين في الترويج للمستشفى وخدماته

البيان	التكرار	النسبة
نعم	54	67.5%
لا	26	32.5%
المجموع	80	100%

المصدر: تحليل نتائج الإستقصاء بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

عبر أغلب المستقيين عن إنطباعاتهم الإيجابية للمستشفى وخدماتها، ويظهر هنا دور الكلمة المنطوقة التي يمكن أن تكون موجبة في حالة رضا المريض وسلبية في حال تدمره.

السؤال (18): ما الذي تقترح على المستشفى حتى تحسن من جودة خدماتها، وتحس بالرضا عنها؟

الجدول (47): إقتراحات وآراء المرضى المراجعين لتحسين خدمات المستشفى

الإقتراحات		نعم		لا		المجموع	
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
45	56.25%	35	43.75%	80	100%	80	100%
68	85%	12	15%	80	100%	80	100%
52	65%	28	35%	80	100%	80	100%
10	12.5%	70	87.5%	80	100%	80	100%

المصدر: من إجتهدنا بالإعتماد على البرنامج الآلي SPSS

يبين الجدول نواحي القصور التي يراها المريض في المستشفى وخدماتها، وأغلب إجاباتهم ركزت على ضرورة خلق المصالح الطبية المتخصصة التي أثر غيابها على أداء المستشفى ككل، كما أكد المرضى على ضرورة تحسين ظروف الإستقبال وتنظيمه خاصة على مستوى قسم الإستعجالات الجراحية الذي يعرف ضغطا دائما.

المطلب الرابع: حوصلة النتائج النهائية

بعد تحليلنا للمعلومات المتضمنة في قائمتي الإستبيان، ووصولنا إلى تحليل نتائج التحليل الإحصائي توضحت لنا النتائج التالية:

أولاً: نتائج إستبيان المرضى الداخليين:

❖ بلغت نسبة الذين سبق لهم العلاج بمستشفى عين طاية ما يعادل (81%)، وهذا ما أضفى مصداقية أكبر على نتائج الإستبيان، بدليل إستنادهم إلى تجربة علاج سابقة بالمستشفى، وتمكنوا ببساطة من مقارنة خدماتها مع المستشفيات الأخرى وأجمعوا على جودتها؛

- ❖ إحتلت الخدمة الصحية مركز الصدارة ضمن ترتيبات عناصر المزيج التسويقي (70%) بالنسبة للمرضى الداخليين، ما يعني الأهمية البالغة التي يوليها المريض لعنصر الخدمة الصحية؛
- ❖ أولى المرضى إهتماما آخر بعنصرين من عناصر المزيج التسويقي هما الأفراد والعمليات وهما من بين الثلاث عناصر التي أضيفت للمزيج التسويقي التقليدي، وهذا ما يعني أن إضافتهم إلى عناصر المزيج التسويقي كان له إنعكاس واضح وتأثير كبير على تحسين دوافع الشراء لدى المريض؛
- ❖ أبدى معظم المرضى الراقدين إرتياحا كبيرا لظروف إستقبالهم ورضاهم على أداء الأطباء، في مقابل إستياء من معاملة الفريق الشبه الطبي خاصة على مستوى قسمة أمراض النساء والتوليد وهو ما إنعكس سلبا على مستوى الرضا المتحقق لديهم
- ❖ معظم المرضى المقيمين حصلوا على معلومات حول حالتهم الصحية وشروحات حول التحاليل والاختبارات التي خضعوا لها؛
- ❖ بلغت نسبة المرضى الذين عبروا عن عدم نظافة الغرف إلى (50%)، ما يعني عدم رضاهم عن مستوى النظافة، وفي الوقت الذي يحمل فيه المريض المسؤولية كاملة للمستشفى تؤكد هذه الأخيرة أنها تنظف أكثر من مرة في اليوم، فمن هو المسؤول عن هذا المستوى المتدني؟ المريض أم عمال المستشفى؛
- ❖ سجلنا نسبة ملفة للانتباه فيما يخص مستوى الهدوء بالمصلحة ليلا، وإلتزاما كبيرا من طرف المستشفى بالنسبة لإجراء العمليات الجراحية؛
- ❖ لاحظنا أن أكبر إستياء سجل على مستوى قسمة أمراض النساء والتوليد،الذين أبدوا تذمرا واستياء كبيرين على خدمات المستشفى، وإعتبروا أن الجودة في الخدمات الصحية متوفرة لكن تنقصها جودة الخدمات التكميلية الداعمة؛
- ❖ لا تتدخل إدارة المستشفى في حل المشاكل المتعلقة بالمرضى، وإنما تدخلها يكون في حال التجاوزات الخطيرة في حق المريض، وبالتالي فالمسؤولية تقع على عاتق رؤساء الأقسام والمصالح الذين أبدى المستقوصون إرتياحا لمدى إهتمامهم بتسوية إنشغالاتهم خاصة بالنسبة لإجراءات الأشعة والتحاليل المختبرية ؛
- ❖ أبدى معظم أفراد العينة إرتياحا للجودة في الخدمات المقدمة وان كانت تعاني بعض النقائص لكن هذا لم يمنعهم من إبداء نيتهم في البقاء والولاء للمستشفى وخدماتها، وحتى نقل إنطباعاتهم للغير سواء كانت إيجابية أو سلبية وهنا يبرز دور الكلمة المنطوقة التي تعتبر سلاحا ذو حدين؛

❖ تلخصت معظم النقائص التي يراها المريض في نقص المصالح المتخصصة وعدم توفر الوسائل والأجهزة المتطورة خاصة على مستوى قسم التحاليل والأشعة الذين إشتكوا إنعدام أشعة السكانير مثلا ؛

أولا: نتائج استبيان المرضى المراجعين:

- ❖ أبدى معظم المستقصيين الذين سبق لهم العلاج بمستشفى عين طاية ،التحسن في مستوى الخدمات المقدمة مقارنة بفترة سابقة، ويعود هذا لكون المؤسسة العمومية الاستشفائية تم إعادة تقسيمها بعدما كانت تابعة للقطاع الصحي للروبية؛
- ❖ ركز أفراد العينة على عنصر الخدمة الصحية بدرجة كبيرة، ما يعني أن توفر الخدمة الصحية وفق ما تتطلب حالة المريض تعتبر أهم دافع للعلاج؛
- ❖ أبدى (57.5 %) من أفراد العينة إهتماما بكل أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة، لكن بنسبة اكبر عنصر توفر الخبرة والمهارة في الطاقم الطبي وهي التي تعبر عن بعد الأمان، ويليه الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي وهو ما يعبر عن بعد الاستجابة.
- ❖ أبدى المستجوبون رضا عن جودة الاستقبال، معاملة الأطباء، الفريق الشبه طبي،عكس المرضى الداخليين
- ❖ إن توفر جودة الاستقبال،جودة الأداء، والمعاملة اللائقة من طرف الفريق الطبي والشبه طبي كلها عوامل رفعت من مستوى الرضا المتحقق للمرضى المراجعين الذين أكدوا نيتهم في التعامل مجددا مع المستشفى (على الرغم من أن أغلبهم من القاطنين خارج عين طاية) وأكدوا عزمهم على نقل إنطباعاتهم الايجابية خارج المستشفى
- ❖ تلخصت معظم إنشغالات المرضى المراجعين في ضرورة خلق المصالح الطبية المتخصصة (ophtalmo - ORL- CCI) وتعزيز الأمن داخل المصالح.

خلاصة:

تعد الصحة حقا ثابتا لجميع الأفراد دون تمييز، وقد صنفنا من طرف المنظمة العالمية للصحة على أنها مؤشر من مؤشرات التنمية، لذا أصبحت الدول تولي إهتماما بالغا بالصحة ومتطلباتها، سعيا منها للنهوض بهذا القطاع، وقد حذت الجزائر حذو نظيراتها من هذه الدول، على الرغم من أنها ورثت قطاعا متقللا بالمشاكل، أثر على واقع الصحة في البلاد، لكنها تداركت الوضع وأضحت توفر ميزانيات ضخمة للرقى بهذا القطاع الحساس.

وفي محاولة منا للإقتراب أكثر من واقع هذا القطاع، كانت لنا دراسة ميدانية بأحد المستشفيات العمومية التي أثبتت عن جدارة أحييتها في الإنتماء للقطاع الصحي الجزائري، إذ تسعى المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية جاهدة لإحتواء حاجات الأفراد من شتى المناطق، وهذا ما جعلها تشهد ضغطا كبيرا أثر على قدرتها في إستيعاب كل هذه المدخلات.

من خلال دراستنا التطبيقية بهذه المستشفى، توضح لنا التباين في مستوى الرضا المتحقق بين المرضى المقيمين والمراجعين، إذ أبدى المراجعون رضاه عن خدمات المستشفى (الإستقبال، التوجيه، الخدمات، الجودة، الإهتمام، المعاملة، الأداء) مع الإشارة لبعض النقائص التي رؤوا أن توفرها ضروري لكنها لا تؤثر سلبا على مستوى رضاهم

في المقابل أبدى المرضى المقيمين خاصة على مستوى قسمي التوليد وأمراض النساء تذمرا مصحوبا بعدم الرضا عن بعض الخدمات، يأتي في مقدمتها سوء المعاملة من طرف الفريق الشبه الطبي وهو مشكل يمكن للمؤسسة التحكم فيه من خلال إتخاذ إجراءات صارمة من الأفراد المسؤولين عن ذلك، وكذا نظافة الغرف التي تعتبر مشكلا يؤرق الكثيرين منهم ويدفعهم للتخلي عن المستشفى.

في ظل هذه المعطيات أصبح من الواجب على المستشفى أن تأخذ بعين الاعتبار هذه النقائص والمشاكل ومحاولة إحتوائها، حتى لا تكون سببا في زعزعة صورتها ومصداقية تعاملها مع المرضى الحاليين والمرقبين.

الخاتمة العامة:

أصبحت المؤسسات الصحية اليوم تواجه مشكلات تدل في مجملها على إنخفاض ثقة الزبون (المستفيد) بها لذلك كان عليها إنتهاج مسار الجودة لإسترجاع الثقة المفقودة ولتعزيز ذلك التواصل مع زبائنها والحفاظ عليهم متأملة في ذات الوقت زيادة رضا وولاء الزبون المستفيد ليكون سفيرا مروجاً لها عبر الكلمة المنطوقة الموجبة التي وعلى بساطتها تعد أكثر الوسائل الترويجية تأثيراً ووقعا على نفسية الزبون. وعلى الرغم من أن هناك أمورا بيد الله سبحانه و تعالى، فقد ينتهي أجل المريض، حتى ولو كان الطب قد بذل كل ما في وسعه، إلا أن للبيئة المادية التي تتم بها العملية، وكفاءة الطبيب ومعاملة الممرضين وجودة الأداء وخدمات الإيواء أهمية بالغة لدى الزبون وكلها معايير ستشهد على جودة الخدمة الصحية بوجهها العام بغض النظر عن مسألة الحياة و الموت

حاولنا من خلال هذه الدراسة المنطوية تحت إشكالية: **ما مدى أهمية الجودة في تحقيق رضا الزبون؟** و **ما مدى إنعكاس هذا الطرح على زبائن مستشفى عين طاية؟** تحليل و معالجة جودة الخدمة الصحية من منظور رضا الزبون، فحاولنا الإحاطة بجوانب متغيري الجودة والرضا كل على حدا، لندرس بعد ذلك طبيعة ومدى العلاقة بينهما ، بغية الوصول إلى تحديد درجة تأثير جودة الخدمة الصحية على الرضا المتحقق لدى الزبائن المرضى، فكان لنا أن توصلنا في إطار مناقشة الموضوع إلى تحديد مدى صحة الفرضيات التي إنطلق منها هذا البحث، وكانت كما يلي:

- ❖ أثبتت دراسة الفصل الأول صحة الفرضية الأولى، إذ تبين أن للخدمة الصحية أهمية كبيرة لا تنحصر في مجرد الحصول على العلاج، بل تشمل كل الخدمات المقدمة منذ دخول المريض المؤسسة إلى غاية خروجه منها وهو ما يعرف بالخدمة الجوهري والخدمات التكميلية الداعمة، كما وتحثل ذات الأهمية ضمن عناصر المزيج التسويقي الصحي، لأن عدم توفر الخدمة الصحية وفق ما تتطلب حالة الزبون الصحية تجعله غير مكترث لتوفر العناصر الأخرى.
- ❖ أثبتت دراسة الفصل الثاني صحة الفرضية الثانية، حيث تبين فعلا أن الزبائن المرضى يقيمون جودة الخدمة الصحية إستنادا إلى معايير تمثلت في: الجوانب الملموسة، الإعتمادية الأمان التعاطف، الاستجابة، لكن أهمية هذه المعايير تختلف من زبون لآخر .
- ❖ أثبتت دراسة الفصل الثالث صحة الفرضية الثالثة، إذ ثبت وجود علاقة طردية بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون، فكلما تحسن مستوى الجودة في الخدمة الصحية المقدمة ، كلما زاد ذلك من مستوى الرضا المتحقق للزبون.

❖ في حين أثبتت دراسة الفصل الرابع صحة الفرضية الرابعة، إذ تبين أن تبني مستشفى عين طاية لسياسة الجودة في الخدمات التي تقدمها هو الضمانة الأساسية للإرتقاء برضا مستفيديها وولاءهم لها

نتائج الدراسة:

إن وصولنا إلى تأكيد أو رفض صحة الفرضيات التي بني عليها بحثنا، كان على حساب جملة من النتائج التي تم التوصل إليها على المستويين النظري والتطبيقي، وكانت كما يلي:

أولاً: نتائج الدراسة النظرية:

يمكن أن نوجز نتائج الدراسة النظرية في النقاط التالية:

- تتميز الخدمات عموماً والصحية على وجه الخصوص بمميزات فريدة، تتطلب مهارات وأساليب فريدة أيضاً لتسويقها في عالم صار لا يثق إلا بالأشياء التي يراها ويلمسها، ويحتفظ بها.
- تمارس المؤسسات الصحية الأنشطة التسويقية وهي غير مدركة لذلك، بدليل اعتماد كل مؤسسة لمزيج تسويقي صحي، يتكون من العناصر الرئيسية التي تستخدمها في دعم و تقوية مركزها التنافسي في السوق الصحي، وإشباع إحتياجات الزبائن من المرضى وعامة المجتمع.
- إن أكبر هم يواجهه مقدمي الخدمات الصحية هو تطوير أو إيجاد إستراتيجية متقنة لإدارة الدليل المادي لتعزيز وتمييز الخدمات عبر خلق ميزات أو جوانب ملموسة كمساهمة الأجهزة والمكان والناس والرموز في تحقيق أهداف المؤسسة في مكان نظيف يعزز كفاءة أداء العاملين بسرعة ودقة وفعالية دون أخطاء.
- العمل في المؤسسات الصحية غالباً ما يكون تحت ظل من الإضطراب النفسي والعاطفي، لكن هذا لا يعني بالطبع عدم وجود العقلانية في إتخاذ القرارات وإنما تسيطر أحياناً النواحي العاطفية والنفسية، كما تتعامل إدارة المؤسسات الصحية بخدمات لا يمكن تقديرها بثمن وبالتالي فتحدد قيمة المخرجات تزداد صعوبة وتزداد معها صعوبة نجاح إدارة المؤسسة الصحية التي لا تقبل الخطأ خاصة الحكومية منها.
- جودة الخدمة الصحية تخضع في العادة لرأي المريض، ويعتمد رأي المريض على مجموعة من المتغيرات أهمها: وقت الحصول على الخدمة، مكان تقديم الخدمة، درجة الإستفادة من الخدمة و إتجاهات المريض الشخصية.

- نظام إدارة الجودة الشاملة، هو نظام متكامل يؤدي إلى فعالية الأداء من خلال الإستخدام الأمثل للموارد المالية والبشرية والتنظيمية الخاصة بالخدمات وتحسين العلاقات بين العاملين ببعضهم البعض، و بين المرضى المستفيدين من الخدمات، إلى جانب تطوير قنوات الاتصال بينهم و الإهتمام بالتدريب والإبداع في العمل بما يؤدي إلى توفر ظروف عمل أكثر راحة وطمأنينة تنعكس على أداء أفضل وتحسين الخدمات وجودتها
- إن إدارة الجودة الشاملة أصبحت مطلباً من مطالب المستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية، خاصة بعد أن زاد وعيهم بأهمية التحسين المستمر لجودة الخدمة التي يحصلون عليها لتلبي أي تغيرات تطرأ في إحتياجاتهم المتجددة والمعقدة، بما يقلل من شكواهم ويزيد من ثقتهم في المؤسسات الصحية المسؤولة عن تلك الخدمات
- الخطوة الأولى في العلاج هي معرفة شكوى وإحتياج المريض، أما الهدف النهائي فهو معالجة أو التغلب على هذه الشكوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا الزبائن بطرق يمكن الإستدلال منها على مدى جودة الخدمة.
- يعتبر معيار الجودة أهم مؤشر يستند إليه الزبائن للمفاضلة بين المؤسسات الصحية بغض النظر عن السعر الذي أصبح المريض الجزائري يغض الطرف عنه إذا تعلق الأمر بحالته الصحية.
- إن إتخاذ قرار الشراء لدى الزبون يتأثر بعدد من العوامل التي تحفز أو تحد من الإقدام على التعامل مع الخدمة، و يقدر تعلق الأمر بالزبائن المتعاملين مع المؤسسات الصحية فإنهم يتأثرون بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي للزبون .
- جودة خدمة الزبون ونجاحها مرتبط بمجموع النظم والأساليب التي يستعملها العاملون لتقديم خدمات بالإعتماد على المهارات والقدرات الشخصية في التعامل مع المستفيدين بصورة مميزة وجذابة وهذا ما يضمن إستمرار العلاقات التفاعلية و التبادلية على المدى الطويل مما يكسبها ميزة تنافسية تضمن بقاء وإستمرار المؤسسة وتعود عليها بالفائدة.

نتائج الدراسة التطبيقية:

يمكن حوصلة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية فيما يلي:

- يولي مستشفى عين طاية اهتماما خاصا للخدمة الصحية وجودتها، بإعتبارها المعيار الأهم لرضا الزبون، كما وتحل الخدمة الصحية مركز الصدارة ضمن عناصر المزيج التسويقي الصحي للمستشفى.

- أغلب المرضى كانوا راضين عن الإستقبال على مستوى القبول على الرغم من شكوى إدارة المصالح الاستشفائية الداخلية، التي أكدت أن عملية الاستقبال يتكفل بها رجال أمن وليس مختصون في المجال
- الضغط الكبير الذي تعرفه المصالح الاستشفائية للمؤسسة، خاصة مصلحة التوليد و أمراض النساء، هذا ما أدى إلى سوء التحكم و التسيير على مستوى هذه المصلحة
- غياب عدة مصالح أساسية كجراحة الأعصاب، طب القلب، طب العيون، الطب الشرعي، إذ تضطر المستشفى إلى إرسال المريض للمؤسسات الاستشفائية المجاورة
- عدم اعتماد مستشفى عين طاية لنظام إدارة الجودة الشاملة إنعكس على مستوى التناسق بين المستويات الإدارية

الإقتراحات و التوصيات:

بعد عرض جملة النتائج النظرية والتطبيقية المتوصل إليها، يمكننا صياغة الإقتراحات والتوصيات فيما يلي:

- الترحيب بالشكاوى المقدمة من طرف الزبون والاهتمام بمعالجتها، وإعتبارها فرصة لإكتشاف الضعف ومباشرة الإجراءات التصحيحية، ليتحول الزبون المشتكي إلى زبون وفي للمستشفى
- تعزيز الوعي الصحي لدى الزبائن بتشجيع حملات التوعية و البرامج الوقائية، ومحاولة توفير الحد الأدنى من التغطية الصحية على كامل التراب الوطني.
- المراقبة المستمرة والدائمة للمستشفيات وأدائها، ومحاولة تطبيق المعايير الدولية بها، مثل معايير الايزو.
- الاهتمام بالمؤسسات الصحية في المناطق الجنوبية و المعزولة لنقل صيغ ضغط العدد الكبير للمستفيدين من خدمات المستشفيات في المدن الكبرى.
- توفير المعدات والأجهزة الطبية الحديثة، إذ لا يتوفر على سبيل المثال_ مستشفى بحجم مستشفى عين طاية على أشعة السكانير، ونحن نعيش القرن الحادي والعشرين، هل يعقل هذا؟
- عدم التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص، وسعي كل منهما إلى الإرتقاء على حساب الآخر هو ما أوصل القطاع الصحي الجزائري لهذه الوضعية.

آفاق البحث:

نأمل أن يفتح هذا البحث مجالا واسعا لبحوث تتناول الموضوع من جوانب أخرى، و تثري نقاط لم يسعنا المجال لذكرها، آمليين أن لا يتوقف البحث في المجال الصحي وأفاقه عند هذه المذكرة، ونقترح جملة من المواضيع ، لعل أن تجد لها صدا بين الباحثين :

- مستوى رضا الزبون عن خدمات المستشفيات العمومية.
- أثر تبني المؤسسات الصحية لنظام إدارة الجودة الشاملة على رضا الزبون.
- واقع وآفاق الإصلاح الصحي في الجزائر وإنعكاساته على جودة الخدمات في المستشفيات.
- دراسة مقارنة بين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية والمستشفيات الخاصة.
- تحليل جودة الخدمة الصحية من منظور تسويقي.

قائمة المراجع

الكتب باللغة العربية

1. أبي سعيد الديوه جي، المفهوم الحديث لإدارة التسويق، المفهوم الحديث لإدارة التسويق دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2008 .
2. أحمد الغدير، سعيد الرشاد، سلوك المستهلك -مدخل متكامل-، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون طبعة.
3. أحمد محمد المصري، إدارة المستشفيات -سلسلة إدارة المنشآت الخاصة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، بدون طبعة، 1998.
4. أحمد شاكر العسكري، التسويق مدخل استراتيجي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان بدون طبعة، 2002.
5. أحمد شاكر العسكري، التسويق مدخل استراتيجي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان بدون طبعة 2000 .
6. أحمد الرمحي ،ثامر البكري، تسويق الخدمات المالية ،أترك للنشر والتوزيع الشارقة الطبعة الأولى، 2008.
7. إسماعيل إبراهيم القزاز وآخرون SIX SIGMA و أساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الأردن، الطبعة الأولى، 2009.
8. المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 1998.
9. المساعد زكي خليل ، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج، عمان، الطبعة الأولى 2006
10. أيمن علي عمر، أساسيات متقدمة في التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة 2007_2006.
11. أيمن علي عمر ، قراءات في سلوك المستهلك ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع الإسكندرية ، بدون طبعة 2005.
12. أدريان بالمر، ترجمة شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات ، مجموعة النيل العربية القاهرة، الطبعة الأولى، 2009.

13. تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن الطبعة الأولى، 2005.
14. ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة و جودة الخدمات اللوجستية مفاهيم و طرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2006.
15. ثامر ياسر البكري، التسويق - أسس و مفاهيم معاصرة -، دار اليازوري للنشر والتوزيع الأردن، الطبعة العربية، 2006.
16. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن الطبعة العربية، 2005.
17. ثامر ياسر البكري، الاتصالات التسويقية والترويج، دارحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2006.
18. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، للنشر والتوزيع، الأردن الطبعة العربية، 2005 .
19. جيني هايز، فرانسيس دريدج، إدارة خدمة العملاء، قسم الترجمة بدار الفاروق للإستثمار القاهرة، الطبعة الأولى، بدون سنة نشر.
20. جمال الدين ، دليل فن خدمة العملاء و مهارات البيع - مدخل لتحقيق ميزة تنافسية في بيئة الأعمال المعاصرة، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، بدون سنة نشر .
21. حيدر علي المسعودي، إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا، مكتبة اليازوري عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2010.
22. حسن ذنون علي البياني، المعايير المعتمدة في اقامة المستشفيات وجهة نظر معاصرة دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.
23. حنين حريم، إدارة المنظمات - منظور كلي -، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن بدون طبعة، 2003.
24. حميد الطائي، بشير العلق، إدارة عمليات الخدمة، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان الأردن، الطبعة العربية، 2009.
25. حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات - مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي - دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009.

26. حسين عبد العال محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة و المواصفات القياسية (الايزو 9014,9000) وأهم التعديلات التي أدخلت عليها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، بدون طبعة، 2006 .
27. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعد، إدارة الجودة الشاملة - تطبيقات على القطاع الصحي ردمك للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى، 1998.
28. راتب جليل الصويص، محمد عبد العال النعيمي، SIX SIGMA تحقيق الدقة في إدارة الجودة مفاهيم وتطبيقات، دار إثراء للنشر والتوزيع عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
29. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع الأردن بدون طبعة، 2008.
30. رعد عبد الله الطائي، عيسى قعادة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2008 .
31. رعد حسن الصرف، عولمة جودة الخدمة المصرفية، دار الوراق للنشر والتوزيع والتواصل، دمشق، بدون طبعة، 2007.
32. رودرك ماكينلي، تحقيق الجودة - الدليل العلمي لتطبيق الجودة - ، ترجمة بن معاذ المعيوف، آفاق الإبداع للنشر والإعلام، الطبعة الأولى، 1999.
33. ريتشارد نورمان، نقله إلى العربية عمرو الملاح، إدارة الخدمات، دار عبيكان للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى، 2005.
34. ريتشارد ويتلي، ويليامز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة - سلسلة العمل بنكاء-ترجمة مكتبة جرير، المملكة العربية، السعودية، بدون طبعة، 2004.
35. زاهر عبد الرحيم عاطف ، مفاهيم تسويقية حديثة ، دار الراية للنشر والتوزيع عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2009
36. سليمان شكيب الجبوشي، تسويق الخدمات المالية، دار وائل للنشر والتوزيع الأردن، الطبعة الأولى، 2009.
37. سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، الجودة و الاعتماد الأكاديمي لمؤسسات التعليم العام والجامعي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
38. سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة - تطبيقات في الصناعة والتعليم ، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2007.

39. سيد محمد جاد الرب، الإتحافات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية-مراجع ادارة الأعمال-، مطبعة العشري، جامعة قناة السويس، بدون طبعة، 2008.
40. سامي أحمد محمد مراد ، دور اتفاقية تحرير تجارة الخدمات الدولية الحانس في رفع كفاءة أداء الخدمات المصرفية، المكتب العربي للمعارف، القاهرة، الطبعة الأولى، 2005 .
41. صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات و المراكز الصحية، دار الفكر، المملكة الهاشمية عمان، الطبعة الاولى، 2009.
42. صونيا محمد البكري، ادارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، لا توجد طبعة 2004_2003.
43. صالح زكريا الدوري، الفكر الاستراتيجي و انعكاساته على نجاح منظمات الأعمال- قراءات و بحوث-، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع الأردن، الطبعة العربية، 2009.
44. طارق طه، التسويق بالانترنت و التجارة الالكترونية، دار الفكر الجامعي الإسكندرية مصر، 2008.
45. طلال الأحمدى، ادارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، بدون طبعة 2004.
46. عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة - وجهة نظر -دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2001 .
47. عبد العزيز أبو نبعة، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع الأردن، 2005.
48. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الإتحافات الحديثة في ادارة المستشفيات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر الجديدة، 2003.
49. عبد الحميد عبد المجيد البلداوي، زينب شكري محمد نديم، ادارة الجودة الشاملة والمعولبة" الموثوقة" و التقنيات الحديثة في تطبيقها واستخدامها، دار الشروق، 2007 .
50. عبد المهدي بواعنة، ادارة الخدمات و المؤسسات الصحية- مفاهيم و نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية-، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى 2004.
51. عبد الرحمن توفيق، 50 طريقة للاحتفاظ عملاءك للأبد، مركز الخبرات المهنية للإدارة بميك، 1997.
52. عائشة مصطفى المنياوي، سلوك المستهلك، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1998 .

53. علي فلاح الزغبى، إدارة التسويق، منظور تطبيقي إستراتيجي، دار اليازوري العلمية الأردن، الطبعة العربية، 2009
54. عوض بدير حداد، تسويق الخدمات المصرفي، دار البيان للطباعة والنشر، الطبعة الأولى 1999.
55. غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات ، سلسلة إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية ، دار زهران، عمان، الأردن، بدون طبعة، 1998.
56. فوزي مدكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة الطبعة الأولى، 1998 .
57. فريد كورنثل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، الجزائر الطبعة الأولى، 2009.
58. فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية - تكامل العلاج و الدواء-، الدار الجامعية، جمهورية مصر العربية، الطبعة الأولى، 2007.
59. فريد محمد الصحن، طارق طه ، إدارة التسويق في بيئة العولمة و الانترنت، الدار الجامعية الجديدة، الإسكندرية، 2004.
60. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، 2008.
61. فواز التميمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للايزو (9001)، دار نشر جدارا للكتاب العالمي، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
62. فليب كوتلر وآخرون، ترجمة مازن نفاع ، التسويق - السلوك - الأسواق - البيئة - المعلومات، منشورات دار علاء الدين ، دمشق ، 2002.
63. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2005 .
64. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات - مفاهيم عمليات، تطبيقات دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة العربية الأولى، 2006.
65. كاسر ناصر، سلوك المستهلك - مدخل الإعلان دار حامد للنشر والتوزيع، بدون طبعة عمان 2006.
66. مأمون الدرادكة ، طارق الشلبي، الجودة في المنظمات الحديثة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2002.

67. محفوز أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2004.
68. محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلاق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2002.
69. محمود جاسم الصميدعي، ايهاب علي القزم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2007.
70. محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، سلوك المستهلك، دار المناهج عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2002.
71. مهدي صالح السمرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2007.
72. مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية القاهرة، الطبعة الأولى، 2008.
73. مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف جسيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك الى المستهلك - منهج كمي -، الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004.
74. منى شفيق، التسويق بالعلاقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات مصر الجديدة، بدون طبعة، 2005.
75. مات سيقر، الترجمة بالاعتماد على خالد العامري، المرجع العالمي لإدارة الجودة الشاملة دار الفاروق للنشر والتوزيع، الجيزة، مصر، الطبعة العربية الأولى، الطبعة الأجنبية الثالثة، 2003.
76. مضر زهران، إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن بدون طبعة، 2006.
77. محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.
78. محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات و الوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007.
79. محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في محالي الصحة و التعليم، المنظمة العربية للدراسات، الإسكندرية، بدون طبعة 2005.
80. محمد المصري، إدارة و تسويق الأنشطة الخدمية، الدار الجامعية، الإسكندرية 2002_2001.

81. محمد الصيرفي، الحودة الشاملة - طريقك للحصول على شهادة الأيزو -، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2006.
82. محمد عبد العال النعيمي و آخرون، إدارة الحودة المعاصرة - مقدمة في إدارة الحودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات -، دار اليازوري للنشر والتوزيع عمان، الأردن الطبعة العربية، 2009.
83. محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الحودة الشاملة، دار اليازوري، الأردن، الطبعة العربية 2005.
84. محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة 2002.
85. محمد فوزي العبادي و آخرون، إدارة الحودة الشاملة في التعليم الجامعي، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
86. محمد سمير احمد، الحودة الشاملة و تحقيق الرقابة في البنوك التجارية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2009.
87. محمد رياض، دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الحودة الواصفات العالمية: ISO 9000، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر العربية، بدون طبعة، 2005.
88. محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع عمان، الأردن، بدون طبعة، 2010.
89. محمد عبد الفتاح محمد، إدارة الحودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية، دار الفتح للتجليد، الإسكندرية، بدون طبعة، 2008.
90. محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، نشر وتوزيع معهد الإدارة العامة للبحوث المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 1990.
91. محمد سالم الشموط، شوقي ناجي جواء، إدارة سلسلة التوريد، علاقات الموردين - مدخل إداري، إثراء للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
92. محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات و الوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007.
93. محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة التسويق مدخل معاصر، الدار الجامعية الإسكندرية 2008.

94. محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة و البيئة ISO 9000 ISO 14000، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان ، الطبعة الأولى، 2002 .
95. نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، التسويق مفاهيم معاصرة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، طبعة مزيدة ومحكمة، 2006.
96. نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2009.
97. ناجي معلا، رائف توفيق، أصول التسويق، دار وائل للنشر والتوزيع الأردن، الطبعة الثالثة، 2005.
98. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، 2008
99. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الرابعة 2008.
100. هناء عبد الحليم سعيد، إدارة التسويق، مركز كومبيوتر، كلية الصيدلة القاهرة بدون طبعة، 1993.
101. يوسف جسيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبون، السوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2010.

الرسائل والأطروحات:

1. عدنان مريزق واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه كلية العلوم الاقتصادية وعلوم النشر، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007.
2. أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير فرع تخطيط، كلية العلوم الاقتصادية جامعة الجزائر، 2001/ 2000.
3. حاوش نور الدين، النظام الصحي في الجزائر بين الأهداف السياسية والواقع الاقتصادي مذكرة ما بعد التخرج المتخصص غير منشورة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية 1999.
4. رشا حسين عبد العزيز مصطفى، قياس رضا العملاء عن جودة السلع الاستهلاكية المعمرة بالتطبيق على شركات قطاع الأعمال العام، رسالة ماجستير، فرع إدارة الأعمال جامعة عين شمس، 1998.
5. بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009.

6. حاتم نجود، تفعيل رضا الزبون كمدخل استراتيجي لبناء ولائه، رسالة تدخل ضمن متطلبات شهادة الماجستير، قسم العلوم التجارية، 2006/2005.

7. سكر فاطمة الزهراء، أهمية تعزيز الجودة في رفع رضا العميل، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، قسم العلوم التجارية، جامعة الجزائر 2007.

المجلات و المقالات

1. محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الحامعي ومشفى الباسل، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية و القانونية، المجلد 27 العدد الثاني، 2005 .

2. أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة.

المؤتمرات والتقارير

1. عبد الرحمن بن عبد الله الشقاوي، ورقة بحثية بعنوان: نحو أداء أفضل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السعودية، مقدمة لندوة: الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440هجري محور الشراكة بين القطاعين العام الخاص، وزارة التخطيط، المملكة العربية السعودية، أكتوبر 2002.

2. المؤتمر العلمي المنعقد بكلية العلوم الاقتصادية و العلوم الإدارية تحت عنوان: الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، الأردن، 26- 27 نيسان 2007 حيث تم اعتماد مداخلة كل من السادة :

- خالد محمد طلال بني حمدان، بحث مقدم بعنوان: الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات متعددة المصادر .
- بشرى عبد الوهاب محمد حسن، بحث مقدم بعنوان، تكاليف الجودة أفكار جديدة لمفهوم قديم، بغداد.
- محمد سلام الشيايب، موفق علي الخليل، اثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على النتائج المالية للمؤسسات المالية المدرجة في سوق عمان المالي.
- خالد حسين علي المرزوك، احمد خليل حسين الحسيني، بحث مقدم بعنوان محددات إدارة الجودة الشاملة لتوجهات خصخصة منشآت الأعمال في العراق.
- هوارى معراج، بحث مقدم بعنوان جودة الخدمات البنكية و تأثيراتها على رضا الزبائن.
- قاسم نايف علوان المحياوي، فتيحة أبو بكر إدريس، استخدام نموذج الفحوات لقياس جودة الخدمات الصحية .

3. محمد سلمان العميان، الفرص والتحديات لمنظمات الأعمال العربية، مؤتمر إدارة الأعمال الأول مستجدات الألفية الثالثة-،الجامعة الأردنية، الأردن 3الى5 ايار 2005 .
4. فهد بن معتاد الحمد ، صالح بن عبد الرحمان الشهيب ، ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها المنعقدة بمعهد الإدارة العامة ،المملكة العربية السعودية ،1999.
5. محمد ريجان، خدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث بعنوان: الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات، الشارقة، من5الى7 كانون الأول،2004.
6. بشير عباس العلق ، التسويق عبر العلاقات المستندة للتكنولوجيا ، ملتقى التسويق في الوطن العربي ،الشارقة ،15-16 أكتوبر،2002.
7. الآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء ، تقرير حول حالة تنفيذ برامج العمل الوطني في مجال الحكامة ، نوفمبر 2008 .

Les Références en Français

1. Christophe Allard, le Management de la Valeur Client , Dunod , Paris 2002.
2. Christopher Lovelock , J.witz Marketing des Services ,Pearson Education , France,5^{eme} édition, 2004.
3. Christiane Dumoulin, Jean Paul, Entreprise de Services, les édition d'organisation, Paris ,2eme Edition, 1998.
4. Christian Michon, le Marketeur – Fondements et nouveautés du Marketing, Pearson éducation,2eme édition,2006.
5. Claude Demeure , Marketing , Duros, Paris ,6^{eme} édition , 2008.
6. Coutell Brillet, Véronique Degarete, Marketing de l'analyse a l'action Pearson éducation, 2004.
7. Daniel Ray ,Mesurer et Développé la Satisfaction client ,éducation d'organisation, paris ,2001.
8. Denis Darpy, Pierre Vole , le Comportement du Consommateur- concepts et outils , Dunod , France , 2003.
9. Daniel Duret, Mourice Pillet, Qualité en production :de ISO9000a SIX sigma,2^{eme} édition d'organisation, paris,2002.
10. François Caby, la Qualité dans les services, édition economica Paris,2002.
11. Francis Peigne , Notre Ssystème hospitalier Et son avenir, édition ENSP, Paris,1991.

12. Gilbert Rock, Mare Josée, **le Service a la clientèle**, la dose édition de renouveau pédagogique, Canada, INC, 2006.
13. Geran Lapeyre, **Garantir des services**, les Editions d'organisation, Paris 1998.
14. H, Math , et autres , **le Service global : innovation et stratégies international et développement dans les services** , maxima Paris 1997.
15. Jean marie Gogue, **les Samourais de la qualité – les homme que ont fonde le management moderne**, economica, Paris, 1999.
16. Jean-Marie Grogne .**les Samourais de la qualité, les homme que ont fonde le management moderne.** Economica, paris .1990
17. Lindon Denis , jallat Frederic , **le Marketing** , dunod ,Paris , 5 eme edition , 2005.
18. L. Bergengehouwen, et autres,**100 Questions pour comprendre et agir les normes ISO9000** ;Imprimerie Chirat, France,2003.
19. Philipe Kotler, et autres, **Marketing Management**, publie Ennio Paris,11eme Edition, 2003.
20. Philipe kotler, et autres, **Marketing Management**, Pearson éducation France ,13eme édition,2009.
21. Pierre Frutiger , Jean Marie Fessler ,**La Gestion hospitalier médicalisée-gérer la sante**, éditeur ,Paris,1991.
22. Pierre Eglier, Eric Langeard ,**Servuction : Marketing des services** déficience international, Paris,1999.
23. Richard Ladwin, **le Comportement du Consommateur et de l'acheteur**, édition economica, Paris, 2eme, édition,2003.
24. R.Brenneman, S .Sépari, **E'conomie d'entreprise**, Dunod, Paris, 2001.

MEMOIRS ET THESES:

1. Mourad Nacer, **l'importance de l'application du management de la qualité total pour l'amélioration de la capacité concurrentielle dans l'entreprise**, IDARA : revue semestrielle éditée par le centre de documentation, numéro 2 2007.
2. Lamri L arbi, **le financement du système de santé algérienne réalités en jeux et perspectives**, le gestionnaire, revue de l'école nationale de sante publique, N spécial, juillet Alger, 1998.
3. Kaid Nouarra, **le système de santé Algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a Travers la Santé des enfants dans la wilaya de Bejaia**, Thèse de doctorat en Sciences économiques, université d'Alger 2003

Les séminaires

1. République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la sante **séminaire sur le développement d'un système de santé** l'expérience Algérienne, Alger, 1985

Les rapports.

1. **Algérie 1999 -2008 une Décennie De réalisation**, synthèse du rapport de l'Algérie sur l'état de mise en œuvre du programme d'action en matière de gouvernance, Novembre 2008.

مواقع الإنترنت

1. <http://www/sahara.com/inde>
2. WWW.alryadh.com

مراجع أخرى:

1. **حصة - اقتصادنا - موضوع الحلقة : الإقتصاد الصحي بين العرض و الطلب، بثت على القناة الأرضية بتاريخ 22 - 05 - 2010 على الساعة 18:10.**

الإستبيان مخصص للمرضى المقيمين

سلام الله عليكم وبعد:

في إطار قيامنا بالتحضير لمذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الماجستير، تحت عنوان:

أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون

و في سياق بحثنا الميداني في مستشفى عين طاية، يطيب لنا أن نضع بين أيديكم نسخة من الاستبانة المتضمنة عددا من الأسئلة، يرجى منكم قراءة كل سؤال بتمعن و إختيار الإجابة التي تعكس الواقع، دون الحاجة لذكر ما يشير للشخصية، و نؤكد لكم أن الإجابات ستوظف لإغراض البحث العلمي لا أكثر

شكرا على مساهمتكم و لكم دوام الصحة و العافية

اجب عن الأسئلة التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

المعلومات الشخصية:

1. الجنس: ذكر أنثى
2. السن: أقل من 20 سنة من 20 إلى 30 سنة من 31 إلى سنة 40 سنة من 41 إلى 50 أكثر من 50 سنة
3. محل الإقامة: عين طاية خارج عين طاية
4. مدة الإقامة: من يوم إلى 7 أيام
- من 8 أيام إلى 15 يوم
- من 15 إلى 30 يوم
5. المصلحة التي تعالج بها: قسم طب الأطفال قسم التوليد
- قسم أمراض النساء قسم الاستعجالات الطبية
- قسم الطب الداخلي
6. هل تعالج لأول مرة بمستشفى عين طاية؟ نعم لا (الانتقال إلى السؤال 8)
7. من خلال تعاملك مع مستشفى عين طاية سابق وحاليا، هل ترى تحسنا في الخدمات المقدمة؟ نعم لا نوعا ما
8. هل سبق و أن عالجت بمستشفى آخر نعم لا (الانتقال إلى السؤال 10)

9. إذا كانت إجابتك بنعم ،كيف وجدت خدمات مستشفى عين طاية مقارنة بالمستشفى الذي عالجت به؟

جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

10. ما الذي دفعك للعلاج بهذا المستشفى

تقديم الخدمة وفق ما تتطلبه حالتك الصحية توفر الأقسام للعلاج وسهولة الوصول إليها
إنخفاض تكلفة الحصول على الخدمة السمعة الطيبة التي تعرفها عن المستشفى
تقديم الخدمة طبقا للمواعيد المحددة تفهم حاجاتكم من طرف الطاقم الطبي والشبه طبي
موقع المستشفى ونظافة بيئتها داخليا وخارجيا كل ما سبق

11. عند دخولك المستشفى ما أكثر شئ تركز عليه؟

توفر المستشفى على المعدات و الأجهزة
توفر عدد كاف من العاملين لخدمتكم و تبادل عامل الثقة بينكم
إيلاء المستشفى إهتمام خاص بكل مريض ووضع مصلحتكم نصب عينها
توفر الخبرة و المهارة في الطاقم الطبي
الرد الفوري على استفساراتكم و شكاويكم
كل ما سبق

12. كيف تجدون ظروف استقبالكم؟

جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

13. ما هو تقييمكم لمعاملة الأطباء؟

جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

14. ما هو تقييمكم لمعاملة الشبه الطبيين؟

جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

15. خلال إقامتكم ،هل حصلتم على شروحات حول حالتكم الصحية؟

نعم لا

16. هل تحسون بالأمان و الاطمئنان داخل الغرف؟

نعم لا

17. ما إنطباعكم عن نظافة الغرف؟

نظيفة جدا نظيفة غير نظيفة غير نظيفة تماما

18. هل أنتم راضون عن مستوى الهدوء في المصلحة؟

نعم لا

19. ما إنطباعكم عن مواعيد إجراء العمليات الجراحية؟ (عافكم الله)

لم أنتظر معقولة طويلة لم أقم بالعملية

20. هل تبدي إدارة المستشفى إهتماما بالمشاكل المتعلقة بحالتكم؟

نعم لا

21. ما مدى رضاك عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة في المستشفى؟

راض جدا راض غير راض غير راض تماما

22. هل تنوي البقاء كمسترفق prestataire لمستشفى عين طاية؟

نعم لا

23. هل ستحدث غيرك عن مستشفى عين طاية و ما يوفره من خدمات؟

نعم لا

24. ما الذي تقترحه على المستشفى حتى تحسن من جودة خدماتها، و تحس أنت بالرضا عنها؟

.....
.....
.....

الإستبيان مخصص للمرضى المراجعين

سلام الله عليكم وبعد:

في إطار قيامنا بالتحضير لمذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الماجستير، تحت عنوان:

أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون

و في سياق بحثنا الميداني في مستشفى عين طاية، يطيب لنا أن نضع بين أيديكم نسخة من الاستبانة المتضمنة عددا من الأسئلة، يرجى منكم قراءة كل سؤال بنمغن و إختيار الإجابة التي تعكس الواقع، دون الحاجة لذكر ما يشير للشخصية، و نؤكد لكم أن الإجابات ستوظف لإغراض البحث العلمي لا أكثر

شكرا على مساهمتكم و لكم دوام الصحة و العافية

اجب عن الأسئلة التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

المعلومات الشخصية:

1. الجنس: ذكر أنثى
 2. السن: أقل من 20 سنة من 20 إلى 30 سنة من 31 إلى سنة 40 سنة من 41 إلى 50

أكثر من 50 سنة

3. محل الإقامة: عين طاية خارج عين طاية

4. المصلحة التي تعالج بها: قسم طب الأشعة والتحاليل

- قسم الإستعجالات الطبية

- قسم الفحوصات العامة

5. هل تعالج لأول مرة بمستشفى عين طاية؟

- نعم لا (الانتقال إلى السؤال 7)

6. من خلال تعاملك مع مستشفى عين طاية سابق وحاليا، هل ترى تحسنا في الخدمات المقدمة؟

- نعم لا نوعا ما

7. هل سبق و أن عالجت بمستشفى آخر

- نعم لا (الانتقال إلى السؤال 9)

8. إذا كانت إجابتك بنعم، كيف وجدت خدمات مستشفى عين طاية مقارنة بالمستشفى الذي عالجت به؟

- جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

9. ما الذي دفعك للعلاج بهذا المستشفى

- تقديم الخدمة وفق ما تتطلبه حالتك الصحية توفر الأقسام للعلاج وسهولة الوصول إليها
- انخفاض تكلفة الحصول على الخدمة السمعة الطيبة التي تعرفها عن المستشفى
- تقديم الخدمة طبقا للمواعيد المحددة تفهم حاجاتكم من طرف الطاقم الطبي والشبه طبي
- موقع المستشفى ونظافة بيئتها داخليا وخارجيا كل ما سبق

10. عند دخولك المستشفى ما أكثر شئ تركز عليه؟

- توفر المستشفى على المعدات و الأجهزة
- توفر عدد كاف من العاملين لخدمتكم و تبادل عامل الثقة بينكم
- إيلاء المستشفى إهتمام خاص بكل مريض ووضع مصلحتكم نصب عينها
- توفر الخبرة و المهارة في الطاقم الطبي
- الرد الفوري على استفساراتكم و شكوايكم
- كل ما سبق

11. كيف تجدون ظروف استقبالكم؟

- جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

12. ما هو تقييمكم لمعاملة الأطباء؟

- جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

13. ما هو تقييمكم لمعاملة الشبه الطبيين؟

- جيدة جدا جيدة متوسطة سيئة سيئة للغاية

14. هل تبدي إدارة المستشفى إهتماما بالمشاكل المتعلقة بحالتكم؟

- نعم لا

15. ما مدى رضاك عن مستوى الجودة في الخدمات المقدمة في المستشفى؟

- راض جدا راض غير راض غير راض تماما

16. هل تنوي البقاء كمسترفق prestataire لمستشفى عين طاية؟

- نعم لا

17. هل ستحدث غيرك عن مستشفى عين طاية و ما يوفره من خدمات؟

- نعم لا

18. ما الذي تقترحه على المستشفى حتى تحسن من جودة خدماتها، وتحسن أنت بالرضا عنها؟

.....

.....

.....