



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2



كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم العلوم التجارية

الموضوع:

**قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية،
دراسة حالة الجناحين التقنيين الرئيسيين بمدينة معسكر.**

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د.

في العلوم التجارية

تخصص إدارة التسويق

تحت اشراف:

أ.د طوباش علي.

من إعداد الطالب:

تشيكو محمد أمين.

- أعضاء لجنة المناقشة:

- أ. كربالي بغداد، أستاذ التعليم العالي، جامعة وهران 2رئيسا.
- أ. طوباش علي، أستاذ التعليم العالي، جامعة وهران 2مشرفا ومقررا.
- أ. لحو شريف، أستاذ التعليم العالي، جامعة وهران 2ممتحنا.
- أ. هشماوي كمال، أستاذ التعليم العالي، جامعة معسكرممتحنا.
- أ. عماري صلا الدين سفيان، أستاذ التعليم العالي، المدرسة الوطنية متعددة التقنيات، وهرانممتحنا.

السنة الجامعية 2024/2023.

كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

والصلاة والسلام على سيد الخلق، أشرف المرسلين، رسولنا، حبيبنا ومعلمنا محمد وعلى آله وأصحابه التابعين ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

« أَلَيْسَ اللَّهُ بِأَعْلَمَ بِالشَّاكِرِينَ »

بعد حمد الله سبحانه وتعالى وشكره، أتوجه بالشكر إلى مؤطري الأستاذ الدكتور طوباش علي لنصائحه الثمينة، توجيهاته القيمة ومرافقته لنا طيلة سنوات التكوين،

إلى كل أساتذة كلية التجارة وعمال مصلحة نيابة مديرية الجامعة للتكوين العالي في الطور الثالث لما بعد التدرج بجامعة محمد بن أحمد وهران2،

كما أتوجه بالشكر إلى كل من مد لنا يد المساعدة في سبيل انجاز هذه الدراسة:

- جميع موظفي المؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب بمدينة معسكر،
- المرضى المعالجين والمقيمين بذات الهيكل الاستشفائي ألبسهم الله ثوب الصحة والعافية،
- كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في سبيل إنجاز هذا العمل البحثي.

و الحمد لله من قبل ومن بعد.

إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على المصطفى، أما بعد:

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع

إلى من علمنا ديناً؛ به تعلمنا ونسعى لتعلم كل شيء؛

-شفيعنا ونبينا محمد صلى الله عليه وسلم-

إلى الوالدين - حفظهما الله-

إلى الزوجة الكريمة والابن الغالي،

إلى روح فارقتنا بتمنيات رؤية يوم التخرج ونشر الأطروحة؛

جدي رحمه الله وأحسن مثواه،

إلى من جعل الحلم ممكناً بجعله مصدر العلم متاحاً

-ALEXANDRA ASSANOVNA ELBAKYAN-

إلى كل العائلة الكريمة،

إلى كل زملاء وزميلات التخصص،

إلى كل من ساعدنا ولو بكلمة طيبة ونية صادقة،

إلى كل طالب مثابر متمسك بحلم؛ به يحصل علماً نافعاً،

إلى مسلمي الأرض في مشارقها ومغاربها،

مع لمسة تقدير، احترام ووفاء

-----لجميع أساتذتي الأجلاء-----

فهرس المحتويات.

II	كلمة شكر
III	الإهداء.
01	فهرس المحتويات
05	فهرس الأشكال
06	فهرس الجداول
09	المقدمة العامة
الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.	
17	مقدمة الفصل.
18	1.1 مفاهيم عامة حول تسويق الخدمات.
18	1.1.1 مدخل للفكر التسويقي.
20	2.1.1 تسويق الخدمات.
21	3.1.1 إنتاج الخدمة.
23	4.1.1 مفهوم الخدمة.
24	5.1.1 خصائص وتصنيف الخدمات.
27	2.1 الخدمة الصحية.
27	1.2.1 مفهوم الخدمة الصحية.
28	2.2.1 خصائص الخدمة الصحية.
30	3.2.1 أنواع الخدمة الصحية.
31	4.2.1 مؤسسات تقديم الخدمة الصحية.
33	5.2.1 تصنيف المؤسسات الصحية.
36	3.1 الخدمة العمومية.
36	1.3.1 مقاربات الخدمة العمومية.
39	2.3.1 التطور التاريخي للخدمة العمومية.
41	3.1.1 مبادئ الخدمة العمومية.
43	4.3.1 مهام الخدمة العمومية.
45	5.3.1 التكاليف الاجتماعية للخدمة الصحية العمومية.
48	خاتمة الفصل.

	الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.
50	مقدمة الفصل.
51	1.2 الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.
51	1.1.2 مقاربات الجودة.
55	2.1.2 جانبي نهج الجودة.
58	3.1.2 جودة الخدمة العمومية الصحية.
60	4.1.2 سلوك مستهلك الخدمة الصحية العمومية.
61	5.1.2 رضا مستهلك الخدمة الصحية العمومية.
64	2.2 مدارس قياس جودة الخدمة.
64	1.2.2 المدرسة الإسكندنافية (The Nordic School).
66	2.2.2 المدرسة الفرنسية (The french school).
68	3.2.2 المدرسة الأمريكية الشمالية (North American School).
73	3.2 نموذج SERVQUAL لقياس الجودة المدركة.
73	1.3.2 التطور التاريخي للنموذج.
77	2.3.2 الانتقادات الموجهة للنموذج.
80	3.3.2 دواعي تبني النموذج.
82	خاتمة الفصل.
	الفصل الثالث: تقديم الخدمة الصحية العمومية بالجزائر.
84	مقدمة الفصل.
85	1.3 الطابع الاجتماعي للخدمة الصحية العمومية الجزائرية.
85	1.1.3 الخدمة العمومية الجزائرية.
89	2.1.3 تدخل الدولة في القطاع الصحي العمومي.
91	3.1.3 نصوص تنظيمية لجودة الخدمة العمومية الصحية.
95	2.3 مشروع اصلاح المستشفيات الجزائرية.
95	1.2.3 التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري.
97	2.2.3 اختلالات المنظومة الصحية.
99	3.2.3 اصلاح المستشفيات الجزائرية.
102	3.3 القطاع الصحي العمومي الجزائري.
102	1.3.3 هياكل المنظومة الصحية الجزائرية،

104	2.3.3 تمويل القطاع الصحي العمومي.
106	3.3.3 تحديات القطاع الصحي العمومي.
108	4.3 الدراسات الأكاديمية للقطاع الصحي العمومي.
108	1.4.3 دراسات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض.
112	2.4.3 دراسات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة.
115	3.4.3 الفجوة العلمية لدراستنا المنجزة.
118	خاتمة الفصل.
	الفصل الرابع: ضبط متطلبات الدراسة الميدانية.
120	مقدمة الفصل.
121	1.4 تقديم ميدان الدراسة.
121	1.1.4 القطاع الصحي لولاية معسكر.
124	2.1.4 التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية مسلم الطيب.
127	3.1.4 الجناح التقني للاستعدادات الطبية الجراحية.
129	4.1.4 الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.
131	2.4 خطوات إجراء الدراسة الميدانية.
131	1.2.4 منهجية الدراسة الميدانية.
132	2.2.4 أدوات جمع المعلومات.
135	3.2.4 موثوقية أداة التقييم الرئيسية.
137	3.4 عينة الدراسة الميدانية.
137	1.3.4 تقديم عينة الدراسة الكمية.
138	2.3.4 الخصائص الشخصية للعينة المدروسة.
141	3.3.4 العوامل الشخصية متعلقة بالعينة المدروسة.
143	4.3.4 تقديم عينة الدراسة النوعية.
144	خاتمة الفصل.
	الفصل الخامس: قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.
146	مقدمة الفصل.
147	1.5 تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية العمومية.
147	1.1.5 تقييم مرضى الجناح التقني للاستعدادات لجودة الخدمة الصحية.
150	2.1.5 تقييم مرضى الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل لجودة الخدمة الصحية.

153	3.1.5 قراءة في نتائج التقييم.
158	2.5 طرق تقديم الخدمة الصحية (المسار العلاجي).
158	1.2.5 طرق تقديم الخدمة الصحية بالجناح التقني للاستعدادات.
162	2.2.5 طرق تقديم الخدمة الصحية بالجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.
166	3.2.5 ردود رؤساء المصالح بالأجنحة التقنية.
170	3.5 النموذج النهائي للدراسة.
170	1.3.5 تأثير العوامل السوسيوديمغرافية.
174	2.3.5 التحليل العملي الاستكشافي للنموذج المطبق.
179	3.3.5 التحليل العملي التأكيدي للنموذج المطبق.
187	خاتمة الفصل.
188	الخاتمة العامة.
194	الملاحق.
202	المراجع.
218	الملخص.

فهرس الأشكال.

الصفحة	الشكل	الرقم
د	هيكل الدراسة المتبع.	01
45	جانبي نهج الجودة.	02
46	نموذج Oliver لتأكيد التوقعات.	03
50	مراحل عملية اتخاذ قرار الشراء.	04
54	نموذج GRONROOS للجودة المدركة.	05
58	النموذج المفاهيمي لجودة الخدمة.	06
92	نظام الخدمات الصحية في الجزائر.	07
180	النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1.	08
181	النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 2.	09
183	النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1 بعد محاولات التحسين.	10
184	النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 2 بعد محاولات التحسين.	11

فهرس الجداول.

الرقم	الجدول	الصفحة
01	معايير تصنيف المؤسسات العمومية للإستشفائية.	22
02	معايير تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.	23
03	ما يفترض أن يكون له تأثير على فجوة جودة الخدمة.	71
04	الهيكل الصحية الاستشفائية لولاية معسكر .	121
05	الهيكل الصحية الاستشفائية المتخصصة لولاية معسكر .	122
06	الهيكل الصحية للتغطية الصحية الجوارية بولاية معسكر .	122
07	الأجنحة التقنية للاستعجالات والتوليد.	123
08	الكوادر الطبية والإدارية بالمؤسسة.	125
09	تقرير نشاط المصالح لسنة 2018.	125
10	تقرير نشاط المصالح لسنة 2018.	126
11	تقرير النشاط الطبي لسنة 2018.	126
12	تقرير النشاط الجراحي لسنة 2018.	126
13	الكفاءات الطبية المختصة المناوبة بالجناح التقني للاستعجالات لسنة 2018.	127
14	تقرير النشاط للجناح التقني للاستعجالات لسنة 2018.	128
15	تقرير التحويلات المتكفل بها بالجناح التقني من داخل الولاية لسنة 2018.	129
16	هيكل مصلحة الأم والطفل بلبوري رحمة.	129
17	تعداد الموارد البشرية لمصلحة الأم والطفل بلبوري رحمة.	130
18	أرقام حول الأنشطة الطبية لمصلحة الأم والطفل بلبوري رحمة.	130
19	تكييف أبعاد RATER مع الخدمة الصحية.	133
20	سلم ليكرت المستعمل.	134
21	نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات أداة الاستبيان.	130
22	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مصلحة العلاج.	137
23	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.	138
24	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.	139
25	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن.	139
26	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.	140
27	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدخل.	141

141	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب طريقة الوصول.	28
142	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب خيار العلاج.	29
142	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سبب اختيار الجناح التقني.	30
147	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الملموسية.	31
148	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاعتمادية.	32
148	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاستجابة.	33
149	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الضمان.	34
150	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار التكمص العاطفي.	35
151	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الملموسية.	36
151	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاعتمادية.	37
152	تقييم مرضى الجناح رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاستجابة.	38
152	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الضمان.	39
153	تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار التكمص العاطفي.	40
153	ترتيب أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية حسب فجوة التقييم.	41
154	تمركز التوقعات حسب أهميتها.	42
155	تمركز الإدراكات حسب أهميتها.	43
156	تمركز الفجوة بين الإدراكات و التوقعات حسب أهميتها.	44
159	الحالات المرضية التي تمت مرافقتها بالجناح التقني رقم 1.	45
163	الحالات المرضية التي تمت مرافقتها بالجناح التقني رقم 2.	46
170	تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير الجنس.	47
171	تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير السن.	48
172	تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير مكان السكن.	49
172	تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير الدخل.	50
173	تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	51
174	تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير طريقة الوصول.	52
175	مؤشر KMO و اختبار Bartlett للجناحين التقنيين.	53
177	مصنوفة المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1.	54

177	نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني 1.	55
178	مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني رقم 2.	56
179	نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني 2.	57
182	مؤشرات حسن المطابقة للنموذج.	58
185	مؤشرات حسن المطابقة للنموذج بعد محاولات التحسين.	59

المقدمة العامة.

يحتل قطاع الخدمات الصحية موقعا منفردا بالتميز في القطاع الخدمي الذي يشهد نموا كبيرا ومتزايدا محتلا مكانة أساسية وجوهرية في الذهنيات السياسية والاقتصادية للدول الحديثة، ولعل سبب هاته الأهمية راجع بالأساس إلى الطبيعة التي تفرضها الخدمات المقدمة والمتصلة أساسا بالصحة العامة و الصحة الفردية أثن ثروات الوجود، أين يكون واجب الصيانة و المحافظة عليها الهدف الرئيسي و التحدي الأساسي لمجمل البرامج، الخطط التنموية والسياسات العامة الحكومية.

و رغم الاهتمام المتزايد و الجهود الجبارة المبذولة لتجاوز جملة التحديات إلا أن تصاعد الانتقادات الموجهة إلى النظام الصحي و اعتراف الجهات الحكومية بوجود مشاكل جمة و جدية في القطاع الصحي يدفع إلى التساؤل عما يحدث من جانب المواطنين وبشكل أخص المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة بالمنظمات الصحية خاصة بالأجنحة التقنية لها، هاته الأخير باعتبارها المرآة العاكسة للمنظومة الصحية ككل ونقطة الاحتكاك الرئيسية ما بين هاته الفئة و المنظومة الصحية ككل، هي التحدي و المعيار الأساسي لمدى تجسيد المؤسسة العمومية الصحية للبرامج المسطرة و تحمل مسؤولية التدفق الغير منتظم للمرضى الذين لديهم مفاضلات و أحكام بالنظر بعين الاعتبار للنوايا الحكومية المعلنة من توفر الخدمات الطبية القاعدية في ظل الواقع المعيشي المعقد والذي يشهد ضغوطات متزايدة على الهياكل الصحية و الأجنحة التقنية مما يجعل باستنزاف مواردها المادية والبشرية و يحول دون تحقيق الخدمة الصحية للجودة المرجوة منها.

و منه فإن نقطة الانطلاق الأساسية للحصول على بعض الإجابات حول الصلة و الرابط ما بين ظروف تقديم الخدمة الصحية العمومية العمومية وتحديات القطاع الصحي؛ هي المريض، هذا الأخير و باعتباره شاملا لمختلف شرائح المجتمع يعتبر التحدي الأبرز للمنظمات الصحية الساعية للموازنة بين أهدافها المسطرة و تحقيق مشاركة فاعلة لخدمة المجتمع، بمنظور آخر الموازنة بين الحصول على إيرادات مالية تمكنها من تقديم خدمة صحية ذات نوعية عالية و تقديم تلك الخدمات الصحية للمرضى بمختلف شرائح المجتمع بغض النظر عن قابليتهم للدفع و ذهنياتهم المبرمجة على مجانية العلاج الحكومي.

هذا و يسعى المرضى إلى تقييم الخدمة الصحية استنادا على جملة من المعايير تأتي في مقدمتها الجودة، التي تعتبر الأهم بالنسبة لهم والأصعب للتحقيق بالنسبة للمنظمات الصحية العمومية، كما أن الجودة هي في مقدمة الوسائل لتقديم إجابات لفهم ما يحدث و رسم خارطة الطريق لتحسين الأوضاع.

وبما أن قياس الجودة يعتبر أحد المداخل الأساسية لتحسين وتطوير الخدمات المقدمة في المنظمات الصحية العمومية للخدمة الصحية، كما أن أهم خطوة لتحسين الجودة هي تقييم رضا العملاء واكتشاف احتياجاتهم، فإنه يمكن التركيز على الجودة المنتجة (جانب العرض) والممثلة بمقدمي الخدمات الصحية من أطقم طبية، شبه طبية و إدارية، و لكن أيضا على الجودة المدركة (جانب الطلب) الممثلة بالمرضى المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة، مرافقيهم أو أوليائهم لسبب من الأسباب.

و في مقابل ذلك نجد أن هناك اختلاف في تحديد الكيفية المناسبة لقياس جودة الخدمة و العوامل والمتغيرات المرتبطة بها خاصة في ميدان الخدمات الصحية و ذلك لتباين مقاربات ومدارس الجودة، و من هاته

المقاربات وطرق القياس نجد مقياس SERVQUAL أو ما يطلق عليه اختصارا RATER لقياس جودة الخدمات باختلاف أنواعها، والذي يعتبر من أشهر المقاييس وأكثرهم استعمالا و تطبيقا. كما يعتمد نموذج RATER على الفجوة المكونة ما بين الإدراكات و التوقعات لخمسة (05) أبعاد رئيسية مختزلة و محسنة من أبعاد نموذج SERVQUAL الشهير، متمثلة في الملموسية، الاعتمادية، الضمان، الاستجابة و التقمص العاطفي، أين تغطي هاته الأبعاد على (22) عبارة قابلة للتكيف و السياق الخدمي المدروس. هذا و ينصب تركيز هذا العمل البحثي على قياسها من جانب الطلب أي التوجه نحو المريض بقياس الجودة المدركة للخدمة الصحية العمومية المقدمة له، فيعكس استعمالنا لنموذج RATER في الجزء المخصص للدراسة الكمية هذا التوجه، كم تم طرح مشكلة الأساليب الممكنة لمعالجتها و بشكل أكثر دقة، الاختيار الذي تم إجراؤه على نموذج جودة الخدمة و مناقشة المفاهيم المطروحة و التي تجاوزت نطاق نموذج RATER في الدراسة النوعية التي سعينا من خلالها لتصنيف المرضى في مجموعات متجانسة لتحسين مدى ملائمة النموذج للسياق المدروس.

1. إشكالية الدراسة:

و انطلاقا مما سبق ذكره قمنا بتشكيل إشكالية الدراسة على النحو التالي:

إلى أي مدى يعكس نموذج RATER تقييم المرضى لجودة الخدمة العمومية الصحية القاعدية بالسياق المحلي المدروس ؟

هذا و تندرج تحت هذه الإشكالية العديد من التساؤلات الفرعية التي تتطوي تحت نفس مظلة إشكالية دراستنا، فنذكر:

- كيف يقيم المرضى جودة الخدمة الصحية العمومية المقدمة باستخدام نموذج RATER ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة تعود إلى المتغيرات السوسيوديمغرافية ؟
- هل يؤثر اختلاف مسار المريض العلاجي على مدى تقييمه لجودة الخدمة الصحية المقدمة ؟
- هل يمكن تحسين مدى ملائمة نموذج RATER للسياق المدروس ؟

2. فرضيات الدراسة:

و كمحاولة أولية للإجابة على الإشكالية المسطرة في دراستنا البحثية و التساؤلات المندرجة تحت ظلها، يكون لزاما علينا تشكيل فرضيات بحثية، أين ارتأينا تقسيمها إلى حزم أين تعالج كل حزمة جانب من جوانب دراستنا بما يحقق أهدافنا المسطرة، على النحو التالي:

الحزمة الأولى: مرتبطة بمستوى تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة:

H1: تؤثر توقعات المريض على تقييمه لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة،

H2: يتأثر تقييم جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة بإدراك المريض لها،

الحزمة الثانية: المرتبطة بالفروق (الفجوة) ما بين الإدراكات و التوقعات:

H3: وجود فروق جوهرية بين أبعاد جودة الخدمة الصحية العمومية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها.

H4: اختلاف الفجوة ما بين إدراكات و توقعات المرضى تعود لاختلاف مساهم العلاجى.

H5: وجود فروق ذات دلالة إحصائية لرضا المريض عن جودة الخدمة العمومية الصحية مرتبطة بالعوامل السوسيوديمغرافية.

الحزمة الثالثة: المرتبطة بتحسين النموذج:

H6: يمكن تحسين النموذج المطبق عن طريق تصنيف المرضى في مجموعات استنادا لعباراته الـ22.

3. دواعي وأسباب اختيار الموضوع:

لقد تم اختيار موضوع بحثنا إيمانا بالأسباب و المبررات التالية:

1.3 الأسباب الموضوعية:

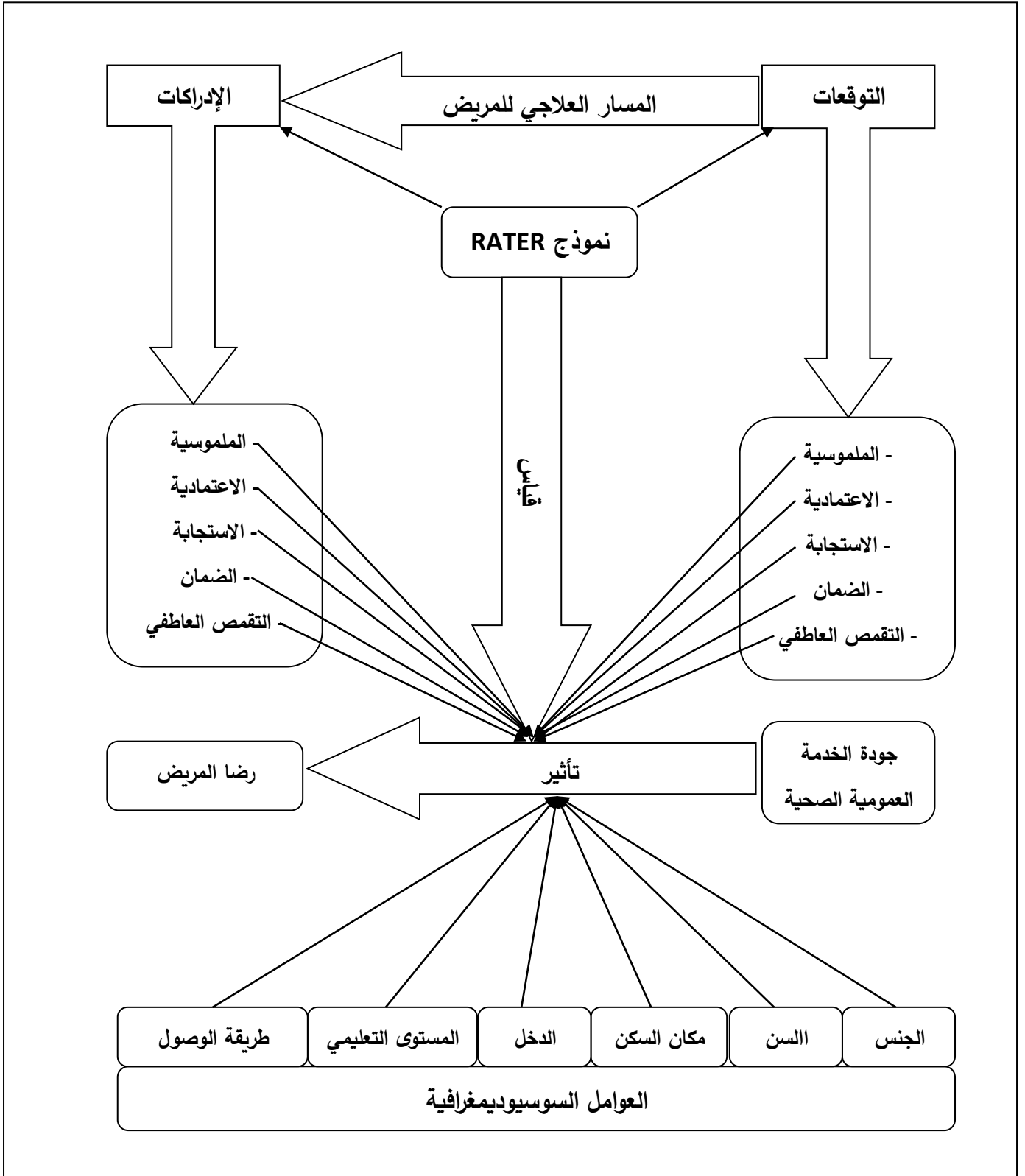
- أهمية قطاع الخدمات وتنامي الاهتمامات الأكاديمية والاقتصادية بهذا القطاع في ظل تطور مفاهيم الجودة و المعرفة،
- حساسية القطاع الصحي العمومي وتصنيف الصحة من مؤشرات التنمية و تطور المجتمعات،
- أهمية الجودة في الخدمات الصحية المقدمة وتعلقها بأثمن الممتلكات الإجتماعية،
- الأضواء الإعلامية و الغير إعلامية المسلطة على المستشفيات عموما و الأجنحة التقنية خصوصا و الخدمات الصحية المقدمة بها،
- الانتقادات الموجهة لمختلف من حمل حقيبة الوزارة لقطاع الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

2.3 الأسباب الشخصية:

- حداثة الموضوع، علاقته بالتخصص الدراسي و جاذبية قيمته العلمية،
- قلة الاهتمام بمفاهيم الجودة في القطاعات العمومية الجزائرية،
- قلة المساهمات العلمية و الأكاديمية فيما يخص تطبيق نموذج RATER في المجال الصحي العمومي،
- الميول الشخصية و العاطفية للطالب الباحث كونه ممرض للصحة العمومية برتبة منسق للنشاطات الطبية بالجناح التقني للاستعجالات الطبية و الجراحية.

4. هيكل الدراسة:

الشكل 01: هيكل الدراسة المتبع.



المصدر: من إعداد الطالب الباحث.

و يمثل الشكل 01 هيكل الدراسة المتبع، أين نجد نموذج RATER المعتمد على الفجوة ما بين الإدراكات والتوقعات و المرتبطة بينها فالمسار العلاجي المتبع في قلب هذا الهيكل، و هذا من أجل قياس رضا المريض عن جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتأثر أيضا بالعوامل السوسيوديمغرافية.

5. أهداف الدراسة:

- و تسعى دراستنا لتحقيق جملة من الأهداف، من أهمها نذكر:
- عرض واقع القطاع الصحي العمومي في الجزائر عامة و في ولاية معسكر خاصة،
- المساهمة في الدراسات التي تناولت مقياس (RATER) لقياس جودة الخدمات الصحية،
- تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية من خلال الفجوة ما بين الإدراكات و التوقعات للأبعاد الخمسة لنموذج RATER،
- دراسة أثر المتغيرات السوسيوديمغرافية و المسار العلاجي المتبع على رضا المريض عن جودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة،
- تصنيف المرضى اعتمادا على عبارات النموذج المطبق للوصول للمطابقة التامة و المطلقة،
- الوصول إلى جملة من الاقتراحات و التوصيات استنادا على نتائج الدراسة و تمريرها للكوارر الطبية والإدارية للصحة العمومية لتقليل حجم الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة بما يحسن مستوى جودة الخدمات المقدمة، يحقق التعاون و التكافل بين مقدمي الخدمة و المرضى و يحقق مستويات التنمية المنشودة.

6. منهج الدراسة:

في دراستنا هذه و بهدف الوصول إلى الأهداف المسطرة اعتمدنا على المنهجية التالية:

1.6 الجانب النظري: و الذي تم إنجازه بالاعتماد على المواد العلمية المتخصصة من المصادر

الثانوية التالية:

- الكتب و المراجع باللغات العربية و الأجنبية،
- المقالات العلمية، الأبحاث المنشورة و نتائج الملتقيات و الندوات و غيرها،
- الأطروحات العلمية و الرسائل الجامعية الأكاديمية،
- التشريعات و المراسيم التنفيذية الجزائرية.

2.6 الجانب التطبيقي: أين تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، مع الاعتماد على أداة

الاستبيان كأداة رئيسية لترجم الأبعاد الرئيسية لمقياس RATER لتقييم جودة الخدمة الصحية العمومية المقدمة، في حين أن المعالجة الإحصائية تمت بالاعتماد على برنامجي (SPSS, V19) و ملحقه (AMOS, V22).

7. خطة الدراسة:

و استنادا إلى كل ما سبق تم تقسيم دراستنا إلى خمسة (5) فصول، الثلاث فصول الأولى منها عالجت الشق النظري من الدراسة، في حين أن الفصلين الأخيرين عالجا الشق التطبيقي لها، و هذا على النحو التالي:

- الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.
- الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.
- الفصل الثالث: تقديم الخدمة الصحية العمومية بالجزائر.
- الفصل الرابع: ضبط متطلبات الدراسة الميدانية.
- الفصل الخامس: قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.

الفصل الأول:

الخدمة العمومية الصحية.

مقدمة الفصل:

تطور الفكر التسويقي بشكل متسارع في العقود الأخيرة ليشمل المنتجات الغير ملموسة والمتمثلة في مختلف الخدمات من الخدمات الأساسية كالخدمات الصحية والتعليمية ونحو ذلك إلى الخدمات التكميلية كالخدمات البنكية والبريدية وغيرها، كل هذا في سبيل تحقيق المنفعة الفردية والجماعية للأفراد.

ومن الاحتياجات الأساسية للأفراد نجد الصحة التي لطالما كانت المطلب الرئيسي والأساسي لكل إنسان، فهذا الشيء الذي لا يقدر بثمن و لا يمكن تعويضه و لا استبداله هو هدف الدول الحديثة التي تسعى لتحقيقه باختلاف مصادرها التمويلية، أنظمتها السياسية و الاقتصادية و دياناتها الرسمية. فتعمل الدول على توفير أقصى ما يمكن توفيره من إمكانيات مادية، بشرية و لوجيستكية لتقديم خدمة صحية مناسبة لأفرادها.

ونظرا لخصوصيتها عن باقي الخدمات، تولي الدولة الجزائرية اهتمام خاص للخدمات الصحية المقدمة، فتحاول انطلاقا من منظور الخدمة العمومية بمميزاته الفريدة عن المنظور الخاص توفير خدمة صحية عمومية تلبي الاحتياجات الصحية المتزايدة و اللامتناهية للمواطنين الجزائريين القاطنين في مختلف ربوع الوطن مع الأخذ بالاعتبار الفروقات الاجتماعية لهم.

وانطلاقا من هذا قمنا بتقسيم فصلنا الساعي لمعالجة الخدمة الصحية العمومية إلى ثلاث عناوين رئيسية

على النحو التالي:

- مفاهيم عامة حول تسويق الخدمات.
- الخدمة الصحية.
- الخدمة العمومية.

1.1 مفاهيم عامة حول تسويق الخدمات.

تلتقي الخدمات مع السلع المادية في الكثير من المتضمنات والسمات المشتركة، فبالإضافة إلى تميزها عنها بالتنوع و التعدد فضلا عن صعوبة تحديدها فيما إذا كانت ملموسة أو غير ملموسة و هو ما يجعل من تسويقها أمرا صعبا. و منه سنسعى في هذا الجزء إلى التركيز على مجال تسويق الخدمات بالتطرق إلى مفهوم الخدمات بخصائصه المميزة عن المنتجات المادية و عملية إنتاجها انطلاقا من الفكر التسويقي.

1.1.1 مدخل للفكر التسويقي.

منذ أن تم الاعتراف بالتسويق كمجال وتخصص مميز مستقل و قائم بذاته تمت مناقشة مفهومه و تقييمه بانتظام، أين تم طرح العديد من التعريفات على مر السنين حيث حاول كل جيل التعرف على ماهية التسويق وما يعنيه بالنسبة لهم، فجاءت التعريفات لإعطاء الفرصة بما يناسب السياقات الجديدة، يتماشى مع القطاعات المختلفة و يواكب التكنولوجيا، التقنيات و الوسائط الجديدة بما يشمل مختلف الجوانب و المصطلحات ذات صلة و ينقل الأيديولوجية و العملية الأوسع نطاقا التي تشكل جزءا من التسويق.

في الستينيات من القرن الماضي التي شهدت نزعة استهلاكية و ازدهار مؤدي إلى ارتفاع ضخم في الإنتاج، عرف KOTLER التسويق على أنه " تحليل، تنظيم، تخطيط و مراقبة موارد الشركة، سياساتها وأنشطتها التي تؤثر على مجموعات العملاء بهدف تلبية احتياجاتهم و رغباتهم المختارة لتحقيق ربح"¹، فاهتم هذا التعريف بالتحديد على الأنشطة الفردية للشركة الساعية لجني الأرباح عن طريق تحقيق رضا العملاء، كما وضح العلاقة الخطية ما بين هيكل الأعمال و تجزئة العملاء. بعد سنوات قليلة من هذا التعريف أعرب الباحث نفسه عن أن المفهوم يجب أن يتوسع ليشمل المنظمات غير التجارية.

أما في سنوات السبعينات المتميزة بأزمات الطاقة والركود و ما صاحب ذلك من تنافسية أدت إلى ارتفاع في التخطيط الاستراتيجي والوظائف الروتينية، ظهر في الميدان تعريف STAR and al. الذين عرفوا التسويق على أنه " تلك العملية التي من خلالها تختار مؤسسة، منظمة أو شركة تجارية العملاء المستهدفين أو المختارين، تقييم احتياجاتهم أو رغباتهم و تدير مواردها لتلبيتها"²، أين تم تصوير التسويق على أنه "عملية" بدلا من "مزيج من الأنشطة" والتركيز على ترتيب الإجراءات باختيار العملاء كمرحلة أولى في العملية، مع التقييم باعتباره المرحلة الثانية وإدارة الموارد باعتبارها المرحلة الثالثة.

في حين أن سنوات الثمانينات التي تميزت بتغييرات كبيرة في الهياكل التنظيمية، ظهور أشكال أعمال مرنة جديدة مع توسع القدرة التنافسية التجارية على نطاق عالمي وتزايد الوعي الاجتماعي، برز بها تعريف GRONROOS الذي عرف التسويق على أنه " إقامة علاقات طويلة الأمد مع العملاء وتطويرها وتسويقها تجاريا، بحيث يتم تحقيق أهداف الأطراف المعنية. يتم ذلك من خلال التبادل المتبادل والوفاء بالوعود"³. أين شمل هذا

¹ Kotler Ph. (1967), "Marketing Management : analysis, planning and control", Prentice Hall, New Jersey, USA, p. 12.

² Star S. H. Davis N. J. Lovelock C. H. and Shapiro, B. P. (1977), "Problems in marketing", McGraw-Hill Book Company, New York, USA, p. 2.

³ Gronroos C. (1989) "Defining marketing: a market-oriented approach", European Journal of Marketing 23 (1), p. 57.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

التعريف مفاهيم مبتكرة تتمحور حول إدارة العلاقات و أهداف الأطراف لضمان قيمة متبادلة طويلة الأمد، كما أن الوفاء بالوعد يشير إلى تحرك اتجاهي نحو المسؤولية الاجتماعية للشركات و النزاهة.

و استمر مفهوم التسويق في التطور خلال التسعينيات، مما نتج عنه الاعتراف و القبول الواسع به كفلسفة عمل و تخصص أكاديمي رئيسي، فبرز في هاته الحقبة تعريف BAKER القاضي بأن التسويق " فلسفة بسيطة للغاية تتطلب من المنتجين البدء في تحديد احتياجات المستهلكين، تحديد مواصفاتها، ثم تعبئة أصول وموارد شركاتهم لتحقيق علاقة تبادل مرضية للطرفين يستمدان منها الفوائد التي يسعون إليها"¹، وعلى الرغم من أن تصوير التعريف للجانب الفلسفي على أنه "بسيط للغاية" إلى حد ما يقوض و يتناقض مع تعقيد ما تبقى من التعريف، إلا أن التعريف كان واسعاً، متوازناً و أوضح النطاق الواسع و أهمية مشاركة كلا الطرفين في تسهيل القيمة المتبادلة طويلة الأجل و عملية التفكير الإداري الخطي الموجزة.

و في بداية الألفية الجديدة، و ما صاحبها من تطور متسارع و ابتكار رهيب في مجالات الإنترنت، التقنيات الرقمية و التجارة الإلكترونية. عاد الباحث Kotler and Al. لإعطاء تعريف عصري للتسويق كان نتاج تراكم خبرة العديد من السنين في المجال على النحو التالي؛ " التسويق هو عملية اجتماعية يحصل من خلالها الأفراد و الجماعات على ما يحتاجون إليه و يريدونه من خلال إنشاء، عرض و تبادل المنتجات والخدمات ذات القيمة مع الآخرين"². فجاء التركيز بالأساس على التبادل بنظرة مستقبلية قابلة للمقارنة مع الأدبيات الحديثة، كما أن حذف أدوار "المنتج" و "المستهلك" قد يشير إلى تحرك ديناميكي لكسر حدود الأطراف و يقدم تجربة تفاعلية وتكاملية أكثر.

وإجمالاً، و باستحالة العثور على نظرية عامة للتسويق والاتفاق عليها، حيث أن التسويق يحدث في سياقات و صناعات مختلفة، و بالتالي وجود اختلافات في التعريفات اعتماداً على السياق أو الموقف الذي يحدث فيه التسويق و يتأثر بالفعل بالاستخدام المختلف للمصطلحات ولغة الصناعة في كل سياق. إلا أنه يمكن تصور موضوعات التسويق الأساسية الثابتة مثل تلبية رغبات واحتياجات العملاء، أنشطة، أهداف المنظمة والتبادلات، بالإضافة إلى الموضوعات المعاصرة والناشئة مثل الميزة التنافسية، إنشاء و تطوير العلاقات، توسيع هوية الأطراف و القيمة المضافة. كما لا يشمل الفكر التسويقي السلع المادية فقط، بل يتعدى ذلك ليشمل جميع المنتجات سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة سلعا كانت أو خدمات أو أفكار أو أماكن و غيرها.

وبالإضافة للمنتجات السلعية ذات الأهمية و التأثير الكبير في حياة الأفراد و المجتمعات، نجد فئة الخدمات التي لا يمكن للإنسان الاستغناء عنها لأهميتها التي لا تقل عن المنتجات السلعية و هو ما سيكون لب العنوان القادم.

¹ Baker M. J. (1991), "Research for marketing", Macmillan Education Ltd, Houndmills, UK.

² Kotler Ph. Keller K.L. Brady M. Goodman M. and Hansen T. (2009), "Marketing management", Pearson Education Limited, Harlow, UK, p. 7.

2.1.1 تسويق الخدمات.

أدت أعمال كل من Parasuraman & Berry و Fisk, Brown & Bitner سنة 1993 إلى انتقاد المفاهيم و الاعتقادات السائدة آنذاك و القاضية بإمكانية و قابلية تطبيق الاستراتيجيات و المفاهيم التسويقية في كل المنتجات و في كل الحالات، و التأكيد على " اختلاف تسويق الخدمات عن تسويق السلع المادية"¹، و هو ما ساهم في ظهور تسويق الخدمات.

فعرف تسويق الخدمات على أنه " جميع النشاطات التي تلي حاجات الأسواق بدون عرض تجاري يتحمل منتجات مادية"²، كما يعرف أيضا على أنه " التسويق الذي لا يتعلق بالسلع، ولكن الخدمات والتي تركز بشكل كبير على الجودة المدركة للخدمات المقدمة"³. أين يتجلى من هذين التعريفين شمولية تسويق الخدمات لمختلف الأنشطة التي تلبى احتياجات السوق و التي تكون غير مادية و غير ملموسة، و تركيزه على الإدراك الكبير الناتج عن عملية تقديم الخدمة.

هذا و يتميز تسويق الخدمات بمجموعة من الخصائص، يمكن ذكرها على النحو التالي:⁴

- **التمييز:** أين يساهم الإبداع في تحديث الخدمات المعروضة و تحسين أدائها بالإضافة إلى اختيار العلامة التجارية الملائمة،
- **الجودة:** بمعرفة توقعات، حاجات و رغبات العملاء و الزبائن، الوصول و الانتقال الجيد و الفعال إليهم بما يضمن الحصول على الخدمة في أسرع وقت، تبني المؤسسة الخدماتية استراتيجية مهمة في هذا القطاع،
- **إنتاج الخدمة:** و هو نظام للتنظيم، الإنتاج و التنسيق بين جميع العناصر المادية و البشرية بما يحقق الخصائص التجارية للخدمة المقدمة و مستويات الجودة المحددة مسبقا و يحسن الإنتاجية عن طريق تقوية كفاءة الموظفين في كل المستويات الوظيفية.

و في زمننا الحالي، يمثل قطاع الخدمات الآن أكثر من 70%⁵ من إجمالي العمالة و القيمة المضافة في اقتصاديات منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية OCDE، و يوفر تقريبا كل نمو العمالة في منطقة هاته المنظمة المتحدثة عن ثلث الاقتصاد في معظم البلدان الأعضاء، أين نجد أن تطوير الاقتصاد الخدمي في غالبية هذه البلدان اعتمد في السنوات العشرين الماضية على زيادة نصيب الخدمات المقدمة للمنتجين، فضلا عن زيادة نصيب الخدمات الاجتماعية و الخدمات الموجهة للأفراد.

¹ Fisk R. Grove P. and John T. (2000), "Interactive Services Marketing", Houghton Mifflin, New York, USA, p09.

² Le Golvan Y. (1985), "Marketing Bancaire & Planification", Edition Banque, Paris, p122.

³ Rock G. et Ledoux M.J. (2006), "le service à la clientèle", édition de Renouveau pédagogique INC, Canada, p03.

⁴ عتيق ع. (2012)، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-"، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، ص50.

⁵ OCDE (2005), "Les Services et la croissance économique : Emploi, productivité et innovation", Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264064584.fr>.

و على النقيض من هذا، نجد أن مساهمة قطاع الخدمات في الاقتصاد الجزائري لا تتعدى الـ 25%، أين تبرز أسباب ذلك في أن:¹

- الجزائر يئست من خدماتها، حيث يعبر قطاعها الخدماتي بلا منازع عن العلاقة الضعيفة لاقتصادها،
- قطاع الخدمات هو النقطة التي تحول دون اختتام المفاوضات الثنائية بين الاتحاد الأوروبي و الجزائر والتي من شأنها أن تسمح بتسريع عملية انضمام البلاد إلى منظمة التجارة العالمية وفقا للاتحاد الأوروبي.

3.1.1 إنتاج الخدمة.

تعرف عملية إنتاج الخدمة أو كما سماها الباحثان Pierre Eiglier and Eric Langeard بـSERVUCTION و ذلك بدمج المصطلحين خدمة Service و إنتاج Production على أنها "التنظيم المنهجي والمتناسك لجميع العناصر المادية والبشرية لواجهة العميل والشركة اللازمة لأداء خدمة تم تحديد خصائصها التجارية ومستويات جودتها"² بمعنى آخر، Servuction هي صنع و إنتاج الخدمة و التي يمكن أن تؤدي إلى خدمة (استشارة، نقل، خدمة مالية،... إلخ) أو عملية توزيع (توريد سلع مادية،... إلخ). في حين أن العناصر الأساسية لنظام الخدمة هي:³

1.3.1.1 الزبون/العميل:

و هو العنصر الأساسي لنظام الخدمة كما أن حضوره ضروري، ومن مميزات الخدمة مشاركة العميل في عملية التصنيع و تقديم الخدمة، أين يرى G.Tocquer and M.Langlois أن العميل هو مستهلك ومنتج للخدمة"⁴، فالمشاركة هي الدور الذي يجب أن يلعبه العميل أو المهام التي يتعين عليه القيام بها لتلقي الخدمة المناسبة. و وفقا لـ Pierre Eiglier and Eric Langeard في نفس المرجع المذكور سابقا، تتجلى مشاركة العميل في نظام الخدمة في ثلاثة أشكال:

- المشاركة المادية للعميل في نظام الخدمة من خلال استبدال الموظفين في تنفيذ مهام بسيطة معينة،
- المشاركة الفكرية،
- المشاركة الوجدانية.

¹ Abdeldjaber Souheyla, (2014), "l'impact du marketing des services au sein de l'entreprise de la télécommunication, cas d'Algérie Télécom Mobile", Mémoire de magister en Management, option: stratégie, Ecole doctorale d'économie et de management, Université d'Oran, p13.

² Eiglier P. et Langeard E. (1987), "Servuction. Le marketing des services. Stratégie et Management", Mc Graw-Hill, Paris, France, p 159.

³ Boyer A. et Nefzi A. (2009), "La perception de la qualité dans le domaine des services: Vers une clarification des concepts", La Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion – Marketing, n° 237-238, p44.

⁴ Tocquer G. et Langlois M. (1992), "Marketing des Services ; Le défi Relationnel", Gaëtan Morin Editeur, Quebec, Canada, p188.

كما حدد Eglie Pierre في دراسة لاحقة ثلاث نقاط لتطبيق مشاركة المستهلك كما يلي:¹

- مواصفات الخدمة: حقيقة أن الزبون يقول ما يريد،
- المساهمة في تحقيق الخدمة،
- التحكم: وهي مطالبة العميل بالتعبير عن نفسه بشأن حالة العناصر وتصويراته فيما يتعلق بعملية إنتاج الخدمة وتقديمها.

2.3.1.1 الموظفين المباشرين:

و يتمثل هذا العنصر في الشخص أو الأشخاص العاملون في شركة الخدمة والذين يتطلب عملهم أن يكونوا على اتصال مباشر بالعميل²، و هم الذين يجسدون صورة الشركة في عيون العميل و بذلك يشكلون أهم مورد تستخدمه الشركة في تقديم الخدمة، أين تلزم مشاركة العميل في نظام الخدمة الموظفين المباشرين دورا تشغيليا متمثلا في تنفيذ المهام اللازمة لإنتاج وتقديم الخدمة، و دورا بالعلاقات متمثلا في مخاطبة العملاء والتحدث معهم. بالإضافة إلى ذلك ، يعد الاتصال بفريق العمل متغيرا مهما للغاية في إدارة جودة الخدمة، أين تكشف العديد من دراسات الجودة أن العملاء حساسون تجاه الخدمة التي يقدمها الموظفون، في هذا السياق، يرى بعض الباحثين أن العملاء يقومون بتقييم لقاء الخدمة وفقا لثلاثة أبعاد هي:³

- الكفاءة،
- القدرة على الاستماع،
- التفاني.

3.3.1.1 الخدمة.

و هي الهدف الرئيسي من نظام الخدمة و نتيجة التفاعل بين العميل، الدعم المادي والموظفين المباشرين. و في هذا السياق، تعرف الخدمة على أنها "تجربة زمنية يعيشها العميل أثناء تفاعله مع موظفي الشركة أو الدعم المادي والتقني"⁴. الخدمة المقدمة للعميل تتكون بشكل عام من نوعين من الخدمات الأولية، الخدمة الأساسية والخدمات الطرفية، على النحو التالي:

- الخدمة الأساسية: و تمثل السبب الرئيسي الذي من أجله يتصل العميل بمزود الشركة، بمعنى آخر، الخدمة التي ستلبي الحاجة الرئيسية للعميل،

¹ Eglie P. (2002), "Le service et sa servuction", Centre d'Etudes et de Recherche sur les Organisations, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix Marseille, France, p05.

² Eglie P. (2002), Op. cit., p05

³ Chandon J.L. Pierre-Yves L. and Jean Ph. (1997), "Service encounter dimensions– A dyadic perspective: Measuring the dimensions of service encounters as perceived by customers and personnel". International Journal of Service Industry Management, Vol.8, No.1, p68.

⁴ Eglie P. et Langeard E. (1987), Op. cit., p 159.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

- الخدمات الملحقة: و هي الخدمات الإضافية التي تقع حول الخدمة الأساسية مما يسمح لها بجلب قيمة مضافة والمساعدة في تمييز الشركة عن منافسيها.

3.3.1.1 الدعم المادي.

و يمثل ما هو ضروري لإنتاج الخدمة من البيئة المباشرة للاتصال بالعميل (أو المساحة المادية التي تتم فيها الخدمة)، العناصر المادية اللازمة لتقديم الخدمة و موظفو المعدات المادية المتصلون. نتيجة لذلك، يمثل الدعم المادي الجزء المرئي والملموس من الخدمة. و يقدم من خلال جمالياته وزخرفته مساهمة مهمة في الجو الذي سيسود أثناء إنتاج الخدمة. و في القطاع الخدمي الصحي يمثل الدعم المادي مختلف الهياكل الصحية و المعدات الطبية و الغير طبية المستعملة في تقديم الخدمات الصحية و العلاجية.

4.3.1.1 نظام التنظيم الداخلي.

و يمثل إدارة شركة الخدمة، أي الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، الهيكل الذي اعتمده، و ما إلى ذلك. فيشكل نظام التنظيم الداخلي للمنظمة الصحية الجزء غير المرئي للعميل من هيئة أو منظمة الخدمة الصحية بحيث يجمع جميع الوظائف الإدارية، التنظيمية و التقنية لمنظمة الخدمة الصحية و يسمح بإعداد عناصر أنظمة الخدمة، تنظيمها و تنفيذ عمليات الإدارة الأساسية اللازمة للحياة الاقتصادية للشركة الخدمية الصحية.

4.1.1 مفهوم الخدمة.

في سعيهم لوضع مفهوم جامع وشامل لمصطلح الخدمة، واجه الأكاديميون و الباحثون العديد من الصعوبات و الاختلافات، فمن أصل الخدمة التي هي ترجمة لكلمة Service الممتد في اللغة اللاتينية إلى Servitium بمعنى وجوب خدمة الأسياد و الملوك أو ما يعرف بالعبودية، إلى الميدان التسويقي أين نجد أن السيد و الملك هو العميل و المستهلك بحد ذاته.¹

فبين الأصل و الميدان التسويقي، نجد العديد من الاجتهادات لتقديم تعريف للخدمة، فتم تعريفها على أنها «نشاط غير ملموس و النتيجة المنتظرة هي إرضاء المستهلك، و ليس من الضروري تحويل حقوق ملكية منتج ملموس». ² و عرفها الباحث Stanton على أنها «النشاطات غير الملموسة التي تحقق إشباع الرغبات، والتي لا ترتبط أساساً ببيع سلعة ما أو خدمة أخرى» ³.

في حين أن Philip Kotler في مؤلفه المشهور Marketing Managment كان أكثر دقة في صفقه للتعريف، فعرفها على أنها «كل نشاط أو إجراء يمكن لطرف أن يقدمه لطرف آخر، يكون أساساً غير ملموس، ولا

¹ Dumoulin C. et Flipo J.P. (1993), "Entreprise du service, 7 facteurs clés de réussite" 2^{ème} tirage Edition d'Organisation, Paris, France., p18.

² Pettigrews D. et Turgeon N. (1990), "Marketing", 2^{ème} Edition, MC GRAWS- HILL, Canada, p.390.

³ العلاق ب. و الطائي ح. (1999)، "الخدمات -مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي-"، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 37.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

ينتج عنه تملك لأي شيء، و قد يرتبط تقديمه بمنتج مادي»¹. أما الباحث و الكاتب RUSS فقد عرفها بأنها « شرط مؤقت للمنتج أو أداء نشاط موجه لإشباع حاجات محددة للمستهلكين»².

ومن هاته التعاريف يمكن القول أن الخدمة:

- نشاط غير ملموس،
- قد يرتبط أو لا بسلع مادية أو خدمات أخرى،
- يهدف لإرضاء المستهلك وإشباع رغبات محددة لديه،
- يستوجب الحضور الفعلي للمستهلك من الخدمة.

وإجمالاً فقد أوجزت الجمعية الأمريكية للتسويق تعريف الخدمة في «كل ما يقدم في شكل أنشطة، أو منافع تعرض في البيع أو تقدم مرتبطة مع بيع السلع»³

و إجمالاً و استناداً للتعاريف المقدمة للخدمة في الأدبيات التسويقية، يمكن حصر مفهوم الخدمة في مختلف الأنشطة و المنافع الغير ملموسة، التي قد ترتبط أو لا بسلع مادية و التي تسعى لإشباع حاجات المستهلكين وإرضاء رغباتهم عن طريق تقديمها من طرف لطرف ثاني حاضر فعلياً.

5.1.1 خصائص وتصنيف الخدمات.

ولعل أفضل نقطة انطلاق لاستخلاص خصائص الخدمة هي التعاريف السابقة المقدمة والمعالجة للخاصية المميزة لها وهي اللاملموسية، كما أن هاته التعاريف تطرقت للخدمات التي تعرض للبيع مباشرة وتلك التي تقدم مرتبطة بسلعة ما، و منه اجتهد أهل الاختصاص في حصر خصائص الخدمات في:⁴

- خاصية اللاملموسية (Intangibility): أين نجد أن الخدمة غير مدركة بحواس الإنسان العاقل، فعلى المستهلك امتلاك تجربة سابقة في الخدمة المقصودة بغية إدراكها ومنه فإن الرأي أو الاتجاه المتراكم لدى الفرد عما سبق له من استخدام أو انتفاع من الخدمة نفسها يحدد ملموسيتها له من عدمه، وبالتالي الإشباع المتولد منها،
- خاصية الترابط (Inseparability): حيث أن الخدمة ترتبط مع الشخص المقدم لها وهو ما لا ينطبق على السلع المادية المصنعة والموضوعة في المعارض والموزعة بغية الاستهلاك،
- خاصية الفناء (Perishability): حيث نجد استحالة الاحتفاظ أو تخزين الخدمة لبرهة معينة من الزمن حيث أن المنفعة تنتهي بمجرد الانتهاء من الخدمة،
- خاصية عدم التملك (Dispossession): حيث أن الخدمة يمكن الانتفاع منها و لا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.

¹ KOTLER Ph. DUBOIS D.B. (1997), "Marketing Management", 9^{ème} édition, Publi-Union, Paris, France, p454.

² IBID.

³ Tocquer G. and Langlois M. (1992), "Le Marketing des services : le défi relationnel", édition Dunod, Paris, p22 .

⁴ Lovelock C. Wirtz J. et Lapert D. (2004), "Marketing Des Services", Pearson Education, 5^{ème} édition, France, pp 35-36 .

1.5.1.1 تصنيف الباحث GEOFFREY

ويوجد العديد من الاجتهادات لتصنيف الخدمات في مجموعات مختلفة، فتصنيف GEOFFREY يصنف الخدمات وفق المؤشرات التالية¹:

- **الاعتمادية:** أين يتم التمييز ما بين الخدمات التي تعتمد على المعدات كالخدمات الميكانيكية وخدمات التصليح وغيرها، و الخدمات التي تعتمد على الأفراد كخدمات التوجيه و الحراسة و نحو ذلك،
- **حضور وتواجد المستفيد من الخدمة:** أين يوجد خدمات تتطلب حضور المعني بها و المستفيد منها كالخدمات الطبية و الخدمات التي لا تتطلب ذلك كخدمات تصليح الهواتف النقالة و نحو ذلك،
- **نوع الحاجة:** فيتم التمييز ما بين الخدمات المحققة لحاجة شخصية مثل الخدمات الطبية والتعليمية وخدمات الأعمال كالخدمات التجارية،
- **أهداف مقدمي الخدمة:** وهي الخدمات الساعية لتحقيق أهداف ربحية كالخدمات التجارية أو غير ربحية الخدمات التضامنية والتطوعية، و الخدمات الخاصة و العامة.

2.5.1.1 تصنيف Lovelock & Schemanner

في حين أن تصنيف Lovelock & Schemanner كان أكثر دقة في تصنيف الخدمات، أين جاءت التصنيفات على حسب²:

- **طبيعة الخدمة:** أين يمكن التفرقة بين أنواع الخدمات استنادا لأربعة طرق لتصنيف الأعمال والنشاطات على النحو التالي:

- ملموسة موجهة للسلع والممتلكات المادية الأخرى كخدمات الصيانة و إصلاحات ما بعد البيع ونحو ذلك،
- ملموسة موجهة للأفراد كخدمات العلاج ونحوها،
- غير ملموسة موجهة إلى فكر الأفراد وعقولهم كخدمات التعليم والتكوين وغيرها،
- غير ملموسة موجهة نحو ممتلكات الأفراد مثل خدمات التأمين والخدمات المصرفية وغيرها.

- **العلاقة بين المؤسسة وعملائها:** أين يمكن التمييز بين أنواع الخدمات استنادا لتدخل المؤسسة المقدمة للخدمة لعلاقة رسمية أو لا مع متلقي الخدمة المنتظمة أو المتقطعة، و هو ما ينتج أربعة أصناف على النحو التالي³:

- **صنفان بعلاقة رسمية متمثلان في:** العمليات المنتظمة مثل العمليات والخدمات المتطلبة لعقود أو اشتراكات موسمية أو شهرية كاشتراكات الهاتف و عقود التأمين و نحو ذلك، و العمليات المتقطعة مثل الخدمات السياحية و الصحية و غيرها.

¹ الصميدعي م. ج. و ردينية ع. ي. (2001)، "التسويق المصرفي"، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان الأردن، ص27.

² Grosset S. (2000), "Stratégies international en marketing des services", These doctorale, UNIV de Fribourg, version électronique, p.47.

³ Lovelock C. Wirtz J. et Lapert D. (2004), op cit., p36.

- **صنفان بغياب علاقة رسمية متمثلان في:** العمليات المنتظمة مثل خدمات البث التلفزيوني والإذاعي، والعمليات المتقطعة كخدمات الإشهار، العناية الجسمانية ونحوها.
- **حجم المجال المتاح لانتاج الرقابة:** أين يتم الاعتماد في تصنيف الخدمات على معياري درجات النمطية ودرجة حرية الموظفين المتعاملين مباشرة مع العملاء، على النحو التالي:¹
 - **صنفان بدرجة عالية من النمطية** تعطي حرية كبيرة عند تقديمها كخدمات التعليم أو تعطي حرية ضعيفة عند تقديمها كخدمة الإطعام السريع،
 - **صنفان بدرجة ضعيفة من النمطية** تعطي حرية كبيرة عند تقديمها كخدمات الرعاية الصحية أو تعطي حرية ضعيفة عند تقديمها كخدمات الجمعيات الخيرية.
- **طبيعة عرض و طلب الخدمة:** فمستوى الطلب على الخدمة و التقلبات المفاجئة المصاحبة له تؤثر على المنظمة الخدمية ككل، فهاته الأخيرة تسعى لمواكبة التقلبات المفاجئة للطلب على الخدمة خاصة بالأخذ في الاعتبار عدم إمكانية تخزين الخدمات لعرضها وقت الذروة أو الطلب المتزايد كخدمات النقل في الخطوط الجوية أو البحرية وهو ما يلزم مسؤولي التسويق بهاته المؤسسات العمل على إدارة الطلب من خلال العمليات التسويقية وإعطاء استراتيجيات مناسبة لكل حالة لإعطاء التوازن بين العرض والطلب و ذلك بتقديم خدمات إضافية أو خصومات خاصة عند تدني الطلب.
- **طريقة تقديم الخدمة:** بما أن تقديم الخدمة يتم عن طريق الاتصال بين المؤسسة والعميل، فإن التصنيف هنا يتم على حسب مكان و طريقة الاتصال ما بين المؤسسة و العميل و ضرورة قدوم العميل إلى موقع المؤسسة، أين يستوجب على المؤسسة أن تزيد من عدد منافذ التوزيع لكي تسهل على العميل الوصول إليها رغم ما يصاحب ذلك من مشاكل في الرقابة على جودة الخدمات المقدمة، أو أن تنتقل المؤسسة الخدمية ممثلة بعمالها إلى موقع العميل كحالات البناء و صيانة المباني و نحو ذلك. كما أن الاتصال المباشر مع العملاء أصبح غير ضروري في بعض المؤسسات الخدمية بفضل التطور التكنولوجي، أين أصبحت العديد من المؤسسات تتعامل بالهاتف والاتصالات الإلكترونية إذ أنه أصبح بالإمكان تسيير الأفراد لمصالحهم عن طريق الإنترنت كالخدمات البنكية ونحوها.

¹ IBID.

2.1 الخدمة الصحية.

تعتبر الخدمات الصحية من الخدمات الأساسية الواجب توفرها للأفراد والمجتمعات، و نظرا لقيمتها في مختلف الأوساط تكتسي هاته الخدمات طابع حساس مكتسب من طبيعتها الفريدة و خصائصها المميزة، كما أن تقديمها يتم في مؤسسات تتناسب و هاته الطبيعة و الخصائص، و هو ما سنحاول التطرق إليه في هذا الجزء من الأطروحة.

1.2.1 مفهوم الخدمة الصحية.

قبل التطرق لمفهوم الخدمة الصحية يجب التطرق إلى بعض المفاهيم الأساسية المرتبطة بها كالمريض والمرضى، فالمريض الذي يعرفه المعجم على أنه شخص به صفة مشبهة تدل على الثبوت من مرض أو داء أو علة، تعدى ذلك في التعريفات الحديثة، أين أصبح يطلق عليه اسم المريض الصبور «PATIENT» الذي يعرف على أنه " معاناة هائلة لشخص يرقد بصبر في سرير ينتظر أن يأتي الطبيب و يعطي مهارته في إطار علاقة غير متكافئة بين مستخدم خدمات الرعاية الصحية و مقدم الخدمة"¹، أما المرضى و إن كان أسهل في تعريفه مقارنة بالصحة باعتباره نقيضا لها، فيعرف على أنه "مسألة و حالة فيزيائية أو كيميائية يمكن إثباتها و يتم تشخيصها من خلال إظهار السمات المرضية"²

ويصعب وضع تعريف كاف و شامل للصحة، فإن كانت الخدمة الصحية قابلة للبيع و الشراء إلا أن الصحة ليست كذلك، فالتمتع بالصحة الجيدة ليس فقط التمتع بالحياة بل يتعدى ذلك إلى التمتع بالحياة من جميع جوانبها، و نجد هذا في تعريف المنظمة العالمية للصحة أين عرفت الصحة على أنها "حالة من السلامة الجسدية، العقلية والاجتماعية التي يتغيب فيها المرض والعجز"³. في حين أن الخدمة الصحية تعرف بأنها "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"⁴، كما تعرف أيضا بأنها "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء و الاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب"⁵. و من التعريفين يتبين لنا أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة سواء كان عاما أو خاصا من خدمات موجهة للفرد، المجتمع أو البيئة و التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء و الاستمرار بشكل مباشر.

¹ Neuberger J. (1999), "Do we need a new word for patients?", British Medical Journal, 318 (7200), p1756.

² Emson H. (1987), "Health, disease and illness: matters for definition", CMAJ. 136 (8), 811-3, p5.

³ World Health Organization. Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In Grad, Frank P. (2002). "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization". Bulletin of the World Health Organization. 80(12): 982.

⁴ محمد م. إ. (1983)، "طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية"، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، مصر، ص 23.

⁵ عبد الرزاق أ. ن. (2011)، " استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية - حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد-"، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 90، العراق، ص 281.

هذا ونجد أن هناك من يفضل استعمال لفظ المنتج الصحي بدل الخدمة الصحية، و يعرفه بأنه "مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة، والتي تحقق إشباعاً و رضا معين للمستفيد"¹، ولعل الوصف الأدق هو الخدمة الصحية لوجود خاصية اللاملموسية في الخدمات.

وعلى العموم يمكن تعريف الخدمة الصحية بأنها "جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة"².

كما يجب التفريق بين الخدمة الصحية من جهة و الرعاية الصحية و الطبية من جهة أخرى، فالرعاية الطبية تعني الخدمات العلاجية، الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق المعالج إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع³، في حين أن الرعاية الصحية و بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية و العلاجية والتأهيلية، تشمل مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع، فتركز على جودة الحياة بصفة عامة بشمولها لأنشطة رعاية المريض، الرعاية الطبية و إعادة التأهيل الاجتماعي.⁴ و لعل أبرز مثال هو معالجة الطبيب لشخص مريض و ما يرافقه من خدمات تكميلية كالعناية التمريضية، التحاليل المخبرية، الفحوصات بالأشعة و نحوها مما يمثل الرعاية الطبية، يمكن أيضاً أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل، و بذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية المذكورة.

2.2.1 خصائص الخدمة الصحية:

وباعتبارها خدمة كباقي الخدمات تشترك الخدمة الصحية مع الخدمات الأخرى في الخصائص الرئيسية السابقة الذكر، حيث أن الخدمة الصحية تتميز بـ:

- اللاملموسية: أين تتجلى هاته الخاصية في مسار العلاج المتلقي من طرف المريض في سبيل الوصول إلى نتيجة الشفاء من المرض أو العلة، فالعلاج لا يمكن إختباره من طرف المريض إلا بعد موافقته وتلقيه له ومنه الحكم عليه،
- الترابط: فالخدمة الصحية ترتبط مع الشخص المقدم لها سواء كان طبيباً أو شبه طبي أو نحو ذلك وتستوجب حضوره لتقديم الخدمة الصحية،
- الفناء: حيث تنتهي المنفعة بمجرد الانتهاء من تقديم الطاقم المعالج للخدمة الصحية للمريض،
- عدم التجانس: ويظهر ذلك في اختلاف المهارات الطبية ومهارات التواصل بين مقدمي الخدمة الصحية، كما أن اختلاف الطبيعة المزاجية للمرضى و اختلاف أماكن تقديم الخدمة الصحية يؤكد

¹ مذكور ف. (1998)، "تسويق الخدمات الصحية"، الطبعة الأولى، ابتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص 198.

² دبور ع. (2012)، "دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة-"، العدد 11، مجلة الباحث، كلية العلوم التجارية و التجارية و علوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

³ الشاعر ع. وآخرون (2000)، "الرعاية الصحية الأولية"، دار اليازوردي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، ص 11.

⁴ كичلة ن. (2008/2009)، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل)"، مذكرة ماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر. ص 38.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

- خاصة عدم تماثلها من حالة لأخرى، فالخدمة الصحية المقدمة من طرف طبيب عام في عيادة متعددة الخدمات ليست نفسها المقدمة من طرف طبيب مختص في مؤسسة استشفائية متخصصة،
- عدم التملك: أين يمكن للمريض أو متلقي العلاج الانتفاع من الخدمة الصحية ولا يمكنه التمتع بملكيتها وحصريتها وقت الحصول عليها.
- وبالإضافة إلى هاته الخصائص الكلاسيكية المشتركة مع باقي الخدمات الأخرى تتميز الخدمات الصحية بخصائص منفردة تميزها عن باقي الخدمات، نذكر منها:
- على عكس الخدمات الأخرى التي تستهدف فئة معينة من الجمهور كالخدمات التعليمية التي تستهدف الطلاب فقط والخدمات السياحية التي تستهدف السياح فقط، فإن الخدمات الصحية تستهدف كافة أفراد المجتمع باختلاف الفوارق العمرية والأيدولوجية و نحوها، فكل فرد تلقى أو سيتلقى خدمة صحية في مرحلة ما من حياته،
- وبالإضافة إلى عموميتها لمختلف الشرائح و أطراف المجتمع، تسعى الخدمة الصحية إلى تحقيق منفعة عامة للمجتمع و مؤسساته كالمؤسسات التعليمية و الرياضية و نحو ذلك،
- كما ترتبط الخدمة الصحية بشيء غير قابل للتعويض و لا يقدر بثمن و المتمثل في صحة الأفراد والمجتمعات، وبالتالي فأى خطأ لا يغتفر و لا يمكن تعويضه كخدمات الصيانة في السيارات مثلا،
- و بارتباطها بصحة الأفراد و المجتمعات التي لا تقدر بثمن، تستوجب الخدمة الصحية أسس ومعايير عالية لضمان خدمة صحية ذات جودة مرتفعة مراقبة و مسيرة من طرف هيئات رسمية بقوانين و أنظمة حكومية صارمة،
- و امتدادا لما سبق، يجب على الخدمة الصحية تواجدها في مختلف أماكن تواجد الأفراد حتى ولو كانت أماكن منعزلة و غير حضرية، خاصة الخدمات الصحية القاعدية و الإستعجالية التي تستوجب سهولة الوصول إليها في كل وقت و مكان،
- إمكانية الفصل ما بين مقدم الخدمة الصحية و متلقيها زمانيا و مكانيا، فالتحليل البيولوجي لدم المريض قد يتم في مدينة غير مدينة المريض التي تم سحب عينة الدم منه و في يوم غير يوم السحب، هاته الخاصية و إن كانت محققة في هاته الحالة إلا أنها مستحيلة التحقيق في أغلب الحالات الأخرى،
- و على عكس الخدمات الأخرى، فإن الكلمة العليا و القرار النهائي في المؤسسات المقدمة للخدمة الصحية في يد الطاقم التقني الممثل بالطاقم المعالج و ليس بيد طاقم المجلس الإداري.

3.2.1 أنواع الخدمة الصحية.

بالنظر لمختلف المراجع، المصادر والأعمال البحثية نجد أن هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة تختلف باختلاف وجهات و زوايا النظر لها. فتصنف الخدمات الصحية حسب طبيعتها إلى "...خدمات الفحوصات والاستشارات، الخدمات السريرية، خدمات الأرضية التقنية، خدمات الإمداد و الخدمات الإدارية..."¹ أما حسب مستويات الخدمة فيمكن تصنيف الخدمة الصحية إلى "... الخدمات الأساسية و الخدمات المساعدة..."². كما يمكن تصنيفها على أساس "...التوجه للصحة الشخصية أو العامة..."³، أو حسب وظائفها إلى "...خدمات علاجية، خدمات وقائية وخدمات إنتاجية..."⁴.

وبالنظر لهاته التصنيفات، يمكننا تصنيف أنواع الخدمات الصحية في دراستنا بما يتناسب و السياق المحلي المدروس و يشمل جميع الخدمات المتوفرة به إلى الأنواع التالية:

- خدمات صحية أساسية وقاعدية: وهي تلك الخدمات الصحية التي تقدم خدمات أساسية مثل خدمات التمريض الأساسية و خدمات التشخيص الأولي و التي نجدها غالبا في العيادات وقاعات العلاج المتواجدة في مختلف أنحاء الوطن، أين تتمثل مهمتها الأساسية في كونها الاحتكاك الأول ما بين المريض و القطاع الصحي خاصة في الحالات الغير اعتيادية أو الطارئة و الذي بموجبه يتلقى المريض إسعافاته الأولية و يوجه المريض إلى هياكل أكثر تخصصا إذا اقتضى الأمر،
- خدمات صحية علاجية عامة: وتتمثل في الخدمات الصحية المقدمة بإشراف طبي عام من تشخيص و علاج و استشفاء و تتم عموما في الهياكل الإستشفائية أو العيادات المتعددة الخدمات، أين يكون الهدف منها هو تقديم علاج فعال و نهائي،
- خدمات صحية متخصصة: وهي الخدمات الصحية التي تقدم تحت إشراف طاقم طبي متخصص من تشخيص، فحص، جراحة، علاج و استشفاء لحالات مرضية محددة في الهياكل الإستشفائية العامة أو المتخصصة و فقط،
- خدمات صحية تكميلية: وهي الخدمات التقنية المساعدة على وضع تشخيص للحالات المرضية من فحوصات و اختبارات تكميلية سواء بيولوجية أو اختبارات الأشعة بمختلف أنواعها و التي يقوم بها طاقم طبي و شبه طبي متخصص المتواجد في مختلف الهياكل الصحية،
- خدمات صحية وقائية: وهي الخدمات الصحية المقدمة من طرف أطقم طبية و شبه طبية والتي تسعى للوقاية، التحسيس حول مختلف الأمراض المعدية و الأوبئة و حتى الآفات الإجتماعية، مراقبة الصحة البيئية، رعاية الأمومة و الطفولة و العمل على نشر الفكر الصحي التوعوي والصحي في مختلف شرائح المجتمع،

¹ Djellal F. et Autres (2004), "L'hôpital innovateur de l'innovation médicale à l'innovation de service", MASSON, Paris, France, pp 62-64.

² المساعد ز. خ. (2002)، "تسويق الخدمات الصحية"، دار حامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، ص294.

³ بن عايد الأحدي ط. (2004)، "إدارة الرعاية الصحية"، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص: 25-26.

⁴ مريزق ع. (2011)، "مداخل في الإدارة الصحية"، الطبعة الأولى دار الرابية للنشر و التوزيع، الأردن، ص20.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

- خدمات إدارية: وهي الخدمات الغير تقنية لكن تسعى لتنظيم، تسهيل و تنظيم الخدمات الطبية والطواقم العاملة عليها، يشرف على هاته الخدمات فرق طبية أو غير طبية في مختلف إدارات الهياكل الصحية أو غير الصحية كمديرية الصحة و وزارة الصحة،
 - خدمات الرفاهية: وتتمثل في الخدمات المصاحبة للخدمات الصحية و التي يتجلى دورها أساسا في ضمان راحة المريض و توفير احتياجاته الأساسية من فندقة و إ طعام و نظافة و نحو ذلك.
- ### 4.2.1 مؤسسات تقديم الخدمة الصحية.

هذا و تقدم الخدمات الصحية للمرضى المستفيدين منها في مؤسسات محددة و مقننة سواء كانت حكومية أو خاصة، فتعرف المؤسسة الصحية على أنها "... كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات و المراكز التخصصية...، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات، الإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية¹، كما تعرف أيضا على أنها "مجموعة من المتخصصين و المهن الطبية وغير الطبية والمدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم واستمرارها في تقديم خدماتها"². فيتجلى من خلال التعريفين إلزامية تكوين المؤسسات الصحية من:

- مكان لتقديم الخدمة الصحية سواء خدمة مباشرة للمريض متلقي الخدمة كالمستشفى أو العيادة أو خدمة تكميلية كمختبر التحاليل و نحو ذلك،
- إ طارات متخصصة متكونة إجمالاً من إ طارات طبية، شبه طبية، إدارية، أسلاك مشتركة مدربة وساعية لخدمة المريض كل حسب اختصاصه،
- مدخلات مادية تمثل أساساً مختلف الهياكل، المعدات، الأدوات و الوسائل المستعملة من قبل الإ طارات المتخصصة في تقديم الخدمات الصحية.

و يختلف مفهوم المؤسسة الصحية بالنسبة للأطراف المتعاملة معها حسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، فهي بالنسبة:³

- للمرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء والرعاية الطبية لهم...
- للحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن،
- للإ طارات الطبية: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية...
- إدارة المؤسسة: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال،
- شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية...

¹ نياز ع. ب. ح. الله (2005)، " جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية والتطبيق العملي"، وزارة الصحة، الرياض، ص 362.

² النجار ف. (2004)، " إدارة المستشفيات وشركات الأدوية"، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، ص 205.

³ البكري ث. ي. (2005)، "إدارة المستشفيات"، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 21-22.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

- للطلبة والجامعة: موقع تدريبي و عملي لاكتساب المهارة، المعرفة الميدانية وإجراء التجارب والبحوث. كما يوجد وجهات نظر أخرى لمفهوم المؤسسة الصحية تخص أطراف أخرى آخرين تخص بالدرجة الأولى مقدمي الخدمات التكميلية ومورديها بالمؤسسات الصحية كمقدمي و مجهزي الخدمات الفندقية، عمال و مهندسي صيانة الأجهزة و المعدات الطبية، و نحو ذلك.

هذا و يعتبر المستشفى و كما يسمى رسميا بالمؤسسة الاستشفائية أهم مؤسسة صحية، فهو المؤسسة التي تقدم خدمة صحية مصحوبة بالاستشفاء أي المكوث بها لغاية تحسن الحالة الصحية لمتلقي الخدمة الصحية والمتمثل في المريض، فتعرف المؤسسة الاستشفائية حسب الهيئة الأمريكية للمستشفيات (AHA) على أنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"¹، كما تعرفها منظمة الصحة العالمية (OMS) على أنها "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي و طبي تشخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية و تمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية"². أما استنادا لنظرية النظم فيمكن تعريف المؤسسة الصحية الاستشفائية على أنها نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية، نظام الخدمات المعاونة، نظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، التي تتفاعل معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب و تدعيم الأنشطة التعليمية، التدريبية و البحثية في المجال الطبي"³.

و منه يمكن تحديد وظائف المؤسسة الصحية في النقاط التالية:⁴

- **الرعاية الطبية والصحية:** والمتمثلة في الخدمات الصحية الأساسية من الفحوصات والخدمات الطبية العلاجية، التشخيصية، التأهيلية، التمريضية والنفسية المقدمة من مختلف مصالح المؤسسة الصحية وما يرتبط بها من خدمات تكميلية كخدمات النقل الصحي، فندقية و إطعام المقيمين بهاته المصالح،
- **التعليم والتدريب:** ويشمل التبرصات التطبيقية بالنسبة لطلبة الشعب الطبية، الشبه طبية، التقنية والإدارية لتأهيل هاته الفئات للعمل الميداني مستقبلا، بالإضافة إلى تحسين مستوى الكوادر الحالي عن طريق الأيام الدراسية، الندوات وتبادل الخبرات مع المؤسسات الأخرى خاصة الأجنبية لاكتساب المهارات الحديثة ومواكبة آخر التطورات في الميادين المتعددة والمختارة،
- **البحوث الطبية والاجتماعية:** تعتبر المؤسسة الصحية بيئة خصبة ومناسبة لإجراء مختلف الدراسات، الأبحاث والتجارب الأكاديمية و الميدانية نظرا لما تزخر به من حالات متنوعة و متجددة و أرشيف محفوظ، بما يساهم في تطوير و تقدم العلوم الطبية و الإنسانية،
- **الوقاية من الأمراض والعمل على تحسين الصحة العامة:** وهذا عن طريق عمليات المراقبة والتوعية للحد من مختلف الأمراض المتنقلة والمعدية و إجراء حملات التلقيح لهاته الأمراض،

¹ مخيمر ع. و الطعمانة م. (2003)، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المفاهيم والتطبيقات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، ص07.

² Balsan D. (2003), " Une typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement ", Document de travail, Drees, n° 37, p09.

³ السيد ع. (2001)، " إدارة الأزمات في المستشفيات"، دار النشر ايتراك، القاهرة، مصر، ص81.

⁴ مخيمر ع. و الطعمانة م. (2003)، مرجع سبق ذكره، ص10.

- خدمات الارتقاء بالصحة: وهي الخدمات التي تسعى للحفاظ على الصحة الفردية والعامّة من خلال حث على النشاطات والعادات الصحية لتعليمها و تعميمها في المجتمع.

5.2.1 تصنيف المؤسسات الصحية:

من المتعارف عليه أن المؤسسات الصحية تأخذ أشكالاً متعددة في هيئة المؤسسات الاستشفائية (المستشفيات)، العيادات، المصحات، مراكز العلاج، المعامل، المختبرات، و نحو ذلك. و بعيداً عن التصنيف الذي يفرق ما بين المؤسسات الصحية العمومية التابعة و الخاضعة للملكية العمومية الحكومية و المؤسسات الصحية الخاصة المملوكة للخوادم سواء كانوا تقنيين من أطباء و أخصائيين أو رجال أعمال و مستثمرين و نحو ذلك. نجد أن المؤسسات الصحية العمومية التي هي محور اهتمامنا تصنف على أساس عدة اعتبارات منها:

- التصنيف على أساس مدة بقاء المريض:

• مؤسسات ذات إقامة قصيرة: تتعلق بالإستشفاء بمدة مكوث قصيرة المدى في الطب العام والجراحة.

• مؤسسات ذات إقامة طويلة : وتتعلق بالإستشفاء بمدة مكوث طويلة الأجل.

- التصنيف على أساس عدد الأسرة: أي حسب عدد الأسرة التي تحتويها لأغراض العلاج والرقود فيها، وتكون على شكل فئات صغيرة أو كبيرة.

- التصنيف على أساس الجنس: أين نجد مؤسسات تخصص لفئة جنسية معينة كالمؤسسة العمومية الإستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد...

- التصنيف على أساس العمر: وهي المؤسسات التي تقوم بتقديم خدمات صحية على حسب الفئات العمرية، مثل المؤسسة العمومية المتخصصة في طب الأطفال، المؤسسة العمومية المتخصصة بكبار السن و نحو ذلك...

أما في الجزائر فالمؤسسات الصحية تصنف استناداً للقرار الوزاري المشترك ما بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وزارة المالية والأمن العام للحكومة ممثلاً بالمدير العام للتوظيف العمومية المؤرخ في 15 يناير من سنة 2012 و المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في فئات محددة بعدد نقاط استناداً للجدولين التاليين:¹

¹ القرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 12 جمادى الأولى 1433 هـ، الموافق لـ 04 أبريل 2012، ص 23.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

الجدول رقم 01 : معايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية.

مقر الولاية		الطابع الجامعي		عدد المصالح		عدد الأسرة		عدد البلديات		عدد السكان	
النقاط	العدد	النقاط	العدد	النقاط	العدد	النقاط	العدد	النقاط	العدد	النقاط	العدد
10	مقر الولاية	4	الطابع الجامعي	2	9-5	4	120-1	2	7-1	2	100000-9000
				3	13-10	7	180-121	3	10-8	3	140000-100001
				4	14-فما فوق	9	240-181	4	11-فما فوق	4	170000-140001
						11	300-241			5	220000-170001
						13	301-فما فوق			6	290000-220001
										7	290001-فما فوق

المصدر: القرار الوزاري المشترك الصادر بالجريدة الرسمية(المذكور سابقا).

هذا التصنيف يعتبر أكثر منطقية وشمولية بأخذه في عين الاعتبار العوامل المؤثرة على سير المؤسسة العمومية الاستشفائية من الكثافة السكانية لعدد البلديات التابعة لمنطقة تغطية المؤسسة الاستشفائية، بالإضافة لعدد المصالح و عدد الأسرة بها و مدى تناسبه مع تدفق المرضى بالإضافة إلى صفتي الطابع الجامعي و التواجد بمقر الولاية اللتان تمنحان نقاط إضافية نظرا للتحديات الإضافية المفروضة على المؤسسات الحاملة لهاتين الصفتين. و منه حسب النقاط المتحصل عليها تصنف المؤسسات العمومية الإستشفائية كالتالي:

- الفئة أ: أكثر من 30 نقطة،

- الفئة ب: أكثر من 20 نقطة وأقل أو يساوي 30 نقطة،

- الفئة ج: يساوي أو أقل من 20 نقطة.

وانطلاقا من هذا التصنيف يتم تحديد شروط الإلتحاق بالمناصب العليا التابعة لها و كذا الزيادة الإستدلالية المرتبطة بها.¹

الجدول رقم 02: معايير تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

عدد هياكل الصحة الجوارية					عدد البلديات		عدد السكان		
النقاط	قاعة علاج	النقاط	العيادات متعددة الخدمات بدون عيادة للتوليد	النقاط	العيادات متعددة الخدمات مع عيادة للتوليد	النقاط	العدد	النقاط	العدد
4	20-1	3	3-1	5	3-1	1	3-1	1	60000-4000
6	40-21	5	6-4	7	6-4	2	7-4	2	120000-60001
8	41-فما فوق	7	7-فما فوق	10	7-فما فوق	3	10-8	4	150000-120001
						5	11-فما فوق	6	290000-150001
								8	290001-فما فوق

المصدر: القرار الوزاري المشترك الصادر بالجريدة الرسمية(المذكور سابقا).

¹ المادة الأولى و الثانية من القرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية و شروط الإلتحاق بالمناصب العليا التابعة لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 12 جمادى الأولى 1433 هـ، الموافق لـ 04 أفريل 2012، ص33.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

في حين أن تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية يخضع للمعايير المؤثرة على هذا النوع من المؤسسات المتباينة في حجمها (قاعة علاج أصغر وحدة مقارنة بعيادة متعددة الخدمات) من عدد سكان مقسم على عدد البلديات، كما أن حيازة العيادة المتعددة الخدمات على مصلحة للتوليد يكسبها نقاط إضافية في التصنيف. و منه حسب النقاط المتحصل عليها، تصنف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية على النحو التالي:

- الفئة أ: أكثر من 26 نقطة،
- الفئة ب: أكثر من 20 نقطة و أقل أو يساوي 26 نقطة،
- الفئة ج: أكثر من 16 نقطة و أقل أو يساوي 20 نقطة،
- الفئة د: يساوي أو أقل من 16 نقطة.

و أيضا انطلاقا من هذا التصنيف يتم تحديد شروط الإلتحاق بالمناصب العليا التابعة لها و كذا الزيادة الإستدلالية المرتبطة بها.¹

و عموما يمكن القول أن الخدمات الصحية جزء لا يتجزء من قطاع الخدمات بمفهومه الواسع مع خصائص مميزة لها مرتبطة ارتباط وثيق بصحة الإنسان و قيمتها الغير مقدرة بثمن، و طبيعتها الإلحاحية أين يجب أن تقدم في الحين و لا يمكن تأجيلها، كما يمكن أن تقدم الخدمة الصحية في إطار عمومي من طرف الدولة و السلطات العمومية ممثلا بمؤسسات عمومية استشفائية و غير استشفائية للصحة الجوارية أو من طرف الخواص في إطار و قطاع خاص، و على الرغم من الاختلاف بين القطاعين العام و الخاص إلا أننا نستهدف في دراستنا الخدمات بالقطاع العام و هو ما سيكون لب العنوان القادم.

¹ المادة الأولى و الثانية من القرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و شروط الإلتحاق بالمناصب العليا التابعة لها و كذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 12 جمادى الأولى 1433هـ، الموافق لـ 04 أفريل 2012، ص37.

3.1 الخدمة العمومية.

على عكس الخدمة الخاصة تمثل الخدمة العمومية غالبا الأنشطة المقدمة من طرف الدولة أو جهة رسمية لبلد معين لصالح العامة من الناس و المواطنين دون تمييز، بهدف تحقيق المنفعة العامة لهم باختلاف فئاتهم الاجتماعية أو الاقتصادية، و هو ما يحمل الدولة المسؤولية عن توزيع غير عادل أو تقصير في الخدمات العمومية المقدمة. و في هذا المبحث سنستعرض أهم ما يخص الخدمة العمومية من مقاربات شارحة للمفهوم، مبادئها و تطورها التاريخي.

1.3.1 مقاربات الخدمة العمومية.

يعتمد تعريف أي مصطلح على طريقة استخدامه وفهمه في الممارسة، ومنه عملية فهم الخدمة العمومية يجب أن تبدأ بفحص ميادين استخدام هذا المصطلح. فعادة ما تكون المنظمات العمومية مطلوبة لتحقيق أهداف تنظيمية متعددة و متضاربة. فمصطلح الخدمة العامة أو العمومية يصف تلك الرابطة التي تجمع بين الإدارة العامة الحكومية من جهة والمواطنين من جهة أخرى في سبيل تلبية الرغبات و إشباع الحاجات المختلفة لهم من طرف الجهات الإدارية والمنظمات العامة، و انطلاقا من هذا ارتأينا التطرق لمفهوم الخدمة العمومية انطلاقا من عدة مقاربات و زوايا لتوضيح الصورة حول هذا المصطلح الصغير في حجمه الكبير في معناه.

فأولى المقاربات الشارحة لهذا المصطلح هي المقاربة التشريعية أو القانونية، أين عرفها الأستاذان في القانون الفرنسي Serge Guinchard و Thierry Debard في مؤلفهم المعنون بمعجم المصطلحات القانونية (Lexique des termes juridiques) على أنها "أي نشاط يهدف إلى تلبية حاجة المصلحة العامة، وعلى هذا النحو يجب توفيرها ومراقبتها من قبل الإدارة، لأن التلبية المستمرة والمتواصلة للحاجات لا يمكن ضمانها من أية جهة من غير الإدارة...¹". في حين نجد أن التشريع الجزائري لم يعطي ذلك التعريف الواضح و الكافي للخدمة العمومية على الرغم من وجود انعكاسات ضمنية لها في الكثير من النصوص واللوائح، فصعوبة تحديد المفهوم تبدأ من حقيقة أن الفكرة بحد ذاتها متعددة المعاني وبالتالي يمكن أن تغطي مواقف متنوعة للغاية كما تتطور الخدمة العمومية في الوقت نفسه إلى جانب مجموعة متنوعة من الحالات، وبالتالي لا يمكن فهمها بقاعدة ثابتة. و منه فإن مفهوم الخدمة العمومية في سياق المؤسسات الجزائرية، مثله مثل السياق العالمي يغطي المعاني التالية:²

- عمل الإدارة الذي يعبر عن المعنى المؤسساتي،
- المعنى القانوني والذي ينطوي على تطبيق القانون العام،
- المعنى السياسي والذي يشير إلى مفهوم التضامن والتماسك الاجتماعي،
- المعنى الاقتصادي مما يعني إنتاج السلع العامة وعملية تخصيص الموارد وتقييم النتائج وفقا لخصوصية السلع العامة (العوامل الخارجية) والمصلحة العامة.

¹ Guinchard S. et Debard Th. (2020), "Lexique des termes juridiques 2020- 2021" (28^{ème} ed), Dalloz, France, p329.

² Belmihoub M. Ch. (2004), "Rapport sur Les innovations dans l'administration et la gouvernance dans les pays méditerranéens, Cas d'Algérie", p05.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

أما في ميداننا الاقتصادي فنجد ذلك الارتباط الوثيق و القوي ما بين الخدمة العمومية و الاقتصاد السياسي و هو ما ظهر جليا بعد الثورة الصناعية أين عمل الماركنتليون على تأسيس ما يسمى حاليا بمنهج الاقتصاد السياسي و الذي يعمل على تطوير قوى الدولة في تخصصات معينة و ظهر معه تأسيس أول المؤسسات العمومية و شبه العمومية أين ظهر معها القانون الإداري. وعلى النقيض من هذا نجد من تبنى فكر مختلف يتجلى في عدم تدخل الدولة في الاقتصاد، و أي تدخل منها يعتبر غير شرعي و يؤدي إلى تراجع عدة ميادين أبرزها الميدان التجاري و الزراعي، فأصحاب هذا الفكر أو ما يطلق عليهم الفيزيوقراطيون ربطوا ازدهار الاقتصاد بالتبادل الحر سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي حيث تتواجد السوق الحرة ويكون التنافس على مستواه بشكل عفوي طبيعي.

أما بالنسبة للفكر الليبرالي عامة و آدم سميث خاصة المؤمنين بفكرة تشجيع التنافس و ازدهار المنفعة الفردية لازدهار الاقتصاد و الذي لا يكون و يتحقق إلا عن طريق قوانين السوق المسيرة بميزان العرض والطلب، و على الرغم من هذا نجد أن هذا الفكر لا يعترض على تدخل الدولة بل يؤكد أنه كلما كانت المنفعة الخاصة غير قادرة على تحقيق المنفعة العامة و جب على الدولة التدخل لحل هذه المشكلة.

و انطلاقا من كل هذا عرفت الخدمة العمومية بأنها "خلق ظروف للتنمية المستدامة سواء اقتصادية، اجتماعية أو بيئية لضمان مصلحة الأجيال المستقبلية".¹ و في تعريف آخر للخدمة العمومية يعتبر هذا المصطلح المستعمل كثيرا من أكثر المفاهيم صعوبة، فالقوانين و التنظيمات تختار أو تؤهل غالبا نشاطات معينة كخدمات عمومية، و لكن بدون ذكر الأسباب التي أختيرت من أجلها هذه النشاطات.²

و في فرنسا عرف مفهوم الخدمة العمومية تطورا متناقضا ففي البداية اتجه المجتمع و القانون الفرنسي نحو توسيع مفهوم الخدمة العمومية إثر ازدياد تدخلات الدولة و التعاونيات المحلية و تكاثر الهيئات العمومية، بالإضافة إلى الطلب المرتفع من المستعملين للتكفل من طرف السلطات العمومية بحاجاتهم الفردية و الجماعية، هذا الاتجاه اليوم انعكس مع ظهور حركات الخصوصية سواء على المستوى المحلي أو الوطني، و بدون الرجوع مباشرة إلى مجال تطبيق مفهوم الخدمة العمومية.³ يوحي مصطلح الخدمة العامة أو الخدمة المدنية بتلك الرابطة التي تجمع بين الإدارة العامة الحكومية، و المواطنين على مستوى تلبية الرغبات، وإشباع الحاجات المختلفة للأفراد من طرف الجهات الإدارية والمنظمات العامة.⁴ عرف LEON DUGUIT الخدمة العمومية بأنها "كل نشاط يجب أن يكلفه و ينظمه و يتولاه الحكام لأن الاضطلاع بهذا النشاط لا غنى عنه لتحقيق التضامن الاجتماعي و لتطوره، و أنه بحيث لا يمكن تحقيقه على أكمل وجه إلا عن طريق تدخل السلطة الحاكم".⁵

¹Bauby Pi. (2011) "Service public, Services Publics", Direction de l'information légale et administrative, Paris, France, p13.

²Auby J. F. (1996), "Management public", Edition Sirey, France, p13.

³IDEM.

⁴ ثابت ع. إ. (2001)، "المدخل الحديث في الإدارة العامة"، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، بدون بلد نشر، ص455.

⁵GUGLIELMI G.J. (1990), "Une Introduction Au Droit Du Service Public", Université Panthéon Assas-Paris2, France, p6.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

يرى ANDRE DE LAUBADERE بأن الخدمة العمومية هي عبارة عن " نشاط تباشره سلطة عامة بقصد الوفاء بحاجة ذات نفع عام".¹

و في نفس السياق عرفت الخدمة العمومية على أنها " نشاط يسيره شخص عمومي، أو يكون تحت مراقبة شخص عمومية، فالخدمات العمومية في فرنسا تغطي ما يسمى بالقطاع العمومي".² في حين يرى جاك شوفالي بأن الخدمة العمومية هي " تلك الأهداف التي تطمح إليها المؤسسات العمومية لا تشبه تلك التي ترمي إليها المؤسسات الخاصة، فمنطق العمليات يختلف حيث في الوقت الذي تبحث فيه المؤسسة الخاصة عن الترويج لمصالحها الخاصة (مصالح شخصية لأفرادها أو مصالح جماعية) فإن المؤسسات العمومية تسعى إلى إشباع حاجيات جماعية"³.

فوفقا لـ L.DUGUIT " تندرج الخدمة العامة ضمن أي نشاط يجب على الحكام ضمان إنجازه، تنظيمه ومراقبته، لأن إنجاز هذا النشاط ضروري لتحقيق الترابط و التنمية الاجتماعية وأنه ذا طبيعة لا يمكن تحقيقها بالكامل إلا من خلال تدخل القوة الحاكمة"⁴. هذا و تفسر مختلف النظريات الاقتصادية الخدمات العامة بطرق مختلفة.

أما في النظرية الكلاسيكية، نجد تعريف Adam SMITH في كتابه ثروة الأمم للاقتصاد و ربطه بالخدمة العامة، والتي تعد أحد موضوعيه، ف حسبه فإن " الاقتصاد السياسي ... يقترح موضوعين مختلفين: الأول، توفير دخل أو لقمة عيش وفيرة للناس ... والثاني تزويد الدولة أو المجتمع بدخل كافٍ للخدمة العامة"⁵. فهذا التعريف يبرر مدى تدخل الدولة في الأشغال العامة أو النفقات التعليمية على الرغم من أنها ليست مربحة للفرد، بتداعياتها الإيجابية على نطاق المجتمع بأسره.

أما جون John Stewart Mill فأكمل ميل المذهب الكلاسيكي للخدمة العامة، و لاسيما في كتابه مبادئ الاقتصاد السياسي، من خلال إظهار أن عمل الدولة يمكن أن يتعلق بعدة مجالات حيث أن " هناك العديد من الحالات التي تأخذ فيها الحكومات السلطة و تؤدي وظائف دون أن يكون من الممكن تخصيصها لأي سبب آخر غير المنفعة العامة ... و أنه يكاد يكون من المستحيل إسناد أي سبب آخر لوجود جميع وظائف الحكومة غير المنفعة العامة، وهو مصطلح يمتد بعيدا جدا، كما أنه يكاد يكون من المستحيل تقييد تدخل الحكومة بأي قاعدة بشكل عام، إلا إذا اعترفت بالقاعدة البسيطة والغامضة للغاية والتي بموجبها يجب قبول هذا التدخل فقط في الحالات التي تكون فيها الفائدة واضحة"⁶.

¹ Lambadere A. et Gaudemet Y. (Sans année de publication), "Traité de droit administratif", 12ème Edition, Paris, p110.

² Lecerf M. (Sans année de publication), "Droit des consommateurs et obligations des services publics", Edition d'Organisation, Paris, France ,p29.

³ نور الهدى بوزقواو، 2011/2010، التسيير المالي للمؤسسات السمعية البصرية العمومية، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر 03، ص21.

⁴ GUGLIELMI G.J. (1994), "UNE INTRODUCTION AU DROIT DU SERVICE PUBLIC", Collection Exhumation d'épuisés, Université Paris2, France, p6.

⁵ Smith A (1991 [1776]), "La richesse des nations", Garnier Flammarion, 2 tomes, p11.

⁶ Mill J. S. (1854), "Principes d'économie politique avec quelques-unes de leurs applications à l'économie sociale", 2tomes, Guillaumin, pp 392-393.

كما مرت الخدمة العمومية بالعديد من المراحل و التغيرات التي كانت وليدة المساهمات و الاجتهادات بالإضافة إلى متطلبات و تطلعات المواطنين و حاجاتهم.

2.3.1 التطور التاريخي للخدمة العمومية.

مصطلح الخدمة العمومية أو الخدمة العامة كما يفضل البعض الآخر استعماله ليس وليد وقتنا الراهن ولا نطاقنا الجغرافي الحالي بل نجد له امتداد في الأزمنة و الأمكنة المختلفة. فانطلاقا من مصطلح العنف الشرعي الذي أطلقه ماكس وبير على الجزء الأساسي من السلطة العامة، و الذي استحوذ عليه في أقدم المجتمعات الإنسانية من قبل الجنود والقضاة نيابة عن المجتمع. لكن هذا المفهوم سرعان ما بدا غير كاف، وتم تنظيم مهنة أخرى في وقت مبكر جدا حول قبول أوسع للخدمات التي سيتم تقديمها للجمهور، فعلى سبيل المثال نجد المستشارون الخبراء للديمقراطية الأثينية، الجمهور المخدوم، العبيد المسؤولون عن الخدمات الجمهور البلدي في روما الجمهورية، الماندرين من السلالات الصينية الإمبراطورية و أصحاب مكاتب المحاكم الملكية والإمبراطورية في أوروبا، و بغض النظر عن وضعهم الاجتماعي، بدءا من العبودية إلى طبقة النبلاء الوراثية، قد كان لديهم جميعا مهمة للاستجابة للاحتياجات الجماعية للخدمات تحت قيادة السلطة السياسية.¹

و بناء على هذه التجارب، تعمقت الأفكار الاقتصادية، الاجتماعية و الفلسفية في تصميم الخدمة العامة على مدى القرنين الماضيين. فخلال هذه الفترة، تم تنظيم النقاش حول دور الدولة والمجتمعات في الديمقراطيات الحديثة حول مسألة مركزية، السؤال عن المكان الذي يجب إعطائه من جهة للتنظيم من خلال تأثير القوات السوق التلقائي، ومن ناحية أخرى لتدخل السلطة العامة، لتقديم إجابات للقضايا الاقتصادية، الاجتماعية و البيئية.

هكذا و في أوائل القرن التاسع عشر آدم سميث، الفيلسوف الأخلاقي والأب المؤسس للاقتصاد السياسي الليبرالي، نوه إلى أن السلطة العامة يجب أن تمارس ".... ثلاثة واجبات (...). واضحة وبسيطة وفي متناول النكاه العادي: (...). الدفاع عن المجتمع من جميع أعمال العنف أو الغزو (...). حماية أكبر قدر ممكن من أفراد المجتمع من ظلم أو اضطهاد أي عضو آخر (...).، وإنشاء وصيانة بعض الأعمال العامة وبعض المؤسسات التي لا يمكن للمصالح الخاصة للفرد أو لبعض الأفراد أن يقيماها أو يحتفظ بها...".²

أما خلال نهاية القرن العشرين، بالنسبة إلى الاقتصاديين ذو التوجه النيوليبرالي الممثلين بالشخصيات الرمزية لـ Friedrich Hayek و Milton Friedmann، فأجمعوا على أن التشغيل الحر للأسواق وتخفيف القيود المعيارية يوفر في أغلب الأحيان إجابات أفضل للتحديات الجماعية من السياسات العامة الاستباقية.³

¹ Isnard P. (2015), "La démocratie contre les experts. Les esclaves publics en Grèce ancienne", Collection : L'Univers historique, Seuil, Paris, France, p288.

² Sabéran S. (2008), "La notion d'intérêt général chez Adam Smith : de la richesse des nations à la puissance des nations". Géoeconomie, 45(2), 55-71.

³ Taylor C.B. and Gans-Morse J. (2009), "Neoliberalism: From New Liberal Philosophy to Anti-Liberal Slogan", Studies in Comparative International Development, Volume 44, Number 2, p. 137.

وفي نفس الوقت، يتعمق التفكير في تدخلات السياسة العامة في المسائل البيئية والاجتماعية، أين صمم Arthur Cecil Pigou في ثلاثينيات القرن الماضي الأساليب الاقتصادية لأخذ العوامل البيئية الخارجية في الاعتبار لتصحيح إخفاقات السوق. كما انعكس انضمام John Rawls إلى الاقتصاد في الفلسفة في نظرية العدالة لعملية تقييم القرار العادل فيما يتعلق بوضع أفقر العامة. في عام 1979، قام الفيلسوف Hans Jonas اعتماداً على مبدأ المسؤولية بتوسيع النفعية الكلاسيكية القائمة على تعظيم الرفاهية: التي تمد المسؤولية الإنسانية الناتجة عن أفعالنا الحالية لتشمل الأخذ بعين الاعتبار الظروف المعيشية للأجيال المقبلة. كما يربط العديد من الاقتصاديين وفي مقدمتهم Joseph Stiglitz و Amartya Sen فكرة التنمية عن كثب بمكافحة الفقر. كما يضيف المهندس الاقتصادي والفيلسوف Jean-pierre Dupuy وعالم الاجتماع Ulrich Beck أفكارهما حول السيطرة على المخاطر في المجتمعات الحديثة.¹

إن تماسك الأهداف الاقتصادية والبيئية والاجتماعية أثرى تفكير الاقتصاديين والفلاسفة وعلماء البيئة وعلماء الاجتماع لعقود من الزمان، فظهور مفهوم التنمية المستدامة في أوائل الثمانينيات هو نتاج تيار عميق وراдикаلي وقديم على الاحتياجات الجماعية للمجتمع المعاصر.

إن التفكير في الخدمة العامة كذراع عملي للدول لمراعاة المصلحة العامة لها و لشعوبها قد تابع التطورات الهامة على مدى القرنين الماضيين. فكان التقليد الأولي للخدمة العامة الفرنسية في بداية القرن التاسع عشر، كتقليد الإدارة الفيدرالية الأمريكية الناشئة بالاعتماد الصارم على السلطة السياسية أين لا يترك للإدارة الذاتية أي سلطة كانت و لو في أكثر المهام تبعية.² ومع ذلك، و خلال نهاية القرن التاسع عشر، ظهرت فكرة الشرعية المناسبة للخدمة العامة تدريجياً، مع استقلال ذاتي معين عن السلطة السياسية. حيث يرى المحامي ليون دوجويت البادئ بتفكير قانوني واجتماعي عميق في الخدمة العامة، "أن الدولة ما هي إلا اتحاد للخدمات العامة التي تهدف إلى تنظيم المجتمع وضمان عمله من أجل الصالح العام". و "أن وكلاء الدولة ليسوا منفذين بسيطين هناك ولكنهم يشاركون في إنجاز خدمة تدرج ضمن المهمة الإلزامية للدولة"³. وبجده من إغراء التكنوقراطيين لهذا الموضوع وتطويره لفكرة أنه إذا كانت هناك سلطة عامة، فهي واجب و وظيفة وليست حق"⁴، فهي تجد شرعيتها فقط في الخدمات التي تقدمها.

تميزت نهاية القرن التاسع عشر بالتوظيف المكثف للمعلمين، أين كان من المنطقي في ممارسة مهنتهم استقلالية تشغيلية أكبر مما يدل على الأهمية الإستراتيجية التي توليها الدولة للخدمة العامة، كما اكتمل هذا الانعكاس الجديد حول الشرعية المناسبة للخدمة العامة فيما يتعلق بالسلطة السياسية، أولاً بالضفة الغربية للمحيط

¹ Ulrich B. (1998), "The Politics of risk society", Polity Press, J.Franklin Edition, Cambridge, UK, pp 9-22.

² Rosanvallon P. (2008), "La Légitimité démocratique, Impartialité, réflexivité, proximité ", Seuil, Paris, France, p.61.

³ Duguit L. (1903), "L'État les gouvernants et les agents, Préface de France moderne", Reimpression de l'édition de Paris, Dalloz édition, France, p 413.

⁴ Rosanvallon P. (2008), Op. cit., p.70.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

الأطلسي (الولايات المتحدة الأمريكية) في بداية القرن العشرين ثم في ضفته الشرقية (أوروبا) ، بفكرة وجود سلطة إدارية يفترض أن تكون عقلانية، موضوعية و ضرورية.¹

و بالإضافة إلى ذلك ساهمت العديد من العوامل في فكرة أن الخدمة العامة تحت سيطرة السلطة السياسية، مع استفادتها من القدرة على التفكير والاستقلالية النسبية كتشكيل فرق تقنية قوية للإدارة الأمريكية تحت رئاسة فرانكلين روزفلت للصفحة الجديدة، حدود خضوع الإدارة المفرطة للسلطة القائمة لإدارة فيشي الفرنسية، ظهور فرق لجنة التخطيط العامة و الهيئات الكبيرة للدولة و اعتبار نفسها مشتركة في السلطة السياسية لضمان المصلحة العامة، وذلك بفضل عقلانية الخيارات العامة و الاستمرارية، كما أن إنشاء ضمان اجتماعي حديث في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة يدل على أهمية القضايا الاجتماعية في السياسة العامة. كل هذا ساهم في صياغة النظام الأساسي العام لموظفي الخدمة المدنية في فرنسا و الولايات المتحدة كمرجعين مهمين في نظام الخدمات العمومية، لأول مرة في عام 1946 ثم خلال القوانين من 1983 و 1984 و 1986 و المعمول بها في البلدين حتى وقتنا الحالي.²

هذا و بارتكازها على مجموعة من المبادئ، تسعى الخدمة العمومية و باختلاف أنواعها لتحقيق مجموعة من المهام، و هو ما سنحاول التطرق قادمًا في العنوان الموالي.

3.1.1 مبادئ الخدمة العمومية.

كانت أعمال البروفيسور الفرنسي Rolland في ثلاثينيات القرن الماضي حجر الأساس في بناء هيكل الكلي لمبادئ الخدمة العمومية، فسلط البروفيسور الضوء على ثلاثة قوانين تحكم الخدمة العامة الفرنسية (مبادئ الاستمرارية، المساواة والقدرة على التكيف).³ التي سرعان ما تضاعفت بفضل الاجتهادات القضائية و البحثية للعديد من الباحثين و في مقدمتهم Laubadère الذي أضاف مبدأ الحياد الذي على عكس المبادئ المضافة الأخرى كان محل جدال و نقاش الباحثين.

و منه فيمكن اختصار مبادئ الخدمة العمومية في العناصر المتفق عليها على النحو التالي:⁴

• مبدأ المساواة (The principle of Equality):⁵

يشير مبدأ المساواة إلى عدم وجود تمييز بين المستخدمين فيما يتعلق بالوصول إلى الخدمة العامة فيما يتعلق بالخدمة نفسها أين يجب أن يكون الجميع قادرين على الاستفادة من مزايا الخدمة العامة دون أن يكونوا في

¹ Medvetz T. (2009), "Les think tanks aux États-Unis: L'émergence d'un sous-espace de production des savoirs". Actes de la recherche en sciences sociales, 176-177(1), 82-93.

² Le Pors A. (2005), "services publics", Forum international de l'Education physique et du Sport, Cité Universitaire Internationale de Paris SNEP – Centre EPS et Société, p.2.

³ Chevalier J. (1971), "Le service public", Presses Universitaire de France Et aussi Jérôme B. et Albert L. "Marketing des services publics", p 131-132.

⁴ Fanny P. (2005), "Quels principes pour les services publics ? Egalité, continuité, adaptation, accessibilité, neutralité, transparence, confiance et fiabilité", AITEC, Services publics en Europe, p 02.

⁵ Chevallier J. (1971), "Le service public", 1ere Edition, Presses Universitaires de France (Vendôme).

وضع الدونية بسبب حالتهم الاجتماعية، إعاقتهم، إقامتهم أو أي سبب آخر يتعلق بوضعهم الشخصي أو وضع المجموعة التي هم جزء منها.

لكن المساواة في الحقوق لا تعني توحيد الخدمة. لا يحظر مبدأ المساواة في الوصول والمعاملة التمييز بين أساليب عمل الخدمة العامة من أجل مكافحة التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية. يمكن التمييز بين الإجابات على الاحتياجات في المكان والزمان ويجب التمييز بينها وفقا لتنوع حالات المستخدمين. و هذا ما أبرزته التحولات الاجتماعية الجارية منذ أكثر من عشرين عاما. فأهمية المبدأ و صعوبات تنفيذه قد نتج عنها العديد من الخلافات.

• مبدأ الاستمرارية (The principle of continuity):¹

أهمية الخدمات العامة تستحث مبدأ الاستمرارية، فاستمراريتها هي إضفاء صبغة ملموسة على الدولة، ويمكن اعتبارها أيضا نتيجة طبيعية للمساواة، لأن انهيار الخدمة يمكن أن يؤدي إلى التمييز بين من يستفيدون منه وبين المحرومين منه. فجوهر الخدمة العامة يتطلب استمرارية الخدمات الأساسية للحياة الاجتماعية مثل خدمات الأمن (الشرطة، الدرك الوطني و الحماية المدنية)، الخدمات الصحية (المستشفيات و العيادات)، خدمات الاتصالات و بعض الخدمات التقنية (الكهرباء، الغاز و المياه) و نحو ذلك. و هو ما يعني أن جميع الخدمات يجب أن تعمل على أساس منتظم و دون انقطاع غير الانقطاع المنصوص عليه في اللوائح المعمول بها و وفقا لاحتياجات وتوقعات المستخدمين.

أما الجدل الرئيسي الذي يحيط بتطبيق مبدأ الاستمرارية هو توافقه مع الحق في الإضراب في الخدمات العامة، وهو تعبير عن الصراع الاجتماعي، لاسيما في بعض المجالات الحساسة كمجال الرعاية الصحية.

• مبدأ القدرة على التكيف (Adaptability principle):²

التكيف ضروري لضبط التقنيات مع الاحتياجات و كلاهما يتطور بسرعة، فعندما تتطور متطلبات المصلحة العامة، يجب أن تتكيف الخدمة مع هذه التطورات. و لإتباع هذه القاعدة يجب على الخدمة العمومية أن تكون ديناميكية (نشيطة). فمبدأ التكيف يعني أن الخدمة العمومية عليها أن تتكيف و تطور الحاجيات العمومية والتغيرات التقنية، و بتطبيق هذا المبدأ على المستخدمين لن يكون بإمكانهم إجراء أية تغييرات، أو حذف في الخدمات المقدمة لهم. كما أن للمؤسسة الحق في إجراء بعض التعديلات التي تراها ضرورية على الخدمات المقدمة، مثل: التغيير في الأسعار أو في نوعية الخدمة عندما تقتضي الضرورة.

¹ Bon J. et Louppe A. (1980), "Marketing des services publics - L'étude des besoins de la population", Edition d'Organisation, pp31-33.

² IDEM..

• مبدأ إمكانية الوصول (Accessibility principle):¹

تعد سهولة الاستخدام والبساطة شرطين لخدمة عمومية موجهة للمستخدم. فتشكل الخدمة المقدمة للمستخدم نهاية الإجراء الإداري. لذلك يجب ألا تؤثر القيود الداخلية للخدمات العامة على المستخدم. و بالتالي، لا ينبغي رفض التدابير المفيدة للمستخدم بحجة أنها تعقد النشاط الداخلي للخدمات العامة. بالطبع، يجب ربط هذه القاعدة برصيد التكلفة والعائد الإجمالي، حيث يجب ألا تزيد التدابير بشكل غير مبرر من العبء على الخدمات العامة التي يتحملها دافع الضرائب في جميع الأحوال. كما يجب أن تكون الخدمات العامة متاحة أيضا من حيث الموقع الجغرافي. هذا هو الحال مع الوجود الإداري في المناطق الريفية وكذلك في المناطق المحرومة للمناطق الحضرية. يجب البحث عن أشكال جديدة من التعاون بين الخدمات العامة على أساس كل حالة على حدة، وفقا للاحتياجات والخصوصيات المحلية، لضمان وجود الخدمات العامة ويمكن الوصول إليها في جميع أنحاء الإقليم الوطني.

• مبدأ الحياد (The principle of neutrality):²

يعتبر مبدأ الحياد أولا و قبل كل شيء مبدأ سياسي ولا يزال موضع نقاش. فيقدمه ميثاق الخدمات العامة كنتيجة طبيعية لمبدأ المساواة، أين يضمن الوصول المجاني للجميع إلى الخدمات العامة دون تمييز. فيجب أن يكون الحياد جزءا من النشاط اليومي للخدمات العامة و يرتبط ارتباطا وثيقا بطبيعة الدولة ودورها كحارس للقيم الديمقراطية. و هي تعني ضمانات الدولة، نزاهة الموظفين العموميين، حظر أي تمييز قائم على المعتقدات السياسية، الفلسفية، الدينية، النقابية أو فيما يتعلق بالأصل الاجتماعي، الجنس، الحالة الصحية، الإعاقة أو العرق. لذلك يتمتع جميع المستخدمين بنفس الحقوق تجاه الإدارة التي يجب أن تضمن حيادية إجراءاتها.

4.3.1 مهام الخدمة العمومية.

و تركز الخدمة العمومية على المبادئ السابقة الذكر لتحقيق مجموعة من المهام، أين يمكن من منظور اقتصادي تصنيفها إلى قسمين، المهام أو الالتزامات ذات المصلحة العامة و مهام الخدمة العمومية البحثية. فأما مهام المصلحة العامة فتصنف إلى أربع فئات رئيسية على النحو التالي:³

- المهام التخصصية البحثية و التي تشير إلى الكفاءة الاقتصادية، أي الكفاءة في تخصيص الموارد،
- المهام الربحية التي يمكن أن تتخذ أشكالا مختلفة: تعظيم الربح، تقليل التكلفة، احترام رصيد الميزانية، تحقيق الحد الأقصى المسموح به من العجز والربحية التي حددتها الأسهم،
- المهام المتعلقة بإعادة التوزيع بين الأفراد أو حتى بين المناطق، والتي تهدف قبل كل شيء إلى إنشاء وصيانة الشبكات و الأنشطة في جميع أنحاء الإقليم، وأسعار تفضيلية لفئات معينة من المستهلكين أو

¹ Fanny P. (2005), op. cit., p 04.

² Lambadere A. (1953), "Traité élémentaire de droit administratif", Revue internationale de droit comparé, 5-2 pp.444-447.

³ Monnier L. & Bernard Th. (1997), "Architecture et dynamique de l'intérêt général", Introduction de Lionel Monnier & Bernard Thiry (éds), Mutations structurelles et intérêt général – Vers quels nouveaux paradigmes pour l'économie publique, sociale et coopérative?, CIRIEC-De Boeck-Université, pp. 19, 22-23.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

حتى ما يسمى بنظم معادلة التعريفات التي تنطوي عموماً على آلية للدعم المتقاطع بين الأنشطة المربحة والأنشطة الخاسرة،

- مساهمة الشركات في سياسة الاقتصاد الكلي للسلطات العامة (مكافحة التضخم والبطالة ، البحث عن النمو الاقتصادي وتوازن ميزان المدفوعات).

ومع ذلك، قد يتم تعيين مهام أخرى، باسم المصلحة العامة أو خاضعة للرقابة أو لأنشطة المصلحة العامة. هذا هو الحال بالنسبة للمصالح الإستراتيجية الوطنية (الدفاع، السياسة الصناعية و نحو ذلك)، الحفاظ على التراث و الثقافة، حماية البيئة و التنمية المستدامة، التخطيط الإقليمي، حماية المستهلك و المواطن، تنمية رأس المال البشري، وما إلى ذلك.

في حين أن مهام والتزامات الخدمة العامة البحتة تشكل فقط مجموعة فرعية من المهام ذات المصلحة العام، على النحو التالي:¹

- مهام الكفاءة الاقتصادية الشاملة التي تشمل مراعاة الآثار الخارجية، تصحيح أوجه القصور الناجمة عن الاحتكارات سواء كانت طبيعية أم لا، أمن التموين، البرمجة طويلة الأجل و دعم الجهود البحث والتطوير R & D،
- المهام المتعلقة بحماية البيئة، التخطيط الإقليمي واحتياجات الأمة والدفاع عن الخصوصية الثقافية،
- مهام إعادة التوزيع التي يمكن فهمها لتغطية مهام أكثر عمومية للتكامل.

و إجمالاً فإن الخدمة العمومية هي أي نشاط تقوم به الدولة، السلطات المحلية أو أي هيئة تتمتع بالصلاحيات التي تمكنها من تنفيذ هذه المهمة يهدف إلى تلبية حاجة المصلحة العامة و يحدد الهيئة المسؤولة عن تنفيذ هاته الخدمات ذات المصلحة العامة، كما قد يرتبط هذا النشاط ارتباطاً مباشراً بسيادة الدولة كما هو الحال مع العدالة والشرطة والمالية العامة أو بالخدمات الأساسية للمجتمع كالصحة و التعليم، و تخضع الخدمات العامة لمبادئ أساسية تهدف لضمان نشاط منتظم و بدون انقطاع، يتكيف مع تطور الاحتياجات الجماعية و يحظر التمييز بين مستخدمي الخدمة. كل هذه المسؤولية تضاف لها مسؤولية ذات طابع اجتماعي تسعى لضمان استعادة جميع أطراف المجتمع من الخدمة العمومية وهو ما سيكون نقاش عنواننا الموالي.

¹ Bernard Thiry, "Les services d'intérêt économique général dans l'Union Européenne : divergences et similitudes", CIRIEC Working Paper, N° 96/05, p.7-8.

5.3.1 التكاليف الاجتماعية للخدمة الصحية العمومية.

يستمد مصطلح التكاليف الاجتماعية وفقا للتقاليد الاقتصادية أساسه المنهجي من فرع اقتصاديات الرفاهية، فيشير مصطلح "دولة الرفاهية" إلى "جميع تدخلات الدولة في المجال الاجتماعي، والتي تهدف إلى ضمان حد أدنى من الرفاهية لجميع السكان، ولا سيما من خلال نظام حماية اجتماعي شامل، و التي تعارض بشكل عام مع مصطلح درك الدولة أو حاميتها أين تقتصر تدخلات الدولة على وظائفها السيادية"¹.

فاستنادا لهذا الفرع يعرف مصطلح التكاليف الاجتماعية على أنه " الآثار الضارة وعدم الكفاءة المتميزة بخصائص أنها: من الممكن تجنبها، تتناسب مع مسار أنشطة الإنتاج و يتم نقلها إلى أطراف ثالثة أو إلى المجتمع عن طريق عام"².

فهذا التعريف يعتبر التكلفة الاجتماعية جميع عيوب اقتصاد السوق تقريبا (تلوث الهواء و الماء، الاستغلال غير العقلاني للموارد الطبيعية، الأمراض المهنية و نحو ذلك)، لكنه لا يأخذ في الاعتبار التدخل المتزايد للقطاع العام في العديد من المجالات في العقود التسع الأخيرة. هذا القطاع لديه تكاليف اجتماعية خاصة كقوائم الانتظار، التأخيرات التكنولوجية، نقص الإنتاجية و أشكال مختلفة من القيود الزمنية، المكانية، المالية و نحو ذلك.

و على الرغم من الاستعمال الواسع لهذا التعريف و إثارته للجدل بين مساوي اقتصاد السوق و اقتصاد التنمية، إلا أنه قليل الفائدة لسياقنا المدروس لكونه لا يعالج مشكلة اختيار التكاليف الاجتماعية الأكثر قبولا للمجتمع بأسره.

فحساب التكلفة الاجتماعية في القطاع العام يصنفه البعض على أنه "مسألة تقييم اجتماعي و قيمة اجتماعية"³ لارتباطه بالعديد من القيم الأخلاقية كالمساعدة المباشرة للفئات المحرومة، و هو ما يدفعه إلى النظر فقط إلى جانب تكلفة الممارسة و تجاهله جزئيا أو كليا جانب المنفعة. فهذا التحيز و قلة الاهتمام لجانب على حساب جانب آخر بحكم التكلفة التي يفرضها النشاط على المجتمع، له تبريره لسببين على الأقل:⁴ أولا، مشروعية اللجوء إلى هذا النهج و كفايته في حد ذاته إذا لم يدعي أنه يحقق أهدافا أخرى غير تلك التي تسمح بها منهجيته.

ثانيا، تعلقه بسيناريو واقعي يشكل الموقف المرجعي الذي يتم من خلاله إجراء التقدير.

فمن الناحية النظرية و بلغة مبسطة، التكاليف الاجتماعية هي ناتج مطالبة الناس التي من المفترض أن تحمي الدولة مصالحهم بخدمات مختلفة خاصة الأساسية منها كالخدمات الصحية و التعليمية، أين يتمثل دور

¹ BENMANSOUR Sonia (2018), « La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux », Thèse pour l'obtention du Doctorat En Sciences Economiques, Option: Monnaie-Finance-Banque, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Algérie, p75.

² KAPP W.K. and BRONSTEIN-VINAVER B. (1976), « Les coûts sociaux dans l'économie de marché », FLAMMARION, Paris, France, p 25.

³ Mattart F. (1976), « Compte rendu de Les coûts sociaux dans l'économie de marché, par K. WILLIAM KAPP. FLAMMARION », L'Actualité économique, 52 (3), Paris, France, p402.

⁴ COLLINS D. and LAPSLEY H. (2003), « The social costs and benefits of gambling: an introduction to the economic issues », Journal of Gambling Studies (19), p129.

الفصل الأول: الخدمة الصحية العمومية.

الدولة في تطوير نظام يحسن تحقيق الأهداف المسطرة بالنظر إلى مواردها المالية، و لتحقيق ذلك، فإنها تضع هيكل حوكمة، إطار تنظيمي ومؤسسات لتسهيل المعاملات بين الأطراف وتحقيق أقصى قدر من النتائج.

و عموماً و في سياقنا المدروس يمكن تعريف التكلفة الاجتماعية الصحية على أنها مجموعة التكاليف التي يتحملها مختلف الوكلاء المساهمون في تمويل المؤسسة الصحية (خزينة الدولة و صندوق الضمان الاجتماعي)، خلال نشاط اقتصادي في الميدان الصحي باختلاف نوعه (ربحي أو غير ربحي) و التي تهدف إلى تحقيق منفعة اجتماعية ذات طابع صحي لأكبر فئة سكانية ممكنة من المجتمع.

و على العكس من هذا نجد التكلفة الخاصة و التي يمكن تعريفها على أنها " التكاليف التي يتحملها الفرد المنعزل أو المنظمة بسبب نشاطه أو قراره"¹ و بعبارة أخرى هي الحد الأقصى للمنفعة التي يتخلى عنها المرء أو المنظمة باستخدام الموارد لتنفيذ هذا النشاط.

و ما بين التكلفة الاجتماعية و التكلفة الخاصة نجد ذلك الجدل الاقتصادي حول قدرة السوق على تحقيق الأوضاع المثلى لجميع الأطراف بدون تدخل الدولة، بمبرر أن تدخل الأخيرة يقلل من حجم الأنشطة في أصل هذه العملية، يحظرها، أو حتى يسمح لها بالعيش على حساب نظام التعويض عن الأضرار الناجمة عن ذلك. إلا أن الموقف التقليدي يرى أن وجود التكلفة الاجتماعية شرط كافي لبدء تدخل الدولة، و المبدأ هو مواصلة هذا الإجراء حتى في اللحظة التي تختفي فيها التكلفة الاجتماعية، وبشكل أدق حتى لحظة اندماجها مع التكلفة الخاصة الوحيدة. و على العكس من ذلك يرى رونالد كواس في نظريته المشهورة "... و جوب ترك عمل السوق، و وجود التكاليف الاجتماعية في الواقع ليس عقبة بل على العكس ضمان ضد التدخلات غير المناسبة التوقيت وفي النهاية يضر بالدولة..."².

و بعيداً عن هذا الجدل و إمكانية إلحاق التكاليف الاجتماعية الضرر بالدولة، تصاحب التكاليف الاجتماعية للخدمات الصحية العمومية جملة من الصعوبات و المشاكل و من أبرزها نذكر:³

• الصعوبات المعرفية، الثقافية أو المعوقات الخاصة بفئات معينة من الجمهور:

ترتبط هاته صعوبات التي يمكن اعتبارها إعاقات اجتماعية بجزء محدد من العملاء، خاصة أولئك العملاء ذوي المستوى التعليمي و الثقافي المتدني (الأميين) و كذلك العملاء من جنسيات أجنبية الذين يصعب عليهم إيصال المعلومة لمقدمي الخدمات العلاجية بسبب حاجز اللغة. كما قد ترتبط هاته الصعوبات بفئات أخرى من العملاء إذا تزامنت مع الجهل بالمفردات الطبية و العلاجية أو صعوبة فهم الإجراءات العلاجية أو عدم احترامها.

¹ Xavier Greffe, « COUT SOCIAL », Encyclopédie Universalis (en ligne), consulté le 27 janvier 2021 sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/cout-social> .

² Françoise PICHON-MAMERE, « COASE RONALD HARR – (1910-2012) », Encyclopédie Universalis (en ligne), consulté le 27 janvier 2021 sur : https://www.universalis.fr/encyclopedie/ronalde_coase .

³ Gadrey J. Ghillebaert E. and Gallouj F. (1997), « Analyser les prestations de cohésion sociale "hors cadre" des services publics et leur coût : le cas des relations de guichet à La Poste », Politiques et management public, vol. 15, n° 4, p123.

• صعوبات مالية خاصة:

فالمنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة طلب هو في تزايد مستمر على العلاج، بالإضافة إلى العديد من الإختلالات الأخرى التي تدخل في هذا الإطار والمتمثلة في:¹

- قلة الموارد المالية وسوء توزيعها وعدم تكييفها، فهيكلة النفقات و موارد الميزانية على الشكل الحالي يجمد فكر من ينفذ هذه الميزانية، فهو مقيد بهذه الأبواب لذلك فهو منفق وليس مسير،
- غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية.

• صعوبات مرتبطة بخصائص مكانية وإدارية محددة:

أين نجد في مقدمة هاته الصعوبات التوزيع الغير عادل للهياكل المادية و البشرية على المستوى الوطني أين نسجل فوارق كبيرة بين مدن الساحل و الجنوب، بالإضافة إلى المركزية في التسيير و غيرها من الفجوات المكانية و الإدارية.

• السلوكات المنحرفة و الغير مبررة لفئات معينة من الجمهور:

قد تؤثر السلوكات المنحرفة و الغير مفهومة لفئات معينة من المجتمع المحلي على السير الحسن لنشاط المنظمات الصحية العمومية و يزيد من تكاليفها، فعدم محافظة المواطنين على المكاسب الصحية العمومية واعتبارها ملك الدولة لا ملكهم قد يعجل بتهالك هاته المنشآت و نقص مردوديتها، كما أن الإفراط في الاستعمال والتبذير، قلة الوعي الصحي المعبر عنه بعدم الاستجابة للحملات التحسيسية و التعريفية، عدم احترام النداءات المتكررة و نحو ذلك، كل هذا يشكل أعباء و تكاليف إضافية و ثقيلة مضافة إلى التكاليف الاجتماعية. و عموما يعد التعرف على التكاليف الاجتماعية للخدمة الصحية العمومية و تقييمها مفيدا بشكل خاص لقياس نشاط نظرية الألعاب في مجتمع اليوم و مساعدة صانعي القرار على تنفيذ السياسة الصحية العامة المناسبة بما يضمن صحة و رفاهية عملاء المنظمة الصحية من جهة و موظفيها من جهة أخرى، و هذا لن يكون إلا إذا تزامن نظرة تقييمية لجودة الخدمات الصحية المقدمة، و هو ما سنحاول معالجته في الفصل القادم.

¹ بن حليمة حميدة، (2018)، « لنظام التعاقد و اصلاح المؤسسة الإستشفائية»، الملتقى الوطني: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل " المستشفيات نموذجا"، جامعة 8 ماي 1945 قادمة، ص05.

خاتمة الفصل:

إن الخدمات الصحية الشاملة للعلاج المقدم للمرضى، سواء كان علاجاً أو تشخيصاً أو تداخلاً بينهما بما يحقق رضا المريض و يلبي احتياجاته، تكتسي أهمية بالغة مستمدة من أهمية الخدمات نفسها، فتنشابه في المضمون مع الخدمات الأخرى، إلا أنها تكتسي خصوصية تجعل من الصعب اعتماد ذات المعايير والمفاهيم المطبقة في الخدمات الأخرى، كما أن ارتباطها بصحة الإنسان يزيد من تعقيد و صعوبة تقديمها.

فنقدم الخدمة الصحية في إطار عمومي أو خاص، أين ركزنا على القطاع العمومي باعتباره المقدم الأساسي لها و الهادف لتحقيق المنفعة العامة لجميع الأفراد و المواطنين باختلاف فئاتهم الاجتماعية أو الاقتصادية، و هو ما يزيد من مسؤوليات السلطات العمومية و يحملها تكاليف إضافية هي التكاليف الاجتماعية التي تهدف إلى تحقيق منفعة اجتماعية ذات طابع صحي لأكبر فئة سكانية ممكنة من المجتمع و التي يتحملها مختلف الوكلاء المساهمون في تمويل المؤسسة الصحية من خزينة الدولة و صندوق الضمان الاجتماعي.

مساعدة صانعي القرار على تنفيذ السياسة الصحية العامة المناسبة بما يضمن صحة و رفاهية عملاء المنظمة الصحية من جهة و موظفيها من جهة أخرى،

هذا و تواجه المنظمات الصحية العديد من التحديات أبرزها تحديات الجودة و ضمانها في الخدمات المقدمة للمستهلك المريض الذي لا و لن يرضى بالمستويات المتدنية منها، و هو ما سنحاول معالجته في الفصل القادم.

الفصل الثاني:

قياس الجودة المدركة.

مقدمة الفصل:

بالإضافة إلى جملة من التحديات المتعددة و اللامتناهية تجد المنظمات الصحية نفسها أمام تحدي ضمان الجودة في أعمالها، نشاطاتها و خدماتها المقدمة. فصعوبة هذا التحدي تكمن أساسا في قيمة الطرف الثاني عميل المنظمة الصحية أو ما يسمى بالمريض و بعبارة أخرى الصبور (The Patient)، هذا الأخير و باعتباره فرد وإنسان و مكون أساسي من مكونات المجتمع لكن في حالته غير الطبيعية و الغير عادية أين تكون مساهمته الاجتماعية شبه منعدمة فلا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى تحل مشكلاته الصحية ويشفى. وانطلاقا من هذا تكون الجودة في المنظمات الصحية العمومية من أكثر المواضيع حساسية، و هو ما يستدعي تكثيف الجهود للخروج من دائرة التفكير البيروقراطي الساعي لتحقيق الأهداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز. و لعل ما يجعل جودة الخدمة مفهوما صعب المنال هي الصعوبات التي يواجهها المستهلكون في توضيح متطلباتهم، و في مقابل ذلك تكمن الصعوبات التي يواجهها مقدمو الخدمات في تحديد هاته الأخيرة، التحكم فيها والأهم من ذلك كله قياسها. و هو السبب الذي يجعل من الضروري للباحثين تقديم يد المساعدة في إنشاء نموذج صالح و أداة قادرة على قياس جودة الخدمات باختلاف أنواعها.

و سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية قبل الخوص في غمار أبرز نماذج قياس جودة الخدمات و ذلك عن طريق التطرق إلى مدارس الجودة الكلاسيكية المشهورة، مع التفصيل في نموذج SERVQUAL باعتباره أداتا الرئيسية في الدراسة بالإضافة إلى مختلف الانتقادات البناءة التي ساهمت في صقل النموذج في شكله النهائي و ذلك عن طريق العناوين الرئيسية التالية:

- الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.
- مدارس قياس جودة الخدمة.
- نموذج SERVQUAL لقياس الجودة المدركة.

1.2 الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.

تعتبر الجودة الشغل الشاغل لجميع مقدمي الخدمات باختلاف أنواعها، فتكتسي أهمية كبيرة كما سبق وذكرنا لعمال المنظمة، زبائنها و للمنظمة بحد ذاتها، أما حين يتعلق الأمر بالخدمة الصحية فالأمر يصبح أكثر حساسية وتعقيدا، فزبائن المنظمة الصحية يتكونون أساسا من المرضى الذين لا يرضون غير الجودة في الخدمة الصحية المقدمة و أي شيء غيرها قد يؤدي إلى ما لا يحمد عقباه باعتبار أن الصحة لا تقدر بثمن و غير قابلة للتعويض.

1.1.2 مقاربات الجودة.

إن مفهوم الجودة قد نما ليحتل كل هذه المكانة التي وصل إليها اليوم عبر العديد من المراحل المتتالية والمتسلسلة، فأصبح ينظر إلى الجودة في عالمنا المعاصر و بيئة الأعمال التنافسية نظرة أشمل وأعمق من كونها وظيفة من وظائف إدارة الإنتاج والعمليات، و أصبحت تعتبر فكرة لتحقيق الامتياز والتفوق للمؤسسات. و بنظرة سريعة لمراحل تطور الجودة نجد أن لها جذور تاريخية في عمق الحضارة الإنسانية، فمن الحضارة البابلية و ملكها حمورابي، حوالي 1700 سنة ق.م، أين كانت الجودة تعني استبعاد الأخطاء، و كان مقترف الخطأ يتعرض للقصاص و يوقع عليه مثل ما جنى من الأخطاء، عملا بمبدأ العين بالعين و السن بالسن، فعلى سبيل المثال تشير المادة 299 من مسلة حمورابي " أنه إذا قام أحدهم بإنجاز مهمة بناء بيت غير مطابق للمواصفات، وتسبب ذلك في وفاة المالك فإن العقوبة هي الحكم بالموت للشخص الذي قام بالبناء " ¹. إلى الحضارة الفرعونية التي نصت على إجراءات وقواعد محددة يجب الالتزام بها، وخير مثال على ذلك بناء الأهرامات، تحنيط الموتى والطب المتطور المستعمل آنذاك، المتسمة بالجودة و الغير متقبلة للأخطاء. والحضارة الصينية القديمة التي عرفت أقدم نظام في التاريخ لشغل الوظائف على أساس امتحان واختيار الأصالح، وهو إجراء تقدمي لم تعرفه النظم المدنية إلا في القرن التاسع عشر والقرن العشرين. إلى الحضارة الإسلامية التي أكدت على مفهوم الجودة، أين نجد أن المسلم مطالب بسلوك غاية في الدقة والإتقان، وقد ورد هذا المعنى في نصوص صريحة من القرآن الكريم والسنة النبوية، فالقرآن الكريم أكد في أكثر من موضع وآية أن الله تعالى خالق الخلق و كل شيء، خلق هذا الكون على أسس الجودة الأبدية الإلهية التي يعجز عنها الإنسان وخير دليل على ذلك ما جاء في قوله تعالى: (وترى الجبال تحسبها جامدة وهي تمر مر السحاب، صنع الله الذي أتقن كل شيء، إنه خبير بما تفعلون).² أما النبي محمد صلى الله عليه و سلم فقد أكد و نبه على عملية الإتقان في أي عمل كان استنادا لقوله "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه"³، فمن خلال تتبع العديد من العمليات والأمور المكلف بها المسلم نجد هذه الرغبة الإلهية في إتقان العمل، هذا المصطلح هو أقرب ما يكون للجودة بمفهومها الحديث، والذي يعني انجاز العمل بإحكام، ضبط و من دون نقائص أو أخطاء.

وعلى الرغم من أن الجودة من حيث الممارسة بدأت منذ بدء الحضارات الإنسانية القديمة، وهي من تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف، غير أنها كفكر إداري ظهرت في فترة ما قبل الثورة الصناعية وتطورت عبر مراحل زمنية

¹ الفضل م. ع. والطائي ي. ح. (2004)، " إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، منهج كمي"، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص20.

² القرآن الكريم، سورة النمل، الآية 88.

³ السنة النبوية، رواه د. محمود عبد الرازق الرضواني، في أسماء الله الحسنى الثابتة في الكتاب والسنة، عن عائشة رضي الله عنها، الصفحة أو الرقم: 63/35.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

انطلاقاً من مرحلة الفحص و التفتيش مروراً بمرحلة الضبط الإحصائي للجودة إلى مرحلة توكيد الجودة وضمانها وصولاً إلى مرحلة إدارة الجودة الشاملة.¹ أين ساهم مفهوم إدارة الجودة الشاملة المتبني منذ الثمانينيات إلى يومنا الحالي في توسيع مفهوم الإدارة الإستراتيجية للجودة بإضافة جوانب أكثر شمولاً وعمقاً، واستخدام أساليب أكثر تطوراً في مجال تحسين الجودة والرقابة عليها، و منه أصبحت الجودة تسعى لتحقيق جملة الأهداف التالية:²

- إرضاء الزبون وتلبية ما يريده ويتوقعه، فتحديد الجودة يكون من قبل الزبون،
- الجودة مسؤولية الجميع، من قمة الهرم التنظيمي حتى قاعدته،
- تحقيق الجودة في كل شيء: الأنظمة، الثقافة التنظيمية، الهيكل...، وإدراجها ضمن التخطيط الإستراتيجي للمؤسسة.

و بنظرة متمعنة للعديد من المساهمات العلمية نجد أن هناك عدة محاولات لتقديم تعريف لمفهوم الجودة Quality، أين بحثت هاته المساهمات عن إبراز سمة معينة، تقوم بالتمحور حول هذا المفهوم. وبصرف النظر عن الاختلافات التي أبرزتها إلا أن هناك بعض التعاريف التي فرضت نفسها على الفكر الإداري، وذلك لما اتصفت به من موضوعية وتعبير دقيق عن المفهوم.

و كما قلنا سابقاً، فإن مفهوم الجودة متجذر في الأعماق التاريخية، فدلالة كلمة جودة باللغة الانجليزية QUALITY ترجع إلى الكلمة اللاتينية QUALITAS التي تعني طبيعة الشخص أو الشيء، والتي كانت قديماً تعني الدقة والإتقان³، ولقد تغير مفهوم الجودة مع تطور علم الإدارة وظهور المؤسسات الكبرى و زيادة حدة المنافسة، حيث أصبح للجودة أبعاد جديدة ومتشعبة، فانقلت حدة المنافسة ما بين المؤسسات والشركات إلى المنافسة ما بين فلاسفة الاقتصاد في إعطاء تعريف شامل لمفهوم الجودة، فاجتهد Garvin في تصنيف هاته التعريفات وتقسيمها إلى خمسة مقاربات أساسية في تعريف مفهوم الجودة على النحو التالي:⁴

1.1.1.2 المقاربة الميتافيزيقية (Transcendent Approach):

إن النهج الميتافيزيقي ينظر للجودة بمفهوم التميز المستمد من الفلسفة والمستنبط من مناقشة أفلاطون للجمال، ففي هذا النهج أو المقاربة تعد الجودة مرادفاً للتميز الفطري. و إيماناً بهذا عرف Tuchman الجودة على أنها "استثمار أفضل المهارات والجهود الممكنة لإنتاج أروع النتائج الممكنة، و سواء تم العمل بصفة جيدة أو نصف جيد، فالجودة هي الوصول إلى أعلى المعايير ضد الرضا عن الاحتيال و الخداع ... ولا ترضى بالمرتبة الثانية...⁵". وفقاً لهذا التعريف، فإن تقديم منتج أو خدمة ممتازة يوفر فوائد قوية للموارد البشرية والتسويق لأن الرؤية التنظيمية التي تستند إلى تقديم الأفضل قد تكون أسهل في التعبير عن تلك التي تهدف إلى تقديم قيمة الزبون. علاوة على ذلك، قد يكون الحصول على موافقة والتزام الموظف بهذه الرؤية أسهل أيضاً. كما نجد أن التميز في كثير من الأحيان هو إستراتيجية الحملات الإعلانية في العديد من الصناعات مثل صناعة السيارات (سيارات مرسيدس مثلاً)، أو الصناعة الصحية (العيادات التجميلية بتركيا تفتخر بتميزها و إعطائها شهادة ضمان مدى الحياة). و على الرغم من هذا، فإن

¹ الدرادكة م. س. (2006)، "إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء"، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص32.

² عقيلي ع. و. وآخرون (1996)، "مبادئ التسويق: مدخل متكامل"، دار زهران للنشر، عمان، الأردن، ص27.

³ الدرادكة م. س. (2006)، مصدر سبق ذكره، ص15.

⁴ Garvin D. A. (1984). "What does (product quality) really mean?", Sloan Management Review, 26(1), 25- 43.

⁵ Tuchman B.W. (1980), "The decline of quality". New York : Times Magazine, 38-47..

هذا التعريف للجودة غير صالح ويحتوي على لغة مجازية وفقا لمعايير المنهج الاقتصادي و نقاد أهل الاختصاص، فعلت الفئة الأخيرة موقفها بطرح السؤال عن يحدد معايير التميز ومن الذي يحدد إلى أي مدى تحقق التميز، بالإضافة إلى قلة توفر التوجيهات العملية للمديرين¹. علاوة على ذلك، بالنسبة للباحثين، فإن تعريف الجودة على أساس التميز يجعل من الصعب، إن لم يكن من المستحيل قياس الجودة في المجال التجريبي، مما يعني أنه يفشل في تلبية معيار الموثوقية لأنه من الصعب قياس الجودة باستمرار.

2.1.1.2 المقاربة القائمة على المنتج (Product Based Approach) :

نظرا لقيود تعريف الجودة على أنها التميز المذكورة بالمقاربة السابقة، حاول Leffler تقديم تعريف للجودة قابل للقياس، فعرفها على أنها "وجود أو عدم وجود سمة معينة، فإذا كانت السمة مرغوبة، فإن كميات أكبر من هذه السمة تصنف هذا المنتج أو الخدمة على أنه ذو جودة أعلى"². فطبقا لهذا التعريف و مؤيديه فتقييم الجودة يكون على أساس متانة أو عمر منتج طويل، و الزيادات في مستويات خصائص المنتج تعادل الزيادة في الجودة. وكغيرها من المقاربات تعرضت هاته المقاربة لانتقادات كان أبرزها أن الجودة في ظل هذا التعريف قد لا تكون مناسبة للخدمات، خاصة عندما يتعلق الأمر بدرجة عالية من الاتصال الإنساني، و لا يمكن الحصول عليها إلا بتكلفة أعلى، لأن الجودة تعكس كمية السمات المرغوبة التي يشتمل عليها المنتج، ولأنه يعتقد أن السمات مكلفة الإنتاج، فإن السلع عالية الجودة ستكون أكثر تكلفة.³

3.1.1.2 المقاربة القائمة على التصنيع (Manufacturing Approach) :

و بالمثل، اتفق Shewhart و Levitt على تعريف آخر قابل للقياس فتم تعريف الجودة على أنها "درجة المطابقة للمواصفات التي يلبي بها المنتج معايير تصميم معينة و محددة مسبقا من طرف المؤسسة المنتجة"⁴. حيث أعطى هذا التعريف قياسا دقيقا و موضوعيا للجودة. و مع ذلك، فإن تعريف الجودة انتقد بسبب أن العملاء قد لا يعرفون أو يهتمون بمدى توافق المنتج مع المواصفات الداخلية. بالإضافة إلى ذلك، فإن التركيز الداخلي لتعريف جودة مطابقة المواصفات يجعل من المحتمل أن الشركة لن تكون على دراية أو تتجاهل ما يفعله المنافسون. و بالتالي، قد يقود المنافسون متطلبات العملاء إلى آفاق جديدة بينما تواصل الشركة تلبية المواصفات الداخلية.⁵ نتيجة لذلك، قام Crosby بتقريب هذا التعريف ليكون مطابقا للمتطلبات، أين عزز هذا التعديل السابق للجودة من خلال تلبية كل من المواصفات الداخلية و احتياجات العملاء الخارجيين حتى يتمكن من دفع المؤسسة نحو تقديم منتج فعال.⁶ و مع ذلك، و بعد التعديل لا يزال هذا التعريف غير صالح وفقا لمعايير النقاد لسببين، أولهم أن العميل هو أحد أصحاب المصلحة، وهناك أطراف أخرى غير العميل لها حصة في المؤسسة ولكنها قد لا تتلقى منتجا، لذلك لا يتم تعريف مصطلح الجودة فقط وفقا لمتطلبات العملاء ولكن أيضا لمتطلبات أصحاب المصلحة الآخرين.⁷ أما

¹ Reeves C.A. Bednar D.A. (1995), "Defining quality: Alternatives and implications", Academy of Management. The Academy of Management Review, 19(3), p.419.

² Leffler K. B. (1982), "Ambiguous Changes in Product Quality", The American Economic Review, 72(5).

³ Garvin D. A. (1984), op. cit., pp. 25- 43

⁴ Rashid E. W. and Kamaruzaman J. H. (2009), "Service quality in health care setting", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 22 No. 5, pp. 471-482.

⁵ Anderson C. R. and Zeithaml C. P. (1984), "Stage of the Product Life Cycle, Business Strategy, and Business Performance", Academy of Management Journal, 27(1), 5-24.

⁶ Crosby Ph. B. (1986), "La qualité c'est Gratuit, L'art et Manière d'obtenir La Qualité", Economica, Paris, France, p 36.

⁷ Hoyle D. (2007), "Quality Management Essentials", Library of Elsevier Limited, USA, p10.

ثاني الأسباب، فهو أن ما يتوقعه العملاء و أصحاب المصلحة الآخرون اليوم ليس ما توقعوه بالأمس ولن يكون كما يتوقعون غدا و بالمثل، ما يمكن القيام به من أجلهم اليوم ليس ما يمكن فعله لهم بالأمس أو ما يمكن القيام به من أجلهم غدا.¹

4.1.1.2 المقاربة القائمة على القيمة (Value Based Approach) :

صنف Garvin تعريف Feigenbaum للجودة كنهج قائم على القيمة، فعرّفها هذا الأخير على أنها "الأفضل لظروف العملاء معينة". حيث تتكون الجودة بموجب هذا التعريف من منتج أو خدمة إلى عميل له خصائص معينة بتكلفة أو سعر متوقعين.² (الخدمة لم يتم تناولها بشكل صريح في تعريف Feigenbaum للجودة حتى الطبعة الثالثة من كتابه مراقبة الجودة الشاملة 1983). بالإضافة إلى ذلك صرح العديد من مؤيدي هذا الطرح و في مقدمتهم Ishikawa and Lu، Broh أن تعريفات الجودة المستندة إلى القيمة هي امتداد للتعريفات المستندة إلى المستخدم، حيث يتم تعريف الجودة على أنها "ملائمة للاستخدام بسعر مقبول".³

كما أن تعريف Feigenbaum للجودة يأخذ في الاعتبار عاملين يمكن قياسهما:⁴

- الفعالية الخارجية (مدى تلبية متطلبات العملاء الخارجية)،
- الكفاءة الداخلية (آثار تكلفة المطابقة الداخلية للمواصفات).

و مع ذلك، انتقد هذا التعريف لعدة أسباب في مقدمتها:⁵

- أنه ليس من السهل تحديد المكونات الفردية التي تدخل في حكم القيمة بحيث يعرف المدير، المسير أو الباحث المكونات الأساسية و ما الأوزان التي يمكن أن يقدمها الفرد لهاته المكونات، (على سبيل المثال، قد يكون السعر هو الشاغل الرئيسي في تقدير قيمة المنتجات الكمالية وغير المتميزة مثل الأجهزة الإلكترونية منزلية، ومع ذلك قد يكون مصدر قلق بسيط في حالة الرعاية الصحية)،
- القيمة والجودة مفهومان مختلفان، أين يفهم البعض القيمة على أنها المكون الفرعي للجودة، في حين رأى آخرون الجودة كمكون فرعي للقيمة،
- تجاهله لأصحاب المصلحة الآخرين (بصرف النظر عن العميل) ومتطلباتهم التي تم تغييرها بشكل متكرر كما هو موضح سابقا.

5.1.1.2 المقاربة القائمة على المستخدم (User-Based Approach) :

يعتبر تعريف Juran and Godfrey للجودة، من التعاريف الأكثر استعمال، حيث تم تعريفها على أنها "ملائمة المنتج للاستعمال"⁶. هذا التعريف المصنف من قبل Garvin على أنه المنهج القائم على المستخدم والذي يشمل جميع متطلبات المقاربات السابقة الذكر، أين يرتبط استخدام مصطلح الاستعمال بمتطلبات العملاء، في حين يشير مصطلح الملائمة إلى التوافق مع خصائص المنتج أو الخدمة القابلة للقياس. كما قد يؤثر سعر المنتج أو

¹ Ryall J. and Kruithof J. (2001), "The Quality Systems Handbook", Consensus Books, Australia.

² Donnelly H. et al. (2006), "Assessing the quality of service provided by market research agencies", Total Quality Management Journal, vol. 73, N1, pp. 490-500.

³ Ishikawa K. and Lu D.J. (1985), "What Is Total Quality Control", Prentice-Hall, Englewood Cliff, New Jersey, USA.

⁴ Donnelly H. et al. (2006), op. cit., pp.490-500.

⁵ Reeves C.A. Bednar D.A. (1995), Op. cit. p.421.

⁶ Juran J.M. and Godfrey A.B. (1998), "Juran's Quality Handbook", 5th Edition, McGraw-Hill Book Company, New York, USA.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

الخدمة على مستوى رضا العملاء لهذا السبب عدل كل من Ishikawa and Lu، Broh تعريف الجودة بالنهج القائم على القيمة ليكون مناسباً للاستخدام بسعر مقبول. وعلى الرغم من هذا التعديل إلا أن التعريف لم يشمل متطلبات العملاء التي تتغير باستمرار أين يجب أن تتناول أي محاولة لتقديم تعريف صحيح للجودة المراجعة المستمرة لمتطلبات العملاء¹. و نتيجة لذلك، نجد العديد من تعريفات الجودة، مثل تعريف المنظمة العالمية للمعايرة ISO التي عرفت على أنها "على أنها مجموعة الخصائص المتعلقة بالمنتج، بالنظام أو بالعملية الإنتاجية والتي تلي رغبات المستهلكين و الأطراف الخاصة الأخرى"²، تعريف Deming و William Edward الذي عرفها على أنها "توقع احتياجات الزبون الحالية و المستقبلية، وترجمة هاته الاحتياجات إلى سلعة أو خدمة مفيدة و قابلة للاعتماد، و إيجاد النظام الذي ينتجها بأقل سعر ممكن، مما يمثل قيمة جديدة للزبون و أرباح بالنسبة للمنظمة"³، و تعريف معهد القياس القومي الأمريكي و الجمعية الأمريكية لضبط الجودة الذي عرفها كالتالي "مجموعة الصفات الخاصة بالمنتج التي تؤثر قابليتها على إرضاء حاجيات الزبون المحددة، الواضحة و الضمنية"⁴.

2.1.2 جانبي نهج الجودة.

متأثراً بالتطورات الاقتصادية، الاجتماعية والأخلاقية الحاصلة مع الزمن أصبح مفهوم الجودة مفهوم متعدد الأوجه يعتمد على ما إذا كنا ننظر إليه من وجهة نظر الشركة المنتجة أو من وجهة نظر العميل، فمن وجهة نظر الشركة المنتجة يكون السياق في الجودة الموضوعية أو الجودة المعروضة في حين أن وجهة نظر العميل المستهلك للمنتج أو الخدمة تعبر عن الجودة المدركة.

و انطلاقاً من هذا ركز العديد من الباحثين على الفرق بين الجودة المدركة التي تعتمد على المستخدم العميل و الجودة الموضوعية التي تعتمد على المنتج وعلى الإنتاج، و بما أن العنوان السابق عالج مقاربات الجودة و التي جاءت في مجملها من وجهة نظر الشركة المنتجة، فسنحاول في هذا العنوان التطرق إلى الجودة المدركة مع محاولة تحديد الاختلافات في نهج مفهوم الجودة وفقاً لهذا التمييز.

حاول الباحث Evrard التمييز بين نهجي الجودة حين صرح بأن "الجودة الموضوعية هي مجموعة السمات التي تساهم في جودة المنتج والخدمة و التي تم تحديد مستوياتها مسبقاً من قبل الشركة بصرف النظر عن التصور الذي قد يكون لدى المشتري و منه فهي الجودة المرغوبة و المتحققة.... أما الجودة المتصورة هي مجموعة السمات التي تساهم في إدراك جودة المنتج أو الخدمة التي يقيم المستهلك مستوياتها"⁵.

كما تطرق Zeithaml, Berry & Parasuraman لهذا الاختلاف في البناء المعتمد على وجهة النظر

المختلفة، و هو ما يبينه الشكل 02 :

¹ Hoyle D. (2007), op. cit., p09.

² Les projets de Normes ISO 9000 : version 2000", recueil normes, édition AFNOR, Paris, 2000, P 10.

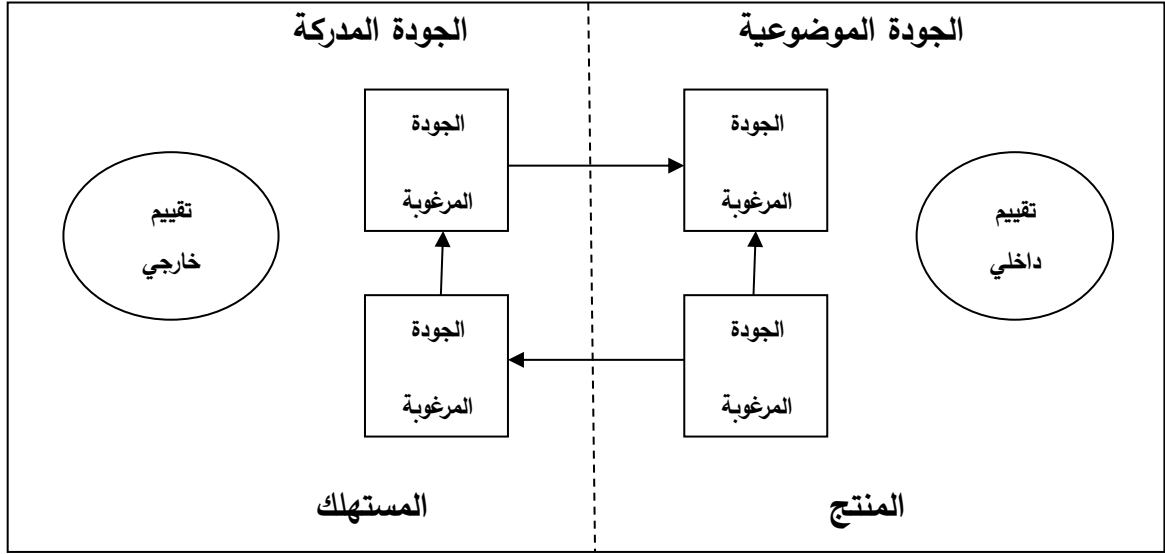
³ Rose P.S. (2002), "Commercial Bank Management", Mc Graw-Hill companies Inc, 5th edition, Boston, USA, P4.

⁴ Kenneth Laudon K.C. and Laudon J.P. (2001), "Management Information Systems", Sixth Edition, Pearson, UK, p161.

⁵ Evrard Y. (1993), "La satisfaction des consommateurs : état des recherches", Revue Française du Marketing, 144-145, 4-5, 53-65, p57.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

الشكل 02 : جانبي نهج الجودة.



Source: Zeithaml V.A. Berry L.L. et Parasuraman A. (1990), "Delivering quality service, balancing perceptions and expectations", eds. The Free Press, New-York, USA, p226.

عرفت الباحثة Zeithaml الجودة المدركة على أنها "حكم المستهلك على الامتياز أو التفوق العام لمنتج أو خدمة... و ترتبط بالحكم المجرد من المستهلك أكثر من ارتباطها بالسمات الملموسة للمنتج أو الخدمة"¹، أما Anderson & Al. فأكد على "أن الجودة المدركة يمكن اعتبارها بمثابة تقييم للأداء الحالي للشركة من وجهة نظر المستهلكين، ويميل هذا الإجراء إلى التأثير بشكل إيجابي على مواقفهم ونواياهم السلوكية فيما يتعلق بالمورد"².

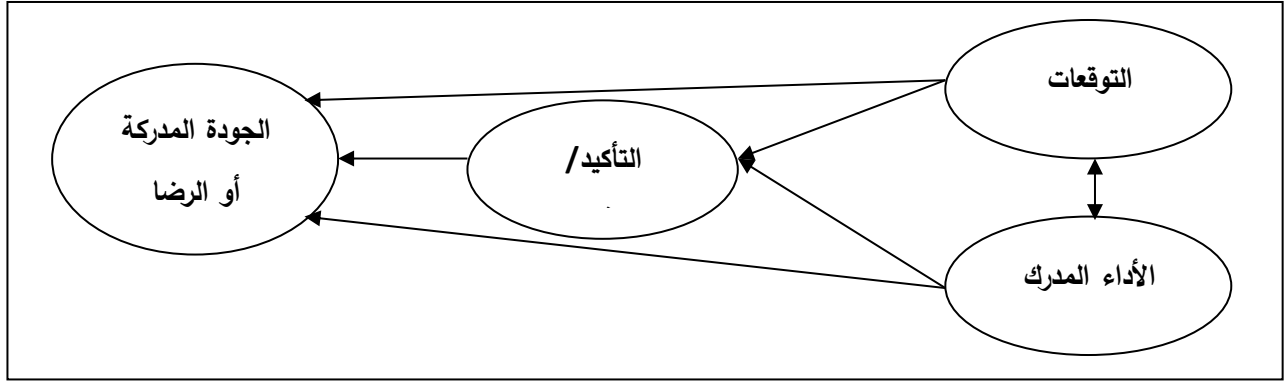
وإن كان التعريفان السابقان قد حددا مفهوم الجودة المدركة بشكل أقرب ما يكون للدقة، إلا أن العديد من التعريفات و الدراسات ربطت المفهوم بمفهوم آخر هو الرضا، أين أشارت معظم نماذج الجودة المدركة والرضا إلى نموذج تأكيد التوقعات "نموذج عدم التأكيد" للباحث OLIVER الذي يعتبر الرضا كتقييم لما بعد شراء و استهلاك منتج أو خدمة، و الذي يعتبر بمثابة الأساس للعديد من نماذج قياس جودة الخدمة المدركة.

يوضح الشكل 03 هذا النموذج أين نجد أن عملية تكوين الرضا تبدأ بتشكيل التوقعات التي ستؤثر على إدراك أداء المنتج أو الخدمة و بمجرد استهلاك المنتج أو الخدمة سيشعر المستهلك في إجراء تقييم مقارن لأداء المنتج أو الخدمة مع ما كان يتوقعه. ستكون نتيجة هذا الاختلاف عدم الرضا أو الرضا أو الشعور بالحياد، ومنه يمكن أن يؤثر مستوى التوقع وكذلك مستوى الأداء بشكل مباشر على رضا المستهلك.

¹ Zeithaml V. (1988), "Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence", Journal of Marketing, Vol. 52, No. 3, p 08.

² Anderson E.W. Fornell C. and Lehmann D.R. (1994), "Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden", Journal of Marketing, Vol. 58, No. 3, 53–66, p57.

الشكل 03 : نموذج Oliver لتأكيد التوقعات.



Source: Oliver R. L. (1980), "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", Journal of Marketing Research, 17, pp.460-469.

كما سارت التعريفات الأخرى لهذا المصطلح على نفس النهج حين اعتمدت على عملية تكوين الجودة المدركة في ضبط المفهوم، فحسب Grönroos الجودة المتصورة للخدمة هي نتيجة مقارنة بين توقعات العميل وتجاربه الفعلية للخدمة¹. وهو ما أكده Parasuraman et al. في تصريحهم بأن "جودة الخدمة المدركة تنتج من عملية مقارنة بين ما يعتبره العميل يجب أن يكون الخدمة التي تقدمها الشركة وتصوراته عن أداء هذه المنظمة"².

أما تصور Lovelock & Wirtz فيقترح أنه "...على الرغم من أن جودة الخدمة ورضا العميل مفهومان مترابطان ، إلا أنهما لا يعنيان نفس الشيء تماما. وذلك لأن إدراكات المستهلكين فيما يتعلق بجودة المنتج أو الخدمة تستند إلى تقييمات معرفية طويلة المدى، في حين أن الرضا هو استجابة عاطفية قصيرة المدى فيما يتعلق بتجربة معينة..."³

وعلى العموم، و في عملنا البحثي هذا، سنعتمد وجهة نظر المستهلك المتلقي للخدمة، فالمفهوم المركزي لهذا العمل هو إذن الجودة المدركة من قبل متلقي الخدمة العمومية الصحية المتمثل في المريض. هذا و يوجد في جميع الأعمال الأكاديمية المنشورة حول موضوع الجودة المدركة إشارة ثابتة إلى قرب هذا المفهوم من مفهوم الرضا، والذي ينبغي بالتالي توضيحه في سياق جودة الخدمة العمومية الصحية.

¹ Grönroos C. (1984), "A Service Quality Model and its Marketing Implications", European Journal of Marketing, 18, 4, p40.

² Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, Volume 64, Number 1, p18.

³ Lovelock C. Wirtz J. et Lapert D. (2004), "Marketing Des Services", Pearson Education, 5^{ème} édition, France, p20.

3.1.2 جودة الخدمة العمومية الصحية.

بما أن الجودة تعتبر الشغل الشاغل لجميع مقدمي الخدمات باختلاف أنواعها، فتكتسي أهمية كبيرة لعمال المنظمة، زبائنها و للمنظمة بحد ذاتها، أما حين يتعلق الأمر بالخدمة الصحية فالأمر يصبح أكثر حساسية وتعقيدا، فزبائن المنظمة الصحية يتكونون أساسا من المرضى الذين لا يرضون غير الجودة في الخدمة الصحية المقدمة و أي شيء غيرها قد يؤدي إلى ما لا يحمد عقباه باعتبار أن الصحة لا تقدر بثمن و غير قابلة للتعويض.

تاريخيا، تعتبر الممرضة البريطانية Florence Nightingale أول من استخدم مفهوم الجودة في مجال الطب، فتعتبر مؤسسة علم التمريض الحديث أين قامت بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في المستشفيات العسكرية التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بها خلال حرب القرم.¹ و مع مرور الزمن أصبح موضوع جودة الخدمة الصحية من أساسيات تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أصبح محل اهتمام و تركيز منظمات الخدمات الصحية، المرضى المستفيدين من هاته الخدمات، مقدميها ومختلف الجهات المسؤولة عن تمويل و مراقبة هاته الخدمات الصحية. فتركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ أنه لا مجال للأخطاء في جودة الخدمات الصحية لتعدي آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

و بهذا الصدد تعرف المنظمة العالمية للصحة WHO جودة الخدمة الصحية على أنها "التمشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية".² أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (JCAHO) فتعرفها على أنها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أي مشكلة طبية".³ و من خلال التعريفين السابقين يمكن القول أن هناك شروط لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية، و التي يمكن حصرها في:

- تقديم الخدمة الصحية في جو آمن و تقليل التوتر،
- الالتزام بالمعايير المعمول بها و المحددة مسبقا،
- العمل على عقلانية التكاليف،
- التأثير الجيد في المجتمع من خلال التقليل من الحالات المرضية، نسبة الوفيات ومحاربة سوء التغذية،
- التصريح المسبق بالنتائج المتوقع الوصول لها ونسب نجاح مختلف الأفعال الطبية.

¹ خسروف أ. م. ك. (2008)، "تسويق الخدمات الصحية"، بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات، المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية، بريطانيا، ص30.

² الديوجي أ. س. و عبد الله ع. م. (2003)، "النوعية والجودة في الخدمات، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة"، العدد 73، مكتبة تنمية الراقدن، كلية الإدارة الاقتصادية، جامعة الموصل، العراق، ص14.

³ خالد بن سعيد (1994)، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 1، العدد 1، مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، الكويت، ص12.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

كما أكد Ellis and Whitngton على ذلك حين عرفا جودة الخدمة الصحية على أنها "مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد و القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى مرتادي المنظمات الصحية" ¹. في حين عرفها Kotler and Armstrong بأنها "شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتميز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن نفسها تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات".² أما Nakijima فأشار إلى أن جودة الخدمة الصحية تعني "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر".³

مجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية (WHSSB) في المملكة المتحدة قد أعطى بدوره عدة تعريفات لجودة الخدمة الصحية، هي أقرب إلى الشروط منها لتحقيق الجودة في الخدمة الصحية، نذكر منها:⁴

أولاً: تحقيق الحد الأقصى من النتائج الايجابية، سواء أكانت تتعلق بمستوى الرعاية السريرية المقدمة أو بتحقيق درجة عالية من رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة.

ثانياً: ضمان تحقيق درجة عالية من جودة الرعاية في كل من خدمات رعاية الحالات الحادة، وخدمات الرعاية المستمرة.

ثالثاً: توفير أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف وأوضاع المستفيدين من خدمات الرعاية المقدمة.

رابعاً: ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة، وضمان الترشيح الفعال للتكاليف عند استخدام الموارد المتاحة. كما نجد أيضاً تعريف Donabedion، و الذي حدد بموجبه ثلاث مكونات لجودة الخدمة الصحية على النحو التالي:⁵

- الرعاية الفنية (المكون الفني): و تعني درجة تطبيق العلوم و المعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية،
- فن الرعاية (مكون العلاقات الشخصية): و الذي يشير إلى الاستجابة لحاجات و توقعات المستخدمين المرضى، المعاملة الودية و الاهتمام من قبل مقدمي الخدمات الصحية عند تعاملهم و تفاعلهم مع المستخدمين المرضى،
- بيئة المؤسسة (المكون الهيكلي): و يشير إلى البيئة الكلية التي يتم ضمناً تقديم الخدمات الصحية، و يتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية، مدى توفر مستلزمات الراحة و الاطمئنان للمستفيدين المرضى في هذه المؤسسة، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها.

¹ Campbell S.M. Roland M.O. and Buetow S.A. (2000), "Defining quality of care", Social Science & Medicine, 51(11), 1611-1625.

² Kotler Ph. and Gory A. (1994), "Marketing Management Analysis, planning, Implementation and Control", Hall Engle Wood Cliffs, New Jersey, USA.

³ Nakijima and Hiroshi (1997), "Better Health: Through better life of Recourses", World Health , The Magazine of (WHO), 50th year , No. 5,9-10.

⁴ كوش هيو (2002)، "إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها"، ترجمة بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، ص 19-20.

⁵ Donabedian A. (1988), "The Quality of Care", The Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743.

4.1.2 سلوك مستهلك الخدمة العمومية الصحية.

لطالما صنفت مجمل الدراسات من أبحاث علمية و أكاديمية دراسة سلوك و رضا المستهلك على أنه أحد أهم عناصر الفكر التسويقي المعاصر و أحد الأهداف الرئيسية له، لاسيما فيما يخص قطاعات الخدمات. فميل العملاء الراضين إلى الحفاظ على نمط استهلاكهم أو استهلاك المزيد من نفس الخدمة قد أصبح مؤشرا مهما للسلوك المستقبلي و ثابتا من ثوابت التخطيط الإستراتيجي الناجح و الفعال للمنظمات الخدمية.

فيعرف سلوك المستهلك على أنه "دراسة جميع أفعال الفرد، والمتعلقة مباشرة بشراء و استخدام السلع والخدمات الاقتصادية، بما في ذلك عملية اتخاذ القرار التي تسبق هذه الأعمال وتحدد¹". فأفعال الفرد في هذه الحالة هي تلك التصرفات المتعلقة بصورة مباشرة للحصول على السلع المادية و الخدمية بما يلبي احتياجات الأفراد و يشلح رغباتهم.

و من الاحتياجات الأساسية للأفراد نجد الحاجة للتمتع بصحة جسمانية و عقلية جيدة، و انطلاقا من ذلك يعرف سلوك مستهلك الخدمة الصحية على أنه "التصرف الذي يصدر من المستهلك بهدف الحصول على الخدمات الصحية عند الحاجة إليها، و المستهلك من تلك الخدمات الشخص الذي يشتري الخدمة الصحية للاستفادة منها أو لاستفادة أفراد أسرته، المقيمين معه في نفس السكن أو تقديمها لأحد الأقارب أو الأصدقاء"².

هذا و كغيره من المستهلكين يتأثر سلوك مستهلك الخدمة الصحية بمجموعة من العوامل و هي كما ذكرها

Kotler على النحو التالي:³

- العوامل النفسية: متمثلة في الحوافز، الإدراك، التعلم، المعارف، المعتقدات و المواقف.
- العوامل الشخصية: و المتكونة من العمر، المهنة، الوضع الاقتصادي، نمط الحياة، الشخصية وإدراك الذات.
- العوامل الاجتماعية: الجماعات المرجعية، العائلة، الدور و المكانة الاجتماعية.
- العوامل الثقافية: الثقافة، الثقافة الجزئية و الفنة الاجتماعية.

فهاته العوامل تؤثر على سلوك المستهلك في سعيه لاتخاذ قرار نهائي أمام اختياراته المتعددة و المختلفة، هذه العملية يطلق عليها عملية اتخاذ القرار الشرائي، و التي تعرف على أنها "الإجراء الذي يقوم المستهلكون من خلاله بجمع المعلومات، تحليلها و الاختيار بين بدائل السلعة أو الخدمة أو المنظمات أو الأفراد أو الأماكن أو الأفكار"⁴ كما تعرف أيضا "بأنها مجموعة التدابير المنسقة والمحكمة التي يتم اتخاذها لتلبية الحاجات"⁵.

و نتيجة للعوامل السابقة الذكر يمر القرار الشرائي بإجراءات عديدة و مختلفة أقرب ما تكون إلى المراحل،

والتي يمكن ترتيبها على النحو التالي (الشكل 04):

¹ KOTLER Ph. (1992), "MARKETING : De la théorie à la pratique", Gaëtan Morin, 1ere édition, Quebec, Canada, p 62.

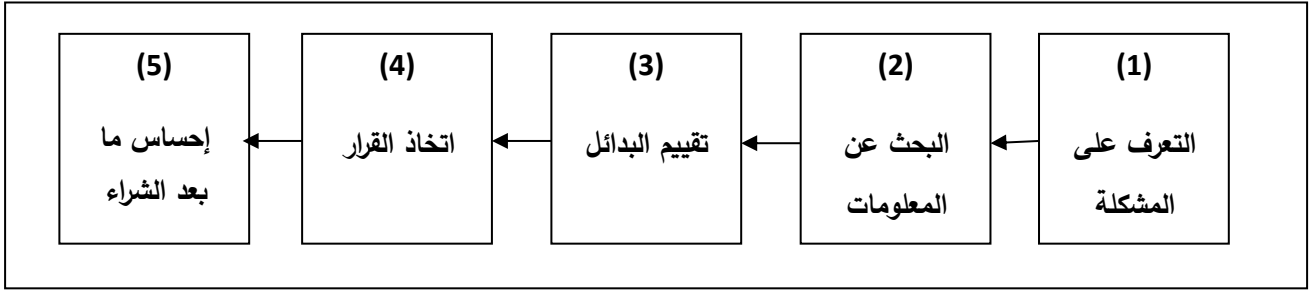
² المساعد ز. خ. (2002)، "تسويق الخدمات الصحية"، دار حامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، ص277.

³ KOTLER Ph. DUBOIS D.B. (1997), "Marketing Management", 9^{ème} édition, Publi-Union, Paris, France, p 173.

⁴ نصر المنصور ك. (2006)، " سلوك المستهلك مدخل الإعلان"، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص76.

⁵ Azzadina Irna et al. (2012), "Understanding Relationship between Personality Types, Marketing-mix Factors, and Purchasing Decisions", Procedia - Social and Behavioral Sciences (65), p353.

الشكل رقم 04: مراحل عملية اتخاذ قرار الشراء.



Source : Coutelle-Brillet Patricia et des garets Véronique (2004), "Marketing ; de l'analyse à l'action", Pearson Education, p105.

فعملية اتخاذ قرار الشراء تتكون من خمسة مراحل حسب ما هو مبين في الشكل السابق، هاته المراحل قد تتباين بتباين نوع السلعة أو المنتج، ففي المنتج الصحي مثلا و بمجرد أن يعرف الفرد مشكلته الصحية سيتخذ قراره مباشرة و يذهب إلى أقرب هيكل صحي استعجالي دون البحث عن معلومات إضافية أو بدائل أخرى، ولعل أبرز ما يهمنا في مراحل عملية اتخاذ القرار الشرائي هو إحساس ما بعد الشراء أو درجة رضا العميل.

5.1.2 رضا مستهلك الخدمة الصحية العمومية.

يعرف Westbrook الرضا على أنه " تقييم ذاتي تفضيلي يقوم به الأفراد"¹، فالعميل و بعد استهلاكه لأكثر من منتج أو خدمة يقوم بتفضيل إحداها على الأخرى استنادا على تقييمه الشخصي، و هو ما أكدته تعريف كل من Cronin & Taylor " رضا العميل هو حكم مؤقت ينشأ عن تفاعل محدد للخدمة"². في حين عرف كل من Rust & Oliver رضا العميل على أنه "درجة إدراك الزبون لمدى إثارة تجربة ما لعواطف إيجابية"³، أما Lovelock and Wright فذهبا في نفس النسق السابق و ربطا الرضا بالعاطفة فعرفاه على النحو التالي " رضا العميل هو استجابة عاطفية قصيرة المدى لأداء خدمة معين "⁴

و لعل التعريف الأكثر شيوعا و استعمالا هو تعريف الباحث Ph.KOTLER و آخرون الذين عرفوه على النحو التالي: "رضا العميل هو ذلك الانطباع الإيجابي أو السلبي الذي يشعر به عميل ما اتجاه تجربة شراء أو استهلاك أو كليهما معا، و هو ناتج عن المقارنة بين توقعات العميل اتجاه منتج ما و أدائه المدرك"⁵. فرضا العميل قد يكون إيجابيا كما قد يكون سلبيا، و هو ما يدفع المنظمة للعمل على تحقيق أقصى رضا في اتجاه الإيجابية لعملائها ضمانا لولائهم و تحقيقا لأهدافها.

¹ Wallin T.A. and Lervik L. (1999), "Perceived Relative Attractiveness Today and Tomorrow as Predictors of Future Repurchase Intention", Journal of Service Research, Vol.2, N°.2, p.165.

² Cronin J.J. and Taylor S. A. (1994), "Servperf versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, Journal of Marketing, Vol.58, p.126.

³ Petrick J.F. (2004), "The Roles of Quality, Value and Satisfaction in Predicting Cruise Passenger's Behavioral Intentions", Journal of Travel Research, Vol.42, N°.4, p. 397.

⁴ Lovelock C.H. and Wright K.L. (1999), "Principles of Service Marketing and Management", 2nd Edition, Prentice Hill, USA, p.87.

⁵ Kotler Ph. Keler K.I. Manceau et Dubois D.B. (2006), "Marketing Management", 12^{ème} Edition, Pearson Education, Paris, France, p.172.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

أما في قطاع الخدمات تعتبر الخدمة الصحية أكثر الخدمات أهمية وقيمة لارتباطها بأعلى الكيانات التي لا يمكن تقديرها بثمن معين. و يعتبر رضا المريض عنصر مهما في سبيل الوصول إلى خدمة صحية ذات جودة بما يلبي احتياجات المرضى عملاء المنظمة الصحية. فيعرف رضا المريض على أنه "رد فعل متلقي الرعاية الصحية على الجوانب البارزة من خبرته في الخدمة".¹ فالرضا يتكون من تقييم إدراكي ورد فعل عاطفي على هيكل وعملية ونتائج الخدمات. يختلف هذا النوع من التقييم عن تقارير المرضى حول الخصائص الموضوعية لرعايتهم. و هو ما يدفع إلى القول أن رضا المريض مفهوم متعدد الأبعاد، يمكن قياسه من خلال المكونات ذات الصلة الغالبة على طبيعة الخدمة الصحية المقدمة مثل خدمات الرعاية الطبية، خدمات الرعاية التمريضية، خدمات الرعاية الصحية السلوكية، والخصائص التنظيمية و الفندقية.²

انطلاقاً مما سبق أمكن تعريف رضا المريض على أنه "شعور المريض بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى، بما يشمل الخدمات الطبية، التمريضية والخدمات المرافقة (فندقية، إطفاء، نظافة، خدمات اجتماعية ونفسية)، مما يولد إحساساً باهتمام الأطر الطبية والخدمية به، ويمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطباء، ويخلق لديه شعوراً إيجابياً يساعده على تقبل العلاج والتجاوب معه، وهذا ما يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية".³

و في سعيها إلى تحقيق رضا المريض تعمل المنظمة الصحية على تحقيق مجموعة من الشروط، و في مقدمتها حسب ما ذكره PH.Kotler في كتابه الشهير Marketing Management "...معاملة المرضى على أنهم ضيوف المنظمة الصحية (Hospital guests) ..."⁴ ، و هو ما لا يمكن تطبيقه إلا بتوفر مجموعة من الشروط يمكن اختصارها في النقاط التالية:⁵

- تحية و استقبال المريض؛ و ذلك عن طريق احترام المرضى و ذويهم بإفشاء السلام لهم، ضمان أماكن لجلوسهم و عرض المساعدة الفورية لتلبية احتياجاتهم و مساعدتهم.
- فهم مشاعر المريض؛ عن طريق الإصغاء و إعطاء اهتمام واضح لحديث المريض، مخاطبته بلغة مفهومة بما يتناسب و مستواه الفكري و التعليمي، اشعاره بأنه محل اهتمام بالإضافة إلى المحافظة على خصوصية و السر المهني لحالته الصحية.
- إظهار حالة العطف واللفت للمريض؛ و ذلك بتقدير عمق الحاجة الحقيقية للمريض بوضع مقدم الخدمة نفسه مكان المريض و إعطاءه ثقة أكبر بموافقة حديثه و عدم تكذيبه رغم لاموضوعية آلامه و شكواه.

¹ G. C. Pascoe (1983), "Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis", Evaluation and Program Planning 6, 185-210.

² الفراج أ. (2009)، "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المريض، نموذج لقياس رضا المريض"، المجلد 25، العدد الثاني، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، دمشق، سوريا، ص 61.

³ عيادل. (2015-2016)، "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015-2016"، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق، كلية العلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.

⁴ Kotler Ph. (1997) "Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control". 9th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, USA. p490.

⁵ البكري ث. ي. (2010)، "إدارة المستشفيات"، الطبعة الثانية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، ص222.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

- مساعدة المريض لتجاوز حالته المرضية؛ بخلق قناعة لدى المريض بالنتائج الحسنة المتوقعة لحالته المرضية عن طريق تقديم دعم معنوي و مادي و تحمل جل المسؤولية العلاجية.
 - تقديم الشكر و التقدير للمريض؛ و ذلك بالثناء عليه و على مساره الشفائي، استطلاع رأيه عن الخدمات المقدمة و النقائص إن وجدت مع إبداء الاستعداد و الترحيب الكامل لاستقباله من جديد في حالة الحاجة إلى ذلك.
- أما فيما يخص قياس جودة الخدمات بما فيها الخدمات الصحية و إن كان لها ارتباط وثيق بقياس رضا الزبائن فنجد العديد من المساهمات التي اختلفت باختلاف مدارس قياس الجودة، و التي سنتطرق إليها بشيء من التفصيل في العنوان الرئيسي القادم.

2.2 مدارس قياس جودة الخدمة.

يعد قياس جودة الخدمة أحد أدوات القياس المهمة للمنظمات باختلاف أنواعها لفهم احتياجات المستخدمين و رغباتهم من خلال تحليل تجربتهم و رضاهم عن الخدمات المقدمة. و على الرغم من عدم وجود اتفاق عام على نموذج معين يستخدم لقياس جودة الخدمة المدركة، إلا أن هناك بعض النماذج الفعالة التي قدمها الباحثون خلال عقود من الدراسة في هذا المجال. و سنحاول في هذا المبحث تقييم بعض نماذج جودة الخدمة الرئيسية والأكثر استخداما والتي يتم قبولها بشكل أكبر في مجال قياس جودة الخدمة المدركة و هذا عن طريق التطرق لنقاط القوة والضعف لكل نموذج تمت مناقشته من أجل اختيار أفضل نموذج يتناسب و قياس جودة الخدمة في دراستنا.

1.2.2 المدرسة الشمالية الإسكندنافية (The Nordic School).

تعتبر المدرسة الشمالية الإسكندنافية من المدارس السابقة في بحوث دراسة الجودة و قياسها، حيث في أوائل الثمانينات من القرن الماضي و بالضبط سنة 1982، قام الباحث الفنلندي CHRISTIAN GRONROOS المتخصص في أبحاث العلاقات التسويقية و الخدمات بوضع تصور مبكر لنموذج جودة الخدمة انطلاقا من اعتقاده أن نجاح المنظمات يستوجب فهم مشغلي الأعمال بها إدراك الزبائن المستخدمين للخدمة المقدمة، فاقترح بعدين لجودة الخدمة:¹

- البعد التقني، والذي يرتبط بالنتائج التي يحصل عليها الزبون أو المستفيد من الخدمة،
- البعد الوظيفي، المرتبط بعملية تقديم الخدمة أو كيفية أدائها.

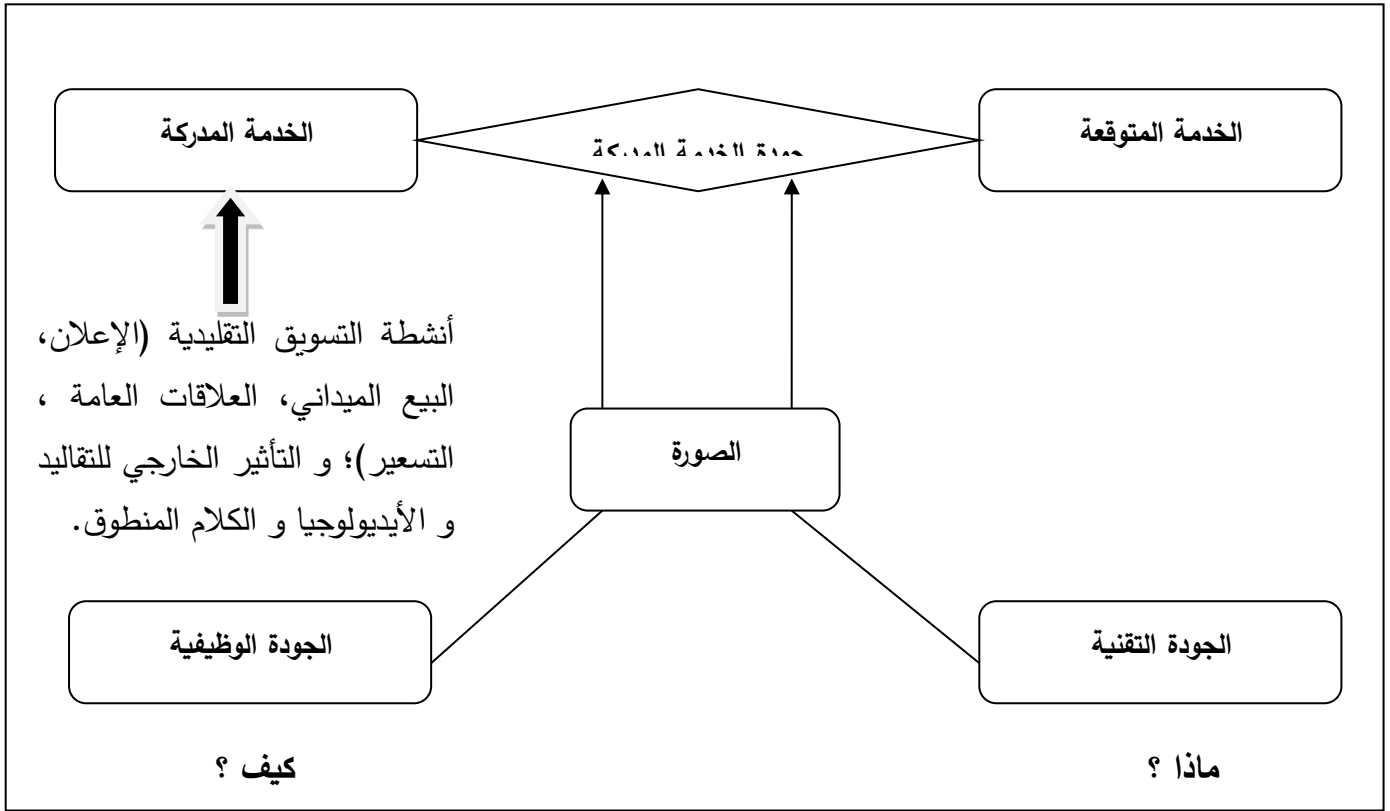
حيث نجد أن الباحث أكد على أن طريقة الخدمة مهمة جدا في تقييم الزبائن لجودة الخدمة. ومع ذلك، فإن نتائج الخدمة التي يتلقاها الزبائن هي بناء على رغبتهم وعملية تلقي الخدمة لها تأثير على تقييم الزبائن وعرضهم للخدمة. فبمقارنة هاذين العاملين في الخدمة بالجودة المتوقعة والمدركة من قبل الزبائن، يمكننا الحصول على جودة الخدمة المتصورة.

كما أن الباحث و في دراسة لاحقة سنة 1984 عرف الجودة المدركة للخدمة على أنها «... نتيجة عملية التقييم حيث يقارن العملاء توقعاتهم بالخدمة التي تلقوها...»² كما أضاف بعدا ثالثا لجودة الخدمة في هذا النموذج كما هو مبين في الشكل رقم 05 يتمثل في "صورة الشركة" وهي رؤية العملاء الزبائن للشركات أو العلامة التجارية، حيث تتأثر توقعاتهم برؤيتهم للشركة وهي نتيجة لكيفية إدراكهم لخدمات هذه الأخيرة. لذلك، فإن الصورة مبنية على الجودة التقنية والجودة الوظيفية. كما أن هناك عوامل أخرى أقل أهمية يمكن أن تؤثر على الصورة مثل: أنشطة التسويق التقليدية (مثل الإعلان، التسعير والعلاقات العامة)، العوامل الأيديولوجية، التقاليد و الكلام المنطوق.

¹ Grönroos C. (1982), "An Applied Service Marketing Theory", European Journal of Marketing, 16(7), p 33.

² Grönroos C. (1984), "A Service Quality Model and its Marketing Implications", European Journal of Marketing, 18, 4, 37-44, p37.

الشكل رقم 05: نموذج GRONROOS للجودة المدركة.



Source : Grönroos C. (1984) " A Service Quality Model and its Marketing Implications", European Journal of Marketing, Vol. 18, Issue: 4, p40.

أما في دراسة سنة 1988 فأضاف الباحث ستة أبعاد فرعية لجودة الخدمة على النحو التالي:¹

- أبعاد فرعية تساهم في الجودة التقنية:
 - الاحترافية والمهارات،
- أبعاد فرعية تساهم في تكوين الصورة:
 - السمعة والمصداقية،
- أبعاد فرعية تساهم في الجودة الوظيفية:
 - المواقف والسلوك،
 - سهولة الوصول والمرونة،
 - الموثوقية والجدارة بالثقة،
 - الإصلاح.

¹ Gronroos C. (1988), "Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Service Quality", Review of Business, St John's University Press, 9, 10- 13, New York, USA, p 14.

و على الرغم من شراكة GRONROOS مع الباحث Gummesson في مراجعة نموذج و تطويره إلا أن هذا الأخير لم يسلم من الانتقادات التي كانت في مجملها لاهتمامه بالناحية المفاهيمية فقط وافتقاره للتشغيل، أي أنه لا يقدم أداة قياس عملية، و هو ما يفسر غياب الدراسات التجريبية المستخدمة لهذا النموذج في قياس جودة الخدمة.

2.2.2 المدرسة الفرنسية (The french school).

و ليس ببعيد جغرافيا عن المدرسة الشمالية الاسكندنافية نجد المدرسة الفرنسية، و التي ابتعدت مفاهيميا في وضع مفهوم الخدمة أو ما أطلق عليه نموذج Servuction من قبل اثنين من المؤلفين الفرنسيين، و يتعلق الأمر لكل من Pierre EIGLIER و Eric LANGEARD قبل أن يتم تطويره بالشراكة مع الباحثين الأنجلوساكسونيين Christopher LOVELOCK و James BATESON في بحوث لاحقة.

فتم تعريف مفهوم Servuction كما تطرقنا إليه سابقا على أنه «... التنظيم المنهجي والمتسق لجميع العناصر المادية والبشرية لواجهة العملاء التجارية اللازمة لتقديم خدمة تم تحديد الخصائص التجارية ومستويات الجودة لها...»¹. و وفقا لمؤلفي نموذج Servuction "تتكون الجودة من عنصرين، أحدهما موضوعي والآخر ذاتي..."². حيث تشير الجودة الموضوعية إلى الوسيط المادي للخدمة، بينما تستمد الجودة الذاتية من رضا العملاء، كما يعتبر هؤلاء الباحثان أن البعد الحقيقي لجودة الخدمة يكمن في الجودة الذاتية.

أما معايير التقييم، فتتص على وجوب تقييم الجودة على أساس ثلاثة أبعاد مختلفة، بعد واحد مرتبط بالنتيجة و بعدان وظيفيان، على النحو التالي:³

- ناتج الخدمة الأولية: ويمثل قدرة الخدمة على تلبية احتياجات و توقعات العملاء و الزبائن،
- عناصر الخدمة: و هي الأبعاد المرتبطة بالدعم المادي والموظفين المتصلين،
- العملية نفسها: التي تشمل المتغيرات المرتبطة بالتفاعلات بين المزود و العميل.

و امتدادا للنموذج السابق، و في نفس البلد دائما لأبد من ذكر الباحث الاقتصادي الفرنسي الجنسية **William Sabadie** ، و هو من الباحثين الذين ساهموا مساهمة فعالة في تسويق الخدمات العمومية، فانطلاقا من مذكرة تخرجه و التي كانت بعنوان :

« CONTRIBUTION A LA MESURE DE LA QUALITE PERCUE D'UN SERVICE PUBLIC »⁴

مرورا بالعديد من المنشورات البحثية كان الباحث مصدرا أكاديميا للعديد من الباحثين.

¹ Eiglier P. et Langeard E. (1987), op. cit., p 159.

² Boyer A. et Nefzi A. (2009), op. cit. , p48.

³ Eiglier P. et Langeard E. (1987), op cit., p 163.

⁴ Sabadie W. (2001), "Contribution a la mesure de la qualité perçus d'un service public", thèse pour l'obtention du titre de Docteur en science de gestion, Université des sciences Sociales de Toulouse, France.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

فتطرق الباحث في مساهماته لنموذج العميل للجودة وفق مبادئ الخدمة المحددة من قبل المشرع، أين أشار إلى مجموعة من الحقوق التي حددتها السلطات العامة والمتمثلة في: المعاملة المتساوية، الشفافية، المشاركة وإدارة الشكاوى المطالبات، أين لا يختلف هذا المنطق عن النظام البيروقراطي التقليدي الذي تحدد فيه السلطات العامة من جانب واحد وبشكل مركزي الاحتياجات التي تخدم المصلحة العامة.

و انطلاقاً من هذا ركز الباحث على اقتراح إطار لتقييم الخدمات العامة على أساس مفهوم العدالة في العلوم الاجتماعية، حيث من الممكن اعتبار المواطن كمقيم لنوعية الخدمات العامة، كما سلب الضوء على مساهمة جوانب العملاء والنماذج القانونية للجودة في حكم المستخدمين على الخدمة العامة.

كما اعتمد W. Sabadie على كل من نموذج العميل و النموذج القانوني في سعيه للخروج بنموذج يتناسب مع عينته المدروسة و المتمثلة في مستعملي صندوق المخصصات العائلية(Caisse d'Allocations Familiales) و مستعملي الشركة الوطنية للسكك الحديدية الفرنسية SNCF، ليقترح الباحث النموذج الشامل للجودة (الموصوف كنموذج للمواطن) و الذي يعكس مدى تعقيد حالة المستخدم.

فنموذج المواطن للجودة المدركة المقترح من طرف الباحث W.Sabadie كان نتيجة لدمج نموذجي العميل و القانوني معاً، فاعتمد على المؤشرات التالية:¹

Tangibilité	• الملموسية
Fiabilité	• الدقة
Relations	• العلاقات
Accessibilité	• إمكانية الوصول
Transparence	• الشفافية
Participation	• المشاركة
Réclamations	• الشكاوي
Egalité	• المساواة
Législation	• التشريعات

أما أبرز التحفظات الموجهة للدراسة هي أنه لا يمكن تعميمها على الخدمات العمومية الأخرى مثل الخدمة العمومية الصحية محل الدراسة أو الخدمة العمومية الشرطية ونحوها، كما أن دراسة Sabadie غير مجربة على نفس النوع من الخدمات العمومية في بلدان أخرى غير فرنسا البلد الأصلي للدراسة الأولية.

¹ Sabadie W. (2003), "Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public ", Recherche et Applications en Marketing, Vol. 18, No. 01, p11.

3.2.2 المدرسة الأمريكية الشمالية (North American School).

تعتبر المدرسة الأمريكية الشمالية في نظر العديد من الباحثين الرائدة في قياس الجودة المدركة للخدمات، فما بين نموذجي SERVQUAL وSERVPERF نجد العديد من المساهمات العلمية التي شكلت بالإضافة الحقيقية والبذرة لمجمل الدراسات في مجال القياس المذكور.

البداية كانت سنة 1985 حين طور كل من Parasuraman، Zeithaml و Berry نموذجا لقياس وتقييم جودة الخدمات، فانتهجوا نفس نهج المدرسة الإسكندنافية أين عرفوا جودة الخدمة على أنها «شكل من أشكال المواقف المرتبط و الغير مكافئ للرضا الناتج عن مقارنة التوقعات مع الإدراكات والأداء»¹. فكان النموذج قائم على أساس خمس فجوات، فجوات من جهة مقدم الخدمة أو المسوق لها و فجوة وحيدة من جهة الزبون أو المستهلك، كما هو موضح في الشكل رقم 06.

فالفجوات الأربع المتعلقة بمقدم الخدمة هي الواقعة في الجزء السفلي من الشكل السابق، وهي التي تتطلب قياسا داخليا، و هي التي فسرها الباحثون في المقال المنشور سنة 1985 على النحو التالي:²

- **الفجوة الأولى:** بين توقعات العميل و إدراك الإدارة لهذه التوقعات.

أين وجد الباحثون في أبحاثهم على مجموعات الـ (focus groupe) أن " ... العديد من الإدراكات التنفيذية حول ما يتوقعة المستهلكون في خدمة عالية الجودة متوافقة مع توقعات المستهلك، و مع ذلك كانت هناك اختلافات بين الإدراكات التنفيذية و توقعات المستهلك... ففي جوهرها قد لا يفهم المسؤولون التنفيذيون في شركات الخدمات دائما الميزات التي يمكن أن تشير إلى الجودة العالية للمستهلكين مسبقا... " ³.

- **الفجوة الثانية:** بين إدراك الإدارة و مواصفات جودة الخدمة.

أين قد تؤدي مجموعة متنوعة من " ..قيود الموارد و العوامل و أو اللامبالاة الإدارية إلى تباين بين إدراكات الإدارة لتوقعات المستهلك و المواصفات الفعلية الموضوعة لخدمة ما... " ⁴.

¹ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1988), op cit., p15.

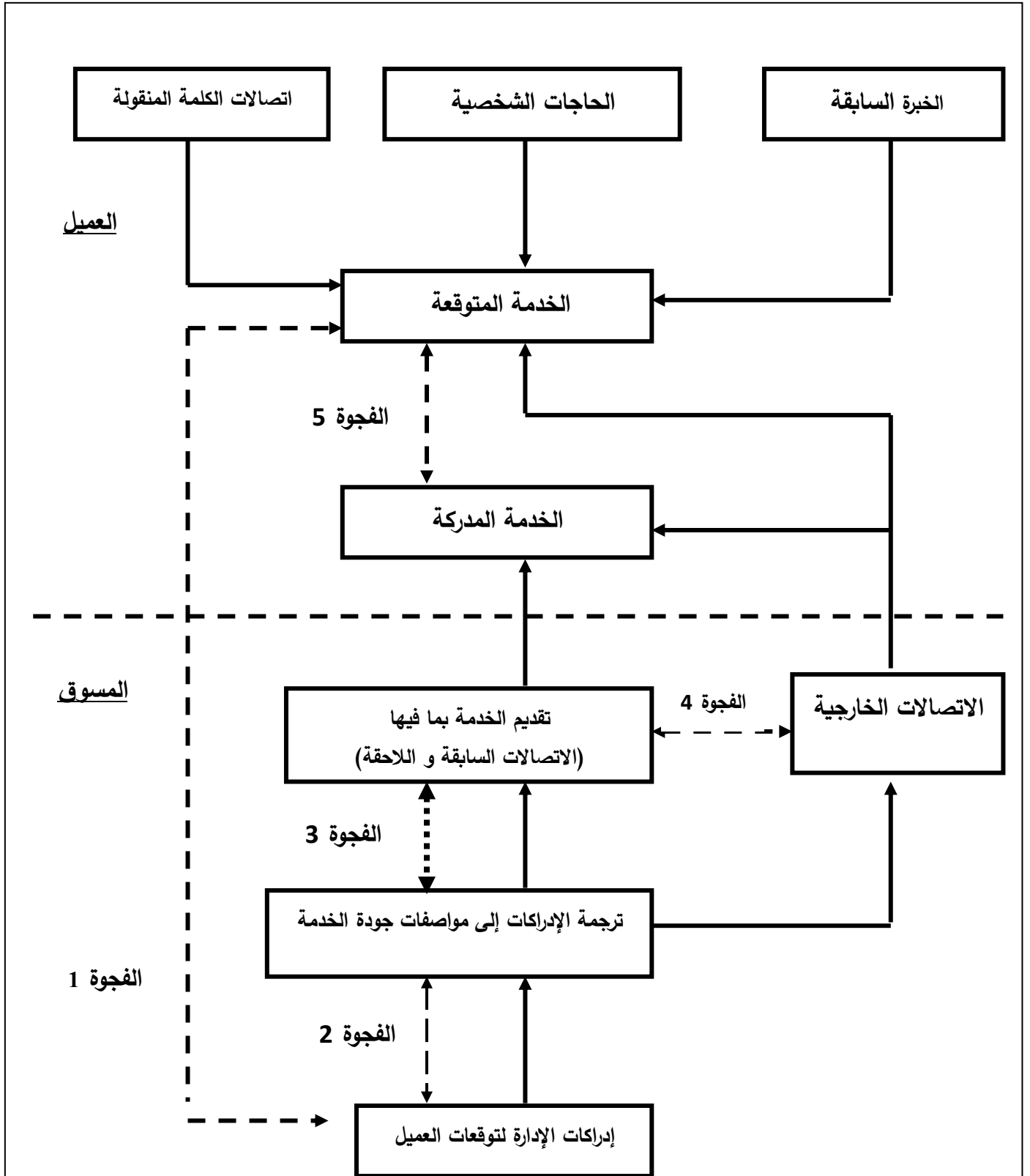
² Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol.49, p44-46.

³ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985), op cit., p44.

⁴ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985), op cit., p45.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

الشكل رقم 06 : النموذج المفاهيمي لجودة الخدمة.



Source : Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985),op. cit., p44.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

- الفجوة الثالثة: بين مواصفات جودة الخدمة و التسليم الفعلي للخدمة.

حيث يرى الباحثون أنه و "...حتى في حالة وجود إرشادات لأداء الخدمات بشكل جيد ومعاملة المستهلكين بشكل صحيح، فقد لا يكون أداء الخدمة عالي الجودة مؤكدا..."¹

- الفجوة الرابعة: بين تسليم الخدمة و الاتصالات الخارجية.

حيث وباختصار، "...يمكن أن تؤثر الاتصالات الخارجية ليس فقط على توقعات المستهلك حول الخدمة ولكن أيضا على إدراكات المستهلك للخدمة المقدمة. بدلا عن ذلك، التناقضات بين تقديم الخدمة و الاتصالات الخارجية في شكل وعود مبالغ فيها و/أو عدم وجود معلومات حول جوانب تقديم الخدمة التي تهدف إلى خدمة المستهلكين بشكل جيد يمكن أن تؤثر على إدراكات المستهلك لجودة الخدمة"².

- الفجوة الخامسة: بين الخدمة المدركة و الخدمة المتوقعة.

وصل الباحثون إلى نتيجة أن " جودة الخدمة كما يراها المستهلك تعتم على حجم واتجاه الفجوة الخامسة GAP5 الذي تتجه إليه، و تعتمد على طبيعة الثغرات المرتبطة بتصميم وتسويق وتقديم الخدمة على النحو التالي:
$$GAP 5 = F(GAP1, GAP2, GAP3, GAP4)$$
³ .

أما الدراسات اللاحقة للباحثين فخلصت إلى ما يفترض أن يكون له تأثير على فجوة جودة الخدمة داخل منظمات مقدمي الخدمات كما هو مبين في الجدول التالي:

¹ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L., op cit., p45

² IDEM.

³ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985), op. cit., p46.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

الجدول رقم 03 : ما يفترض أن يكون له تأثير على فجوة جودة الخدمة.

<ul style="list-style-type: none"> • التوجه ببحوث التسويق (Marketing Research Orientation). • الاتصالات الصاعدة (Upward communication). • مستويات الإدارة (Management's levels). 	ما يؤثر على الفجوة 1
<ul style="list-style-type: none"> • التزام الإدارة بجودة الخدمة (Management Commitment to Service Quality). • تحديد هدف (Goal Setting). • تنميط المهمة (Task Standardization). • إدراك ما يمكن القيام به (Perception of Feasibility). 	ما يؤثر على الفجوة 2
<ul style="list-style-type: none"> • عمل الفريق (Team work). • ملاءمة الموظفين للعمل (Employee-Job fit). • ملاءمة التكنولوجيا للعمل (Technologie-Job fit). • الرقابة المدركة (Perceived control). • أنظمة الرقابة الإشرافية (Supervisory Control system). • صراع الأدوار (Role conflict). • عدم وضوح الأدوار (Role ambiguity). 	ما يؤثر على الفجوة 3
<ul style="list-style-type: none"> • الاتصالات الأفقية (Horizontal Communication). • الميل لإعطاء وعود مبالغ فيها (Propensity to Overpromise). 	ما يؤثر على الفجوة 4

Source: Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1991), "Perceived Service Quality as Customer-based performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using An Extended Service Quality model", Human Resource Management, Vol.30, Number 3, p.339.

أما في سنة 1992 و كنتيجة لانتقاداتهم الموجهة لنموذج SERVQUAL خاصة ذلك الجزء المتعلق بالتوقعات، اقترح الباحثان Joseph Cronin و Steven Taylor نموذجا يعتمد على الأداء الفعلي للخدمة و ذلك باعتبارها شكلا من أشكال الاتجاهات، و هو ما أطلق عليه نموذج الأداء أو SERVPERF اختصارا لـ SERVICE PERFORMANCE.

و على عكس جودة الخدمة، يعد نموذج SERVPERF مقياسا للأداء فقط في مجال قياس جودة الخدمة ويستبعد توقعات المستهلك نظرا لكونها عالية باستمرار. و لإثبات صحة نموذجهم تم تجريب أربعة نماذج هي على النحو التالي:¹

• جودة الخدمة = الأداء - التوقعات،

¹Cronin J.J. and Taylor S. A. (1994), op. cit., p 59.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

- جودة الخدمة = الأهمية x (الأداء - التوقعات)،
- جودة الخدمة = الأداء،
- جودة الخدمة = الأهمية x الأداء.

فخلص الباحثان إلى أن "...الدعم التجريبي و الأدبي لدراساتهم يشير إلى وجوب قياس جودة الخدمة كموقف، وأن المقياس القائم على الأداء المطور SERVPERF فعال بالمقارنة مع مقياس جودة الخدمة SERVQUAL؛ يقلل بنسبة 50٪ من عدد العناصر التي يجب قياسها (44 عنصرا إلى 22 عنصرا)..."¹

كما أنهم أكدوا الأدبيات السابقة المجمعة فيما يتعلق بالتمييز الأساسي بين جودة الخدمة التي هي موقف طويل الأجل و رضا المستهلك الذي هو حكم مؤقت يتم إجراؤه لقاء الحصول على خدمة معينة.

و انطلاقا من هذا يعتمد نموذج SERVPERF على الأداء الفعلي لقياس جودة الخدمات المقدمة، بعبارة أخرى يستند على إدراكات متلقى الخدمة و فقط من الخدمات المقدمة له. هاته الإدراكات هي محصلة للتجارب السابقة ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة.

¹ Cronin J.J. and Taylor S. A. (1994), op. cit., p 64.

3.2 نموذج SERVQUAL لقياس الجودة المدركة.

يعترف بنموذج SERVQUAL كمساهمة رئيسية في أدبيات التسويق، كيف لا وقد أرسى الأساس لمجمل الأبحاث و نماذج قياس الجودة، و تطبيقاته شملت العديد من الميادين و المجالات.

وانطلاقاً من هذا سنحاول في هذا المبحث التطرق إلى النموذج و مختلف التغييرات التي طرأت عليه زمنياً، الانتقادات التي وجهت إليه و ساهمت في صقله بالإضافة إلى دفاعات النموذج و دواعي تبنيه في دراستنا الحالية.

1.3.2 التطور التاريخي للنموذج.

مر نموذج SERVQUAL بعدة مراحل و شهد العديد تطورات عبر عنها بالعديد من المقالات و الأبحاث المنشورة ما بين سنتي 1985 و 1994، فارتأينا تقسيم هاته المراحل استناداً إلى الإضافة العلمية لكل منشور أو بحث علمي رئيسي لكل سنة على النحو التالي:

أولاً: المقال المنشور سنة 1985 في مجلة « Journal of marketing » بعنوان:

« A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research »¹

على الرغم من أن الأستاذ الباحث في علوم التسويق Parsu PARASURAMAN بدأ تعاونه الفعلي مع الباحثين Leonard BERRY و Valarie ZEITHAML في مجال تسويق الخدمات سنة 1983، إلا أن أول منشور للباحثين السابق ذكرهم كان سنة 1985 عن طريق ورقة مفاهيمية حددت خمس فجوات في جودة الخدمة (الشكل المذكور سابقاً رقم ..). و لم يدري الباحثون وقتها أن هاته الورقة البحثية ستكون مساهمة كبيرة في الأدب التسويقي و أساس الأعمال القادمة لهم خلال السنوات المقبلة. فاحتوت تلك الورقة البحثية على تعريفات كل فجوة كما تم ذكرها سابقاً بالإضافة إلى عشرة أبعاد للجودة (الاعتمادية، الاستجابة، الوصول إلى الخدمة، المجاملة، الاتصال، المصداقية، الأمان، فهم/معرفة العميل و الملموسية).

ثانياً: المقال المنشور سنة 1988 في مجلة « Journal of Retailing » بعنوان:

« SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality »²

أين يعتبر هذا المقال المساهمة الأبرز للباحثين، أين نجد الفجوة التي كان لها النصيب الأبرز من الاهتمام و هي الفجوة الـ 5 (فجوة الخدمة المدركة - الخدمة المتوقعة)، فكانت المادة الدسمة لهاته المقالة المنشورة التي أنتجت المعادلة الشهيرة : $(Q = P - E)$ التي تم تشغيلها تجريبياً، بالإضافة إلى تقليص الأبعاد العشرة إلى خمسة على النحو التالي:

¹ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985), op. cit., pp.41-50.

² Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, Volume 64, Number 01, (Spring), pp. 12-40.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

- الملموسية: المرافق المادية، المعدات و مظهر الموظفين،
- الاعتمادية: القدرة على أداء الخدمة الموعودة بشكل موثوق و دقيق،
- الاستجابة: الاستعداد لمساعدة العملاء وتقديم خدمة سريعة،
- الضمان: المعرفة، مجاملة الموظفين و قدرتهم على إلهام الثقة و ضمان الخصوصية الشخصية،
- التقمص العاطفي: الرعاية و الاهتمام الفردي الذي توفره الشركة لعملائها،

و لقياس الأبعاد و تأثيرها على جودة الخدمة ، طور الباحثون أداة قياس تحتوي على 22 عنصرا بأربع أو خمس عناصر منسوبة إلى كل بعد تستخدم لتوقعات العملاء و إدراكاتهم. فتمت إدارة هذه الأداة مرتين بأشكال مختلفة، حيث تم استخدامها لأول مرة لقياس التوقعات وبعدها تقديم الخدمة لقياس الإدراكات.

اختبر المؤلفون الثلاث النموذج لشركة خدمات واحدة في كل من الصناعات التالية: الخدمات المصرفية، بطاقات الائتمان، الإصلاح والصيانة و خدمات الهاتف عن بعد. فأظهرت النتائج النموذجية دلالة إحصائية مقبولة و أظهرت التباير متعددة البند من أبعاد الإدراك الحسي لجودة الخدمة صحة و صلاحية معال ألفا كرونباخ التي تجاوزت 0.70.

ثالثا: المقال المنشور سنة 1991 في مجلة « Journal of Retailing » بعنوان:

« Refinement and Reassessment of the Servqual Scale »¹

جاءت هاته المساهمة العلمية لزيادة اعتمادية و مصداقية النموذج عن طريق العديد من التغييرات والإضافات لأداة القياس كان أبرزها تغيير عدد من العناصر التي تحتوي على صياغة سلبية إلى تأكيد إيجابي أين تم اكتشاف أن الصياغة السلبية كان لها تأثير على كيفية إدراك بعض العوامل، فالصياغة الجديدة للتوقعات تركز على ما يجب أن يتوقعه العميل من "شركات الخدمة الممتازة"، بخلاف ذلك، تضمنت التغييرات عبارات جديدة لبعده الملموسية و الضمان بدلا من العبارات الأصلية و صياغة مفصلة للعديد من بنود الإدراكات.

كما تم التطرق في هذا العمل المنشور إلى نموذج جودة الخدمة المرجح (Weighted Servqual) حيث يتم حساب جودة الخدمة وفقا للمعادلة التالية :

$$SQ = W(P-E)$$

حيث:

- SQ: يمثل جودة الخدمة المرجحة،
- W: يمثل وزن كل بعد،
- P: الإدراكات،
- E: التوقعات.

¹Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1991), "Refinement and Reassessment of the Servqual Scale", Journal of Retailing, Vol.67, N°.4, (Winter), pp. 422-424.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

و هو ما دفع الباحثين لإضافة جزء في استبيان جودة الخدمة، أين يطلب من المستجوب القيام بتوزيع 100 نقطة على أبعاد جودة الخدمة الخمسة حسب أهميتها بالنسبة له.

رابعاً: مقال مجلة « Journal of the academy of Marketing science » سنة 1993 بعنوان:

« The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service »¹

واصل Parasuraman, Berry, and Zeithaml تطوير نموذجهم المفاهيمي، فكانت ثمرة جهودهم في

هذا المقال هي تطوير مفهوم منطقة التحمل أو التسامح (Zone of Tolerance).

من الناحية النظرية، فإن منطقة التحمل أو التسامح هي منطقة تقع بين مستوى الخدمة الكافي للعميل ومستوى

الخدمة المطلوب و تتأثر بالعديد من العوامل كالمواقف، التجارب السابقة و وعود الخدمة الصريحة.

يعتمد هذا النموذج الجديد على الاقتراحين التاليين:

- "يقوم العملاء بتقييم أداء الخدمة استناداً إلى معيارين: ما يرغبون فيه وما يعتبرونه مقبولاً"
- "منطقة التسامح تفصل الخدمة المطلوبة عن الخدمة الكافية".

خامساً: المقال المنشور سنة 1994 في مجلة « Journal of Retailing » بعنوان:

« Alternatives Scales for Measuring Service Quality: A comparative Assesment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria »²

كنتيجة لموجة الانتقادات التي تعرض لها النموذج، خاصة في السنوات الثلاث الأخيرة، اضطر الباحثون

الثلاث سنة 1994 إلى تغيير هيكله نموذج الخدمة، ليصبح بالتالي اعتماده على:

- قياس تفوق الخدمة (MSS: Measure of Service Superiority): أي الفرق بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة،
- قياس كفاية الخدمة (MSA: Measure of Service Adequacy): و هو الفرق بين الخدمة المدركة و الخدمة الكافية،
- ثلاث استبيانات، أين نجد أن اثنان منها يضمنان قياسات مباشرة لجودة الخدمة، و استبيان واحد يضم الفرق بين النتيجتين،
- الاعتماد على عبارات استبيان سنة 1991 المنقح مع تغييرات بسيطة عليها.

¹ Zeithaml V.A. Berry L.L. and Parasuraman A. (1993) "The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service", Journal of the academy of Marketing science, Volume 21, Issue 01, January 01st, pp. 01-12.

² Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1994), "Alternatives Scales for Measuring Service Quality: A comparative Assesment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria", Journal of Retailing, Vol.70, N°03, pp. 201-230.

سادسا: المقال المنشور سنة 1996 في مجلة « Journal of Marketing » بعنوان:
«¹ The Behavioral Consequences of Service Quality »

استعرض المقال المنشور الأدبيات الموجودة حول العلاقة بين جودة الخدمة والأرباح، كما فحص تجريبيا العديد من العلاقات بين نوايا المستهلك السلوكية و جودة الخدمة أين كشفت الدراسات الأساسية التي تستخدم مجموعة بيانات تأثير الربح لاستراتيجيات السوق PIMS عن ارتباطات مهمة بين جودة الخدمة ومتغيرات التسويق و الربحية. و أظهرت النتائج المستخلصة من هذه الدراسات أن الشركات التي تقدم خدمة فائقة تحقق نموا أعلى من المعتاد في حصة السوق ، وأن الآليات التي تؤثر بها جودة الخدمة على الأرباح تشمل زيادة الحصة السوقية والأسعار المتميزة. و بناءا على هذه الأدبيات، وضع الباحثون إطار عمل مفاهيمي للنتائج السلوكية والمالية لجودة الخدمة، أين ترتبط درجة جودة الخدمة (الأقل جودة إلى الفائقة) بالنوايا السلوكية (المواتية أو غير المواتية)، و بفحص المؤلفون مقاييس النية السلوكية (الوفاء، استبدال الموردين، الدفع أكثر، الاستجابة الخارجية و الاستجابة الداخلية) وجدوا أن هناك ارتباط ما بين النوايا السلوكية و الاحتفاظ بالعملاء، هذا الارتباط يرتبط بدوره بالنتائج المالية.

¹ Zeithaml V.A. Berry L.L. and Parasuraman A. (1996), "The Behavioral Consequences of Service Quality", Journal of Marketing, Vol 60, N°02, pp. 31-46.

2.3.2 الانتقادات الموجهة للنموذج.

منذ لحظة رؤيته للنور وعلى مدار السنوات نال نموذج SERVQUAL شهرة واسعة و العديد من التطبيقات في مجالات و ميادين مختلفة من مختلف بقاع العالم. لكن هذا لم يمنع وجود العديد من انتقادات الباحثين لنواحي عدة من النموذج سواء من الناحية المفاهيمية أو التطبيقية.

و انطلاقا من هذا ارتأينا التطرق إلى أبرز الانتقادات على النحو التالي:

- انتقادات الأساس المفاهيمي للنموذج:

فمن أولى الانتقادات نجد انتقاد الباحثان Cronin and Taylor اللذان أعابا جودة الخدمة لاعتمادها نموذج عدم التأكيد، فخلصا إلى أن " ... التطورات المفاهيمية تشير إلى أن مقياس جودة الخدمة القائم على عدم التأكيد لا يقيس جودة الخدمة ولا رضا المستهلك، بدلا من ذلك يظهر مقياس جودة الخدمة في أحسن الأحوال تفعيلا لواحد فقط من الأشكال العديدة لإلغاء تأكيدات التوقعات...¹. و بالتالي و وفقا للباحثين، فإن استخدام نموذج عدم تأكيدات التوقعات كأساس لجودة الخدمة غير مناسب و يجب استخدام نموذج المواقف لجودة الخدمة بدلا من ذلك. تم تبني هذا الرأي أيضا من قبل Lacobucci et al. الذين جادلوا بأنه "بمعنى نفسي عام، ليس من الواضح ما هي التقييمات قصيرة الأجل (للجودة والرضا) إن لم تكن المواقف"².

- انتقادات المنهجية:

و كما ذكرنا منذ أن تم تأسيس SERVQUAL كنموذج بحثي، احتوى استبيان جودة الخدمة على 22 عنصرا، مع أربعة أو خمسة عناصر منسوبة إلى كل من الأبعاد الخمسة المحددة: الملموسية، الاعتمادية، الضمان، الاستجابة و التقمص العاطفي. تم استخدام هذه العناصر لتقييم كل من توقعات العملاء و إدراكاتهم. تمت إدارة الأداة مرتين، بأشكال مختلفة، تم استخدامها أولا لقياس التوقعات، وبعد تقديم الخدمة، لقياس الإدراكات. ومع ذلك، أشارت بعض الدراسات إلى أن عدد العناصر المنسوبة إلى الأبعاد غالبا ما كان غير كاف لالتقاط التباين أو المعنى الخاص بالسياق لكل بعد أو كلاهما معا. فدراسة Bouman & Van der Wiele التي استخدمت 48 عنصرا في أبحاث خدمة السيارات خلصت إلى أن " ... طول استبيان جودة الخدمة بجزأيه المكونين من التوقعات و الإدراكات يؤدي إلى ملل المستجوبين و خلط إجاباتهم، مما يؤثر على جودة البيانات المحصل عليها..."³، أما دراسة Carman لخدمات المستشفيات فتناولت 40 عنصرا و توصلت إلى "...أنه من غير العملي توقع أن يكمل العملاء جرد التوقعات قبل لقاء الخدمة و جرد الإدراكات بعد ذلك مباشرة ..."⁴ فقدمت حلا متمثلا في جمع البيانات حول الفرق بين التوقعات و الإدراكات بسؤال واحد في عبارة واحدة، باستعمال مقياس ليكرت السباعي. في حين أن دراسة Babakus and Mangold تناولت 15 عنصرا في أبحاثهم الخاصة بالخدمات في المستشفيات الطبية

¹ Cronin J.J. and Taylor S. A. (1994), op. cit., p127.

² Lacobucci D. Grayson K.A. and Ostrom A.L. (1994) "The calculus of service quality and consumer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration". In T.A. Swartz, D.E. Bowen & S.W. Brown (eds), Advances in Services Marketing and Management Vol 3, p 168.

³ Bouman M. and Van Der Wiele T. (1992), "Measuring Service Quality in the Car Service Industry: Building and Testing an Instrument", International Journal of Service Industry Management, Vol. 3 No. 4, p6.

⁴ Carman, J. M. (1990), "Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions", Journal of Retailing, Vol. 66 No. 1, p41.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

وخلصت إلى أن " ... مقاييس التوقعات و الإدراكات في أداة SERVQUAL المعدلة كإجراءات أحادية الأبعاد ذات موثوقية ممتازة في الاتساق الداخلي... و أنها على الرغم من تعديلها موثوقة وصالحة في بيئة المستشفى وفي مجموعة متنوعة من صناعات الخدمات الأخرى..."¹.

- انتقادات قابلية النموذج للتطبيق:

و من الانتقادات الرئيسية للنموذج نجد تلك المتعلقة بمدى قابلية النموذج للتطبيق في الميادين المختلفة، فالمقياس والعوامل قد لا تتكيف بسهولة مع الثقافات المختلفة، حيث أشار Smith إلى " ... الافتقار إلى قابلية التعميم الواضحة والحاجة إلى التعرف على جوانب محددة من الخدمة الفردية وعلاقات العملاء إلى أن المطالبات ذات الطبيعة العامة قد تغشل في التقاط القضايا الرئيسية التي تؤثر على تقييمات المستهلك..."².

كما يرى Cronin and Taylor أن "...عناصر المقياس التي تحدد جودة الخدمة في صناعة ما قد تكون مختلفة في صناعة أخرى، ربما يكون للخدمات عالية المشاركة مثل الرعاية الصحية أو الخدمات المالية تعريفات مختلفة لجودة الخدمة عن الخدمات منخفضة المشاركة مثل الوجبات السريعة أو التنظيف الجاف..."³.

في حين خلص Peter إلى أن "...عدد أبعاد جودة الخدمة يتأثر بطبيعة نوع الخدمة و طرق تقييمها..."⁴. لذلك يجب على المديرين والباحثين مراعاة الأبعاد الفردية لجودة الخدمة عند إجراء مقارنات مقطعية، كما يجب أن يكونوا أيضا قادرين على تعديل استراتيجيات التسويق الخاصة بهم بشكل أكثر فاعلية عندما يتم أخذ المجموعة الكاملة من عناصر المقياس الفردية في الاعتبار.

- انتقادات أخرى:

و لم تتوقف الانتقادات عند هذا الحد، فالباحث Smith انتقد في دراسته لسنة 1992 استخدام النموذج لمقياس ليكرت السباعي و برر ذلك "... بكون بعض المستجوبين لا يملكون المعرفة الكافية للإجابة على عبارات الاستبيان، و قد يقوموا باختيار نقطة المنتصف (النقطة أربعة) أو ببساطة في استعمال النقاط النهائية الحدية التي لديها عبارات لفظية (أي 1 و 7) بما أن مقياس ليكرت السباعي لا يحتوي على عبارات لفظية من 2 إلى 6، ومنه فإن محصلة الجودة قد تشير إلى شيء آخر غير ما هو مقصود به فعلا..."

و في دراسة أخرى لنفس الباحث سنة 1995 انتقد طريقة الطلب من العملاء توزيع 100 نقطة كأوزان على أبعاد جودة الخدمة للوصول للأهمية النسبية، أين رأى أن "هاته الطريقة مشكوك في أمرها بسبب أن النقاط توزع على الأبعاد و من تم فإن تقييم العملاء لكل عبارة من عبارات الاستبيان لا يظهر، إضافتها لتعقييدات لعمل (الإجابة على الإستبيان) هو نفسه معقد و افتراضها أن أبعاد جودة الخدمة صحيحة و هو أمر لم يتأكد منه"⁵.

كما انتقد Diamantopoulus استخدام الطريقة التقليدية التي روج لها Churchil، حيث و حسب نفس الباحث فإن ذلك "... أدى إلى بعض الممارسات السخيفة مثل التطبيق الآلي لنماذج تحليل العوامل الاستكشافية

¹ Babakus E. and Mangold W.G. (1991), "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", Health Services Research Revue, 26(6), p 780.

² Smith, A.M. (1995), «Measuring service quality: Is SERVQUAL now redundant? », Journal of Marketing Management, volume 11, issue 1-3, p 261.

³ Cronin and Taylor (1992), op cit., p65.

⁴ Peter J.P. Gilbert A.C. Jnr. and Brown T.J. (1993), "Caution in the use of difference scores in consumer research", Journal of Consumer Research, vol. 19, issue 4, p659.

⁵ Smith A.M. (1995), op cit., p 262.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

لتحديد أبعاد التركيبات أو توقع حكام المجالات أنه ما لم يتم الوصول إلى المستوى السحري 0.70 تقريبا بواسطة معامل α -cronbach ، فلا يمكن أن يكون مقياس متعدد العناصر¹. وعلى الرغم من كل هاته الانتقادات إلا أن هذا لا يمنع من كون نموذج SERVQUAL واحد من أنجح نماذج قياس الجودة وأكثرهم استعمالا في المجال التسويقي للعديد من الأسباب و الاعتبارات التي سنحاول التطرق إليها في قادم العنوان.

¹ Diamantopoulos A. (1999), "Export performance measurement: reflective versus formative indicators", International Marketing Review, Vol. 16 No. 6, p 453.

3.3.2 دواعي تبني النموذج.

مع الأخذ في الاعتبار كل الانتقادات الموجهة لنموذج SERVQUAL، دافع العديد من الباحثين عن النموذج، فكان Parasuraman, Zeithaml and Berry أصحاب النموذج الأصلي أول مدافع و محبب عن هاته الانتقادات، فارتكازا عليها لتحسين النموذج، إعادة تقييم نطاقه و إعادة صياغة أبعاده في نفس الوقت، كما تلقى جزء التوقعات فحصا شاملا و كانت التغييرات مفيدة للاستخدام النظري والعملي لجودة الخدمة. و من إحدى هذه الاختلافات بين النموذج الأول والنموذج المحسن هو اعتماد نهج "منطقة التسامح" عند النظر في توقعات العملاء كما تم التطرق إليه سابقا، و هو ما نتج عنه النموذج النهائي لجودة الخدمة المستعمل إلى يومنا هذا.

كما دافع Parasuraman and al, عن نموذجهم ضد انتقادات موثوقية النموذج و مدى قابلية تطبيقه، فصرحوا أن "جودة الخدمة هي أداة عامة تتمتع بموثوقية وصلاحية جيدة وإمكانية تطبيق واسعة... الغرض من جودة الخدمة هو أن تكون بمثابة منهجية تشخيصية للكشف عن مجالات واسعة من أوجه القصور ونقاط القوة في جودة خدمة الشركة. تمثل أبعاد و عناصر جودة الخدمة معايير التقييم الأساسية التي تتجاوز شركات وصناعات محددة"¹. و هو ما أكدته العديد من الدراسات التي استخدمت نموذج جودة الخدمة لقياس جودة الخدمات في مجموعة متنوعة من الصناعات الخدمية (قطاع الرعاية الصحية، البنوك، الوجبات السريعة، الاتصالات السلكية واللاسلكية، سلاسل البيع بالتجزئة، نظم المعلومات، خدمات المكتبات)، و في العديد من بلدان العالم (الولايات المتحدة الأمريكية، الصين، أستراليا، قبرص، هونغ كونغ، كوريا الجنوبية، إفريقيا الجنوبية، هولندا، المملكة المتحدة)².

أما فيما يخص الجدل حول منهجية الفجوة، أين جادل Parasuraman and al., بأن المؤشر الحاسم للمنظمة التي ترغب في تحسين جودة خدماتها هو اتجاه وسعة الفرق بين التوقع والإدراك، وليس الإدراك نفسه، على أساس دراسة تجريبية، و هو الرأي الذي اتفق عليه أيضا كل Bolton and Drew في أن " ... عدم التأكيد يفسر نسبة التباين في جودة الخدمة أكبر من الأداء ... "³، Angur and al., حين وجدوا " أن نموذج الفجوة كان أكثر عملية من نموذج الإدراك فقط لفحص أوجه القصور في الخدمة المحددة"⁴ على الرغم من أن دراستهم وجدت درجات الأداء و كأنها تفسر تباينا أكبر في جودة الخدمة الإجمالية من درجات الاختلاف، إلا أن متوسط الفرق في التباين الموضح كان ضئيلا و Kilbourne et al., حين خلصت دراستهم إلى أنه "على الرغم من أن مقياس الإدراك فقط قد أظهر في العديد من الدراسات التجريبية أنه يمتلك مصداقية مقاربة وتنبؤية رائعة، يبدو أن نموذج الفجوة يتمتع بقدرات تشخيصية أفضل"⁵. و هو ما يؤكد على أن الفجوة بين الإدراك والتوقع كانت المحدد الرئيسي لجودة الخدمة.

¹ Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1991), "Refinement and Reassessment of the Servqual Scale", Journal of Retailing, Vol.67, N°.4, p. 445.

² Ladhari R. (2009), "A review of twenty years of SERVQUAL research", International Journal of Quality and Service Sciences, Vol. 1 Iss: 2, p 175.

³ Bolton R.N. and Drew J.H. (1991), "A multistage model of customers' assessments of service quality and value", Journal of Consumer Research, Vol. 17 No. 4, p383.

⁴ Angur M.G. Nataraajan R. and Jaheera J.S. (1999), "Service quality in the banking industry: an assessment in a developing economy", International Journal of Bank Marketing, Vol. 13 No. 3, p 121.

⁵ Kilbourne W.E. Duffy J.A. Duffy M. and Giarchi G. (2004), "The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality", Journal of Services Marketing, Vol. 18 Nos 6/7, pp. 524-33.

الفصل الثاني: قياس الجودة المدركة.

و على الرغم من المخاوف المشروعة بشأن صحة المقياس نتيجة الانتقادات الموجهة له إلا أنه يظل أداة مفيدة لقياس وإدارة جودة الخدمة. ومع ذلك، من المهم ملاحظة أنه لا ينبغي استخدام مقياس جودة الخدمة كما هو في جميع الظروف، حيث خلصت دراسة Riadh Ladhari إلى أن يجب على الباحثين إما:¹

- تكيف منهجية جودة الخدمة لتطوير أدواتهم الخاصة لصناعة معينة أو سياق دراسة محدد؛
- التحقق من صحة الأداة بعد جمع البيانات من خلال تحليل الموثوقية و الصلاحية.

حيث وفقا لمقال 1988 المذكور سابقا للباحثين الثلاث فإن النموذج عبارة عن هيكل عظمي أساسي يمكن تكيفه ليناسب الخصائص أو الاحتياجات البحثية المحددة لمنظمة معينة، أما في مقال 1991 الذي سبق ذكره أيضا فصرح الباحثون الثلاث بأن أبعاد وعناصر جودة الخدمة تمثل معايير التقييم الأساسية التي تشمل شركات وصناعات محددة، و هو ما ينطبق على ميداننا الصحي المدروس أين أكدت العديد من الدراسات هاته النتيجة المتوصل إليها و موثوقية النموذج و قابليته للتطبيق في قياس الخدمات الصحية بشقيها العام و الخاص، مع إمكانية استخدام عناصر مكملة لجودة الخدمة خاصة بالسياق، مع التأكيد على وجوب كون العناصر الجديدة مماثلة لعناصر جودة الخدمة الحالية. و منه و في دراستنا تمثل أبعاد نموذج SERVQUAL الأبعاد القاعدية للخدمة الواجب تحري توفرها و تقييمها قبل البحث أو الوصول إلى أبعاد أخرى مكملة.

و بالإضافة إلى ما سبق ذكره من تبريرات لتبنينا للنموذج، فإن نموذج SERVQUAL لجودة الخدمة أصبح ذو أهمية متزايدة في مختلف البلدان خاصة النامية منها، لإتاحته لمقدمي الخدمات ذوي المخرجات المماثلة توفير قيمة أكبر، قدرة تنافسية، فرص للنمو في الخدمات و زيادة رضا العملاء، كما أنه يحوز على شهرة واسعة وتطبيقات عالمية سواء في المجال الصحي أو غيره من المجالات الخدمية حيث و استنادا لمحرك البحث الشهير Google Scholar، فإنه و لغاية سنة 2020 فإن النموذج تم الاستشهاد به لآلاف المرات من طرف الباحثين الأكاديميين في المجالات العلمية المصنفة ضمن قائمتي Scopus And Thomson الغنيتين عن التعريف أين نجد أن المقال المنشور سنة 1988 تم الاستشهاد به 37028 مرة و المقال المنشور سنة 1985 فاستشهد به 34027 مرة.

¹ Ladhari R. (2009),op cit., p 191.

خاتمة الفصل.

تعتبر جودة الخدمة و رضا العملاء من المفاهيم المهمة جدا للمنظمات الخدمية خاصة الصحية منها، فمعرفة الجودة و كيفية قياس تركيباتها و أبعادها من منظور المستهلكين و المستفيدين من الخدمة في سبيل فهم احتياجاتهم بشكل أفضل وبالتالي إرضائها بما يحقق النمو للمنظمة الصحية العمومية و يحقق أهدافها الاقتصادية و التجارية.

و لقياس الجودة نجد العديد من المدارس أين تنبثق تحتها العديد من الدراسات و الأبحاث التي اجتهدت في تصميم نماذج و سلالم قياس، تختلف باختلاف الأبعاد المكونة لكل نموذج و باختلاف طرق و أساليب القياس المستعملة.

و يعتبر نموذج جودة الخدمة SERVQUAL أو نموذج الفجوة كما يطلق عليه من أبرز النماذج والمقاييس المستعملة في قياس الجودة المدركة للخدمات ككل و للخدمة الصحية بشكل خاص خاصة العمومية منها، و على الرغم من الانتقادات الموجهة للنموذج لشكله أو منهجيته إلا أن التطورات و التغييرات التي شهدها النموذج استطاعت الإجابة على جملة هاته الانتقادات، كما استطاع أن يحتل مكانة عالية متقدما على النماذج الأخرى في الاستشهادات و الاستعمال.

و سعيا منه لمواكبة التطورات التي تشهدها الساحة الاقتصادية و الصحية شهد القطاع الصحي الجزائري العديد من الإصلاحات لمواجهة مختلف التحديات و هو ما سيمثل أهم محاور الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

تقديم الخدمة الصحية العمومية
بالجزائر.

مقدمة الفصل:

شهد القطاع الصحي بالجزائر منذ بداية الثمانينات تقدما ملحوظا ومستمرًا، وقد كان هناك تحسن ملموس في بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة.

و بالرغم من التحسن في بعض المؤشرات، إلا أن الأساليب التي كانت قبل مشروع الإصلاح أي قبل سنة 2002، لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لا بد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

و نهدف في هذا الفصل إلى عرض مشروع إصلاح المستشفيات الجزائرية المستند على الطابع الاجتماعي للخدمة الصحية العمومية الجزائرية و انطلاقا من الإختلالات التي صاحبت التطورات التاريخية التي شهدتها القطاع وصولا إلى مشروع الإصلاح الكبير، بالإضافة إلى التطرق إلى واقع القطاع الصحي الجزائري بتعداد هياكله، أرقام تحليلية عنه، مصادر تمويله و أبرز النصوص القانونية والتنظيمية المرتبطة بسياقنا المدروس، هذا قبل التطرق إلى أبرز الدراسات الأكاديمية التي بحثت في ميدان الخدمة الصحية العمومية بالجزائر من وجهات نظر مختلفة، كل هذا عن طريق العناوين الرئيسية التالية:

- الطابع الاجتماعي للخدمة الصحية العمومية الجزائرية.
- مشروع اصلاح المستشفيات الجزائرية.
- القطاع الصحي العمومي الجزائري.
- الدراسات الأكاديمية للقطاع الصحي العمومي.

1.3 الطابع الاجتماعي للخدمة العمومية الجزائرية.

أدت العديد من الأسباب إلى كون الخدمة العمومية الجزائرية مميزة عن باقي الخدمات العمومية بالبلدان الأخرى، ولعل سعيها و تحملها لتكاليف اجتماعية إضافية عن التكاليف الأساسية هو السمة الأبرز لها، هذا وسنعالج في هذا المبحث الخدمة العمومية الجزائرية بأبرز مراحل تطورها بالإضافة إلى دواعي تدخل الدولة في القطاع الصحي و ما يجعله تكلفة اجتماعية للدولة الجزائرية من التكاليف الاجتماعية العديدة.

1.1.3 الخدمة العمومية الجزائرية.

غداة الاستقلال، كان النموذج الفرنسي مصدر إلهام قوي لمفهوم الخدمة العامة الجزائري، فالجزائر تبنت نظام الوظيفة العمومية المغلق والمنبثق من الأحكام القانونية السارية المفعول إبان الحقبة الاستعمارية كقانوني 1946 و 1959. و يضاف لهاته التركة القانونية والتنظيمية للوظيفة العمومية الموروثة والقائمة على نظام البنية المغلقة خصوصية الجزائر من خلال اعتمادها للنموذج الاشتراكي، و هو ما نقلها إلى صورة الإدارة المركزية أو الردعية والتي كانت تتسم بها الإدارة الاستعمارية أو الاشتراكية،¹ و هذا ما أكده البروفيسور والمحلل الاقتصادي محمد الشريف بن ميهوب "...من تراث الإدارة الاستعمارية، المستوحاة بقوة من العيقوبية وأفكار الدولة في كل مكان والحالة الملكية، أضيفت التحولات الناجمة عن الخيارات السياسية التي اتخذتها أولا قوة دفع المثل العليا للثورة، وقيم الاستقلال ثم النموذج الاشتراكي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية"².

و منه و من خلال قانون 1962/12/31، قامت الجزائر بتمديد التشريعات الاستعمارية باستثناء ما يعارض السيادة الوطنية، مما أدى إلى اعتماد قانون النظام الإداري الفرنسي بوسائله و خصائصه. و حتى بعد عام 1973، تاريخ إلغاء التشريع الاستعماري، لا يزال القانون الإداري الجزائري مستوحى من هذا القانون الفرنسي وما زال الفقهاء الجزائريون يشيرون إلى الوثائق الفرنسية في تحليلاتهم وأعمالهم.³

كل هذا يعني بالضرورة أن فهم الخدمة العامة في الجزائر يتطلب فهمها في السياق الفرنسي مع التأكيد على النقاط المشتركة، مع تقديم عرض موجز حول الخدمة العامة في فرنسا وخصائصها التي ورثتها الجزائر، مع الإشارة إلى تقرير Eline Cohen و Claude Henri المعنون بـ "الخدمة العامة والقطاع العام"، و الذي أكد على أن:⁴

- الخدمة العامة هي مفهوم أيديولوجي غير دقيق، وظهرت في قانون الدعاوى الإدارية لتصبح حجر الزاوية في القانون الإداري الفرنسي،

¹ مقدم س. (2000)، "الوظيفة العمومية بين التطور والتحول من منظور تسيير الموارد البشرية وأخلاقيات المهنة"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص33.

² BELMIHOUB M. C. (2005), "la réforme administrative en Algérie : innovations proposées et contraintes de mise en oeuvre", forum euro- méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, Tunis, p4.

³ بوسماح م. أ. (1995)، "المرفق العام في الجزائر"، ترجمة رحال بن أعرم ورحال مولاي إدريس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص5.

⁴ Cohen E. et Claude H. (1997), "service public-secteur public", Le Conseil d'Analyse Economique, p21.

- الفقه المرجعي للخدمة العامة في فرنسا هو الفقه الذي وضعه الفقيه الشهير Léon Duguit الذي كلف في الخدمة العامة بمهمة "تحقيق وتطوير الترابط الاجتماعي"، لأنه يرى أن الدولة هي مهندس التضامن الاجتماعي.
- الخدمة العامة هي الأساس والحدود للسلطة الحكومية، كما أكد ذلك تقرير مجلس الدولة لعام 1994 الذي استشهد به المؤلفان السابقان الذكر.

وبالتالي وفقا لهذين المؤلفين، فإن المفهوم الفرنسي للخدمة العامة هو مفهوم موحد لا يأخذ في الاعتبار اختلاف الطبيعة بين الخدمات العامة، الاجتماعية، الصناعية و التجارية، أي بين الخدمة العامة السلعية و الخدمة العامة غير السلعية. هذه الخصائص المذكورة أدت إلى قيام العديد من الكتاب الفرنسيين بتأليف مؤلفات حول "الخدمة العامة الفرنسية".

بالإضافة إلى هذا الإرث المعقد، اعتمدت الجزائر أيضا نموذجا اشتراكيا للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، الأمر الذي أدى إلى بناء إدارة ثقيلة للغاية تتمتع بسلطات واسعة، لأن الدولة هي المدير المباشر للنشاط الاقتصادي والشؤون العامة، وبصفتها الفاعل الاجتماعي الوحيد المسؤول عن تلبية جميع الاحتياجات الاجتماعية.¹ بشكل عام، كان التدخل العام في ذلك الوقت هو المبدأ القاعدي واعتبرت المبادرة الخاصة كاستثناء. وهو ما يدفع للاعتقاد أن الخدمة العامة فقدت كل معنى خلال ربع قرن (1962-1988)، لأن الاشتراكية لم تعارض الخدمة العامة فحسب بل أدت إلى اختفائها.²

فخلال هذا الفترة (1962-1988)، يمكننا تمييز ثلاث مراحل رئيسية مرت بهم الوظيفة العمومية عموما والخدمة العامة خصوصا، و ذلك على النحو التالي:

1.1.1.3 المرحلة الانتقالية (1962-1966):

وهي المرحلة التي أعقبت استقلال الجزائر، أين وجدت كاهلها مثقلا بإرث استعماري وخزينة عمومية شبه فارغة، فاصطدمت الرغبة في تحقيق إصلاح إداري شامل بعدة معوقات كغياب الإطارات الفنية اللازمة في هذا المجال ووجود عدد محدود من الموظفين محدودي الخبرة و غير مكتملي التأهيل لممارسة وظائفهم ومسؤوليتهم الجديدة و هو ما نتج عنه بالضرورة نقشي ظاهرة البيروقراطية في أعمال الوظيفة العمومية.

وإجمالا يمكن تلخيص مميزات هذه المرحلة في:³

- كثرة النصوص التشريعية والتنظيمية و التناقض الحاصل ما بين الموروثة منها و الجديدة،
- نقص التأهيل لدى الأعوان المكلفين بتطبيق النصوص السابقة الذكر،

¹ MOUDJED M. (2002-2003), "le concept de service public à la française", maîtrise de sciences économiques et de gestion, université lumière LYON II, p18.

² بوسماح م. أ. (1995)، مرجع سبق ذكره، ص13.

³ مقدم س. (2000)، مرجع سبق ذكره، ص112.

- الفراغ الذي خلفه الاستعمار مما نتج عنه انعدام التوازن في تعداد المستخدمين و ندرة التأطير،
- الهجرة المكثفة و هروب أغلب الموظفين الفرنسيين.

2.1.1.3 مرحلة الإصلاح و التنظيم (1966-1978):

في هاته المرحلة تمت إعادة تنظيم الدولة، أين قام الرئيس الراحل هواري بومدين بتبني نفس السياسة السابقة أين كانت الإدارة تخضع للسلطة السياسية المطلقة، و ذلك من خلال فتح ورشة خاصة بالقانون الأساسي للوظيفة العمومية ابتداء من سبتمبر 1965: أخضعت اللجنة الوزارية في جانفي 1966 لمختلف الدوائر الوزارية بالإضافة إلى الحزب و النقابة، تم المصادقة على القانون الأساسي في ماي 1966 بعد مداولة مجلس الوزراء ونشر هذا القانون بموجب الأمر رقم 66-131 المؤرخ في 02 جوان 1966.¹

هذا القانون كان أحسن تعبير عن طبيعة الدولة المركزية التي أخذت على عاتقها مسؤولية التنمية الاجتماعية و الاقتصادية للبلد، فجسد مفهوم نظام الوظيفة العامة ذات البنية المغلقة والمرتكزة على مفهوم المسار المهني الذي يضمن بدوره للدولة أعوان دائمين يستفيدون من الاستقرار و التكوين المستمر لتطوير كفاءاتهم بمقابل تسخير حياتهم المهنية لخدمة الدولة. هذا و ارتكز إصلاح 1966 على عدة مبادئ غيرت من نظام الوظيفة العمومية بشكل كبير، متمثلة أساسا في:²

- **العمل على ديمقراطية الوظيفة العمومية:** فكان ضروريا فتح المجال أما الأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط الجدارة و لم يكن لهم سلوك معادي للثورة التحريرية، فمن أهم المبادئ التي تقوم عليها هذه الضرورة و تعمل على ديمقراطية الوظيفة العامة هو مبدأ مساواة المواطنين أمام الوظائف العمومية،
- **التزام الوظيفة العمومية:** انطلاقا من الطابع الإجمالي للثورة فإنه أصبح على عاتق كل موظف أن يتخذ موقفا لا غموض فيه اتجاه الأهداف الأساسية للدولة باعتبار الوظيفة العمومية أداة لتنفيذ سياسة الحكومة، و منه كان لابد أن تتصهر الجماعات العمومية في بناء المجتمع،
- **استقرار الوظيفة العمومية:** حيث ينتج عن الاستقرار علاقة وطيدة بين الموظف و الإدارة العامل لديها و تتحسن هاته العلاقة و تقوى بمرور السنوات و الخبرة المكتسبة للعامل في الخدة المؤداة،
- **الاهتمام بمنظومة التكوين المهني:** حيث زادت احتياجات الإدارةوبرخنة الجزائرية في هذه المرحلة إلى أعوان الدولة الذين يتمتعون بالكفاءة والتكوين هذا ما جعل الإدارة مطالبة ببذل جهود معتبرة في مجال الضبط و التكوين و ذلك عن طريق تأسيس معاهد و مدارس للتكوين و بذلك صدر المرسوم رقم 69-52 المؤرخ في 12 ماي 1969 و الذي يعد الإطار القانوني للتكوين و الإلتقان في المجال الإداري.

¹ Bleuchot H. (1973), "Approches idéologique de l'élaboration du statut de la fonction publique enAlgérie", Revue de l'Occident Musulman et de la Méditerranée, N° 15-16, p212.

² خرفي ه. (2010)، " الوظيفة العمومية على ضوء التشريعات الجزائرية وبعض التجارب الأجنبية"، دار هومة، الجزائر، ص107.

- فشهدت الجزائر ظهور قطاع اقتصادي متطور في عشرينيات الستينات والسبعينات استقطب العديد من الكفاءات الأمر الذي أدى إلى تسجيل نقائص عدة في القطاع العام، أبرزها:¹
- عجز الإصلاحات واستمرار الفوارق والاختلافات المسجلة في سياسة الانسجام في الأجور والمرتبات بين القطاع الاقتصادي والوظيفة العمومية،
 - عدم الاستجابة لتطلعات الموظفين.

3.1.1.3 مرحلة توحيد عالم الشغل (1978-1990):

بناء على النقائص المسجلة في القطاع العام أصدرت السلطات العمومية القانون 78-12 المؤرخ في 05 أوت 1978 المتضمن القانون الأساسي العام للعامل، أين كان الهدف من هذه المرحلة الجديدة هو توحيد عالم الشغل والعمل على إعادة تنظيمه و تطويره خاصة ما تعلق منه بحقوق العامل و واجباته في مختلف قطاعات الشغل دون تمييز بينهما وذلك في محاولة للاستجابة لمتطلبات المجتمع ومقتضيات التنمية التي تتطلب ديناميكية ومرونة أكثر في مجال التسيير والإدارة. ففي هذه المرحلة أصدر المشرع الجزائري المرسوم رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 والمتعلق بالقانون الأساسي النموذجي الخاص بعمل قطاع المؤسسات والإدارات العمومية، لكن الإشكال الذي طرح على مستوى الممارسة العلمية بالنسبة للمسيرين و القضاة بخصوص المنازعات الإدارية المطروحة وذلك بسبب اختلاط الأحكام التي تخضع لها الإدارة العمومية وأعاونها، ولعل السبب يعود لعدم الإفصاح عن طبيعة و ترتيب القانوني للقانون الأساسي النموذجي الخاص بعمل قطاع المؤسسات والإدارات العمومية، فهل جاء بديلا للقانون الأساسي العام للوظيفة العمومية الصادر سنة 1966 وإذا كان الأمر كذلك فلماذا لم يتم إلغائه واستبداله بنص قانوني من نفس الدرجة أو أكثر أو تجاهله نهائيا.²

و على الرغم من الإصلاحات الاقتصادية والسياسية التي بدأت في عام 1989 والآليات التي أدخلت لتحقيق انتقال سلس من الاقتصاد العام والإداري إلى اقتصاد السوق، فإن وزن الإدارات العامة لا يزال مهما خارج نطاق المهام السيادية، و تدعم الدولة دائما إنتاج الخدمات الجماعية التي يمكن أن ينتجها القطاع الخاص كالتعليم، الصحة، التدريب المهني، الإسكان و نحو ذلك.

وبالتالي، يمكننا القول أن هذه الإصلاحات التي أدخلت لم تجعل من الممكن الانتقال من دولة اشتراكية إلى دولة ليبرالية، بل من دولة اشتراكية إلى دولة الرفاهية التي تحتكر دائما تقديم الخدمة العامة، علاوة على ذلك يرى بعض المؤلفين أن مفهوم الخدمة العامة مرتبط بدقة بمفهوم دولة الرفاهية.³

¹ عقون ش. (2007/2006)، " سياسة تسيير الموارد البشرية بالجماعات المحلية (دراسة حالة بولاية ميلة) "، رسالة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة قسنطينة، ص101.

² مقدم س. (2000)، مرجع سبق ذكره، ص139.

³ MOUDJED M. (2002-2003), op. cit, p19.

4.1.1.3 مرحلة الإصلاح (1990 إلى يومنا الحالي):

تتصف هاته المرحلة بالإصلاحات التي بدأتها الدولة الجزائرية في سبيل تكييف الوظيفة العمومية مع متطلبات السوق و السكان بما يضمن فعاليتها و مصداقيتها مع الأخذ في الاعتبار العديد من الإعتبارات منها محدودية النهج السابق و الغموض و التلبس المصاحب له.

و تميزت مرحلة إصلاح الوظيفة العمومية أيضا بإصدار القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية بموجب الأمر رقم 03-06 المؤرخ في 15 جويلية 2006، و الذي لم يخلص الوظيفة العمومية من نقائصها و صراعاتها. كما ننوه إلى تطور عدد موظفي الوظيف العمومي الجزائري في هاته الفترة أين بلغ عددهم 1951078 عامل من بينهم 1152097 موظف دائم و هذا في حدود تاريخ 31 ديسمبر 2013.¹

هذا و تجدر الإشارة إلى أن مرحلة الإصلاحات مازالت مستمرة إلى يومنا الحالي على الرغم من تجلي صفة التقييم في الآونة الأخيرة لمختلف شؤون الوظيفة العمومية.

2.1.3 تدخل الدولة في القطاع الصحي العمومي.

و امتدادا للإصلاحات السابقة الذكر التي تهدف للوصول إلى دولة الرفاهية التي تحتكر تقديم الخدمة العامة أو على الأقل الأساسية منها كالصحة، التعليم و الأمن الوطني، تتدخل الدولة في الخدمات العمومية المقدمة بصفة حصرية أو جزئية. فيعرف تدخل الدولة على أنه "النشاط الحكومي المباشر أو غير المباشر و الرامي للتأثير في الاقتصاد الخاص بدولة ما لتحقيق مجموعة متعددة من الأهداف السياسية و الاقتصادية العامة باستعمال وسائل و إجراءات متعددة و متنوعة"²

و تبرر الدولة تدخلها الاقتصادي لسعيها لتحقيق مجموعة متنوعة من الأهداف السياسية أو الاقتصادية، نذكر منها:³

- تحقيق الأهداف الاقتصادية للدولة عن طريق التحكم و توجيه القطاع الصحي بما يتناسب و احتياجات السكان من جهة و الأهداف المسطرة من جهة أخرى،
- زيادة العمالة و التحكم و خلق مناصب الشغل بما يتناسب مع الاحتياجات السكانية المتزايدة،
- رفع الأجور لتحفيز العمال و تكييف المواطنين مع الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية المتغيرة باستمرار،
- التحكم في الأسعار لتفادي التضخم و المضاربة العشوائية،
- تعزيز المساواة في الدخل استنادا للكفاءات، الخبرات و الشهادات المعمول بها،

¹ المديرية العامة للتوظيف العمومي و الإصلاح الإداري، على الموقع: <http://www.DGPF.gov.dz> ، بتاريخ: 22 مارس 2020.

² Karagiannis N. (2001), "Key Economic and Politico-Institutional Elements of Modern Interventionism", Social and Economic Studies, 50 (3/4), p19.

³ Von Mises L. (sans année de publication), "INTERVENTIONISM: AN ECONOMIC ANALYSIS", The Foundation for Economic Education, Inc. Irvington-011-Hudson, New York 10533, p78.

- زيادة الأرباح المادية أو المعنوية للدولة و المجتمع ككل،
- معالجة إخفاقات السوق و تحمل الخسائر بما يضمن استمرارية النشاط العام باختلاف الظروف الاقتصادية.

أما فيما يخص القطاع الصحي فإن الاهتمام به و بصحة المواطنين كان جليا بعد الاستقلال أين نجد أن أهداف السياسة الوطنية للصحة ركزت على العدالة الاجتماعية و المردودية في المجالين التاليين:

- المجال الأول و ذلك عن طريق "حماية السكان واستمرار الحياة الجيدة لهم بدون ظهور الإعاقات الجسمية، العقلية والاجتماعية"¹،
- المجال الثاني و ذلك عن طريق "رفع مستوى صحة المجتمع عن طريق رفع الطاقات البشرية السليمة بتوفير الموارد البشرية التي تعمل على بعث التطور، الترقية الاجتماعية، الاقتصادية و الثقافية لتحسين المستوى الصحي للفرد"².

و مع تطور فرع اقتصاد الصحة و نضجه الذي يعتبر تدخل الدولة من أبرز خصوصياته أصبح واضحا أن تدخل الدولة في الميدان الصحي لا يقتصر في التعديل أو التوجيه فقط بل يتعدى ذلك إلى مسؤولية الدولة الشاملة عن القطاع، ومنه يتجلى تدخل الدولة بالقطاع الصحي من خلال:³

- الشهادات الأكاديمية و الجامعية الممنوحة من الجامعات و المعاهد الحكومية الجزائرية الأساسية في التوظيف في القطاع الصحي العام و التي تسمح لهم بممارسة النشاط الطبي و الشبه الطبي بمختلف الاختصاصات،
- ميدان التأمينات والمساعدات الاجتماعية للطبقات الفقيرة، المحرومة و أصحاب الأمراض المزمنة والإعاقات الجسدية و نحو ذلك،
- مراقبة مختلف الهياكل الصحية و نشاطاتها لضمان خدمات صحية ذات جودة و وفرة عند الطلب عليها،
- ضمان عدم فشل الأنظمة الصحية من خلال المخصصات المالية التي ترصدها الدولة الجزائرية لتغطية نفقات القطاع الصحي العام، بالإضافة إلى الإعفاءات الضريبية الخاصة بالاشتراكات والتأمينات واقتناء الأدوية و المستلزمات الطبية،
- تنظيم الأسواق الصحية وضمان مصادر و قنوات التموين بالأدوية و المستلزمات الصحية بهدف ضمان السير الحسن و الغير متقطع للقطاع الصحي العمومي.

¹ رحمانية س. (2015)، "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، مجلة الباحث الاجتماعي، المجلد 11، العدد 11، جامعة المسيلة، الجزائر، ص218.

² نفس المصدر السابق.

³ علي دحمان م. (2016/2017)، "تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، ص30.

تدخل الدولة بشكل كبير في القطاع الصحي يشكل مسؤولية كبيرة و عبئا ثقيلا عليها بمقابل ضعف البدائل كالقطاع الخاص و هو ما يندرج ضمن المسؤولية الاجتماعية للدولة أو بعبارة أخرى التكاليف الاجتماعية.

3.1.3 نصوص تنظيمية لجودة الخدمة العمومية الصحية.

على مر السنوات، و باختلاف التوجهات السياسية و تعدد الرؤوس الحاكمة و التنفيذية في الجزائر، ظهرت العديد من النصوص التنظيمية و التشريعية المحددة للأحكام و المبادئ الأساسية الهادفة إلى تجسيد حقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة.

و لعل أبرز هذه النصوص التنظيمية هو التحديث الصادر في قانون الصحة سنة 2018 و الرامي إلى ضمان حماية صحة الأشخاص و ترقيتها ضمن احترام حرية السلامة و الحياة الخاصة. هذا و من مجمل هاته الأحكام و المبادئ الصادرة في هذا القانون، سنسلط الضوء إلى تلك الأحكام الخاصة و المتعلقة ببعد الجودة باختلاف زوايا النظر إليه، بالإضافة إلى تلك المتعلقة بالروتين الاعتيادي لأنشطة الأجنحة التقنية محور دراستنا الحالية، وهذا على النحو التالي:

1.3.1.3 واجبات الدولة في مجال الصحة:

للدولة الجزائرية ممثلة بأجهزتها التشريعية والتنفيذية العديد من الواجبات و الالتزامات اتجاه مواطنيها أساسا، فنذكر أبرزها على النحو التالي:

• توفير الخدمات الصحية:

أين نصت المادة 12 من قانون الصحة لسنة 2018 على أن " تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات، عبر انتشار القطاع العمومي لتغطية كامل التراب الوطني"¹، و هو ما يلزم الدولة الجزائرية على ضمان تغطية صحية عبر كامل أرجاء الوطن من المستوى الصحي القاعدي إلى المستوى الصحي المتخصص.

• ضمان مجانية العلاج:

و بالإضافة إلى التغطية الصحية الشاملة نصت المادة 13 على " أن تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني..."²، و بالتالي فإن مختلف شرائح المجتمع يستفيدون من تغطية صحية و علاجية مجانية.

• إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية:

و على الرغم مما سبق فإن الدولة تعمل أيضا على "... إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية، و تنظم التكامل بين القطاعين العمومي و الخاص للصحة. كما تولي الدولة عناية خاصة للقطاع

¹ المادة 12 من الباب الأول، الفصل الثاني: واجبات الدولة في مجال الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص05.

² المادة 13 من الباب الأول، الفصل الثاني: واجبات الدولة في مجال الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

العمومي للصحة¹، و هذا عن طريق توفير مختلف الوسائل المادية و البشرية المسهلة في تقديم خدمات صحية عصرية ذات جودة جيدة.

و على الرغم من وجود العديد من الواجبات الأخرى إلا أن هاته الثلاث تمثل أبرزها بما يترجم مبادئ الدولة الجمهورية الجزائرية و توجهاتها.

2.3.1.3 حقوق المواطنين في مجال الصحة:

في حين ذلك يتمتع المواطنون بالعديد من الحقوق في المجال الصحي، أين نقف على أبرزها على النحو التالي:

• الحق في العلاج:

تنص المادة 21 على أنه " لكل شخص الحق في الحماية و الوقاية و العلاج و المرافقة التي تتطلبها حالته الصحية، في كل مراحل حياته و في كل مكان. و لا يجوز التمييز بين الأشخاص في الحصول على الوقاية أو العلاج... و لا يمكن أن يشكل أي مبرر، مهما كانت طبيعته، عائقا في حصول المواطن على العلاج في هياكل و مؤسسات الصحة لا سيما في حالات الاستعجال...² " و هو ما يخول للمواطن الجزائري في الحصول على العلاج الذي يتناسب و حالته الصحية في أي هيكل من هياكل المنظومة الصحية العمومية الجزائرية.

• الحق في الإعلام:

كما تنص المادة 23 على " وجوب إعلام الأشخاص بشأن حالتهم الصحية، والرعاية التي يحتاجون إليها والمخاطر التي يتعرضون لها... تمارس حقوق الأشخاص القصر أو عديمي الأهلية من طرف الأولياء أو الممثل الشرعي"³. أين يتم تقريب المفاهيم بإعلام الأشخاص عن طريق استعمال مصطلحات تتناسب و المستوى التعليمي و الثقافي لهم.

• الحق في رفض العلاج:

هذا و للمريض بعد أن يعلم بشأن حالته الصحية الحق في قبول أو رفض العلاج، أين نصت المادة 343 على أنه " لا يمكن القيام بأي عمل طبي و لا بأي علاج دون الموافقة الحرة والمستنيرة للمريض، و يجب على الطبيب أن يحترم رغبات المريض ، بعد إبلاغه بالنتائج التي تنجز أن اختياراته..."⁴، و يشمل حق الرفض جميع أنواع الفحوصات و العلاج المقدمة من طرف مختلف الاختصاصات الطبية و الشبه طبية، و لهذا الحق أثر قانوني قد يطلب من المريض و متمثل في إقرار خطي مكتوب قد يتم غض النظر عنه في الحالات الطارئة والاستثنائية كما نصت عليه المادة 344 " في حالة رفض علاجات طبية، يمكن اشتراط تصريح كتابي، من

1 المادة 16 من الباب الأول، الفصل الثاني: واجبات الدولة في مجال الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

2 المادة 21 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى و واجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

3 المادة 23 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى و واجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

4 المادة 343 من الباب الأول: الأخلاقيات و الأدبيات والبيوأخلاقيات طبية، الفصل الأول: أحكام عامة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص33.

المريض أو من ممثله الشرعي. ومع ذلك، في حالة حدوث حالة طارئة ... يجب على مهني الصحة تقديم العلاجات و عند الاقتضاء، تجاوز الموافقة¹.

• الحق في الخصوصية:

أما الحق في الخصوصية، فنصت عليه المادة 24 على "أن لكل شخص الحق في احترام حياته الخاصة و سر المعلومات الطبية المتعلقة به، باستثناء الحالات المنصوص عليها صراحة في القانون...²، ويشمل ذلك جميع المعلومات التي علم بها مقدمو الخدمة الصحية و الذي يؤدي تسريبها إلى متابعات قضائية.

• طبيعة نشاطات الأجنحة التقنية:

فيما يخص الأجنحة التقنية فلم يأتي نص صريح ينظم النشاطات بها أو يحدد نطاق تدخلاتها، لكن هناك المادة 22 التي حددت تسلسل العلاج و المهام حين أقرت " باستفادة كل مريض، في إطار تسلسل العلاج، من خدمات المصالح المتخصصة للصحة بعد استشارة و توجيه من الطبيب المرجعي، باستثناء حالات الاستعجال والحالات الطبية ذات الحصول المباشر على العلاج و التي يحددها الوزير المكلف بالصحة. الطبيب المرجعي هو الطبيب العام المعالج للمريض على مستوى الهيكل الصحي الجوارى العمومي أو الخاص الأقرب من موطنه. تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم"³؛ فالطبيب المرجعي هو الطبيب المتواجد بأقرب مركز علاج بالنسبة للمواطن و هو المسؤول عن توجيه المريض إلى الهيكل الصحي المناسب لتقديم خدمات صحية و مشكلته الصحية و أي حرق لتسلسل المهام قد يؤدي إلى رفض تقديم العلاج من طرف مقدمي الخدمة الصحية بالهيكل الصحية المتخصصة خاصة الأجنحة التقنية للاستعجالات ما لم يتم ذلك في إطار حالة مستعجلة لا تستوجب الانتظار أكثر. كما أن يحمي القانون مقدمي الخدمات الصحية بالأجنحة التقنية و مهنيي الصحة إجمالاً بالمادة 27 على "واجب المرضى وكذا مرتفقي الصحة، الالتزام بالاحترام والسلوك اللائق تجاه مهنيي الصحة، و لا يمكنهم في كل الظروف اللجوء إلى العنف بأي شكل من الأشكال، أو ارتكاب أي فعل تخريب لأماكن هياكل و مؤسسات الصحة"⁴، و غير ذلك ينجر عنه تبعات قضائية.

3.3.1.3 ترقية جودة الخدمات الصحية المقدمة:

بالإضافة إلى ضمان ما سبق ذكره من واجبات الجهات الحكومية، حقوق و واجبات المرضى والمواطنين ومختلف النصوص و الأحكام التي تنظم و تدير مختلف نشاطات الهياكل الصحية و التي تندرج بدورها تحت هدف واحد و هو ضمان خدمات صحية ذات جودة موجهة للفرد و المجتمع. و على الرغم من ذلك نجد بعض من هاته النصوص الذي خص بصريح العبارة الجودة الصحية الخدمية و مكوناتها؛ فنصت المادة 290 على "أنه يتعين على أي هيكل و مؤسسة تضمن خدمة صحية عمومية، إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة الذين

1 المادة 344 من الباب الأول: الأخلاقيات و الأدبيات والبيوأخلاقيات طبية، الفصل الأول: أحكام عامة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص33.

2 المادة 24 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى و واجباتهم ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

3 المادة 22 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى و واجباتهم ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

4 المادة 27 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى و واجباتهم ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.

يجب أن يندرجا ضمن الأهداف الوطنية أو الجهوية أو المحلية في مجال تنمية الصحة¹، كما أكملت المادة 297 التأكيد على إلزامية تطوير و ترقية الأنشطة الصحية من خلال التكوين والبحث، فنصت على أن " المؤسسة العمومية للصحة ... و تتمثل مهمتها في ضمان و تطوير و ترقية كل نشاطات الصحة. كما يمكنها ضمان نشاطات التكوين و البحث في مجال الصحة. و يمكنها أن تطور كل النشاطات الثانوية ذات الصلة بمهامها، عن طريق اتفاقية ..."².

هذا و كانت هاته النصوص التنظيمية نتاج العديد من التطورات و التغيرات التي ميزت النظام الصحي الجزائري و التي أدت إلى مشروع إصلاح المستشفيات الجزائرية الذي سنتطرق إليه في عنواننا الرئيسي القادم.

¹ المادة 290 من القسم الثاني: واجبات هيكل و مؤسسات الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص29.

² المادة 297 من القسم الثاني: واجبات هيكل و مؤسسات الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص29.

2.3 مشروع إصلاح المستشفيات الجزائرية.

رغم المرحلة الصعبة التي ميزت الدولة الجزائر عقب الاستقلال إلا أن هاته الأخيرة سعت جاهدة لتوفير حاجيات السكان في مجال الصحة بالشكل الكامل، المنسجم و الموحد في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة، أين تتميز هذه الأخيرة بسيطرة القطاع العمومي، الذي يعد الإطار الأساسي الموفر للعلاج، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

1.2.3 التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري.

منذ نيل الدولة الجزائرية لاستقلالها عن المستعمر الفرنسي، شهد النظام الصحي في الجزائر العديد من التغييرات و التطورات في مراحل مختلفة، و التي يمكن تقسيمها كالتالي:¹

1.1.2.3 المرحلة الأولى (جويلية 1962-1972): مرحلة التصحيحات:

كان عدد سكان الجزائر غداة الاستقلال 10.5 مليون نسمة، و عدد الأطباء الذين يعملون على تغطية الحاجات الصحية للسكان 5000 طبيب (نصفهم جزائريين). فكان الوضع الصحي الجزائري كارثي يتميز بمعدل مرتفع لوفيات الأطفال (180 لكل 1000)، انتشار الأمراض و الأوبئة المتقلة و توقع مدى حياة لا يتجاوز الخمسين سنة. وهو ما دفع الحكومة الجزائرية آنذاك لإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964 و سن مجموعة القوانين و النصوص لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر وإعادة برمجته بما يعمل على ترقية الصحة العمومية و هذا عن طريق:²

- توزيع عادل للأطعم الطبية عبر كامل التراب الوطني بما يتيح سهولة الوصول للعلاج،
- العمل على إيجاد صيغة وطنية للنظام الصحي، والبدء بتوحيد الهيئات المشرفة على الصحة،
- القضاء على الأمراض المعدية بإصدار مراسيم تنفيذية قاضية بإلزامية التطعيم و التلقيح ومجانيتها³ و التي تجسدت عن طريق الحملة الوطنية ضد السل سنة 1970/1969 و الحملة الوطنية ضد الشلل سنة 1974/1973 وهذا في إطار برنامج وضع بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة (O.M.S).

¹ مريزق ع. (2007-2008)، "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسة الصحية بالجزائر العاصمة"، أطروحة دكتوراه، كلية علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، ص 169-170.

² CHACHOUA L. (2014), "le système national de santé de 1962 à nos jours", Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger, p4.

³ بلخيري س. بخوش و. وقاسمي و. (2018)، "المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية"، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية- العدد الاقتصادي (01)36، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، ص 03.

2.1.2.3 المرحلة الثانية (1972-1992): المرحلة الانتقالية:¹

عرفت هذه المرحلة و تميزت بالعديد من القرارات و التغييرات أين كان في مقدمتها:

- إعادة تصنيف مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة عن طريق المرسوم المؤرخ في 16 فيفري 1973²، و هذا برسم خريطة صحية مكونة من قطاعات موجودة على مستوى كل دائرة و التي تضم نظاما إستشفائيا و وحدات صحية جوارية تابعة لها إداريا،
- إرساء مبدأ مجانية العلاج لعموم المواطنين الجزائريين بمقتضى المرسوم التشريعي 73-65 المؤرخ في 28/12/1973³ و الذي شرع في تنفيذه بداية من سنة 1974.

كما تم تشييد 13 مركز استشفائي جامعي استنادا للمرسوم التنفيذي رقم 86-25⁴، مكلف بثلاثة أدوار (العلاج، التكوين والبحث)، وهذا بهدف زيادة تغطية الخدمات الصحية في ربوع الوطن مع إصلاح الدراسات الطبية بشكل خاص و النظام التربوي بشكل عام لضخ مزيد من الأخصائيين في مختلف المجالات الطبية. أما بخصوص المؤشرات الصحية فتم تسجيل تراجع في معدل الوفيات و السبب راجع إلى البرامج الصحية التي دخلت حيز التنفيذ (محاربة كل من مرض السل، سوء التغذية، وفيات الأطفال، والقيام ببرامج موسعة للتطعيم...الخ) من جهة و من جهة أخرى تحسن معيشة الأفراد.

كما شهدت المرحلة عدة صعوبات و في مقدمتها الصعوبات الدورية في توريد المستحضرات الصيدلانية والمواد الاستهلاكية و الاختناق المالي للنظام العام والجيل الأول من إصلاحات الخوصصة.

3.1.2.3 المرحلة الثالثة (1992-2002): مرحلة إعادة التنظيم:

تميزت هذه المرحلة بالحالة الأمنية الغير مستقرة للبلاد والتي أدت لتدمير العديد من المنشآت الحكومية و في مقدمتها المنشآت الصحية، هذا بالإضافة للمشاكل المتراكمة من الفترة السابقة، مما أدى للدولة الجزائرية لخلق ووضع هياكل الدعم للنظام الصحي (كالمخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP)، الصيدلانية المركزية للمستشفيات (PCH)، الوكالة الوطنية للدم (ANS)، الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANBS)، المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد (CNPM))⁵.

كما شهدت المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم و التسيير و ذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) بمجموع 31 مؤسسة من هذا النوع و القطاعات الصحية (Secteur Sanaire) بمجموع 185 قطاع صحي⁶.

1 حاروش ن. (2008)، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، الطبعة الأولى، دار كتامة للكتاب والنشر، الجزائر، ص135.

2 الجريدة الرسمية عدد 14، المادة الأولى من باب وزارة الصحة العمومية، الصادرة في 13 محرم 1393هـ الموافق ل 16 فبراير 1973م، ص06.

3 الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393 هـ الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974 م، المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

4 المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ الموافق ل 12 فيفري 1986م، ص 115.

5 بن عطية م. (2009/2008)، "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري"، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، ص 170.

6 المرسوم التنفيذي رقم 97-466، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن قواعد إنشاء و تنظيم و تشغيل القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 شعبان 1418هـ الموافق ل 10 ديسمبر 1997م، ص19.

4.1.2.3 لمرحلة الرابعة (2002- إلى يومنا الحاضر) : مرحلة الإصلاح:

في بداية الألفية الجديدة و رغم مرحلة إعادة التنظيم التي شهدتها القطاع الصحي إلا أن المنظومة الصحية الجزائرية شهدت العديد من الاختلالات و سجلت العديد من النقاط السلبية مما انعكس سلبا على النتائج و الوضعية الصحية لأفراد المجتمع الجزائري، ما مهد لمرحلة الإصلاح الواسعة التي تبنتها الحكومة الجزائرية، هاته الأخيرة لا تزال تطبق أو تحاول تطبيق هاته القرارات الساعية للإصلاح إلى غاية يومنا الحاضر، و هو ما سنحاول التطرق إليه في العنوانين الفرعيين القادمين.

2.2.3 اختلالات المنظومة الصحية.

تعتبر المؤسسة الصحية العمومية القلب النابض للمنظومة الصحية، فهي واجهتها الرسمية التي تحتضن جميع الخدمات الصحية الأساسية والمكاملة و جميع أصناف موظفي المنظمة من أطباء، شبه طبيين، إداريين ونحو ذلك. فتعرف المؤسسة الصحية العمومية على أنها "هيكل محدد بوضع قانوني، مهامها يحددها قانون الصحة العامة، يتم تنفيذ هذه المهام في إطار نظام القيم والتزامات الخدمة العامة، أما اختصاص المؤسسة الصحية فيكون ذات طبيعة بلدية، دائرية، ولأئية، جهوية أو وطنية"¹.

و بما أنها مركز المنظومة الصحية و أساسها، فإن المشاكل و الاختلالات التي تواجه المنظومة الصحية هي نابعة أساسا من اختلالات و مشاكل المؤسسة الصحية العمومية، و انطلاقا من هذا تم تقسيم الاختلالات استنادا إلى البيئة الداخلية و الخارجية للمؤسسة الصحية على النحو التالي:²

1.2.2.3 البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية العمومية:

تتمثل العراقيل و الاختلالات التي تعاني منها المؤسسة الصحية العمومية فيما يلي:

• التنظيم الداخلي:

تخضع المؤسسة الصحية العمومية في تسييرها إلى المنطق الإداري الغير مرن في تسيير المرفق الصحي الذي هو امتداد عضوي للإدارة المركزية، مما يجعل العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، و هو ما يضع حواجز وعراقيل، و ترتب عنه العديد من النقاط أبرزها:³

- عدم تكيف مسيري المؤسسات الصحية مع الإجراءات و النصوص المعمول بها،
- التوزيع الغير عادل للرعاية الطبية المتخصصة بين مدن الشمال و مدن الجنوب،
- النشاط التكميلي للأطباء المختصين بالقطاع الخاص،
- مشاكل الصيانة و الأعطال المتكررة للتجهيزات الطبية،
- ظروف الإقامة الصعبة بالمستشفيات،
- ضعف أجرة الموظفين مقارنة بالقطاع الخاص أو الخارج،
- مشكل التمويل و عدم التحكم في النفقات.

¹ شنتير ع. ر. (2012-2013)، "النظام القانوني للصحة العمومية"، أطروحة دكتوراه في الحقوق قسم القانون العام، كلية الحقوق بين عكنون، جامعة الجزائر 1، ص135.

² وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات : التقرير التمهيدي لإصلاح المستشفيات : الأولويات و الأنشطة المستعجلة، جانفي 2003 .

³ بوشلاغم ع. و شرفي م. (2017)، " واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر"، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4 العدد 3، جامعة قسنطينة 2، ص12.

• 2.2.2.3 البيئة الخارجية للمؤسسة الصحية العمومية:

و تتمثل في الظروف الخارجية التي أحاطت بنطاق المؤسسة الصحية العمومية كالتالي:¹

- **الوضعية الصحية:**

انتقلت الجزائر من هيمنة الأمراض المتقلة إلى سيطرة الأمراض المزمنة، هذا التحول الوبائي الكبير راجع أساسا إلى تغير النمط المعيشي للسكان و ما صاحبه من كثرة الحوادث المرورية و ظهور مشاكل الصحة العقلية والإدمان.

ففي سنة 2002 تم تسجيل 30000 حالة سرطان سنويا مع تأخر في الكشف و صعوبات في التكفل والعلاج، كما تم إحصاء ما نسبته 3% من سكان الجزائر ممن يعانون من ارتفاع ضغط الدم، 1,5% يعانون من مرض السكري و 1,3% من مرضى الربو.²

فسجلت الجزائر نسبة تغطية صحية بلغت 0,94 طبيب لكل 1000 نسمة سنة 2000 بعدما كانت 0,17 طبيب لكل 1000 نسمة غداة الاستقلال، كما ارتفعت نسبة أمل الحياة عند الولادة من 47,06 سنة في أول سنوات الاستقلال إلى 70,64 سنة مع بداية الألفية الجديدة.³

- **الوضعية الديمغرافية:**⁴

نتيجة لتحسن المستوى المعيشي و ارتفاع القدرة الشرائية لدى المواطنين الجزائريين، عرف عدد سكان الجزائر تطورا ملحوظا، إذ انتقل من 27.2 مليون نسمة سنة 1994 إلى 31.6 مليون نسمة سنة 2003، حيث توزعت الكثافة السكانية بنسبة 37,8% على طول الشريط الساحلي، 52,2% على مناطق التل و الهضاب العليا، في حين أن 9,7% يستوطنون بالجنوب الذي يشكل 83% من المساحة الإجمالية للبلاد. و هو ما استوجب حتمية إعادة تنظيم الخريطة الصحية لتوفير العلاج بما يتناسب و الكثافة السكانية لكل منطقة من مناطق الوطن.

- **الوضعية الاقتصادية:**

بعد فترة بداية الثمانينات التي انتعشت و ارتفعت فيها أسعار المحروقات التي كانت تمثل 95% من عائدات الدولة، و نتيجة لاعتمادها على المحروقات كأساس شبه وحيد في بناءه التنموي تعرضت الجزائر إلى أزمة اقتصادية ابتداء من سنة 1986 مسببة في انخفاض كبير في قيمة الصادرات الجزائرية و تراجع أرقام الإيرادات بشكل كبير و خطير مما كان السبب الرئيسي في حالة لاستقرار و توترات اجتماعية و سياسية كبيرة. كل هذا استدعى مراجعة الحسابات و السياسات المتبعة و تبني نظام اقتصاد السوق بما في ذلك فتح باب الاستثمار أمام الخواص، بما في ذلك القطاع الصحي أين تم منح حصة للخواص للمشاركة في الخريطة الصحية و لو في جانبها العلاجي فقط مع بقاء الجانب الوقائي تحت المسؤولية التامة للدولة.

¹ خروبي بزارة ع. (2010-2011)، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية و الإعلام، جامعة الجزائر، ص3، ص63.

² SAIHI A. (2006), "Le système de santé en Algérie, analyse et perspectives", GESTIONS HOSPITALIERES. N°455, p242

³ Perspective monde, outil pédagogique des grandes tendances mondiales depuis 1945, école politique appliquée, faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada, consulté le 17/09/2020 sur : <https://bit.ly/3krGE9q>.

⁴ قيرة إ. و أخرون (2008)، " مستقبل الديمقراطية في الجزائر"، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، ص248.

فسعت الدولة الجزائرية و بموجب دستور 1989 لتحقيق جملة من الأهداف في المجال الصحي، أبرزها:¹

- تكفل الدولة بالوقاية و مكافحة الأمراض المعدية و الوبائية،
- إشراك المستفيدين من الخدمات الصحية في تمويل خدمات العلاج،
- التقليل من التبذير و إعادة توزيع الأعباء و المسؤوليات في القطاع الصحي العمومي.

كما كان لاختلالات التوازنات الاقتصادية الكبرى و للوضع المالية التي شهدت انخفاض نسبة الميزانية العامة الموجهة للقطاع الصحي من 3,6% سنة 1987 إلى 1,3% سنة 2000² إلى بحث الدولة على مصادر جديدة في التمويل كصندوق النقد الدولي و البنك الدولي، كل هذا من أجل تحقيق توازن الإقتصاد الكلي و التوجه تدريجيا إلى نظام اقتصاد السوق.

تراكم كل هاته المعطيات عجل بظهور الإصلاحات الكبيرة في قطاع الصحة الجزائري سنة 2002 وهو ما يمثل لب العنوان القادم.

3.2.3 إصلاح المستشفيات الجزائرية.

في بداية الألفية الجديدة، و بالضبط سنة 2002، و بعد تحليله للنظام الصحي الجزائري و مشاكله، أعد المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات (CNRH) تقريرا يوضح المعوقات و الاختلالات في قطاع المستشفيات العامة، كم وجه توصيات للوزير الأول و وزراء الحكومة لاتخاذ المزيد من الإجراءات العاجلة أو ما يعرف بعملية الإصلاح التي تهدف لتسوية و تصحيح الاختلالات التي لوحظت في إنتاج الرعاية في المستشفيات بما يجعلها متوافقة، فعالة و مرضية للمرضى.

يعتبر إصلاح المستشفيات الحلقة الرئيسية من حلقات إصلاح المنظومة الصحية، كيف لا و المستشفيات هي الواجهة الأساسية و أكثر قطعة فعالة في هاته المنظومة الصحية، التي عرفها المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات (CNRH) في تقريره على أنها "إنجاز أساسي، متمثل في الوصول إلى الرعاية الصحية التي تخاطر قيود الميزانية و متطلبات اقتصاد السوق بتقليلها إلى أبسط أشكالها"³.

هذا و سعت سياسة إصلاح القطاع الصحي الواسعة لتحقيق جملة من الأهداف، من أهمها:⁴

- تخطيط و تنظيم عروض العلاج في المؤسسات الصحية،
- إضفاء الطابع الإنساني على خدمات الرعاية الصحية و تأمينها في المؤسسات الصحية،

¹ م بهلول م. ب. ح. (1999)، " سياسة تخطيط التنمية و إعادة تنظيم مسارها في الجزائر، الجزء الثاني : إعادة تنظيم الاقتصاد الوطني"، ديوان المطبوعات الجامعية، ص315 .

² Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, la santé des algériennes et des algériens, rapport annuel, décembre 2004, p09.

³ (CNRH) : Conseil National de la Réforme Hospitalière, Rapport de la réunion consacrée au développement du canevas adopté lors de sa précédente réunion des 15 et 16 août 2002, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, 1^{er} Octobre 2002, p09.

⁴ CHACHOUA L. (2014), op cit., p13.

- تحديث المؤسسات الصحية وإعادة تأهيل خدمات الرعاية من خلال إنشاء أنشطة تتكيف مع المتطلبات الجديدة والأساليب الجديدة للرعاية في هاته المؤسسات،
- السماح بالوصول إلى قطاع المستشفيات العامة، الضامن الوحيد للدولة التي تتولى مهام الخدمة العامة مع احترام مبادئ الإنصاف والتضامن.

و تم إعادة هيكلة المنظومة الصحية الجزائرية و هذا باعتماد نظام صحي سنة 2007 و القائم على فصل الاستشفاء عن الفحص و العلاج، و هو نوع من أنواع اللامركزية يهدف إلى تقريب المؤسسات الصحية من المواطن عن طريق تسهيل الوصول إلى العلاج و تخفيف الضغط عليها، و منه أصبح القطاع الصحي (secteur sanitaire) وفق المرسوم 140-07¹ مشكل من:

- EPH: المؤسسات العمومية الاستشفائية؛ و هي المستشفيات بصفة أبسط،
- EPSP: المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛ و هي التي تجمع مختلف الهياكل الصحية الغير استشفائية من عيادات وغرف العلاج.

في حين شهدت نفس الفترة ارتفاع في أسعار و صادرات قطاع المحروقات بالجزائر مما نتج عنه جهد استثماري مكثف لتوسيع وتقوية شبكة البنية التحتية الصحية أين استفاد قطاع الصحة من 244 مليار دينار جزائري من الاستثمارات العامة لإنجاز ما يقرب من 800 مستشفى وبنية تحتية محلية.

فاعتمدت عملية الإصلاح حسبما جاءت في تقرير المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات (CNRH) على خمس محاور كالتالي:²

• محور الاحتياجات و الطلب على الرعاية الصحية:

إن الهدف من هذا المحور هو إيضاح أهداف إصلاح المستشفيات في إطار النظام الصحي الوطني بما يجعل تجنب عزل إصلاح المستشفيات عن أسسها الاجتماعية، الوبائية، المالية و التنظيمية ممكنا، حيث في هذه الحالة تمت مناقشة شروط التنسيق بين الهياكل المحلية ومستشفى القطاع من جهة وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع، مستشفيات الإحالة، المستشفيات الإقليمية أو الوطنية من جهة أخرى.

• محور هيكل المستشفى:

اعتمد هذا المحور على مبدأ تأكيد فكرة استقلالية هياكل الرعاية الصحية من خلال تعزيز الإشراف على الوصاية، و بالتالي فهو يهدف إلى مراجعة حالة و تنظيم المؤسسات الصحية العامة والخاصة. يتمثل هذا الهدف في إدخال أدوات التخطيط والتنظيم المالي مع التأكيد على تحسين الجودة من خلال تعزيز دور تقييم الأنشطة الطبية

¹ المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007، و المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و تسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 هـ، الموافق ل 20 ماي 2007، ص10.

² (CNRH) : Conseil National de la Réforme Hospitalière, (2002), op. cit., p21.

وخدمات المستشفى، فالأمر إذا يتعلق بتحسين الاستقبال والمعلومات والإقامة والتموين وجودة جميع خدمات الرعاية الصحية. من منظور ثانٍ مبسط، تعزيز التعاون ودمج التكامل بين القطاعين العام والخاص في إطار التعاقد.

• محور الموارد البشرية:

يتناول هذا المحور جانبيين أساسيين هما ترقية واثمين الموظفين من خلال مراجعة قوانينهم الأساسية، شروطهم، طرق ممارستهم، أجورهم، تطوّرهم الوظيفي و تدريبهم من جهة، و إعادة تنظيم هؤلاء الأفراد من جهة أخرى. فالتكوين هو حالة طوارئ حقيقية لجميع فئات الموظفين من أطباء الطبيين، شبه طبيين، إداريين وفنيين، أين الهدف هو تأهيل جميع الموظفين من خلال تكيف التدريب مع معايير الأعمال و النشاطات المختلفة التي لا يزال يتعين تحديدها. أبعد من ذلك، يتضمن هذا الهدف تدخل قطاعات أخرى مثل قطاعي التعليم العالي والتكوين المهني وكذلك تحديد إستراتيجية وجدول زمني دقيق.

كما أن وظيفة الموارد البشرية لا ينبغي أن تكون حكرا على مديري شؤون الموظفين فقط، بل يجب أن يشارك أي مسؤول تنفيذي يمارس وظيفة قيادية داخل مؤسسة صحية في إدارة الموارد البشرية لأن إدارة الموارد البشرية هي وظيفة منتشرة لا تقتصر على مديري الموارد البشرية.

• محور الموارد المادية:

كان هناك تركيز قوي على دمج الموارد المادية في تنظيم الرعاية الصحية، مما يعني وجود توازي بين الموارد ومستوى النشاط، بين تحديد أولويات الرعاية وتوحيد الموارد، أين الهدف هو توفير شبكة رعاية صحية بكافة الوسائل الضرورية من جوانب متعلقة بالصيانة، معايير السلامة والجودة الفنية، إنشاء منصات تقنية وتدريب كامل. كما أن هذا المحور من حيث توافر الوسائل و بالنظر إلى تقادم حديقة المعدات، يلزم إعادة التأهيل أو حتى التحديث أو التجديد. يدعم هذا المحور أيضا التفكير في العناصر التي يمكن أن تسهم في تطوير السياسة الوطنية للأدوية.

• محور التمويل:

تتمثل الأهداف المستهدفة في هذا المحور في البحث عن مصادر أخرى للتمويل وإصلاح أساليب تمويل المستشفيات، أين تم التركيز على التمويل التعاقدية للأنشطة وليس للهياكل. وبالتالي فإن المهمة هي مراجعة شروط منح مخصصات الميزانية والفواتير ، مع الاهتمام الأساسي بالحصول على رعاية عادلة لجميع المرضى، ولا يمكن تحقيق ذلك إلا من خلال مراجعة المواصفات التي تحدد أهداف الأطراف المتعاقدة (المستشفيات ، المتبرعين) والتحديد الدقيق للاحتياجات الصحية، ودعم المعلومات (بطاقة CHIFA) والإدارة مع إدخال محاسبة تكاليف المستشفى، وإنشاء أنشطة المستشفى. كل هذا التقييم من أجل ترشيد استخدام الموارد وإنهاء أعمال الهدر، هذا وسنتطرق إلى التمويل في المستشفيات العمومية الجزائرية بشيء من التفصيل في قادم الحديث.

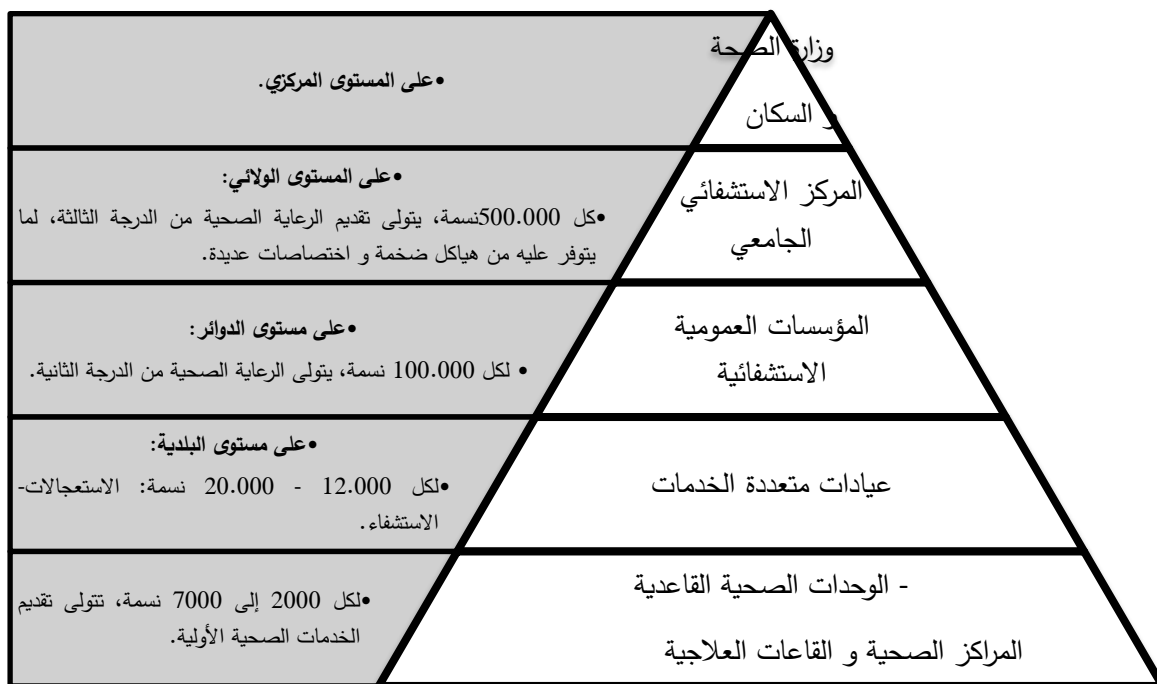
3.3 القطاع الصحي العمومي الجزائري.

بعدما تطرقنا إلى مختلف التطورات التي شهدتها المنظومة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال وصولاً إلى مشروع الإصلاح الكبير، يكون لزاماً علينا تقديم القطاع الصحي العمومي بوضعه الراهن أين سنتطرق في هذا المبحث إلى مختلف الهياكل الاستشفائية و الغير استشفائية للمنظومة الصحية الجزائرية، طرق تمويلها بالإضافة إلى مختلف التحديات التي يجب الاستعداد لمواجهةها في المدى القريب و المتوسط.

1.3.3 هياكل المنظومة الصحية الجزائرية.

تتوزع هياكل المنظومة الصحية الجزائرية توزيعاً هرمياً بقاعدة محلية و هرم مركزي وطني بما يتناسب والكثافة السكانية المسجلة (الشكل رقم 07).

الشكل رقم 07 : نظام الخدمات الصحية في الجزائر.



المصدر: وثائق مكتب الخريطة الصحية و الإحصاء بمصلحة التخطيط و الوسائل لمديرية الصحة لولاية

معسكر¹.

¹ وثائق مكتب الخريطة الصحية و الإحصاء بمصلحة التخطيط و الوسائل لمديرية الصحة لولاية معسكر، أطلع عليها بتاريخ 20/04/2020.

فتكون مستويات التوزيع على النحو التالي:

- المستوى المركزي (الوطني):

و يتمثل في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات التي هي تحت سلطة الوزير، فتتكون إدارتها المركزية من:¹

- **الأمين العام:** تحت إشرافه يوجد مديرين للدراسات، كما يلحق به مكتب البريد و المكتب الوزاري للأمن الداخلي للمؤسسة.
- **رئيس الديوان:** تحت إشرافه ثمانية مكلفين بالدراسات و التخليص و خمسة ملحقين بالديوان.
- **المفتشية العامة:** خاضعة تنظيمياً لمراسيم تنفيذية من الجريدة الرسمية.
- **المديريات:** و عددها ثمانية (مديرية المصالح الصحية، مديرية الوقاية، مديرية الصيدلة، مديرية السكان، مديرية التنظيم و التوثيق، مديرية التخطيط و التنمية، مديرية الموارد البشرية، مديرية المالية والوسائل)، كما تضم كل مديرية ما أقصاه أربع (4) مديريات فرعية.
- **مؤسسات و هيئات تحت وصاية الوزارة:** و هي مؤسسات الدعم الصحي تحت الوصاية وعددها 11 (المعهد الوطني للصحة العمومية، معهد باستور الجزائر، المدرسة الوطنية للماناجمت و إدارة الصحة، المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية، الصيدلية المركزية للمستشفيات، الوكالة الوطنية للدم، الوكالة الوطنية لوثائق الصحة، المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي، المركز الوطني لعلم التسمم، المركز الوطني لليقضة بخصوص الأدوية و العتاد الطبي، الوكالة الوطنية للمنتوجات الصيدلانية).

- المستوى الجهوي: على هذا المستوى يوجد كل من:²

- **المناطق الصحية:** تضم مجالس جهوية صحية والتي هي عبارة عن هيئات مكلفة بالتنسيق والإسناد و تتميز بكونها هيئة استشارية غير ملزمة في قراراتها، و في الإجمال عددها خمس (05) مناطق صحية: المنطقة الصحية للشرق (14 ولاية)، المنطقة الصحية للوسط (11 ولاية)، المنطقة الصحية للغرب (11 ولاية)، المنطقة الصحية للجنوب الشرقي (07 ولايات)، المنطقة الصحية للجنوب الغربي (5 ولايات).
- **مديرية الصحة والسكان للولاية (DSP):** عددها بعدد ولايات الوطن أي 48 مديرية، تخضع للقانون التنفيذي رقم 97-261³، الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.

¹ الشمري س. ح. و حاج عيسى س. (2010)، "تقييم فعالية المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة، مجلة التاج الصحية"، العدد 06، معهد التطوير والتأهيل الطبي، الإمارات العربية المتحدة، ص117.

² حاج عيسى س. (2011-2012)، "أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر 03، ص143-144.

³ القانون التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتضمن القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418 هـ الموافق لـ 16 جويلية 1997، ص12.

- منشآت عمومية أخرى: من بينها (مخابر النظافة، مدارس تكوين شبه الطبي، الوكالات الصيدلانية العمومية).

- المستوى المحلي:

- على هذا المستوى نجد العديد من الهياكل الصحية موزعة في كامل أرجاء الجمهورية على النحو التالي:¹
- المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EHU): وهي مؤسسة استشفائية وحيدة على المستوى الوطني أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي 270-03² المتضمن إنشاءها، تنظيمها وتسييرها.
 - المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU): و عددها 15 مركز استشفائي في حدود سنة 2020، بطاقة استيعاب إجمالية مقدرة بـ 13755 سرير.
 - المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS): و يبلغ عددها 83 مؤسسة في حدود سنة 2020، بطاقة استيعاب إجمالية مقدرة بـ 13384 سرير.
 - المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH): و عددها 195 مؤسسة عمومية استشفائية في حدود سنة 2020، موزعة على دوائر ولايات الجزائر الـ553.
 - المؤسسات الاستشفائية (EH): عددها خمسة (5) مؤسسات استشفائية في حدود سنة 2020، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.
 - مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP): ما مجموعه 271 مؤسسة في حدود سنة 2020، والتي تتكون أساسا من العيادات (الاستشفاء) و المراكز الصحية و قاعات العلاج (الأنشطة العلاجية، الاستشارة والوقاية)، حيث أن كلا الكيانان مستقلان في التسيير.

2.3.3 تمويل القطاع الصحي العمومي بالجزائر.

إن المنظمات الصحية بمختلف أصنافها و أنواعها تعتمد على التمويل بشروطه و متطلباته كمحدد أساسي في تسييرها، التحكم في عملياتها و مواردها بما يحقق جميع أهدافها. أما في دراستنا الحالية و إن كان منظور التمويل يبتعد قليلا عن مسارنا واهتمامنا البحثي التسويقي إلا أنه قد يتقاطع معه في بعض النقاط.

و في الجزائر، و منذ الاستقلال إلى يومنا الحاضر نجد أن مسألة تمويل النظام الصحي العمومي مرت بالعديد من التغيرات التي كانت نتاج تطورات و إصلاحات مواكبة لمختلف الفترات الزمنية، فتمثلت أبرزها في:

¹ حاج عيسى س. (2011-2012)، مرجع سبق ذكره، ص144.
² المرسوم الرئاسي 270-03 المؤرخ في 13 أوت 2003، المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهان، تنظيمها و تسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418 هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997، ص19.

1.2.3.3 الانتقال إلى التمويل بواسطة الميزانية العامة سنة 1974:

أين استبدلت الجزائر في بداية سنة 1974 التمويل عن طريق المدفوعات المباشرة (الإجراء والسعر اليومي) و الذي يعرف على أنه "مقدار الرعاية اليومية للمستخدم، والذي يتم دفع فواتيره على أساس الرسوم مقابل الخدمة إلى الممول من خلال ضمان الدفع"¹ و الذي تم تبنيه غداة الاستقلال بالنظر للظروف الاقتصادية السائدة آنذاك بصيغة الميزانية العامة، امتدادا لتبني الحكومة الجزائرية لسياسة الرعاية المجانية في هياكل الصحة العامة، فسهل هذا القرار السياسي في ظاهره و الاجتماعي في باطنه الوصول إلى الرعاية الصحية والأدوية، عن طريق إزالة الحاجز المالي و هو ما ثمنته مختلف الفئات السكانية خاصة الفئات الفقيرة والمحرومة.

2.2.3.3 إعادة هيكلة التمويل سنة 1986:

في بداية سنة 1986، و أمام الانخفاض المفاجئ في أسعار النفط الذي يعتبر المصدر الأول والرئيسي للتمويل الصحي، وجدت الدولة الجزائرية نفسها مجبرة على تطوير سياسة تميل إلى ضغط الموارد الجماعية والحفاظ عليها عند مستوى محاسبي مع متطلبات أرصدة الميزانية.

فتم الاعتماد على المشاركة المتزايدة للأسر في الإنفاق على الرعاية الصحية بشكل رئيسي من خلال التوسع في عرض الرعاية الصحية الخاص. و منه يحدد المرسوم الوزاري الصادر في 7 ماي 1995 مساهمة المريض في التكاليف المترتبة عن الرعاية الصحية في الهياكل الصحية العمومية على النحو التالي:²

• الاستشارة بمعدل:

○ 50 د.ج. للاستشارة الطبية العامة.

○ 100 د.ج. للاستشارة الطبية المتخصصة.

• الإقامة و الإطعام في المستشفيات بسعر 100 دينار / يوم.

كما نجد أن المنشور الصادر بتاريخ 08 أبريل 1995 من وزير الصحة يستثني من نطاق التطبيق بعض الفئات الخاصة من المرضى، و المتمثلين في الأشخاص الذين اشتركوا في الشبكة الاجتماعية، الأطفال دون سن الخامسة، الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، الذين يقيمون لأكثر من شهر في المستشفى، ضحايا الأوبئة أو الكوارث الطبيعية و موظفي الخدمات الصحية بما في ذلك المستفيدين منها.³

و إلى غاية يومنا الحاضر مازالت تسعيرة الاستشارة الطبية و الإقامة و الإطعام في المستشفيات العمومية الجزائرية نفسها المعتمدة سنوات الثمانينات و لم يتم تحيينها لتتناسب مع الأسعار و الوضعية الاقتصادية الحالية وهو ما يجعل هذا التسعير رمزي و شبه مجاني مقارنة بالخدمات الصحية و المكلمة المقدمة بهاته الهياكل.

¹ BENMANSOUR S. (2017/2018), op cit., p91.

² OULD-KADA M. (2010), "Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé", le guide de la médecine et de la Santé au Maghreb, p353.

³ Circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995, Ministère de la santé et de la population.

و يعتبر تسعير الخدمات الصحية العمومية جل ما يهنا في هاته النقطة، فتسعير الاستشارة الطبية العامة أو المتخصصة، الإقامة و الإطعام في المستشفيات و الهياكل الصحية العمومية تؤثر على المريض و إدراكه لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة و هو ما سنتطرق إليه بشيء من التفصيل و التحليل في دراستنا الميدانية.

3.3.3 تحديات القطاع الصحي العمومي.

في سعيها لمواكبة التطورات و تحقيق مؤشرات التنمية الاقتصادية المطلوبة، عملت الحكومة الجزائرية ممثلة بسلطاتها العمومية في رسم سياسيتها و تطلعاتها لآفاق 2025 و هذا عن طريق خوض غمار التحديات التالية:¹

1.3.3.3 التحديات الديمغرافية و الوبائية:

و المتمثلة في المؤشرات التي أشارت أنه و بحدود سنة 2025 احتمالية تراجع نسبة الوفيات العامة إلى 4,5 في الألف بما فيها وفيات الأمهات و الأطفال، ارتفاع نسب الزواج، ارتفاع مأمول العمر عند الولادة إلى 80 سنة، و ارتفاع معدل الزيادة السكانية إلى 1,24%، كل هذا يلزم و يفرض على الجهات المعنية تحديث مستمر للمنظومة الصحية لتقريبها أكثر للمواطن خاصة بمناطق الظل مع الحفاظ على مستوى جودة خدمة يتناسب و تطلعات هذا الأخير، مع رفع الطاقة الإستيعابية للهياكل الصحية بما يتناسب مع ارتفاع عدد السكان.²

كما نجد أن تحسين الوضعية الوبائية يقتضى إلزاما وضع سياسة صحية تسعى إلى مراقبة الأمراض المتنقلة عن طريق توفير اللقاحات، تحسين التغطية التلقيحية بإنشاء مراكز جديدة للتطعيم و تكوين الكوادر البشرية، كما تسعى أيضا لتقليل خطر الأمراض غير المتنقلة و هذا بتثجيع سلوكيات و نمط حياة صحي لتجنب و تقليل أمراض كالأزمات العقلية، أمراض الشرايين و القلب، الأمراض المتنقلة جنسيا، أمراض السكري و ارتفاع ضغط الدم.³

في حين يجب على السياسات المرسومة أن تتكيف مع احتياجات العلاج حسب نوعية الأمراض والوفيات السائدة في المجتمع الجزائري، لتلبية الاحتياجات بطريقة تضمن الحفاظ على الموارد من جهة و عدم التقصير في واجبات الدولة و مسؤوليتها اتجاه مواطنيها من جهة أخرى.

2.3.3.3 تحديات التغطية الصحية (مناطق الظل):

أطلق مصطلح مناطق الظل على المناطق المهمشة و الفقيرة المتواجدة في الأرياف و هوامش المدن الكبرى أين تنعدم مقومات الحياة الأساسية من تغطية صحية، مدرسية و نحو ذلك، فثمانية ملايين جزائري يعيشون بهاته المناطق و هو ما يجعل تقريب الخدمات الصحية لهم تحديا كبيرا و من نوع خاص بالنظر إلى التغطية

¹ بوشلاغم ع. (2017)، مرجع سبق ذكره، ص18.

² Rapport national de l'Algérie : Conseil des Droits de l'homme, Annexe n°12, Alger, 2008, p 46.

³ Le Marché des Produits Pharmaceutiques en Algérie Perspectives et Opportunités, Ubi France, Paris, 2008, p 31.

الصحية أين نجد أن أغلب الهياكل الاستشفائية الجامعية متواجدة بالمدن الشمالية الساحلية والشبه ساحلية في غياب هياكل ضخمة في العمق الوطني.

3.3.3.3 تحديات الجودة:

إن تقريب الخدمة الصحية من المواطن غير كافي بل يستوجب ضمان خدمات ذات نوعية و جودة مرتفعة تتناسب و حساسية طبيعة الخدمة الصحية المقدمة، و بقدر ما يوفر آفاقا هائلة من حيث تحسين الخدمات الصحية لصالح المرضى، إلا أن التحدي الرئيسي يظل اعتماد التقنيات الطبية الأكثر فعالية و كفاءة ليس فقط لاحتياجاتنا بل بما يتناسب و إمكانياتنا.

أما التجهيز الطبي فيعتبر من أدوات و معدات التشخيص و العلاج من مؤشرات فعالية أي نظام صحي، ففي الجزائر و مقارنة بالدول المتقدمة نسجل تأخرا كبيرا في هذا المجال بما يؤثر على نوعية العلاج المقدم خاصة فيما يخص أمراض السرطان، أمراض القلب و الشرايين، نقل الأعضاء و نحو ذلك.

4.3.3.3 تحديات الخريطة الصحية:¹

حيث يسعى مشروع الإصلاح للوصول لرؤية متجددة للخريطة الصحية التي يجب تصميمها لتكون العنصر المرجعي والداعم للتنمية الصحية في البلاد، وكأداة معيارية لخطة المنظمة الصحية التي يجب وبوجه الخصوص أن تضمن بشكل عادل الرعاية الصحية لأحواض السكان في جميع القطر الوطني مما يتيح لهم الوصول للخدمات الصحية خاصة الاستعجالية منها مع خلق مراكز إقليمية على المستوى الجهوي كمساحات للحوار، المشاركة، الاختيار و صنع قرار الصناعة الصحية.

5.3.3.3 تحديات التنسيق مع القطاعات الأخرى:

إن نقص التعاون بين المصالح المركزية للحكومة الجزائرية كوزارة العمل، التشغيل و الضمان الاجتماعي، وزارة المالية و وزارة التعليم العالي و البحث العلمي بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل غياب الفاعلين على المستوى المحلي و ضعف العلاقة بين المستشفيات و الإدارة المركزية، كل هذا أدى إلى تسيير غير فعال لمنظومة الصحية الجزائرية، و هو ما يفرض دعم التنسيق مع القطاعات الأخرى من الوزارات السابقة الذكر بالإضافة إلى وزارات أخرى كوزارة البيئة والمحيط و وزارة الصناعة و هو ما تم التطرق إليه في مشروع قانون الصحة لسنة 2016.

¹ M S R H , la réforme hospitalière, cadre conceptuel et démarche opérationnelle, Ministère de La Sante de La Population et de la Réforme Hospitalière, mars 2021, p 17.

4.3 الدراسات الأكاديمية للقطاع الصحي العمومي.

تعتبر الدراسات الأكاديمية السابقة أساس الدراسات العلمية و أبرز محطات انطلاقها، فبالإضافة إلى إثرائها للدراسات العلمية بالمادة الخام النظرية فإن نتائجها الميدانية لطالما كانت محل استشهاد أو مقارنة لتأكيد، تشكيك أو نفي النتائج المحصلة مما يجعل عجلة البحث العلمي في دوران دائم. و في دراستنا هذه، كانت لنا الفرصة للاطلاع على العديد من الدراسات ممن عالجت موضوع الدراسة بطريقة مباشرة (كلية) أو طريقة غير مباشرة (جزئية)، التي تتراوح ما بين أطروحات التخرج الأكاديمية (ماجستير ودكتوراه) و المقالات العلمية المنشورة في المجلات المصنفة على المنصة الجزائرية للمجلات العلمية ASJP، فارتأينا تقسيمها إلى دراسات من وجهة نظر المريض المنتفع من الخدمة المقدمة فقط (عددها 08 دراسات) ودراسات تشمل حصريا أو جزئيا وجهة نظر مقدمي الخدمة العمومية الصحية (05 دراسات)، بترتيب زمني تصاعدي من الأحدث للأقدم نشرًا، قبل التطرق إلى القيمة المضافة وإسهاماتنا الشخصية مقارنة بهاته الدراسات السابقة.

1.4.3 دراسات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض.

كانت أبرز دراسات الباحثين الأكاديميين المنشورة في ميدان جودة الخدمات الصحية العمومية الجزائرية من وجهة نظر المريض المنتفع من هاته الخدمة على النحو التالي:

- رمزي العباسي و نعرورة بوبكر (2020)، « مساهمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور المرضى، دراسة ميدانية على عينة من مرضى المؤسسة الاستشفائية العمومية "قرين العياشي" بولاية عنابة»¹ :

هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعنابة، وهذا عن طريق استبيان عينة مكونة من 80 مريض من المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية بالاعتماد على الأبعاد الخمسة لنموذج جودة الخدمة SERVQUAL ، فقدر معامل الثبات alpha-cronbach بـ0.944، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى مرتفع نسبيا للخدمات الصحية المقدمة معبر عنه بالمتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة المدروسة،
- حسب إجابات أفراد العينة تم ترتيب أبعاد جودة الخدمة الصحية على النحو التالي: التعاطف/ الأمان/ الملموسية/ الاعتمادية/ الاستجابة،
- وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة طبقا لمتغير الجنس،
- لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة طبقا لمتغيرات السن، المستوى التعليمي و الدخل الشهري.

¹ العباسي ر. و نعرورة ب. (2020)، " مساهمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور المرضى، دراسة ميدانية على عينة من مرضى المؤسسة الاستشفائية العمومية "قرين العياشي" بولاية عنابة"، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 23 العدد01، ص857-878.

• سعيدان رشيد و وشام (2018)، «بن زيان جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار»¹:

سعت الدراسة للوصول إلي تقييم مستوى جودة ال²خدمات الصحية من وجهة نظر المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار، و هذا عن طريق استعمال نموذج SERVPERF بأبعاده الخمسة، فتوصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أبرزها:

- تقييم متوسط لمستوى جودة الخدمات المقدمة من وجهة نظر المرضى،
- تأثير كبير لبعض أبعاد نموذج SERVPERF ترجم بمستوى تأثير مرتفع لكل من بعد الملموسية، الاستجابة، الأمان و التعاطف بدرجة مقارنة بمتوسط،
- ربط التقييم المتوسط بطبيعة الخدمة الصحية العمومية المقدمة بالمؤسسة و ما ي صاحبها من تحديات و نقائص مادية و بشرية.

• حميدة بن حليلة (2017)، «تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبنوني -عنابة»²:

سعت الباحثة في دراستها المنجزة في فترة ديسمبر 2013 و المنشورة في جوان 2017 إلى تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب و جراحة الأطفال، أمراض النساء و التوليد عبد الله نواورية بالبنوني عنابة عن طريق استجواب عينة غير محددة من المرضى استنادا إلى متغيرات أبعاد SERVQUAL و بعد الرضا العام، فتوصلت الدراسة إلى:

- يقيم المرضى الخدمات المقدمة لهم بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة تقييما ايجابيا،
- هذا التقييم الايجابي ترجم بالموافقة العالية على أبعاد نموذج SERVQUAL، بموافقة تجاوزت الـ 80% لكل الأبعاد باستثناء بعد الاعتمادية بـ 78,04%،
- كما أن الرضا بدروه حاز على درجة موافقة عالية مرتفعة بنسبة فاقت الـ 50%.

• عياد ليلي (2016)، «أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية لولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015/ 2016»³:

قامت هذه الدراسة على بعض المستشفيات العمومية لولاية أدرار، أين كان الهدف الرئيسي منها هو «قياس درجة تأثير الخدمة الصحية المقدمة على الرضا عند المريض من خلال استخدام مقياس الخصائص الموضوعية، وباستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (البنوية)»، فشملت عينة دراسية مكونة

¹ سعيدان ر. و بن زيان ر. (2018)، "جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار"، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد الرابع، العدد 2، ص 346-374.

² بن حليلة ح. (2017)، "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبنوني -عنابة"، التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 50، ص 151-168.

³ عياد ل. (2015-2016)، "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية لولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015/ 2016"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.

من مريض من مرضى المستشفيات العامة لمدن أدرار، تيميمون و رقان في الأشهر التسع الأولى من سنة 2015، فأسفرت النتائج العملية لهذه الدراسة على التالي:

- لجودة الخدمة الصحية الممثلة بأبعادها (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية، جودة الخدمات الفندقية، جودة الخدمات الإدارية) أثر ذو دلالة معنوية على الرضا بشكل عام عند أفراد عينة الدراسة،
- نموذج الخصائص الموضوعية المعتمد في الدراسة كان أكثر ملائمة للسياق المدروس باستخدام المتغيرات المقاسة دون الاعتماد على المتغيرات الكامنة،
- اعتماد نموذج نهائي باستخدام المتغيرات المقاسة لمقياس الخصائص الموضوعية كمتغيرات مستقلة و هي الممثلة في : جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه طبي، جودة الخدمات الفنية و التقنية، جودة الخدمات الإدارية و جودة الخدمات الفندقية.

و استنادا على نتائج الدراسة، قامت الباحثة بتوصيات تقضي بضرورة تعميق العلاقة والتواصل بين إدارة المؤسسات الصحية والمستهلك للخدمة الصحية المقدمة، كما أشارت إلى ضرورة التفكير بترسيخ القيم والاتجاهات ذات العلاقة بالجودة وان استلزم الأمر تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج عملي تبنى عليه كل مدخلات عملية تقديم الخدمة الصحية.

- عبادة أمينة (2016)، « قياس و تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى بهدف تبني إستراتيجية مستقبلية لتوفير أفضل الخدمات "دراسة استشرافية آفاق 12040» :

قامت الباحثة بالدراسة في الفترة الممتدة بين شهري ماي و جوان لسنة 2014 بالارتكاز على العينة الإحصائية المكونة من المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مكور حمو بولاية عين الدفلى و البالغ عددهم 110 مريض، فسعت الدراسة إلى تحقيق أهداف رئيسية متمثلة في قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى باستخدام نموذجي جودة الخدمة SERVQUAL و الأداء الفعلي SERVPERF بهدف التقييم، تحديد الأبعاد و استخلاص أبعاد أخرى لجودة خدمات الرعاية الصحية غير أبعاد النموذجين المستعملين للوصول إلى نقاط الضعف و تحسين الخدمات الصحية المقدمة، لتتوصل إلى جملة من النتائج على النحو التالي:

- استنادا لنموذج SERVPERF يعطي المرضى تقييم منخفض لمستوى جودة الخدمات المقدمة لهم فعلا من ناحية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية،
- وجود فجوة سلبية بين مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبل المرضى و مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم فعلا بالاعتماد على نموذج SERVQUAL،
- توجد أبعاد أخرى خاصة بجودة الخدمات الصحية غير تلك التي يحتويها كل من نموذجي SERVQUAL و SERVPERF،

¹ عبادة أمينة، « قياس و تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى بهدف تبني إستراتيجية مستقبلية لتوفير أفضل الخدمات "دراسة استشرافية آفاق 2040» ، مقالة موثقة تحت رقم إصدار 10.12816/0042776 .Doi

- تتمثل هاته الأبعاد في بعد الكفاءة المهنية لمقدمي الخدمات الصحية الذي يضم إحدى عشر متغيرة لها نفس الخصائص، بعد الأخلاق المهنية لمقدمي الخدمات الصحية المكون من خمس متغيرات، ثلاث متغيرات تمثل إلى بعد الدعم المادي في حين أن البعد الرابع و الأخير يمثل الاتصال الداخلي و المعبر عنه بمتغيرين إثنين لهما نفس الخصائص،
- يمكن تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال هذه الأبعاد الأربعة و التي تكون مجتمعة نموذجا للقياس.

• قصاص زكية و دحمون سعيد، (2015)، « تطبيق تسويق الخدمات في المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية غليزان¹ »

حيث أن هذه الدراسة سعت لتقييم رضا المريض كبعد أساسي من أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة والبحث في تأثير العوامل التقنية و الغير تقنية عليه، و ذلك بإجراء دراسة تجريبية على عينة عشوائية من مرضى قسم الطوارئ بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية غليزان، فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تأثير إيجابي للعوامل التقنية على جودة الخدمات الصحية المقدمة،
- درجة رضا متوسطة للمريض عن الجودة التقنية للخدمات الصحية المقدمة نظرا لجهل المرضى لتقنيات التشخيص و خبرتهم المحدودة مقارنة بمقدم الخدمة،
- تأثير إيجابي للعوامل غير التقنية على جودة الخدمة الصحية المقدمة،
- رضا مرتفع للمرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة غير التقنية في مقدمتها توفر المعدات الطبية اللازمة، النظافة الصحية و الأمان.

• عتيق عائشة (2012)، « جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة² »:

- أين شملت الدراسة عينة مكونة من 110 من المرضى المعالجين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة في الفترة الممتدة من جانفي 2011 إلى جانفي 2012، فالنتائج الإحصائية المقاسة بمعامل الثبات والصدق ألفا كرونباخ المقدر بـ 0,883، و المتوسط الحسابي المقدر بـ 3,674، 3,810، 3,710، 3,05 و 3,810 لكل من أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية والتعاطف على الترتيب، بينت التالي:
- رضا المستجوبين المرضى عن أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التعاطف،
 - عدم رضاهم عن بعد الملموسية و هو ما عزز بعوامل النظافة، توفر الأجهزة الطبية و التقنية ووفرة الأدوية الصيدلانية،
 - تأثر رضا المستجوبين المرضى بالعوامل السوسيوديمغرافية المستعملة في الدراسة.

¹ قصاص ز. و دحمون س. (2015)، "تطبيق تسويق الخدمات في المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية غليزان"، مجلة Les cahiers du POIDEX، المجلد 03 العدد 04، ص 291-312.

² عتيق ع. (2012)، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-"، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.

• نجاة صغيرو (2012)، «تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية»¹:

أين شملت الدراسة المؤسسات الاستشفائية الخاصة لولاية باتنة بالجزائر في الفترة الممتدة من 25 ماي إلى 30 جوان 2011، فشملت عينة دراسية مكونة من 100 مستجوب يمثلون المرضى المقيمين بهاته المؤسسات الاستشفائية. حيث انطلقت الدراسة من إشكالية إمكانية تقييم مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، فكانت النتائج الإحصائية للاستبيان الذاتي المقدم للمرضى بمصادقية معامل ألفا كرونباخ المقدر بـ 0,929 و بمتوسط حسابي مقدر بـ 4,194، 4,06، 3,844، 4,138 و 4,174 لكل من أبعاد الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التعاطف على الترتيب. في حين أن النتائج التحليلية النهائية أسفرت على درجة موافقة عالية لأفراد عينة الدراسة على جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معايير التقييم الخمس لنموذج SERVQUAL، بالإضافة على رضا كبير عن جودة هاته الخدمات، كما أن كل العناصر تشكل نقاط قوة على الخدمة الصحية المقدمة باستثناء ثمن الخدمة المقدمة الذي يشكل الحلقة الأضعف. كما أن معياري الملموسية والتعاطف هما أكثر المعايير تأثيرا على جودة الخدمة الصحية.

2.4.3 دراسات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة.

أما أبرز دراسات الباحثين الأكاديميين المنشورة في ميدان جودة الخدمات الصحية العمومية الجزائرية والتي تشمل وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية من أطقم طبية، شبه طبية و إدارية بالإضافة لوجهة نظر المرضى في بعض الأحيان، كانت على النحو التالي:

• ريمة أوشن و آخرون (2017)، «أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية

الجزائرية من وجهة نظر الأطباء- دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري-»²:

في سعيها للبحث عن أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية، استجوب الباحثون في دراستهم 286 طبيب من أطباء أربعة مراكز عمومية استشفائية بولايات الشرق الجزائري (قسنطينة، عنابة، باتنة و سطيف)، في أربعة محاور رئيسية مؤثرة على جودة الخدمة المقدمة:

- محور العاملين (التكوين، التحفيز والتمكين)،

- محور الإدارة.

- محور الجودة (المواصفات والمقاييس، طرق العمل، موقع وتصميم المستشفى)،

- محور الاتصال ونظام المعلومات.

فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يساهم بعد الإدارة في تدني مستوى الخدمات الصحية بنسبة 35%، لأسباب التسيير و التنظيم الغير

ملائمين، نقص الموارد المالية و غياب الكفاءات الإدارية،

¹ صغيرو ن. (2012/2011)، "تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية"، مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، قسم علو التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة.

² أوشن ر. بن زيان إ. و بن عوملة ه. (2017)، "أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء- دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري-"، مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد 13، 46-61.

- في حين يساهم بعد العاملين في تدني مستوى الخدمات الصحية بنسبة 32%، و هو ما يتضح من خلال النقص في الموارد البشرية، نقص التكوين، عدم ملائمة ظروف العمل و غياب التحفيز،
- أما بعد الجودة فيساهم في تدني مستوى الخدمات الصحية بنسبة 9%، و هو ما كان الترجمة لغياب سياسة واضحة حول مستوى الجودة الواجب توفرها و نقص في تحديد معايير العمل وأنظمة السلامة و نحو ذلك.

• **بن عيشي عمار (2017)، « أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون/ المرضى، دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة -الجزائر- »¹ :**

و التي شملت عينة دراسية مكونة من 100 من الفريق الإداري، الفريق الطبي و الشبه طبي و الفريق المساعد بالمؤسستين العموميتين الاستشفائيتين البشير بن ناصر و حكيم سعدان بولاية بسكرة، والتي نشرت بتاريخ 15 أبريل 2017 بدون تحديد فترة الدراسة، أين سعت هاته الأخيرة إلى البحث في علاقة أبعاد جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة مع البحث قبل ذلك عن توفر هاته الأخيرة على أبعاد جودة الخدمات الصحية. فقدر معامل الصدق والثبات لهاته الدراسة ب 0,813، في حين أن المتوسطات الحسابية لمختلف الأبعاد قدرت ب 3,54، 3,46، 3,62، 3,51، 3,57 و 3,65 لكل من الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان، التعاطف و الرضا على الترتيب. لتخرج الدراسة بالنتائج التالية:

- توفر المستشفيات محل الدراسة على أبعاد جودة الخدمة الصحية استنادا لأبعاد النموذج المدروس،
- وجود علاقة بين أبعاد جودة الخدمة الصحية وبين تحقيق رضا الزبون في المستشفيات محل الدراسة،
- حرص المستشفيات المدروسة على تقديم مستويات عالية من الخدمات و الجودة و هو ما ترجم باستخدامها الآلات و التقنيات الحديثة (الملموسيات) في عملية الفحص، تمتع موظفيها بكفاءة و مهارة عالية مع المرضى (الاعتمادية و الضمان) و امتلاكهم للمعرفة و الدراية اللازمة لاحتياجات و رغبات المرضى (التقمص العاطفي).

• **مزيان التاج و ملال ربيعة (2014)، «تطبيق نموذج SERVQUAL لقياس و تقييم جودة الخدمة الصحية، معاينة في المؤسستين: المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي و مستشفى الأم و الطفل بتلمسان»²:**

فتمت الدراسة في الثلاثي الأول لسنة 2013 بكل من المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي لولاية تلمسان ومستشفى الأم و الطفل بنفس الولاية بعينة دراسية مكونة من 347 مستجوب يمثلون مقدمي الخدمة الصحية من المهنيين الطبيين و الشبه الطبيين، المرضى المستفيدين من الخدمة والإداريين. فحاولت الدراسة قياس مستوى أداء وجودة الخدمات الصحية المقدمة عن طريق إسقاط استخدامات نموذج جودة الخدمة SERVQUAL، فالنتائج الإحصائية للاستبيان الذاتي المقدم للمرضى بمصادقية معامل ألفا كرونباخ المقدر ب 0,68 بينت التالي:

- مستوى جودة الخدمة هو دون المستوى المطلوب بمتوسط حسابي عام مقدر ب 4,26،

¹ بن عيشي ع. (2017)، "أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون/ المرضى، دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة -الجزائر-، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد 3، العدد 01، 25-07.

² مزيان ت. و ملال ر. (2014)، "تطبيق نموذج SERVQUAL لقياس و تقييم جودة الخدمة الصحية، معاينة في المؤسستين: المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي و مستشفى الأم و الطفل بتلمسان"، مجلة التكامل الاقتصادي، المجلد 03، العدد 01، 269-290.

- وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين متغيرات أبعاد الجودة و بين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة،
الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد في من المنظومة الصحية (المهني الطبي و الشبه الطبي، المريض المنتفع و الإداري).

• **جناد مباركة، «تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين بالمستشفيات الجزائرية -دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف-»¹:**

سعت الباحثة في دراستها إلى استقصاء آراء الطاقم الطبي و الشبه الطبي للوصول إلى تقييم نهائي لجودة الخدمات الصحية المقدمة ببعض المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية سطيف، فشملت الدراسة عينة مكونة من 196 طبيب و ممرض بهاته المؤسسات الاستشفائية، فتوصلت إلى النتائج التالية:

- معاناة المرضى من طول مدة الانتظار في سبيل الحصول على الخدمة الصحية،
 - ظروف الإقامة بهاته الهياكل الاستشفائية غير لائقة،
 - رغبة الجدية للطاقم المعالج في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة،
 - اختلاف التقييم باختلاف المستشفى راجع للضغط المختلف بين الهياكل الاستشفائية.
- قبل أن تقوم الباحثة باقتراح العديد من التدابير للرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالهياكل العمومية الاستشفائية لولاية سطيف و في مقدمتها تفعيل دور هياكل الصحية الجوارية لفك الضغط عن الهياكل الاستشفائية.

• **عدمان مريزق (2008)، «واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة»²:**

حاول الباحث في هذه الدراسة إبراز مشاكل القياس التكاليفي في مجال جودة الخدمات الصحية و الوصول إلى الأولويات الخاصة بهاته المشاكل بالإضافة إلى التفصيل في واقع جودة الخدمات الصحية بالجزائر عامة و الجزائر العاصمة خاصة، عن طريق استبيان 231 عينة مكونة من الطاقم المعالج و المرضى بكل من المركز الاستشفائي الجامعي باب الواد، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة آيت إيدير و القطاع الصحي بالروبية في الفترة الممتدة من 24 ديسمبر 2005 إلى غاية 21 أبريل 2006، فكانت النتائج على النحو التالي:

- المرضى المستجوبون غير راضيين عن بعض جوانب تقديم الخدمة كنظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم الشبه الطبي و نحو ذلك،
- و على العكس مما سبق فالمرضى المستجوبون راضون عن التكفل الطبي، درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة،

¹ جناد م. (بدون سنة نشر)، " تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين بالمستشفيات الجزائرية -دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف- "، مجلة الحقوق و العلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي 36 - (01)، جامعة زيان عاشور الجلفة.
² مريزق ع. (2007-2008)، "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسة الصحية بالجزائر العاصمة"، أطروحة دكتوراه، كلية علوم التسبير، جامعة الجزائر 3.

- تمثل ظروف العمل العائق الأهم أمام الطاقم الشبه طبي لتأدية مهامه بالإضافة إلى عوائق أخرى أقل أهمية كضعف التأطير و عدم وضوح المهام،
- أما كل من قلة التكوين، نقص الوسائل و نقص التنظيم هي أهم العوائق في سبيل تقديم الطاقم الطبي لخدمة صحية ذات جودة عالية.

3.4.3 الفجوة العلمية لدراستنا المنجزة.

من خلال الاطلاع على العديد من الدراسات السابقة في مجال قياس جودة الخدمات الصحية من خلال وجهة نظر المريض المنتفع من الخدمة أو مقدمي الخدمة الصحية نفسها أو كلاهما معا كما تم التطرق إليه في المطلبين السابقين، التمسنا أهمية نموذج جودة الخدمة SERVQUAL كأداة أساسية و مرجعية لقياس جودة الخدمات الصحية المقدمة و رضا الزبائن المرضى عنها، و على الرغم من اشتراك العديد الدراسات المذكورة سابقا في استعمال نموذج SERVQUAL للقياس و اشتراكها في نفس الفترة الزمنية ابتداء من الألفية الجديدة (بطبيعة الحال ستكون دراستنا الأحدث بينهم)، إلا أنها تختلف في العديد من النقاط أبرزها فرضيات و نماذج الدراسة، المناهج و الطرق المتبعة، أدوات الدراسة و العينة المدروسة وبالطبع النتائج المتوصل إليها.

و عموما تتميز دراستنا عن العديد من الدراسات الأكاديمية السابقة بما يلي:

• معالجة الجودة من وجهة نظر المريض المنتفع بالخدمة الصحية العمومية:

فالخدمة الصحية تقوم على مجهودات و أنشطة أطراف متعددة مركبة من العلاقات الشخصية والتنظيمية والتي يتم من خلالها تقديمها للأفراد، و منه يمكن تقييم هذه الخدمة من منظور هاته الأطراف المتعددة (الإدارة، العنصر التنظيمي، العنصر المهني، العنصر الاجتماعي و المؤسسي، العنصر الشخصي)، إلا أننا ارتأينا تقييمها من وجهة نظر العنصر الشخصي و المتمثل في زبون المنظمة الصحية أو ما يطلق عليه عموما المريض.

فيمثل المريض الحلقة النهائية والأهم في سلسلة الصناعة الخدمية الصحية، كما أنه الحلقة الوحيدة المتلقية للعلاج مما يجعل تقييمه للخدمة الصحية أقرب التقييمات صدقا و موضوعية،

• حصرها في القطاع العمومي:

يمثل القطاع العمومي المقدم الرئيسي للخدمات الصحية بالجزائر، و على الرغم من وجود قطاع صحي خاص موازي إلا أنه يقل قوة و تغطية عن القطاع العمومي، كما أن هذا الأخير يضمن على عاتقه توفير الخدمات الصحية الأساسية و التكميلية لكافة أطياف المجتمع حيثما وجدوا في أرجاء الوطن الشاسع، كما أنه المنفذ الآمن للقطاع الخاص و المنقذ له في أي حالة طارئة أو استثنائية،

• التأكيد على الطابع الاجتماعي للخدمة الصحية العمومية:

فالخدمة العمومية الجزائرية ككل و الخدمة الصحية بشكل خاص تتميز بطابعها الاجتماعي المعبر عنه بمجانبة العلاج (سعر العلاج رمزي و ليس مجاني)، و هو ما أصبح تبريرا تلقائيا لأي خلل أو مستوى متدني من الخدمات الصحية و العلاجية المقدمة، و هو ما شكل فرصة لنا لتقصي هاته الحقيقة و محاولة ربطها بالمستوى الحالي لجودة الخدمات الصحية المقدمة،

• الاعتماد على الأبعاد الأصلية الخمس لنموذج RATER:

اجتهدت الدراسات في اختيار نموذج لقياس جودة الخدمات المقدمة ما بين نموذج الفجوة SERVQUAL ونموذج الأداء الفعلي SERVPERF أو تعديل أبعاد أحد النموذجين بما يتناسب مع السياق المدروس، وعلى العكس من ذلك ارتأينا في دراستنا الاعتماد على الأبعاد الخمسة الغير معدلة لنموذج SERVQUAL أو ما يطلق عليها اختصارا بالـ RATER إيماننا منا بأن الوصول للجودة المدركة للخدمة الصحية يتطلب ضمان وجود أبعاد الجودة القاعدية و الأساسية قبل كل شيء،

• الاعتماد على الطريقة التقليدية لنموذج SERVQUAL في القياس:

و بتبنينا لنموذج جودة الخدمة SERVQUAL في دراستنا، كنا لنا حرية الاختيار ما بين الطريقة الذاتية أو الطريقة الموضوعية التقليدية في قياس الجودة المدركة باستعمال النموذج المذكور، فاخترنا الطريقة الموضوعية الأصلية للنموذج في قياس الجودة المدركة للخدمة الصحية العمومية و على الرغم من صعوبة الأمورية مقارنة بالطريقة الأولى إلا أن هذا الأمر يتيح لنا إمكانية الوصول إلى قيمة محسوبة للفجوة ما بين التوقعات و الإدراكات للخدمة المقدمة،

• التركيز على الجناحين التقنيين:

و هذا لإيماننا القوي بتأثير أول اتصال بين المنظمة الصحية متمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية والمريض على إدراك الأخير لجودة الخدمة الصحية المقدمة من جهة، و من جهة أخرى تسليط الضوء على ما شكل و يشكل حدثا، فالأجنحة التقنية للمؤسسات الاستشفائية ممثلة بمختلف مصالحها الاستعجالية (استعجالات طبية و جراحية، استعجالات الأطفال و استعجالات أمراض النساء و التوليد) صارت المادة الرئيسية لمختلف الانتقادات و الأضواء الإعلامية و الاجتماعية الرسمية و الغير رسمية في غياب دراسات أكاديمية بحثية.

• الجناح التقني للاستعجالات الطبية الجراحية و الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل:

و امتدادا للنقطة السابقة الذكر، تم إسقاط الدراسة النظرية في ميدان كل من الجناح التقني للاستعجالات الطبية الجراحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب و الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة، حيث يعتبر هاذين الجناحان التقنيان الجناحين الرئيسيين بالمدينة عاصمة ولاية معسكر و الوجهة شبه الوحيدة

لسكانها، كما أنه لا توجد دراسات عليا سابقة مسجلة عالجت موضوع الجودة بهاته الهياكل سواء بشكل جزئي أو كلي،

• تأثير العوامل السوسيوديمغرافية:

بالإضافة إلى قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية، حاولنا في دراستنا ربط هذا التقييم ببعض العوامل السوسيوديمغرافية كالدخل و مكان السكن و نحو ذلك، لإيماننا القوي بأن عدم احترام الخريطة الصحية وبروتوكولات التوزيع المعمول بها قد يؤثر على تقييم جودة الخدمة المقدمة،

• تصنيف المرضى اعتمادا على المتغيرات الـ 22 لنموذج RATER:

أما في دراستنا على إمكانية تصنيف المرضى اعتمادا على إدراكهم للخدمة العمومية، فكانت المتغيرات الـ 22 لنموذج الفجوة RATER أحسن وسيلة لذلك، أين يتم تصنيف المرضى الذين لديهم التأثير الكبير بنفس المتغيرات في مجموعات مشتركة متجانسة.

• محاولة الوصول إلى المطابقة التامة:

و امتدادا للنقطة السابقة حاولنا من خلال التصنيف و بالاعتماد على نفس المتغيرات الـ 22 للأبعاد الخمسة المكونة لنموذج RATER الانتقال من المطابقة الحسنة لهذا النموذج و السياق المدروس إلى المطابقة المطلقة والتامة.

• طريقة معالجة البيانات الإحصائية:

تعتمد دراستنا على عدة أدوات في سبيل جمع، معالجة و تحليل البيانات الإحصائية، فتنبينا للمنهج الوصفي التحليلي استخدمنا الدراسة الوثائقية، الاستبيان و المقابلة كأدوات لجمع البيانات، في حين أن المعالجة تمت عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) و ملحقه المتمثل في برنامج تحليل الهياكل اللحظية (AMOS).

خاتمة الفصل:

شهدت المنظومة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال العديد من التغيرات و المراحل التي كانت وليدة الظروف الراهنة للحقب الزمنية المتلاحقة، قبل أن تتراكم العديد من العوامل الاقتصادية و السوسيو-اجتماعية مسببة اختلالات للمنظومة ككل.

ومع بداية الألفية الجديدة جاء مشروع الإصلاح للنظام الصحي الجزائري ليشكل بادرة أمل في سبيل النهوض و الرقي بالقطاع الصحي بما يتناسب مع الاحتياجات الصحية الأساسية و المتزايدة للجزائريين، و هذا عن طريق تطوير و تنظيم الهياكل الصحية، ضبط طرق التمويل و تسهيلها و التخطيط و الاستعداد الجيد لمختلف الراهانات و التحديات القادمة.

كما لا ننسى الدور المحوري التي تلعبه الدراسات والأبحاث الأكاديمية المهمة بالقطاع والمنظومة الصحية ككل، فهي التي تعتبر معيارا لتقييم الماضي والحاضر ورسم الآفاق المستقبلية كما أنها تشكل مدخلات جيدة ومهمة لنا في صياغة الإطار النظري لدراستنا و في ضبط متغيراتها.

وبهذا نختم الجزء الأول لأطروحتنا، وهو ما كان تمهيدا للقيمة المضافة في دراستنا والمتمثل في الجزء التطبيقي الذي يشمل تطبيق نموذج الدراسة المذكور سابقا على عينتنا المدروسة، كل هذا متطرق إليه في الفصلين القادمين.

الفصل الرابع:

ضبط متطلبات الدراسة الميدانية.

مقدمة الفصل:

لطالما تم قياس الأبحاث العلمية الأكاديمية و تقييمها استنادا إلى احترامها لمنهجية بحثية صحيحة وواضحة، و لن يكون لمنهجية البحث سند إذا لم يتم الضبط الدقيق لمختلف متطلبات الدراسة بشكل عام بما في ذلك متطلبات الدراسة الميدانية بشكل خاص.

و يمثل ميدان الدراسة أبرز المتطلبات السابقة الذكر، أين سنحاول في هذا الفصل تقديمه بشيء من التفصيل الوصفي و التعداد الإحصائي لمكوناته، عن طريق الانطلاق من القطاع الصحي الولائي في شكله العام وصولا إلى خصوصيات الجناحين التقنيين محل الدراسة، كما تشكل خطوات إجراء الدراسة الميدانية أهمية بالغة في الوصول إلى نتيجة مرضية و مرجوة، و لن يكون ذلك إلا باعتماد منهجية بحث صحيحة بأدوات جمع معلومات موثوقة، صادقة و مختبرة ببرامج إحصائية معتمدة لتمثيل العينة الإحصائية المختارة و التعبير عنها بشكل أقرب ما يكون للدقيق.

هذا و تم تفصيل كل ما سبق في العناوين الرئيسية الثلاث التالية:

- تقديم ميدان الدراسة.
- خطوات إجراء الدراسة الميدانية.
- عينة الدراسة الميدانية.

1.4 تقديم ميدان الدراسة.

يكون لابد لنا و قبل الدخول في غمار دراستنا الميدانية من وقفة على ميدان الدراسة و المتمثل في الجناحين التقنيين التابعة إداريا و تنظيميا للمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب المنضوية تحت لواء مديرية الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات لولاية معسكر .
وانطلاقا من هذا سنركز خلال هذا المبحث على تقديم القطاع الصحي لولاية معسكر قبل التطرق للتفاصيل التنظيمية و الإحصائية للجناحين التقنيين.

1.1.4 القطاع الصحي بولاية معسكر.

تشرف مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على القطاع الصحي بولاية معسكر، هاته الأخير تعتبر من أهم ولايات الشمال الغربي للجزائر بمساحة تقدر بـ 5135 كم² وتعداد سكاني يقارب المليون نسمة (986.728 نسمة¹) حسب أرقام الديوان الوطني للإحصاء لسنة 2019 موزعين على 16 دائرة و 47 بلدية.

أما فيما يخص الهياكل الصحية الاستشفائية فنجد على تراب الولاية ما مجموعه سبع (07) مؤسسات عمومية استشفائية بسعة إجمالية مقدرة بـ 1706 سرير، من أهمها المؤسستين الاستشفائيتين مسلم الطيب ويسعد خالد بعاصمة الولاية التي تحتضنان أغلب الاختصاصات الطبية، كما هو مبين في الجدول رقم 04 .

الجدول رقم 04: الهياكل الصحية الاستشفائية لولاية معسكر.

التسمية	السعة الإجمالية	عدد المصالح
المؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب، معسكر	280 سرير	14
المؤسسة العمومية الاستشفائية يسعد خالد، معسكر	300 سرير	14
المؤسسة العمومية الاستشفائية تيغنيف	262 سرير	10
المؤسسة العمومية الاستشفائية غريس	250 سرير	11
المؤسسة العمومية الاستشفائية المحمدية	300 سرير	12
المؤسسة العمومية الاستشفائية سيق	257 سرير	12
المؤسسة العمومية الاستشفائية واد الأبطال	60 سرير	08
المجموع	1706 سرير	80

المصدر: وثائق مديرية الصحة لولاية معسكر.

¹ Office National de Statistiques (ONS), Bulletin Trimestriel des statistiques, numéro 93, premier trimestre, consulté le 16/06/2020 sur : <https://www.ons.dz/IMG/pdf/bts1t2019.pdf>.

الفصل الرابع: ضبط متطلبات الدراسة الميدانية.

كما نجد مؤسستين عموميتين متخصصتين الأولى بمدينة بوحنيقية مختصة في التأهيل الوظيفي و إعادة التأهيل بقدرة إستيعابية 120 سرير، و الثانية بمعسكر وسط مختصة في أمراض النساء و التوليد بالإضافة لاستعجالات الأطفال بسعة إجمالية مقدرة بـ 60 سرير، كما هو موضح في الجدول رقم 05 .

الجدول رقم 05: الهياكل الصحية الاستشفائية المتخصصة لولاية معسكر.

عدد المصالح	السعة الإجمالية	التسمية
01	120 سرير	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بوحنيقية
03	60 سرير	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل ببلوري رحمة، معسكر
04	180 سرير	المجموع

المصدر: وثائق مديرية الصحة لولاية معسكر.

و بعيدا عن الاستشفاء، و في التغطية الصحية الجوارية نجد بالولاية خمس (5) مناطق للصحة الجوارية بمجموع 32 عيادة متعددة الخدمات و 195 قاعة علاج لتغطية بلديات الولاية (47). حيث أن أكبر عدد من العيادات موجود بقطاع معسكر في حين أن قطاع واد الأبطال يحتوي على أكبر عدد من قاعات العلاج، في حين أن قطاع عوف يغطي أكبر نسبة من بلديات الولاية، هذا التوزيع راجع أساسا للكثافة السكانية و تشتتها المتباين من قطاع لآخر، كل هذا مبين في الجدول رقم 06.

الجدول رقم 06: الهياكل الصحية للتغطية الصحية الجوارية بولاية معسكر.

التسمية	عدد العيادات	عدد قاعات العلاج	البلديات المغطاة
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية معسكر	10	31	08
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية زهانة	04	36	07
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية واد الأبطال	07	48	12
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عوف	06	44	13
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المحمدية	05	36	07
المجموع	32	195	47

المصدر: وثائق مديرية الصحة لولاية معسكر.

أما بخصوص الأجنحة التقنية أو الأجنحة الاستعجالية كما يطلق عليها و التي تعتبر أول احتكاك مابين المريض و الهياكل الصحية، فنحصى في الولاية ما مجموعه 06 أجنحة تقنية طبية جراحية استشفائية و 21 نقطة مناوبة غير استشفائية، أما الأجنحة التقنية لأمراض النساء و التوليد فنحصى 14 جناح تقني للتوليد مدمج

بالعيادات المتعددة الخدمات، جناح توليد واحد مدمج بقاعات العلاج و جناحين مستقلين للتوليد، كما هو مبين لنا في الجدول رقم 07.

الجدول رقم 07: الأجنحة التقنية للاستجالات و التوليد.

06	استجالات طبية جراحية / طبية (استشفائية)	
21	نقاط مناوبة (Extrahospitalier)	
14	مدمجة بعيادة متعددة الخدمات	التوليد
01	مدمجة بقاعة علاج	
02	مستقلة	

المصدر: وثائق مديرية الصحة و إصلاح المستشفيات لولاية معسكر.

و عموما، و بعملية حسابية بسيطة، نجد النسب التالية للتغطية بالهيكل الصحية بولاية معسكر:

- 1,91 سرير لكل ألف ساكن (1886 سرير استشفائي)، بمقابل مرجعي مقدر بـ 1,9 سرير لكل ألف ساكن على المستوى الوطني، 6,1 سرير و 2,5 سرير لكل ألف نسمة بالاتحاد الأوروبي والعالم على الترتيب¹،
- عيادة متعددة الخدمات لكل 30835 نسمة،
- قاعة علاج واحدة لكل 5060 نسمة.

و لتلبية احتياجات المواطنين الصحية نجد ما مجموعه 214 طبيب مختص بإقليم الولاية و 631 طبيب عام، حيث في التغطية الصحية المختصة فأكبر تغطية هي تغطية الجراحة العامة بـ 31 طبيب مختص بما معدله طبيب جراح لكل 31830 نسمة و تغطية التخدير و الإنعاش بـ 25 طبيب مختص بما معدله طبيب إنعاش لكل 39469 نسمة، ولعل السبب راجع لحساسية التخصصين، ارتباطهم بالتشخيص الحيوي للمرضى وكذا ترابطهم مع الاختصاصات الطبية الأخرى.

أما في التغطية الطبية العامة التي تعتبر من أهم مؤشرات نجاح النظم الصحية فنجد 631 طبيب عام بالولاية بما معدله طبيب لكل 1536 نسمة، و هو ما يعادل حسابيا 65 طبيب لكل 100,000 نسمة، و هو رقم بعيد جدا عن بعض الأرقام المرجعية (183 طبيب لكل 100,000 نسمة بالجزائر ككل و 327 طبيب لنفس الكثافة السكانية بفرنسا²).

كما نجد 2996 شبه طبي بالولاية 173 قابلة و 77 عون تخدير و إنعاش، هذا و كل ما سبق موضح بالجدولين رقم 01 و 02 بالملحق رقم 1.

¹ Lits d'hôpital pour 1000 habitants publié par Groupe Banque mondiale sur :

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.BEDS.ZS?view=map>, consulté le 24/09/2020.

² Densité de médecins par département en France 2018, Publié par Statista Research Department, 7 nov. 2018 consulté le 10/09/2020 sur : <https://fr.statista.com/statistiques/657657/densite-medecins-departements-france/>.

2.1.4 التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية مسلم الطيب.

- التعريف بالمؤسسة:

رأت المؤسسة العمومية الإستشفائية مسلم الطيب النور في سنة 1986 تحت مسمى القطاع الصحي لمعسكر، و في سنة 2005 انقسم هذا القطاع إلى مصالح عمومية إستشفائية تابعة لمديرية الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات، حيث شهدت المؤسسة منذ تلك الفترة و إلى غاية يومنا هذا مجموعة من التغيرات والتطورات كان أبرزها القرار التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن الوضع القانوني¹، والقرار رقم 2565 المؤرخ في 08 ديسمبر 2007 و المتضمن مجموعة من المراسيم التنفيذية التي تنظم المصالح و الوحدات المكونة للمؤسسة العمومية الإستشفائية تحت مسمى مسلم الطيب نسبة للدكتور الشهيد الذي ناضل في سبيل استرجاع السيادة الوطنية.²

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب بمدينة معسكر و بالضبط في شارع سيدي قادة بلمختار بالمنطقة الثامنة على بعد 3.7 كلم جنوب وسط المدينة. ويمتاز موقع المؤسسة الإستشفائية بالهدوء وسهولة الوصول إليه حيث تستغرق الرحلة بالسيارة من وسط المدينة 7 دقائق في حركة السير العادية أما سيارة الإسعاف فتستغرق أقل من ذلك بكثير.

مستشفى مسلم الطيب هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي التي تغطي حاجات سكان مدينة معسكر و مجموعة من المدن المجاورة والتابعة للولاية و التي تفتقد بعض التخصصات الطبية، تحتوي المؤسسة الإستشفائية على 280 سرير بصفة رسمية و 326 سرير بصفة فعلية، وبها ما مجموعه 29 مصلحة طبية، شبه طبية وبيولوجية وتشرف على مدرسة التكوين شبه الطبي و مصالح فرعية. كل هذا لتغطية حاجات سكان الولاية البالغ عددهم 986.728 نسمة حسب إحصائيات سنة 2016، حوالي 25% منهم في مدينة معسكر عاصمة الولاية.

- الهيكل التنظيمي للمؤسسة:

يمثل المدير أعلى هرم السلطة في المؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب أين يشرف على كل من:

- مكتب التنظيم العام.
- الأمانة العامة.
- مكتب الاتصال.

و هاته المكاتب بدورها تشرف على العديد من الفروع الأخرى كما هو مبين في الشكل رقم 01 بالملحق رقم 2.

¹ الجريدة الرسمية، العدد 33، المتضمن المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007، و المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تنظيمها وسيرها، ص10.

² وثائق المؤسسة.

- الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب:
جدول رقم 08: الكوادر الطبية و الإدارية بالمؤسسة.

الاختصاص	العدد
الأطباء الاختصاصيين	47
الأطباء العامون	49
الصيدلة	05
الشبه طبيين	393
العمال المهنيين	23
الإداريين	78
المتعاقدين	64
المجموع	654

المصدر: مكتب تسيير الموارد البشرية بالمؤسسة.

- الطاقة الإستيعابية للمؤسسة:

تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب على 09 مصالح استشفائية بما مجموعه 280 سرير بصفة رسمية و 326 بصفة فعلية، هاته الزيادة في عدد الأسرة هي نتيجة لتلبية تدفق المرضى غير المنتظم و فترات الذروة الموسمية أو غير الاعتيادية التي تشهدا أو يمكن أن تشهدا المؤسسة الصحية و مصالحتها الاستشفائية، كما تحتوي على غرفتي عمليات بسعة 6 قاعات، مخبرين، وحدة نقل الدم ومخبر للتشريح المرضي (الجدول رقم 09).

جدول رقم 09: تقرير نشاط المصالح لسنة 2018.

المؤسسة	عدد الأسرة الرسمية	عدد الأسرة الفعلية	عدد المصالح الاستشفائية	قاعات العمليات الجراحية	الوحدات المخبرية	مركز نقل الدم	وحدة نقل الدم	مخبر التشريح المرضي
مسلم الطيب	280	326	9	6	2	0	1	1

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

هذا و تسعى المؤسسة الإستشفائية إلى تغطية الطلب الكبير و المتزايد على خدماتها الصحية المقدمة، أين يؤكد مكتب القبول بالمؤسسة على أن عدد المرضى المسجلين بالدخول إلى مختلف المصالح الاستشفائية الموجودة بالمؤسسة (من غير مصلحة استعجالات الجناح التقني) خلال سنة 2018 وصل إلى 18814 مريض بعدد أيام استشفاء مقدر بـ 66477 أين كان متوسط فترة الاستشفاء للمرضى مقدر بـ 3,53 يوم مما شغل 62,80 % من الأسرة المتاحة، حسب ما هو مبين في الجدول رقم 10، كما أن مكتب القبول اعتمد على الرقم الرسمي لعدد الأسرة متجاهلا في ذلك العدد الفعلي لها و غير أخذ بالاعتبار الفترات الغير اعتيادية و فترات الذروة الموسمية.

جدول رقم 10: تقرير نشاط المصالح لسنة 2018.

الفترة	عدد الأسرة	المرضى المقبولين	عدد أيام الاستشفاء	معدل فترة الاستشفاء	نسبة شغل الأسرة	معدل التحويلات بين المصالح
2018	280	18814	66477	3.53	% 62.80	64.87

المصدر : وثائق مكتب القبول بالمؤسسة الإستشفائية مسلم الطيب.

أما في تقرير النشاط المفصل التي تعده المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS، فنجد أن معظم النشاطات الصحية بالمؤسسة تنقسم إلى قسمين؛ نشاط طبي و نشاط طبي جراحي، بما يعتمد على الأرقام الفعلية لعدد الأسرة الموجودة بالمؤسسة الاستشفائية، فالنشاط الطبي الموضح في الجدول رقم 11 يترجم العدد الهائل من العمليات الطبية المنجزة بالمصالح الاستشفائية الطبية للمؤسسة، فنسبة شغل الأسرة تجاوزت 103 % بـ 6213 مريض لـ 106 سرير بهاته المصالح الطبية لسنة 2018.

جدول رقم 11: تقرير النشاط الطبي لسنة 2018.

المؤسسة	عدد الأسرة	المرضى المقبولين	عدد أيام الاستشفاء	معدل فترة الاستشفاء	نسبة شغل الأسرة	معدل التحويلات بين المصالح
مسلم الطيب	106	6213	24945	04,01	% 103,55	94,14

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

في حين نجد أن النشاط الجراحي بالمؤسسة كان كسابقه، حيث استقبلت المصالح الاستشفائية الجراحية المكونة من 220 سرير 4363 مريض، بفترة استشفاء إجمالية قدرت بـ 22377، هذا و تم إجراء 5236 عملية جراحية بالمؤسسة خلال سنة 2018 متمثلة في أغلبية استعجالية بـ 3419 عملية و 1194 عملية جراحية مبرمجة، في حين نجد 623 عملية جراحية مصنفة كعمليات خفيفة. كل هذا مبين في الجدول رقم 12.

جدول رقم 12: تقرير النشاط الجراحي لسنة 2018.

المؤسسة	عدد الأسرة	المرضى المقبولين	عدد أيام الاستشفاء	معدل فترة الاستشفاء	نسبة شغل الأسرة	معدل التحويلات بين المصالح		
						جراحة مستعجلة	جراحة مبرمجة	أخرى
مسلم الطيب	220	4363	22377	5,13	40,87	3419	1194	623

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

3.1.4 الجناح التقني للاستجالات الطبية الجراحية.

- تقديم الجناح التقني للاستجالات الطبية الجراحية:

يعتبر الجناح التقني للاستجالات أو ما يسمى عموماً بمصلحة الاستجالات الطبية والجراحية Urgence Médicaux-Chirurgicales أو UMC اختصاراً، نسبة للمصلحة الرئيسية به، أنشط المصالح على مستوى المؤسسة الإستشفائية مسلم الطيب إن لم نقل أكثرها نشاطاً وحركة، حيث يعتبر الجناح و إلى جانب تقديمه للعلاجات و الإسعافات بمختلف أنواعها المعبر الرئيسي والأساسي لكل المرضى المقيمين في مختلف مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية مستشفى مسلم الطيب أو المؤسسة العمومية الاستشفائية يسعد خالد بمعسكر.

ولعل أبرز دليل على ذلك هو العدد الكبير من المرضى الذين يتم استقبالهم والذي يفوق معدل 300 مريض يومياً ما بين المرضى المراجعين و المقيمين، وهو ما يفرض ضغطاً كبيراً وازدحاماً خانقاً في الجناح التقني. و تحتوى مصلحة الاستجالات بهذا الجناح على 6 غرف للمراقبة الطبية، بسريرين في كل غرفة، أين نجد غرفة مخصصة للعزل ضد بعض الأمراض الخطيرة و المعدية (EBOLA, Zika, ...etc). كما تحتوي على 3 قاعات: قاعة للعلاجات الغير مستعجلة، قاعة للإسعافات المكثفة أو ما يسمى بغرفة العمليات المصغرة والمجهزة بأحدث تجهيزات الإنعاش، قاعة الجص و تضميد الجروح. بالإضافة إلى هذا تحتوي المصلحة على عدة مكاتب: مكتب للاستشارة الطبية (بغرفتين: أ و ب)، مكتب للاستشارة الطبية المتخصصة، مكتب منسق النشاطات الطبية، مكتب الأرشيف و المساعدين الطبيين و مكتب للمرضين.

و لضمان توفر خدمات الاستجالات 24/24 و على مدار الأسبوع يداوم في المصلحة 16 طبيب عام مشكلين 4 فرق طبية بمعدل 4 أطباء لكل فرقة، حيث تعمل الفرق بدوام عمل 24 ساعة. كما تستفيد المصلحة من الأطباء الاختصاصيين لمختلف المصالح و الذين يقومون بالمناوبة في المصلحة بنظام عمل الـ 24 ساعة، والمقسمين على النحو التالي (الجدول رقم 13).

جدول رقم 13: الكفاءات الطبية المختصة المناوبة بالجناح التقني للاستجالات لسنة 2018.

جراحة العامة	جراحة العظام	التخدير و الإنعاش	جراحة الأسنان	جراحة المخ و الأعصاب	جراحة القفص الصدري
06 أطباء	05 أطباء	05 أطباء	04 أطباء	02 أطباء	01 طبيب
جراحة المسالك البولية	التصوير المغناطيسي و الأشعة	الجهاز الهضمي	علم السموم	تحاليل الدم	الطب الشرعي
01 طبيب	01 طبيب	01 طبيب	01 طبيب	01 طبيب	02 طبيب

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

أما بخصوص الشبه الطبيين فنجد: 36 ممرض مختص في العناية المركزة ما بين ممرض ممتاز للصحة العمومية IMSP، ممرض رئيسي للصحة العمومية IPSP، ممرض للصحة العمومية ISP، مساعد رئيسي الممرضين APTS، و مساعدي التمريض ATS. حيث يشكل هؤلاء الممرضين 4 فرق بمعدل 9 ممرضين في كل فرقة، بالإضافة إلى رئيس المصلحة والذي يقوم بدور منسق النشاطات نهاراً و 3 منسقين للنشاطات الطبية

والجراحية برتبة إطار في الصحة العمومية، أين تعمل فرقة بدوام العمل العادي و الممتد من الساعة 8 صباحا إلى الساعة 4 مساء، و 3 فرق بدوام عمل الليل و الممتد من 4 مساء إلى 8 صباحا. و بالإضافة للمرضين نجد ما مجموعه عشرة (10) من مشغلي أجهزة التصوير بالأشعة، اثني عشر (12) مخبري و عشرون (20) مختص في البيولوجيا إما موظفين دائمين أو متعاقدين بعقود ما قبل التشغيل في مخبر التحاليل الطبية. تجدر الإشارة أن كل من مشغلي أجهزة التصوير بالأشعة و المخبريين يعملون بنفس دوام المرضيين. كما يعمل بالمصلحة 14 سائق لسيارات الإسعاف و 4 ناقلين للمرضى (brancardier) و 6 أعوان للاستقبال و التوجيه.

- أرقام و إحصائيات عن الجناح التقني للاستعجالات:

هذا و يشهد الجناح التقني للاستعجالات توافدا هائلا للمرضى كما هو مبين في الجدول رقم 14، فخلال سنة 2018 استقبل هذا الأخير 109190 مريض لتلقي الفحوصات و الاستشارات على يد الأطباء العاميين و 24406 لتلقي الفحوصات و الاستشارات على يد الأطباء المختصين، كما تعامل الجناح مع 94104 حالة طبية مستعجلة و 66748 حالة طبية جراحية مستعجلة. هذا و بلغ عدد المرضى المقبولين بمصلحة الاستعجالات للجناح التقني 21499 مريض في سنة 2018، كل هذا تم استقباله في أسرة الجناح البالغ عددها 12 سرير بما ينتج عنه نسبة شغل الأسرة تتجاوز ال 100 % خاصة في الفترات الغير اعتيادية و فترات الذروة مما يضع الطاقم المعالج في العديد من الأوقات في وضعيات أين لا يوجد أماكن شاغرة بالجناح التقني، كما تعتبر فئة المرضى المقبولين بمصلحة الاستعجالات للجناح التقني الفئة الأنسب للاستجواب نظرا لكونها الفئة التي أمضت أكثر وقت بهذا الجناح مما ينتج عنه أكبر احتكاك ممكن مع الجناح، عماله والخدمات المقدمة به.

جدول رقم 14: تقرير النشاط للجناح التقني للاستعجالات لسنة 2018.

عدد الاستشارات و الفحوصات				المقبولين بالمصلحة	عدد الأسرة	المصلحة	الجناح
استعجالات جراحية	استعجالات طبية	العامية	المختصة				
66748	94104	109190	24406	21499	12	مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية	الجناح التقني رقم 1

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

و لا يكتفي الجناح التقني بالمرضى السابقين الذكر فقط، بل يحول إليه أيضا المرضى من أرجاء الولاية نظرا لغياب بعض الاختصاصات أو كلها بتلك المؤسسات العمومية، فتحتل المؤسسة العمومية الاستشفائية لتيغنيف المرتبة الأولى كأكثر من حول إليه ب 242 تحويل، في حين أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لبوحنيفية قد قامت ب 84 تحويل كأكثر مؤسسة للصحة الجوارية تحول للجناح بالإضافة لمؤسسات أخرى كالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بكل من تيزي و عين فارس ب 115 تحويل، كل هذا مبين في الجدول رقم 15.

جدول رقم 15: تقرير التحويلات المتكفل بها بالجنح التقني من داخل الولاية لسنة 2018.

مؤسسات أخرى	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حسين	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوحنيفية	المؤسسة العمومية الاستشفائية المحمدية	المؤسسة العمومية الاستشفائية تيغنيف	المؤسسة العمومية الاستشفائية غريس	الفترة
115	40	84	38	242	82	سنة 2018

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

4.1.4 الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.

تم افتتاح الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل ببلبوري رحمة، في 17 جوان 2015، بسعة 60 سريرا لتخفيف الضغط عن مقر المؤسسة العمومية مسلم طيب واستبدال البناء الجاهز بالبناء الإسمنتي، مع الحفاظ على التبعية الإدارية و المالية للمؤسسة العمومية مسلم طيب مؤقتا في انتظار الحصول على الاستقلالية المالية والإدارية بحدود سنة 2021.

و تحتوي مصلحة الأم و الطفل على ما مجموعه سبعة (07) أقسام للتكفل بالنساء الحوامل و الأطفال المرضى، و أمام الضغط الكبير المفروض تم رفع الطاقة الاستيعابية للمؤسسة من 60 سرير إلى 94 سرير، مع وجود 06 غرف للعمليات الجراحية، وحدتين للتحاليل المخبرية و نقل الدم و وحدة للأشعة، كما هو مبين في الجدول رقم 16.

الجدول رقم 16: هياكل مصلحة الأم و الطفل ببلبوري رحمة.

مؤسسة	عدد الأسرة الرسمية	عدد الأسرة الفعلية	عدد المصالح الاستشفائية	قاعات العمليات الجراحية	الوحدات المخبرية	وحدة الأشعة	وحدة نقل الدم	مخبر التشريح المرضي
مصلحة الأم و الطفل ببلبوري رحمة	60	94	07	6	1	1	1	0

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

هاته الأقسام و الوحدات هي تحت لواء العديد من الكفاءات الطبية و الشبه طبية كما هو مبين في الجدول رقم 17، بالإضافة إلى ستة (06) أطباء إنعاش و تخدير، ثلاث (03) جراحي أطفال، أربع (04) أطباء أطفال يقومون بالمناوبة بالمصلحة بالشراكة مع باقي أقسام المؤسسة العامة بمستشفى مسلم طيب.

الجدول رقم 17: تعداد الموارد البشرية لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة.

الشبه طبيين				أعوان التخدير والإنعاش	القابلات	الأطباء العامين		أطباء أمراض النساء و التوليد		المؤسسة
قسم الأشعة	قسم التحاليل المخبرية	قسم استعجالات الأطفال	قسم أمراض النساء و التوليد	05	30	قسم استعجالات الأطفال	قسم أمراض النساء و التوليد	الأجانب	الجزائريين	مصلحة الأم والطفل بلبوري رحمة
05	22	25	45			13	04	04	02	

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

كما تشهد هذه الأقسام عددا كبيرا من المرضى حيث بلغ عدد المرضى الذين المقبولين بها 8238 مريض عام 2018 كما هو مبين في الجدول رقم 18 مما دفع بمسؤولي المصلحة إلى إضافة 34 سريرا إضافيا ليصبح العدد الإجمالي 94 سريرا.

الجدول رقم 18: أرقام حول الأنشطة الطبية لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة.

العملية		معامل الدوران	معدل الاستشفاء	نسبة شغل الأسرة	أيام الاستشفاء	المرضى المقبولين	عدد الأسرة الفعلي	المصلحة
ولادة قيصرية	ولادة عادية	87,64	2,33	83:55	19155	8238	94	أمراض النساء و التوليد
2237	3739							

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

نفس الجدول رقم 18 يوضح عدد أيام الاستشفاء المقدرة بـ 19155 يوما بمعدل 2.33 يوما لكل مريض. بالإضافة إلى 3739 عملية ولادة عادية و 2237 عملية ولادة قيصرية بمعدل 10.2 و 6.13 تدخلات في اليوم على التوالي. أما معامل الدوران بين الأقسام المختلفة للمصلحة فهو في حدود 87,67 %، كما أن العديد من المرضى المقبولين بمصلحة الأم و الطفل قد لا يخضعون لعملية ولادة سواء عادية أو قيصرية، أين نجد بعملية حسابية بسيطة أن 2262 مريضة تلقت العلاج المتمثل في الاستشفاء لمتابعة الحمل و مضاعفاته في الفترة المذكورة. كما أن هذه الأرقام و بالرغم أنها تعكس جزءا من الواقع فهي لا تعكسه كليا فالمرضى المحولين من مؤسسات صحية أخرى غير مسجلين في هذا الجدول وكذلك الاستشارات العامة والتخصصية على الرغم من استهلاكهم الكثير من الوقت والموارد و لعل السبب راجع إلى أن هاته الاستشارات و التحويلات يتم التكفل بها تلقائيا دون حصولها على قسمية الدخول للمؤسسة الاستشفائية، هاته القسمية يحوز عليها فقط من يصرح له بإمضاء الليلة بالمؤسسة. كما أن نسبة شغل الأسرة لا تعطي اعتبارا لفترات الذروة الموسمية التي تتجاوز النسبة بها الـ 100%، كل هذا يعبر عن التدفق الهائل للمرضى الذين يمكن أن يكون غير منظم.

هذا و يجدر التنويه إلى النقص المسجل في الأرقام و المعطيات الرسمية الخاصة بمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة خاصة الفترة الممتدة من 2016 إلى 2019 و تلك الخاصة باستعجالات الأطفال و هو ما يمكن أن يؤثر لو بشكل طفيف على تحليلنا الدراسي.

2.4 خطوات إجراء الدراسة الميدانية.

بعد التطرق لمختلف المفاهيم والأطر النظرية بما يتعلق بموضوع دراستنا، نصل إلى مساهمتنا الشخصية والمتمثلة أساسا في الدراسة الميدانية. و سنتعرض في هذا المبحث إلى مختلف الخطوات المتبعة أثناء الدراسة الميدانية في سبيل الوصول إلى النتائج و الأهداف المسطرة.

1.2.4 منهجية الدراسة الميدانية.

- منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا الميدانية على المنهج الوصفي التحليلي، فاستعملنا المنهج الوصفي في وصف مختلف خصائص العينة المدروسة و مجال دراستها، أما المنهج التحليلي فاستعمل في تحليل المعطيات المتوفرة لدينا بمختلف أنواعها.

- حدود الدراسة:

ككل الدراسات السابقة و القادمة، لدراستنا حيز زمني، مكاني و بشري يمكن اختصاره في الحدود التالية:

• الحدود الزمنية:

أجريت الدراسة الميدانية خلال الثلاثي الأخير و الثلاثي الأول لسنتي 2018 و 2019، فما يقارب الستة أشهر هي مدة أكثر من كافية لإجراء دراسة ميدانية بما يمكن تجنب مختلف الفترات الشاذة أو فترات الأزمة كفترة الأوبئة و نحوها، كما أن أدوات جمع المعلومات من محاكاة تجريبية و توزيع للاستبيان تمت في أوقات مختلفة من اليوم (الليل و النهار ..) و في مختلف أيام الأسبوع و هذا لإضفاء طابع التوازن ما بين ساعات الذروة، العطل الأسبوعية، أوقات تغيير الفرق و الطواقم العاملة و غيرها.

• الحدود المكانية:

الجناح التقني رقم 1 للاستعجالات الطبية الجراحية و الجناح التقني رقم 2 لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة التابعين إداريا للمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب بمدينة معسكر.

• الحدود البشرية:

شملت الدراسة مجموعة من المرضى المعالجين المقيمين بالجناح التقني للاستعجالات الطبية الجراحية والجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.

- صعوبات الدراسة:

واجهتنا في دراستنا الميدانية جملة من الصعوبات والعقبات والتي إن كانت في صف ضدنا إلا أنها كانت وقودا لعزيمتنا في سبيل إتمام الدراسة والأطروحة ككل، ويمكن تلخيص أبرز الصعوبات في:

• صعوبة الوصول إلى إحصائيات رسمية دقيقة و واضحة:

أين تتجلى هاته الصعوبة في تناقض الأرقام ما بين أرقام مكتب القبول، أرقام سجلات مصالح الجناح التقني و أرقام نيابة المديرية للأنشطة الطبية، كما ننوه لصعوبة الوصول إلى أرقام دقيقة عن الوضع الصحي في الجزائر ككل،

• صعوبة استجواب المرضى:

فالمريض المستجوب و الذي يكون في حالة صحية غير عادية ممزوجة بمشاعر الخوف، القلق والارتباك يجد نفسه مخيرا لا مجبرا على الإجابة على استبيانين في فترتين حساستين من فترات مساره العلاجي (خاصة الاستبيان الأول الذي يقدم للمريض لحظة وصوله للمستشفى)،

• الحريق الذي نشب بالصيدلية المركزية للمستشفى:

بتاريخ 21 نوفمبر 2018 و بسبب شرارة كهربائية نشب حريق بالصيدلية المركزية للمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب، و نظرا لكبر الحريق و حساسية الموقع تم تجنيد الجناحين التقنيين محل الدراسة لاستقبال المرضى المقيمين بالمصالح الاستشفائية ضحايا الاختناق بدخان الحريق و هو ما جعل الجناحين التقنيين يمثلان عن بكرة أبيهما و يعيشان أوضاع غير اعتيادية مما دفعنا اضطرارا لإلغاء ما يقارب 45 عينة إحصائية كانت محل الدراسة و الاستبيان في تلك الليلة.

2.2.4 أدوات جمع المعلومات.

بما أن موضوع دراستنا يتمحور حول قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية و بتبنينا للمنهج الوصفي التحليلي، كان لزاما علينا استعمال أدوات مختلفة لجمع المعلومات في كل مرحلة من مراحل الجمع على النحو التالي:

- أولا: مرحلة الدراسة الوثائقية: و تتمثل في الدراسة الاستطلاعية التي تمت بمديرية الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات لولاية معسكر و المديرية الفرعية للنشاطات الصحية (SDAS)، مكتبي القبول بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب و مصلحة الأم و الطفل ببلجوري رحمة بذات الولاية. فاعتمدت الدراسة أساسا على الوثائق، الأرقام و الإحصائيات الرسمية الموجودة على مستوى ما سبق ذكره.

- ثانيا: مرحلة جمع البيانات الأساسية: و التي شهدت تطبيق نموذج RATER لاختبار فرضيات الدراسة و تحليل النموذج لاحقا باستخدام أدوات إحصائية الممثلة بالبرنامج الإحصائي SPSS v19 و ملحقه

AMOS v20، فتمثلت أساساً في الاستبيان الذي يعتبر على رأس أدوات جمع البيانات و المعلومات أهمية في علوم التسويق و إدارة الأعمال أهمية، فيعرف على أنه " استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية، أين يجب على كل مشارك الإجابة عليها شخصياً".¹ وفي دراستنا قمنا بتصميم الاستبيان كأداة رئيسية لاستقصاء آراء المرضى المقيمين بالمصلحة الممثلة لمجتمع الدراسة، حيث تكون الاستبيان من ثلاث (03) أجزاء على النحو التالي:²

- الجزء الأول: يحتوي على الأسئلة التي تعالج المعلومات الشخصية لعينة الدراسة وسوابقها،
 - الجزء الثاني: الذي يحتوي على (22) عبارة الممثلة للأبعاد الخمسة لنموذج RATER (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي)، أين تسعى هاته العبارات لتحديد توقعات المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة،
 - الجزء الثالث: الذي يحتوي على (22) عبارة الممثلة للأبعاد الخمسة لنموذج RATER (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي)، و على عكس عبارات الجزء الثاني تسعى عبارات هذا الجزء لتحديد إدراكات المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمصلحة.
- هذا و كان الجزآن الثاني و الثالث من الاستبيان مستمدان أساساً من الأبعاد الخمسة لنموذج SERVQUAL أو ما يطلق عليه اختصاراً بـ RATER، أما العبارات المكونة لهاته الأبعاد فاعتمدنا على أبرز الدراسات التي كلفتها و صقلتها بما يتناسب و مميزات و طبيعة الخدمة الصحية على النحو التالي:³ (الجدول رقم 19).

جدول 19: تكيف أبعاد RATER مع الخدمة الصحية.

الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	الضمان	التقمص العاطفي
1. حداثة معدات و تجهيزات المنظمة الصحية، 2. الرؤية الجاذبة للتسهيلات المادية، 3. المظهر الأنيق لموظفيها، 4. جاذبية و تأثير المواد المرتبطة بخدماتها.	1. وفاء المنظمة الصحية بالتزاماتها التي وعدت بها المستفيدين، 2. اهتماماتها بحل مشاكلهم، 3. حرصها على تقديم خدماتها في الوقت المحدد و بشكل دقيق و سري، 4. الثقة و الأمان من قبل المرضى في مهارات المهنة الطبية، 5. احتفاظها بسجلات دقيقة عن محتوياتها و خدماتها.	1. اهتمام المستشفى بإعلام المستفيدين عن وقت تقديم الخدمة، 2. حرص العاملين على تقديم خدمة فورية للمستفيدين، 3. الرغبة الدائمة لدى العاملين في مساعدة المستفيدين، 4. التجاوب الفوري من قبل العاملين مع طلبات المستخدمين بالرغم من انشغال العاملين.	1. الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى، 2. اطمئنان المستفيد بأنه بأيد أمينة مع العاملين في المستشفى، 3. التفاعل بين الطاقم الطبي و المستفيدين و التعامل معهم بلطف و لياقة، 4. مدى توفر الجدارة و الكياسة و المصداقية لدى العاملين في أداء العمل.	1. اهتمام إدارة المستشفى بالمستفيدين اهتماماً شخصياً، 2. قدرة العاملين في المستشفى على تقديم العناية الشخصية للمستفيدين. 3. معرفة حاجات المستفيدين من قبل العاملين. 4. تقدم إدارة المستشفى أفضل ما لديها للمستفيدين. 5. العمل بساعات عمل حسب حاجات المستفيدين.

المصدر: (Cauchick Miguel & others (2004).

و بهدف تقييم متغيرات الجزء الثاني و الجزء الثالث تم الاعتماد على سلم ليكرت ذو السبع نقاط (7 point Likert scale)، من 1 الذي يشير إلى عدم الموافقة المطلقة و الرضا منخفض جداً إلى 7 الذي يشير إلى الموافقة المطلقة و الرضا المرتفع جداً حسب ما هو موضح في الجدول رقم 20.

¹ مهدي حسن زويلف، " منهجية البحث العلمي"، دار الفكر للطباعة و النشر، عمان، الأردن، 1998، ص55.

² الملحق رقم 3.

³ Cauchick Miguel P. A. and Salomi, G. E. (2004), "A review of models for assessing service quality", Producao, Vol. 14, No. 1., p. 12.

الجدول 20: سلم ليكرت المستعمل.

سيئة جدا	سيئة	سيئة قليلا	لاأدري	مقبولة	جيدة	ممتازة
1	2	3	4	5	6	7

فحسب السلم المستعمل نجد ثلاثة مجالات للتقييم:

- المجال الأول: من 1 إلى 3 تقييم سلبي للخدمة،
 - المجال الثاني: و هو الموضع 4 الذي يعكس نقص المعرفة بالخدمة و الذي يمكن تفسيره أيضا بالموضع الحيادي،
 - المجال الثالث: و هو المجال من 5 إلى 7 و الذي يعكس التقييم الإيجابي.
- أما المعالجة الإحصائية للبيانات فستؤدي بالضرورة إلى متوسط القيم بين 1 و 7 حسب الإجابات المقدمة:
- من 1 إلى 3,5: يعبر عن بيان سلبي،
 - من 3,5 إلى 4,5: يدل على بيان متوسط،
 - من 4,5 إلى 7 : هو بيان إيجابي.

هذا و تم توزيع الاستبيان على مرتين لكل مريض مستجوب، فيجيب هذا الأخير عن الجزئين الأوليين عند دخوله للمصلحة في حين يجيب على الجزء الثالث لحظات قبل مغادرته للمصلحة، هذا الإجراء و إن كان قابل للتحقيق إلا أنه صعب التحقيق و المنال نظرا لصعوبات الدراسة المذكورة سابقا. كما أن إجابة المريض المستجوب عن الاستبيان بشقيه أثناء تواجده بالهيكل الإستشفائي لا يسمح بنظرة باردة قد تختلف عن النظرة الساخنة، و هو الحد الذي من غير الممكن تجاوزه نظرا للقيود المرتبطة بالمريض.

- ثالثا: مرحلة جمع البيانات النهائية: و هي المرحلة التي تعتبر امتدادا لنتائج سابقتها، أين اعتمدنا على الأدوات التالية:

- الملاحظة: تعتبر من "أبسط وسائل جمع البيانات و أقدمها في علوم التسويق القائمة على تدوين ونقل الأحداث بكل موضوعية"¹، فمن خلال المراقبة المباشرة للأشخاص، يكون اختصاصي التسويق قادرا على تحديد الإجراءات ومشاهدة كيفية استجابة الموضوعات لمختلف المحفزات، و بالنسبة إلى قياس جودة الخدمات تعد أبحاث التسويق القائمة على الملاحظة واحدة من أبسط الطرق و أنجعها لتدوين ما لم يتم التصريح به أو الإجابة عنه.

- المحاكاة التجريبية: تعتبر المحاكاة التجريبية من أكثر تقنيات علوم الإدارة والتسويق أهمية في دراسة المشكلات المعقدة، فتعرف على أنها "مرحلة من مراحل السعي لبناء نماذج تظهر عمل علاقات معقدة للغاية"². فتعقيد بعض الظواهر الإنسانية يدفعنا لإعادتها مرارا وتكرارا بهدف السعي إلى تسجيل و تحليل مختلف السلوكيات للخروج لنموذج نهائي، و هو الحال بالنسبة للمستهلك الخدمة الصحية، فخلال مسار تلقي العلاج قد

¹ Easterby S. M. Thorpe R. and Lowe A. (2002), "Management Research: An Introduction", Sage Publications, London, UK.

² Balderston F. E. and Hoggatt A. (1964), "Simulating Market Processes", In R. L. Day (Ed.), Marketing Models, Scranton, Pennsylvania: International Textbook Company, 29-39.

يقوم بأفعال و يصرح بأقوال قد تساعدنا في الوصول إلى نموذج لقياس مدى رضاه عن جودة الخدمة الصحية المقدمة.

أما في حالتنا فتقتضي التجربة بالوقوف كطرف ملاحظ غير مؤثر على سير المسار العلاجي للمريض في الجناح التقني، فتم اختيار خمس مرضى عشوائياً من كل جناح تقني و مرافقتهم من بعيد بالشكل الذي لا يؤثر على مسارهم العلاجي، و الاعتماد على الملاحظات وردود أفعالهم المنطوقة أو المعبر عنها بحركات، تصرفات وحتى إيماءات، و تم تسجيل كل شيء صالح للتحليل حتى الوقت المستغرق في تلقي الخدمات العلاجية. فتمت هاته المحاكاة في الأسبوع الأول من أكتوبر 2018، أما زمن استغراقها فيختلف باختلاف زمن بقاء المريض في الجناح التقني في حين أن أوقاتها فكانت في مختلف ساعات اليوم كما سنتطرق إليه لاحقاً بشيء من التفصيل.

• المقابلة: تعرف على أنها "طريقة من طرق جمع البيانات أين يطلب من المشاركين في البحث أو الدراسة إيفادنا بالبيانات و المعلومات التي نحتاجها"¹. و في موضوع دراستنا كانت المقابلة مع مسؤولي الجناح التقني رقم 1 و 2 بالمؤسسة العمومية الإستشفائية مسلم الطيب من إداريين، أطباء رئيسيين و ممرضين منسقين للنشاطات الطبية، أين تمحورت النقاشات حول الملاحظات المسجلة في المحاكاة التجريبية، تعليقاتهم حولها وأبرز الجهود للرقى و تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

3.2.4 موثوقية أداة التقييم الرئيسية.

أما للتحقق من ثبات أداة التقييم الأساسية المتمثلة في الاستبيان تم اعتماد معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Chronbach)، "و هو أحد مقاييس الموثوقية الأكثر استخداماً في العلوم الاجتماعية والتنظيمية، أين يصف ألفا كرونباخ موثوقية مجموع (أو متوسط) قياسات q حيث قد تمثل قياسات q مقيمين، مناسبات، أشكال بديلة أو عناصر استبيان أو اختبار ما...والذي يكون ذو دلالة إحصائية عالية إذا كانت درجة اعتماديته أكبر من 60%..."².

أما في دراستنا الحالية، فبلغت الدرجة الإجمالية لهذا المعامل 0,901 مع تسجيل 0,924 لإجمالي الإدراكات و 0,913 لإجمالي التوقعات . أما فيما يخص أبعاد الدراسة فتم الحصول على 0,935 بالنسبة لعناصر النموذج التي تعالج إدراكات المرضى المستخدمين للخدمة المقدمة، و 0,934 بالنسبة لعناصر النموذج التي تعالج توقعاتهم بالنسبة للجناح التقني رقم 1، أما فيما يخص الجناح التقني رقم 2 فقد بلغت قيمة المعامل 0,907 و 0,924 لكل من إجمالي الإدراكات والتوقعات على الترتيب.

كل هذا يعبر عن قيمة ذات دلالة إحصائية عالية تترجم وجود ترابط بين عبارات الاستبيان، حيث يوضح الجدول 21 نسبة المعامل لكل من أبعاد التوقعات و الإدراكات على حدى بما يتقابل مع كل جناح تقني.

¹ Churchill G.A. Jr. and Iacobucci D. (2004), "Marketing Research: Methodological Foundations", 9th Edition, Southwestern Publications, Cincinnati, OHIO, USA.

² Douglas G. Bonett and Thomas A. W. (2014), "Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning", Journal of Organizational Behavior, 36(1), p02.

الجدول 21: نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات أداة الاستبيان.

Elements	Alpha de Cronbach for expectations		Alpha de Cronbach for perceptions	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	,689	,676	,629	,693
الإعتمادية	,810	,850	,892	,910
الإستجابة	,697	,852	,800	,619
الضمان	,648	,729	,863	,916
التقمص العاطفي	,701	,655	,769	,755
Total	,934	,924	,935	,907
	,913		,924	
	,901			

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS.

3.4 عينة الدراسة الميدانية.

جاء هذا المبحث ليقدم عينة دراستنا الميدانية بشقيها الكمي و النوعي و هذا بتعريف الأطراف الفاعلة الممثلة لها و تحليل خصائصها الشخصية و السوسيوديمغرافية بما يمهد لمساعدتنا في دراسة و تقييم جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة.

1.3.4 تقديم عينة الدراسة الكمية.

تتمثل عينة دراستنا الميدانية من المرضى المقبولين بمصلحة الاستعجالات للجناح التقني للاستعجالات، النساء الحوامل أو المريضات المقبولين بإحدى مصالح أمراض النساء و التوليد بالجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل و مرافقي الأطفال المرضى المقبولين بمصلحة استعجالات الأطفال بالجناح التقني لنفس المصلحة الأخيرة.

و منه يمكن تعريف أفراد العينة الدراسية المستجوبة على النحو التالي:

- المرضى: و الذين يمكن تعريفهم على أنهم الأشخاص الذين يعانون من اضطراب وظيفي أو عضوي، أو بعبارة أبسط هم أشخاص من مختلف الأعمار بوضع صحي غير اعتيادي. هاته الفئة هي أساس وجود المستشفيات و المنظمات الصحية، و هي لب دراستنا الميدانية، فإرضاؤها هو النجاح الأساسي لهاته المنظمات،
- مرافقي المرضى: بما أن المرضى هم في وضع صحي غير اعتيادي، فمن الطبيعي أن تتم مرافقتهم من قبل بعض الناس هم في الغالب أناس مقربون منهم على شاكلة أفراد العائلة (أب، أم، أخ، ابن، ...) أو أصدقاء و حتى زملاء عمل و نحو ذلك، أما في حالة الأطفال القصر فيكون لزاما على هاته الفئة أن تكون برفقة ولي أمرها القانوني. و سواء كان المرافقون لمريض بالغ أو قاصر فتأثيرهم كبير على المرضى من جهة وعلى الطاقم المعالج من جهة أخرى و ذلك عن طريق تدخلاتهم و تصرفاتهم أثناء مرافقتهم للمرضى، كما أن تأثيرهم قد يكون سلبي كما قد يكون إيجابيا في كثير من الأوقات.

الجدول رقم 22 يمثل توزيع أفراد العينة حسب مصلحة العلاج و الجناح التقني التي تم استجوابهم به.

جدول رقم 22: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مصلحة العلاج.

النسبة المئوية	حجم العينة	مصلحة إقامة المريض	
45 %	135	الاستعجالات الطبية الجراحية	الجناح التقني 1
25 %	75	استعجالات الأطفال	الجناح التقني 2
30 %	90	أمراض النساء و التوليد	
100 %	300	-	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

فمن مجموع 300 مريض مستجوب، كانت الحصة الأكبر للاستعجالات الطبية الجراحية المصلحة الرئيسية بالجناح التقني رقم 1 بما نسبته 45%، فأمراض النساء و التوليد بنسبة 30 % تليها استعجالات الأطفال بـ 25%

و هو ما يمثل الجناح التقني رقم 2. و لعل تباين حجم العينة راجع لتباين النشاط بكل مصلحة من مصالح الجناح التقني كما أن طبيعة المصلحة و طبيعة المستجوبين تكون عائق أمام استجواب عدد أكبر من هذا.

2.3.4 الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة.

يمثل كل من الجنس، السن، مكان السكن و نحو ذلك خصائص أفراد عينة الدراسة الشخصية المستخلصة من الجزء الأول للاستبيان المقدم لهم في حين تمثل طريقة الوصول، خيار العلاج و سبب اختيار الجناح التقني من العوامل الشخصية المكملة للخصائص السابقة الذكر، فكانت المخرجات على النحو التالي:

- الجنس:

يمثل الجدول رقم 23 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس، و على الرغم من تجاوز نسبة الذكور لثلاثي العينة المدروسة في كل من مصلحتي الاستجالات الطبية الجراحية و استجالات الأطفال، إلا أن ما يفوق نصف أفراد العينة الإجمالية من الإناث و يرجع سبب ذلك إلى مصلحة أمراض النساء و التوليد التي من البديهي أن تكون نسبة الإناث بها 100%.

جدول رقم 23: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

النسبة المئوية		الجنس		مصلحة إقامة المريض		
27,66 %	ذكر	83	ذكر	الاستجالات الطبية الجراحية		الجناح التقني 1
17,33 %	أنثى	52	أنثى			
20,00 %	ذكر	60	ذكر	استجالات الأطفال		الجناح التقني 2
		15	أنثى			
35,00 %	أنثى	---	ذكر	أمراض النساء و التوليد		
		90	أنثى			
100 %		300		-		المجموع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

- السن:

في الجدول رقم 24، نجد توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن، حيث جل أفراد العينة من الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 40 سنة بما نسبته 83,34 %، و هما الفئتان الممثلتان لمرحلتي الشباب والرشد أين يكون الإنسان في أوج قوته بالإضافة إلى تمثليهما للفترة السنوية للخصوبة عند النساء و هي الفترة الأكثر ترددا على مصلحة أمراض النساء و التوليد، فنجد 173 شخص مستجوب من الذين تتراوح أعمارهم ما بين الـ20 والـ30 سنة بما نسبته 57,67 % و 77 شخص في مجال الـ30 إلى الـ40 سنة بنسبة 25,67 %، أما الشباب المراهقين أقل من 20 سنة فبلغ عددهم 25 بنسبة 8,33 % و هو ما يشكل رقم ضعيف مقارنة بوزنهم في إجمالي عدد السكان، و من 40 سنة إلى 50 سنة 11 شخص بنسبة 3,67 %، في حين نجد 4 أشخاص أعمارهم تتجاوز الـ50 سنة بنسبة 4,67 %، و هو ما يؤكد أن المستشفى يستقبل مختلف الفئات العمرية خاصة الفئات النشطة والعاملة الأكثر عرضة للحوادث و الأمراض.

جدول رقم 24: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.

الفئات العمرية	الجناح التقني 1		الجناح التقني 2		المجموع	
	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	12	8,9 %	13	7,9 %	25	8,33 %
من 20 إلى 30 سنة	61	45,2 %	112	67,9 %	173	57,67 %
من 30 إلى 40 سنة	48	35,6 %	29	17,6 %	77	25,67 %
من 40 إلى 50 سنة	6	4,4 %	5	3,0 %	11	3,67 %
أكثر من 50 سنة	8	5,9 %	6	3,6 %	14	4,66 %
المجموع	135	100 %	165	100 %	300	100 %

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

- مكان السكن:

يقدم الجدول رقم 25 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان السكن، فعلى الرغم من وجود المصالح الثلاث للجناحين التقنيين بمدينة معسكر إلا أن ما يفوق نصف العينة المدروسة مصدرها خارج المدينة، ف 143 فرد من العينة المستجوبة من القاطنين بمدينة معسكر بما نسبته 47,67 %، تليها مدينة تيغنيف ب 52 فرد بنسبة 17,33 %، فغريس ب 22 فرد بنسبة 7,33 % و المحمدية ب 18 فرد بنسبة 6 %، كما نجد 65 فرد بما نسبته 21,67 % من القاطنين من أماكن غير السابقة الذكر كدائرتي البرج و عين فارس بصفة كبيرة. و عموما واقع أن أكثر من نصف أفراد العينة المستجوبة من خارج مدينة معسكر بما نسبته 52,33 % يشكل نسبة مرتفعة مقارنة بالأرقام الرسمية للتحويلات من المؤسسات العمومية الأخرى بالولاية مما يدل على أن العديد من المرضى يفضلون القدوم مباشرة إلى الجناحين التقنيين 1 و 2 دون المرور على المؤسسات الصحية بمقر سكنهم، كما أن طبيعة الجناحين التقنيين تفرض على الطاقم المعالج استقبال المرضى بغض النظر عن مكان سكنهم و تبعيتهم للقطاع الصحي أو لا، و هو ما يشكل تحديا و ضغطا مضاعفا على الجناحين التقنيين و مواردهما المادية و البشرية.

جدول رقم 25: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن.

الدوائر الرئيسية	الجناح التقني 1		الجناح التقني 2		المجموع	
	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
معسكر	59	43,7 %	84	50,9 %	143	47,67 %
تيغنيف	25	18,5 %	27	16,4 %	52	17,33 %
غريس	15	11,1 %	7	4,2 %	22	7,33 %
المحمدية	9	6,7 %	9	5,5 %	18	6,00 %
سيق	00	0,00 %	00	0,00 %	00	0,00 %
غيرها	27	20,0 %	38	23,0 %	65	21,67 %
المجموع	135	100 %	165	100 %	300	100 %

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

- المستوى التعليمي:

يتباين المستوى التعليمي لأفراد عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول رقم 26 ، فنجد أكثر من نصف أفراد العينة المدروسة بمستوى ثانوي بما نسبته 63,67 %، في حين أن النخبة ممثلة بالمستويين الجامعي ودراسات ما بعد التدرج بما نسبته 16,66 % و 4 % على التوالي، في حين نجد ما نسبته 15,67 % للمستوى المتوسط، أما المستوى الابتدائي فهو منعدم في عينتنا المدروسة، و منه نستطيع القول أن كل أفراد عينتنا يستطيعون الكتابة و القراءة، و هو ما يسمح لهم على الأقل قراءة التعليمات و اللوحات الإرشادية و التنبيهية بالإضافة إلى الأمور الأخرى.

جدول رقم 26: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

المجموع		الجناح التقني 2		الجناح التقني 1		
النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	الفئات التعليمية
0,00 %	00	0,00 %	00	0,00 %	00	ابتدائي
15,67 %	47	15,8 %	26	15,6 %	21	متوسط
63,67 %	191	59,4 %	98	68,9 %	93	ثانوي
16,66 %	50	21,2 %	35	11,1 %	15	جامعي
4,0 %	12	3,6 %	6	4,4 %	6	دراسات عليا
100 %	300	100 %	165	100 %	135	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

- الدخل:

يمثل الجدول رقم 27 الدخل عند أفراد عينة الدراسة المستجوبة، فيتراوح الدخل ما بين 18000 و34000 دينار جزائري لـ 128 فرد منهم بما نسبته 42,67 % و هي أكبر نسبة مسجلة، تليها نسبة 30,67 % لـ 92 فرد مستجوب من دون دخل شهري ثابت (يمكن تبرير النسبة الأكبر من هاته الفئة للنساء الماكثات بالبيت واللاتي يمثلن ما نسبته 47,9 % من المعالجات بالجناح التقني رقم 2)، ففئة دخل محصور بين 34000 و50000 د.ج بما نسبته 22,33 % لـ 67 فرد و أخيرا فئة ما من 50000 و 75000 د.ج بنسبة 4,13 % بما يمثل 13 فرد من أفراد العينة المدروسة. و إجمالاً فإن جل أفراد العينة المدروسة ينتمون للمجال البادئ بفئة الدخل المعلوم و المسقف بفئة الدخل المتوسط، و هو ما قد يفسر بعدم وجود بدائل للعلاج، لكن و بوجود نسبة شبه معدومة لأصحاب الدخل المرتفع و العالي فيمكن ترجمة تفضيلات هاته الفئات لمجانبة العلاج العمومي، كما يمكن ربط هاته الأرقام بأرقام المستوى التعليمي حيث نجد أنها متقاربة و مبررة و هو ما يدل على صدق الأجوبة المقدمة.

جدول رقم 27: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدخل.

المجموع		الجناح التقني 2		الجناح التقني 1		
النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	فئات الدخل (بالدينار الجزائري)
% 30,67	92	% 47,9	79	% 9,6	13	بدون دخل
% 42,67	128	% 40,0	66	% 45,9	62	ما بين 18000 و 34000
% 22,33	67	% 9,1	15	% 38,5	52	ما بين 34000 و 50000
% 4,33	13	% 3,0	5	% 5,9	8	ما بين 50000 و 75000
% 0,00	00	% 0,00	00	% 0,00	00	أكثر من 75000
% 100	300	% 100	165	% 100	135	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

3.3.4 العوامل الشخصية متعلقة بالعينة المدروسة.

و امتدادا لهذه الخصائص الشخصية المدروسة نجد بعض العوامل الشخصية المحددة لهاته العينة و التي تعطي فكرة عن سبب و كيفية دخول المرضى إلى هاته الأجنحة التقنية و تتعدى التفكير و تتجاوز الدوافع، على النحو التالي:

- طريقة الوصول:

يمثل الجدول رقم 28 طريقة وصول المرضى و مرافقيهم للجناح التقني، فطريقة الوصول تعتبر عاملا حاسما لكيفية تلقي العلاج، فالمريض المتنقل بوسائله الخاصة يعتمد على نفسه في مختلف مراحل تلقي العلاج وهو ما يشكل 75,33 % من أفراد العينة المستجوبة، في حين أن من يتنقل برفقة طبية متخصصة يعتمد عليها اعتمادا شبه كلي في مختلف مراحل تلقي العلاج، هو ما يمثل 15,67 % للوصول برفقة الحماية المدنية و ما نسبته 9 % للوصول في سيارات إسعاف المؤسسات العمومية عن طريق تحويل رسمي. فالنسبة الأخيرة تعتبر نسبة ضئيلة ولا تبرر بصفة رسمية عدد المستجوبين القادمين من خارج مدينة معسكر و الذين تتجاوز نسبتهم الـ 50 %، مما يقر بأن أغلب القادمين من قطاعات خارج القطاع المحدد لهاته الهياكل العلاجية الاستشفائية كان دافعهم شخصي وليس رسمي مبرر بتحويل من هياكل علاجية أخرى.

جدول رقم 28: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب طريقة الوصول.

المجموع		الجناح التقني 2		الجناح التقني 1		
النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	وسيلة التنقل
% 75,33	226	% 77,0	127	% 73,3	99	بوسائلك الخاصة
% 15,67	47	% 14,5	24	% 17,0	23	الحماية المدنية
% 0,00	00	% 0,00	00	% 0,00	00	SAMU 29
% 9,00	27	% 8,5	14	% 9,6	13	سيارة اسعاف مؤسسة أخرى
% 100	300	% 100	165	% 100	135	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

- خيار العلاج:

و امتدادا للسؤال السابق، و في استجوابنا للمرضى حول وجود مكان آخر كخيار ثاني لتلقي العلاج كما هو موضح في الجدول رقم 29، أكد غالبيتهم بما نسبته 97,33% أن لديهم هذا الخيار و مع ذلك فضلوا لسبب من الأسباب التوجه مباشرة للجناحين التقنيين للاستعجالات و مصلحة الأم و الطفل كخيار أولي وأساسي لهم في سبيل تلقيهم العلاج، و هنا يمكن التفريق بين فئتين أساسيتين؛ الفئة الأولى متمثلة في المنتمين للقطاع الصحي المغطى رسميا من طرف الجناحين التقنيين، أين نجد أن خيار العلاج هنا تتمثل في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و النقاط الاستعجالية المتقدمة التي يمكن أن تتكفل بهم دون تحويلهم للجناحين التقنيين أو تحويلهم في حالة الضرورة الملحة القسوى، في حين أن خيار العلاج للفئة الثانية الغير منتمية للقطاع الصحي قد يكون متمثلا في مؤسسة عمومية استشفائية بنفس مواصفات المؤسسة العمومية الاستشفائية المسيرة للجناحين التقنيين محل الدراسة، و هو ما يطرح المغطية السؤال أكثر عن سبب اختيار هذا الجناح التقني.

جدول رقم 29: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب خيار العلاج.

وجود خيار آخر	الجناح التقني 1		الجناح التقني 2		المجموع	
	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
نعم	130	96,3%	162	98,2%	292	97,33%
لا	5	3,7%	3	1,8%	08	2,67%
المجموع	135	100%	165	100%	300	100%

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

- سبب اختيار الجناح التقني:

وجود أكثر من خيار لهياكل تلقي العلاج يدفعنا للبحث و التساؤل عن سبب كون الجناح التقني للاستعجالات و الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل الخيار البديهي و الأولي لأفراد عينة الدراسة، و بما أن السؤال يمكن الإجابة عنه باختيارات متعددة فيوضح الجدول رقم 30 كيف أن 72,67% من أفراد العينة اتفقوا على أن خيار قرب الجناح التقني من مقر سكنهم هو من الأسباب الرئيسية لتفضيل هذا الجناح، في حين أن الأسباب الأخرى تتمثل في سمعة المؤسسة بما نسبته 15,33% من أجوبة أفراد العينة، الكفاءة الطبية و جودة الخدمات بما نسبته 8,33% و 3,67% على التوالي.

جدول رقم 30: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سبب اختيار الجناح التقني.

أسباب الاختيار	الجناح التقني للاستعجالات		الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل		المجموع	
	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
القرب	94	69,6%	124	75,2%	218	72,67%
جودة الخدمة	5	3,7%	6	3,6%	11	3,67%
الكفاءة الطبية	13	9,6%	12	7,3%	25	8,33%
سمعة المؤسسة	23	17,0%	23	13,9%	46	15,33%
المجموع	135	100%	165	100%	300	100%

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS.

4.3.4 تقديم عينة الدراسة النوعية.

لطريقة تقديم العلاج و المراحل التي يمر بها المريض أثناء التحاقه، انتظاره و تلقيه للعلاج الأثر الكبير على معنويات المريض، حكمه و تقييمه للخدمة المقدمة و جودتها، لذلك كان لزاما علينا القيام بمحاكاة و تجربة ميدانية لمعرفة مختلف المراحل التي يمر بها المريض في سبيل تلقيه العلاج.

هاته الطريقة النوعية لجمع وتحليل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال مراقبة المرضى بشكل مباشر أو غير مباشر في البيئات الطبيعية لهم، غالبا ما نتيج لنا رصد التصرفات الطبيعية للمرضى بعيدا عن ذاتهم المثالية المظهرة عند الإحساس بمراقبة الغير لهم. فسلوكيات الفئة المدروسة ستكون مرتبطة و فقط بالبيئة أين تقدم الخدمات العلاجية و بعيدا عن تدخل أي طرف خارجي أو أجنبي.

و في البيئة الطبيعية للمحاكاة و تجربتنا الميدانية نجد العديد من الأطراف الفاعلة التي تدخل في المسار العلاجي للمريض و تؤثر عليه بطريقة أو بأخرى و بنسب متفاوتة، و منه يمكن تقسيم الأطراف الفاعلة في هذا المسار إلى فئتين على النحو التالي:

- الفئة المستفيدة من الخدمة الصحية العلاجية: و تتكون أساسا من المرضى و مرافقيهم كما تطرقنا إلى ذلك سابقا في المطلب الأول.

- فئة مقدمي الخدمة الصحية العلاجية و التكميلية: و التي تتكون هي أيضا من:

• أعوان الاستقبال و التوجيه: يعتبر أعوان الاستقبال و التوجيه أول احتكاك ما بين المرضى ومرافقيهم مع المنظمة الصحية، فتمثل مهمتهم الأساسية في توجيه المرضى و إرشادهم و الإجابة على مختلف استفساراتهم و تساؤلاتهم، كما لا ننسى الدور التنظيمي الموكل لهم لتفادي الازدحام أمام مكاتب الاستشارة الطبية و تنويه الطاقم المعالج في حالة وصول الحالات المستعجلة،

• الأطباء العامين و الأخصائيين: يعتبر الأطباء على رأس الفئة المقدمة للخدمة الصحية، فسواء كانوا أطباء عامين أو أطباء اختصاصيين، فتشخيصاتهم و أوامرهم هي الحلقة الأساسية في المسار العلاجي للمريض، كما أن مسؤولية الشفاء أو تدهور الحالة الصحية ترجع إليهم بالدرجة الأولى،

• الشبه طبيين: و الممثلين بالمرضى، أعوان المخبر، أعوان التصوير الإشعاعي و نحو ذلك، وهم المسؤولون عن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية و التكميلية، حيث يمضى المرضى أغلب مدة بقائهم في المستشفى تحت مراقبتهم و بالتالي فإنهم الفئة ذو أكبر تأثير على رضا المرضى،

• منسقي النشاطات الطبية بالجناح التقني: على الرغم من كون منسق النشاطات الطبية بالجناح التقني ذو اتصال محدود و ضئيل مع المرضى، إلا أن دوره يتجلى في تنظيم الأطقم المعالجة من جهة و استقبال مختلف الشكاوى و تحفظات المرضى المعالجين بالجناح التقني،

• سائق سيارة الإسعاف و أعوان النظافة: تعتبر هاته من فئة الظل و التي لها اتصال جد محدود مع المرضى و مع ذلك فإن أي تأخير أو غياب لهم قد يؤثر على المسار و المعادلة العلاجية للمريض ككل.

خاتمة الفصل:

وعموما سعى هذا الفصل لوضع النقاط على الحروف فيما يضبط المتطلبات الأساسية لإجراء دراستنا الميدانية، أين حاول أولا تقديم القطاع الصحي الولائي بمعسكر بتعداد أبرز أرقام الهياكل المادية والبشرية الموجودة على مستوى تراب الولاية، و ثم الانتقال إلى الجناحيين التقنيين بصفتها الجناحيين الرئيسين لعاصمة الولاية مع إبراز أرقام و إحصائيات لنشاطاتهم السنوية.

و قبل الخوض في غمار الدراسة الميدانية، كان لزاما علينا إبراز خطوات الدراسة من منهجية متبعة إلى أدوات جمع المعلومات التي اختلفت و تباينت ما بين المحاكاة التجريبية المستندة على الملاحظة والمقابلة الشخصية و بين الاستبيان المعتمد على أسس الإحصائية مختبرة و معبر عنها بالثبات و الصدق الإحصائي.

و امتدادا لذلك، تم التطرق إلى عينة الدراسة الميدانية المدروسة، أين تم ضبط العينة الدراسية بشقيها الكمي والنوعي، مع تبيان الخصائص الشخصية و السوسيوديمغرافية للعينة الكمية المدروسة و كل ما يؤثر على مستوى تقييم الخدمة الصحية المقدمة، هذا الأخير سيتم التطرق إليه بالإضافة إلى محاور أخرى في الفصل القادم والأخير.

الفصل الخامس:

قياس الجودة المدركة
للخدمة العمومية الصحية.

مقدمة الفصل:

امتدادا للجانب التطبيقي لدراستنا الميدانية، والذي استهل في الفصل السابق بضبط متطلبات الدراسة الميدانية الأساسية، يأتي هذا الفصل ليكمل الامتداد الطبيعي لهذا الجانب التطبيقي، أين سنحاول وعن طريق الاستبيان القيام باستقصاء آراء المرضى وتقييمهم لجودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة بالجناحيين التقنيين محل الدراسة.

واستنادا للتقييم وإسقاطا له، سنحاول في هذا الفصل أيضا التطرق لطرق تقديم الخدمة الصحية بهذين الجناحيين التقنيين، إيماننا منا بتأثير المسار العلاجي للمرضى على الفجوة المتكونة لديهم ما بين إدراكهم وتوقعهم لجودة الخدمة المقدمة و تأثير تحليل ذلك للوصول إلى مواطن الضعف و القوة لهاته الخدمات المقدمة.

و أخيرا، سنسعى للقيام بالتحليل العملي لمحاولة الوصول للمطابقة التامة لنموذج RATER المطبق وسياقنا المدروس بعد إجراء عمليات عدة بهدف التحسين، كل هذا عن طريق العناوين الرئيسية الثلاث التالية:

- تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية العمومية.
- طرق تقديم الخدمة الصحية (المسار العلاجي).
- النموذج النهائي للدراسة.

1.5 تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية العمومية.

يعتمد المرضى المعالجين والمقيمين بالجناحين التقنيين للاستجالات و مصلحة الأم و الطفل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب على أبعاد نموذج RATER في تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة، واعتمادا على مخرجات نتائج الاستبيان المقدم لهم سنتطرق في هذا المبحث لنتائج تقييمهم للخدمة ومحاولة تحليلها إحصائيا و تسويقيا.

1.1.5 تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية.

قيم المرضى المستجوبين الخدمات الصحية المقدمة بالجناح التقني رقم 1 للاستجالات الطبية الجراحية اعتمادا على أبعاد نموذج RATER أين اعتمدنا على تقدير الفروقات بين توقعات و إدراكات الخدمة المقدمة، فكانت النتائج على النحو التالي:

- تقييم الملموسية:

الجدول 31: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الملموسية.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يحتوي المستشفى على معدات و تجهيزات حديثة و مناسبة للخدمة الصحية	,261	1,277	5,07	1,418	-2,46	0,000	الأول
2. أماكن الانتظار و غرف الاستشفاء تتكيف و تدفق المرضى الهائل	2,01	1,016	,447	1,402	-2,46	0,000	الثاني
3. نظافة المستشفى و رائحته حسنة	,257	1,068	,250	0,872	0,07	0,000	الرابع
4. في أغلب الأوقات لباس الطاقم المعالج نظيف و لائق	,387	1,269	5,16	0,745	-1,29	0,000	الثالث
إجمالي الملموسية	2,76	-	4,30	-	-1,54	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول 31، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة اعتمادا على الفجوة بين الإدراكات والتوقعات من ناحية بعد الملموسية، و هو البعد الذي يمثل إدراك المريض الأول للخدمة المقدمة. و اللافت للنظر عند قراءة النتائج، هو انخفاض التوقعات لنظافة المستشفى و رائحته الحسنة، و بما أن التوقعات هي مزيج من التجارب السابقة و الرغبات المرجوة، فإن هذا الانخفاض في التوقعات تؤكد إدراكات الخدمة لأنها متطابقة تقريبا (2.57 مقابل 2.50)، هذا الانخفاض في الإدراكات و التوقعات يعبر عن عدم الرضا بالرغم من إيجابية الفجوة. من ناحية أخرى، كانت التوقعات متوسطة فيما يتعلق بأماكن الانتظار، غرف الاستشفاء والمعدات الطبية المستخدمة، وهو ما يتناقض إلى حد كبير مع واقع الخدمة مع وجود فرق سلبي في كلتا الحالتين قدره 2,46، وليس من المستغرب أن يكون هذا الوضع مفاجئاً بالنظر إلى ضغط حالات الاستجالات مع الاستخدام المكثف للمعدات ونقص الأسرة وما يصيب هاته المعدات و التجهيزات جراء هذا الضغط، النتائج الإجمالية هي الأدنى في هذه الدراسة حيث أن التوقعات هي 4,30 و الإدراكات هي 2,76 و هو ما يقود إلى فجوة سلبية إجمالية مقدرة بـ 1,54- تعبر عن التقييم السلبي لهذا البعد و خيبة الأمل من المعدات المستخدمة وظروف الاستقبال.

- تقييم الاعتمادية:

الجدول 32: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاعتمادية.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يقوم الطاقم المعالج بالوفاء بوعوده حول انجاز وتقديم الخدمة الصحية	3,30	1,442	4,81	1,446	-1,51	0,000	الثالث
2. يظهر الطاقم المعالج اهتمام حقيقي و صادق أثناء تقديم الخدمة الصحية	3,84	1,247	4,87	1,411	-1,03	0,000	الرابع
3. يقدم الطاقم المعالج خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة	3,68	1,244	2,81	1,001	0,87	0,000	الخامس
4. يضع المريض ثقته في المهارات المهنية الطبية بثقة و أمان	3,05	1,340	5,07	0,866	-2,02	0,000	الثاني
5. تقدم الخدمات الصحية في آجالها و مواعيدها المحددة سابقا	2,78	0,936	4,84	1,378	-2,06	0,000	الأول
إجمالي الاعتمادية	3,33	-	4,48	-	-1,15	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول 32 تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية، أين نجد أن التوقعات الكبيرة لتقديم الخدمات الصحية في آجالها و مواعيدها قابلتها إدراكات منخفضة (4,84 مقابل 2,78) على العكس من الخوف من الخطأ الطبي الذي كانت التوقعات منخفضة به و مقدرة بـ 2,81 قبل أن ترتفع في الإدراكات إلى المتوسط بتقدير 3,68، و هو نتج عنه فجوة إيجابية تحسب للجناح التقني مقدرة بـ 0,87. أما بالنسبة للنقاط الأخرى، فكانت التوقعات إيجابية حيث تراوحت بين 4,81 و 5,07، على عكس الإدراكات التي قدر أداها بـ 2,78 أين نجد تركيز خاص على عدم الوفاء بالالتزامات و الخدمة لا تفي بما وعدت به. وبما أن الفجوة الإجمالية بين توقعات و إدراكات المرضى المستخدمين للخدمة الصحية المقدمة بالمصلحة من ناحية بعد الاعتمادية مقدرة بـ -1,15، فالخدمة الصحية العمومية للمصلحة من ناحية هذا البعد مقيمة سلبيا، و من أهم ما يميز دراسة وتحليل هذا البعد هو على الرغم من تقديم الجناح التقني رقم 1 لخدمة صحية خالية من الأخطاء لأول مرة إلا أنه يتخلف عن تقديمها في مواعيدها المحددة مسبقا بالإضافة إلى غياب الثقة ما بين الطاقم المعالج و المرضى.

- تقييم الاستجابة:

الجدول 33: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاستجابة.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. إعلام المرضى و مرافقيهم عن أوقات تقديم الخدمات الصحية و أماكن تقديمها	3,30	1,053	4,88	1,399	-1,58	0,000	الأول
2. يستجيب الطاقم المعالج لاحتياجاتكم بطريقة سريعة و فعالة	3,49	1,387	2,61	0,774	0,88	0,000	الرابع
3. رغبة الطاقم المعالج و استعدادهم الدائم لحل المشاكل ومعالجة للشكاوى	3,82	1,215	5,10	0,715	-1,28	0,000	الثالث
4. المرونة في الرد على طلبات المرضى واحتياجاتهم	3,27	1,168	4,75	1,397	-1,48	0,000	الثاني
إجمالي الاستجابة	3,47	-	4,33	-	-0,86	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول 33، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة، حيث أن استجابة الطاقم لاحتياجات المرضى هو ما ترجم في أدنى التوقعات المقدرة بـ 2,61 بناءً على تجربة المرضى للخدمة سابقاً، في حين أن إدراك المرضى لنفس البند و المقدر بـ 3,49 أظهر كيف أن التقدير كان مفراطاً. أما التوقعات المرتفعة فكانت بما يخص حل المشكلات ومعالجة الشكاوى بـ 5,10، وفي مستوى الإدراك عند مستوى 3,82. وبشكل عام، فمستوى التوقعات هو 4,33 وهو أقل بقليل من المتوسط في حين أن مستوى الإدراكات غير مناسب إلى حد ما ومقدر بـ 3,47. وأبرز ما يميز هذا البعد هو تضرر المرضى عن طريقة إعلامه عن أماكن تقديم الخدمة و أوقاتها بالإضافة إلى درجة المرونة في الرد على طلباتهم واحتياجاتهم.

- تقييم الضمان:

الجدول 34: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الضمان.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يضع المرضى ثقتهم بالطاقم المعالج	3,16	1,094	4,90	1,408	-1,74	0,000	الثاني
2. يقدم الطاقم المعالج معلومات دقيقة و صحيحة وبكل صدق و وضوح	3,33	1,222	2,59	0,831	0,74	0,000	الثالث
3. يحس المريض و مرافقيه بالأمان أثناء تعامله مع الطاقم المعالج	3,17	1,284	5,03	0,897	-1,86	0,000	الأول
4. مصداقية و موثوقية الطاقم المعالج و احترامه للمرضى ومرافقيهم	3,79	1,102	2,63	0,879	1,16	0,000	الرابع
إجمالي الضمان	3,36	-	3,78	-	-0,42	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتماداً على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول 34، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الضمان اعتماداً على الفجوة بين إدراكاتهم وتوقعاتهم للخدمة الصحية المقدمة، فالضمان ضروري في الخدمات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالحالات المستعجلة منها و التي تتميز بعدم اليقين و قلق المريض وأقاربه. فأظهرت الردود المقدمة كيف أن التوقعات المرتفعة كانت مرتبطة بالإدراكات المنخفضة، أين نجد أن التوقع إيجابي فيما يتعلق بالثقة الموضوعية في الطاقم المعالج (4,90) و الإحساس بالأمان أثناء التعامل معه (5,03) بخيبة أمل جزئية مع مستوى من إدراك الخدمة مقدر بـ 3,16 و 3,17 على التوالي. في حين كان التوقع غير إيجابي للتواصل مع المريض (2,59) ومصادقية التعامل معه (2,63) مع مستوى أعلى من الإدراك من السابقتين، على الرغم من أنه لا يزال غير إيجابي بـ 3,33 و 3,79 على التوالي. وعموماً كل من التوقعات و الإدراكات غير إيجابية مما يفسر أزمة الثقة بين المرضى و الجناح التقني محل الدراسة.

- تقييم التقمص العاطفي:

الجدول 35: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 1 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار التقمص العاطفي.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يمنح الطاقم المعالج اهتمام شخصي لكل مريض (يأخذ الوقت الكافي لسماعكم و استيعاب حالاتكم الشخصية)	3,10	1,177	4,92	1,051	-1,82	0,000	الثاني
2. يحرص الطاقم المعالج على مساعدة المرضى نحو الأفضل	3,73	1,306	4,79	1,482	-1,06	0,000	الثالث
3. يفهم الطاقم المعالج احتياجات المرضى	3,76	1,134	4,72	1,534	-0,96	0,000	الرابع
4. ساعات الزيارة و عمل إدارة المستشفى تناسب جميع الفئات	3,43	1,283	2,82	1,119	0,61	0,000	الخامس
5. تسعى إدارة المستشفى لتسهيل مختلف التعاملات بما يتناسب و احتياجات و مصالح المرضى ومراقبتهم	2,59	1,468	4,90	0,941	-2,31	0,000	الأول
إجمالي التقمص العاطفي	3,32	-	4,43	-	-1,10	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول 35، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار التقمص العاطفي، أين يعكس هذا الأخير الحاجة إلى الاهتمام بالمريض والجهات الفاعلة على نطاق أوسع، فنجد أيضا من خلال ردود المستجوبين المسجلة أن التوقعات المرتفعة كانت مرتبطة بالإدراكات المنخفضة، فتم تسجيل توقعات مقدرة بـ 4,92 و 4,90 لكل من منح الطاقم المعالج اهتمام شخصي للمرضى و سعي المؤسسة الاستشفائية للعب دور مسهل يتناسب و مصالح المرضى على الترتيب، كما نجد أيضا أن أربعة من العناصر الخمسة المحددة في هذا البعد بمستوى إيجابي من التوقعات (بين 4,72 و 4,90) مع تسجيل إدراك غير كافي للخدمة في الحالات الأربع (بين 2,59 و 3,10). و من ناحية أخرى، فإن ساعات الزيارة و ساعات العمل في إدارة المستشفى ناسبت الفئات المستجوبة أكثر مما كان متوقعا (2,82 للتوقعات و 3,43 للإدراكات). أما فيما يتعلق بالتقييم الشامل لهذا البعد، فنحصل على مستوى متوسط من التوقعات عند 4,43 بمقابل إدراك ضعيف للخدمة المقدمة عند 3,32.

2.1.5 تقييم مرضى الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل لجودة الخدمة الصحية.

كما هو الحال بالنسبة للجناح التقني للاستجالات الطبية الجراحية، قيم المرضى المستجوبين الخدمات الصحية المقدمة بالجناح التقني لمصلحة أم و الطفل و هذا اعتمادا تقدير الفروقات بين توقعات و إدراكات الخدمة الصحية المقدمة استنادا على أبعاد نموذج RATER، فأنت النتائج على النحو التالي:

- تقييم الملموسية:

تظهر النتائج الموضحة في الجدول 36 كيف يقيم المرضى بطريقة سلبية جودة الخدمة عن طريق الفرق بين معدل التوقعات و الإدراكات لبعد الملموسية، هذا الأخير و يتمثله أساسا للتجهيزات، المعدات الطبية و الغير الطبية للهيكل الاستشفائي و العاملين به في حالتهم الحالية المتحملة لمختلف الضغوطات و الاستعمالات للتدفق الغير منتظم للمرضى، جاءت التوقعات حوله مرتفعة بين (5,30) و (5,49) باستثناء عبارة نظافة ورائحة المستشفى التي نالت تقدير (2,44)، في حين أن الإدراكات جاءت منخفضة و مقدرة ما بين (1,61) و (3,29).

الفصل الخامس: قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.

وعلى الرغم من أن جميع فجوات عبارات البعد سلبية، إلا أن الفجوة المتعلقة بمدى تكيف أماكن الانتظار وغرف الاستشفاء و تدفق المرضى قدرت بـ 3,74- (5,35 للتوقعات بمقابل 1,61 للإدراكات) وهو ما يترجم عدم الرضا الناجم عن عدم كفاية البنية الهيكلية لاستقبال التدفق الحالي للمرضى. و باعتبار أن الملموسية هي إدراك المريض الأول للخدمة العلاجية المقدمة فإن التوقعات العالية و الإدراكات المنخفضة تمثل صدمة قوية له، و هذا ما عبر عنه بالفجوة السلبية (-1.93).

الجدول 36: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الملموسية.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يحتوي المستشفى على معدات و تجهيزات حديثة و مناسبة للخدمة الصحية	3,29	1,919	5,30	1,118	-2,01	0,000	الثالث
2. أماكن الانتظار و غرف الاستشفاء تتكيف و تدفق المرضى الهائل	1,61	1,010	5,35	1,208	-3,74	0,000	الأول
3. نظافة المستشفى وراحته حسنة	2,01	1,132	2,44	,735	-0,43	0,006	الرابع
4. في أغلب الأوقات لباس الطاقم المعالج نظيف ولائق	3,08	1,587	5,49	,738	-2,41	0,000	الثاني
إجمالي الملموسية	2,49	-	4,42	-	-1,93	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- تقييم الاعتمادية:

تظهر نتائج الجدول 37 أنه و باستثناء عبارة " يقدم الطاقم المعالج خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة" ذات التقدير المنخفض و المقدر بـ (2,89) فإن جميع التوقعات في بعد الاعتمادية عالية بشكل محتمل بين (4,93) و (5,15). في حين أن الفجوات السلبية لعبارات البعد راجعة للإدراكات الأقل من التوقعات، باستثناء وحيد للعبارة المذكورة سابقا بفجوة إيجابية مقدرة بـ (0,89) بمبرر الإدراكات الأعلى من التوقعات. كما يتميز هذا البعد بالخدمات الصحية التي لا يتم توفيرها في وقتها و عدم وضع المرضى ثقتهم في المهارات الطبية المهنية.

الجدول 37: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاعتمادية.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يقوم الطاقم المعالج بالوفاء بوعوده حول انجاز و تقديم الخدمة الصحية	4,05	1,630	5,01	1,359	-0,96	0,000	الثالث
2. يظهر الطاقم المعالج اهتمام حقيقي و صادق أثناء تقديم الخدمة الصحية	4,21	1,113	4,93	1,286	-0,72	0,000	الرابع
3. يقدم الطاقم المعالج خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة	4,07	1,172	2,89	1,205	1,18	0,000	الخامس
4. يضع المريض ثقته في المهارات المهنية الطبية بثقة و أمان	3,57	1,449	5,15	1,045	-1,58	0,000	الثاني
5. تقدم الخدمات الصحية في أجالها و مواعيدها المحددة سابقا	3,53	1,610	4,94	1,277	-1,41	0,000	الأول
إجمالي الاعتمادية	3,88	-	4,58	-	-0,70	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- تقييم الاستجابة:

تشير النتائج الواردة في الجدول 38 لتقييم بعد الاستجابة للتوقعات المرتفعة (ما بين 4,99 و 5,39) باستثناء عبارة استجابة الطاقم المعالج لاحتياجات المرضى و التي قدرت التوقعات بها بالمنخفضة (3,00) قبل أن ترتفع في الإدراكات إلى تقدير متوسط (3,90) مفرزة الفجوة الإيجابية الوحيدة للبعد و المقدرة (0,9)، على عكس العبارات الأخرى ذوات الفجوات السلبية الراجعة للإدراكات المنخفضة عن التوقعات، كما يلاحظ وجود رغبة حقيقية من الطاقم المعالج في حل و معالجة المشاكل و الشكاوى على الرغم من الفجوة السلبية المسجلة التي تعزى للتوقعات المرتفعة، و يعتبر كل من عدم الإعلام عن أوقات و أماكن تقديم الخدمات الصحية و درجة المرونة في الرد على احتياجات المرضى أبرز ما يميز هذا البعد.

الجدول 38: تقييم مرضى الجناح رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاستجابة.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. إعلام المرضى و مرافقيهم عن أوقات تقديم الخدمات الصحية و أماكن تقديمها	3,27	,938	5,26	1,109	-1,99	0,000	الأول
2. يستجيب الطاقم المعالج لاحتياجاتكم بطريقة سريعة و فعالة	3,90	1,351	3,00	1,325	0,9	0,000	الرابع
3. رغبة الطاقم المعالج و استعدادهم الدائم لحل المشاكل ومعالجة للشكاوى	4,37	1,398	5,39	,649	-1,02	0,000	الثالث
4. المرونة في الرد على طلبات المرضى واحتياجاتهم	3,02	1,161	4,99	1,352	-1,97	0,000	الثاني
إجمالي الاستجابة	3,64	-	4,66	-	-1,02	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- تقييم الضمان:

يوضح الجدول رقم 39 نتائج بعد الضمان وكيف أنه البعد الوحيد بفجوتين موجبتين مقدرتين بـ (1,53) و (1,41) لكل من عبارتي تقديم الطاقم المعالج لمعلومات صحيحة بكل صدق و مصداقيته و موثوقيته على الترتيب، و يعود إيجاب الفجوة إلى التوقعات المنخفضة عن الإدراكات. على عكس العبارتين الأخرتين أين كانت التوقعات أعلى من الإدراكات مما أفرز فجوتين سالبتين. و على الرغم من هذا يعتبر هذا البعد هو الوحيد بفجوة موجبة مقدرة بـ (0,30) و هو ما يعبر عن أزمة الثقة التي يعاني منها المرضى أثناء العلاج، و يؤكد على المعلومات المقدمة من طرف الطاقم المعالج و مدى مصداقيتها.

الجدول 39: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار الضمان.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يضع المرضى ثقتهم بالطاقم المعالج	4,11	1,897	5,04	1,318	-0,93	0,000	الأول
2. يقدم الطاقم المعالج معلومات دقيقة و صحيحة وبكل صدق و وضوح	4,28	1,837	2,75	1,135	1,53	0,000	الرابع
3. يحسن المريض و مرافقيه بالأمان أثناء تعامله مع الطاقم المعالج	4,19	1,922	5,01	1,071	-0,82	0,000	الثاني
4. مصداقية و موثوقية الطاقم المعالج و احترامه للمرضى ومرافقيهم	4,16	1,047	2,75	1,101	1,41	0,000	الثالث
إجمالي الضمان	4,18	-	3,88	-	0,30	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- تقييم التقمص العاطفي:

يوضح الجدول 40 نتائج تقييم بعد التقمص العاطفي حيث أبرز ما يميز تحليل هذا البعد هو صدمة المرضى حول أوقات الزيارة و عمل إدارة الهيكل الإستشفائي الغير مناسبة للعوام و هو ما ترجم بإدراكات منخفضة لتأكيد التوقعات المنخفضة أيضاً، كما أن التوقعات المرتفعة لسعي الهيكل الإستشفائي للعب دور مسهل لمختلف التعاملات والإجراءات قابلتها إدراكات منخفضة (5,19 مقابل 2,52) و هو ما نتج عنه أكبر فجوة سلبية في هذا البعد مقدرة بـ -2,62، و عموماً فالجوة سالبة ما بين الإدراكات و التوقعات الإجمالية لهذا البعد و هو ما يعبر عن عدم الرضا عن الاهتمام الشخصي و سعي الهيكل الإستشفائي لمرافقة و تسهيل المسار العلاجي بمختلف إجراءاته و تعاملاته مع المرضى.

الجدول 40: تقييم مرضى الجناح التقني رقم 2 لجودة الخدمة الصحية من حيث معيار التقمص العاطفي.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يمنح الطاقم المعالج اهتمام شخصي لكل مريض (يأخذ الوقت الكافي لسماعكم و استيعاب حالاتكم الشخصية)	3,61	1,276	4,88	1,157	-1,27	0,000	الثاني
2. يحرص الطاقم المعالج على مساعدة المرضى نحو الأفضل	4,12	1,224	4,49	1,545	-0,37	0,000	الرابع
3. يفهم الطاقم المعالج احتياجات المرضى	4,13	1,066	4,85	1,551	-0,72	0,000	الثالث
4. ساعات الزيارة و عمل إدارة المستشفى تناسب جميع الفئات	2,51	1,187	2,67	1,299	-0,16	0,000	الخامس
5. تسعى إدارة المستشفى لتسهيل مختلف التعاملات بما يتناسب و احتياجات و مصالح المرضى ومرافقيهم	2,52	1,342	5,19	,903	-2,67	0,000	الأول
إجمالي التقمص العاطفي	3,37	-	4,41	-	-1,04	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتماداً على مخرجات SPSS.

3.1.5 قراءة في نتائج التقييم.

تظهر الفروق المحسوبة للأبعاد المختلفة في الجدول التالي:

الجدول 41: ترتيب أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية حسب فجوة التقييم.

The dimension	معدل الإدراكات		معدل التوقعات		الفجوة		الترتيب	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	2,76	2,49	4,30	4,42	-1,54	-1,93	1 st	1 st
الإعتمادية	3,33	3,88	4,48	4,58	-1,15	-0,70	2 nd	4 th
الإستجابة	3,47	3,64	4,33	4,66	-0,86	-1,02	4 th	3 rd
الضمان	3,36	4,18	3,78	3,88	-0,42	0,30	5 th	5 th
التقمص العاطفي	3,32	3,37	4,43	4,41	-1,10	-1,04	3 rd	2 nd

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتماداً على المعطيات السابقة.

بعد نظرة تحليلية للجدول 41 يمكن الخروج بالقراءات و النتائج التالية:

- تقاؤل المرضى نسبي بالنسبة للخدمة المنتظر تقديمها، و هو ما ترجم بتوقعات متوسطة ما بين (3,78) و (4,48) للجناح التقني للاستجالات الطبية الجراحية و ما بين (3,88) و (4,66) للجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة،

- أما إدراك المرضى للخدمة المقدمة فكان مختلفا بين الجناحين التقنيين، فأتى ضعيفا و سلبيا فيما يخص الجناح التقني للاستجالات الطبية الجراحية (ما بين الـ 2,76 و 3,47)، و تراوح ما بين الضعيف والمتوسط فيما يخص الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل (ما بين الـ 2,49 و 3,88) باستثناء بعد الضمان الذي و إن كان في البيان المتوسط المقدر بـ 4,18 إلا أنه جاء أكبر من توقعات المرضى لهذا البعد،
- و باستثناء بعد الضمان في تقييم المرضى للخدمات الصحية للجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل الذي حاز على فجوة موجبة، فإن جل الأبعاد الأخرى حازت على فجوات سلبية كانت أكبرها لبعد الملموسية بـ (-1,54) و (-1,93) للجناحين التقنيين للاستجالات و مصلحة الأم و الطفل على الترتيب،
- و بالنظر للأرقام الإحصائية، يلاحظ تقارب كبير في أرقام مستوى التوقعات و الإدراكات للجناحين التقنيين محل الدراسة على الرغم من تعلقها بهيكليين و عينتين مختلفتين، و لعل هذا التقارب يعزى إلى النطاق الجغرافي الموحد بشموليته للهيكليين الاستشفائيين الساعيان لتلبية الاحتياجات الصحية لسكان هذا النطاق الجغرافي لمدينة معسكر و ضواحيها،
- الفجوة السالبة تبين أنه على الرغم من التوقعات الحذرة نسبيا إلا أن مستوى الإدراك أقل عموما،
- في حين أن الفجوة الموجبة فتكون بشكل آلي بتوقعات منخفضة و إدراك للخدمة أفضل و أكبر من ذلك،
- الإدراك الأصغر من التوقعات يسلط الضوء على عدم الرضا النسبي للمرضى عن الخدمات الصحية المقدمة،
- أما عدم الرضا النسبي فيفسر بالضغط الموجود على موارد الجناحين التقنيين و الإفراط في استخدام مواردهما،

أما إذا نظرنا إلى مستويات التوقعات والإدراكات، فنحصل على الجدولين التاليين:

الجدول 42: تمركز التوقعات حسب أهميتها.

The dimension	[1 ;1,5[		[1,5 ;2,5[		[2,5 ;3,5[		[3,5 ;4,5[		[4,5 ;5,5[		[5,5 ;6,5[		[6,5;7]	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	-	-	-	1	1	-	1	-	2	3	-	-	-	-
الاعتمادية	-	-	-	-	1	1	-	-	4	4	-	-	-	-
الاستجابة	-	-	-	-	1	1	-	-	3	3	-	-	-	-
الضمان	-	-	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-
التقمص العاطفي	-	-	-	-	1	1	-	1	4	3	-	-	-	-
Total	-	-	-	1	6	5	1	1	15	15	-	-	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

فيمثل الجدول 42 تمركز توقعات المرضى استنادا إلى أبعاد نموذج RATER حسب أهميتها، فكانت

النتائج على النحو التالي:

• في تقييم خدمات الجناحين التقنيين تراوحت التوقعات ما بين (2,5) و (5,5) للجناح التقني للاستعجالات و ما بين (1,5) و (5,5) للجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل ، أي مرتفعة وإيجابية لـ (68.18%) من العناصر، متوسطة لـ 0,04 منهم و منخفضة و سلبية لحد ما لـ 27,27% من العناصر،

• هذا التقدير العملي للخدمة الصحية العمومية يعكس تاريخ العلاقة المشجعة للحذر النسبي المغطى بنوع من تفاعل المرضى اتجاه المنظمات الصحية،

• كما تتميز هاته التوقعات و هذا التقدير أيضا بالتشاؤم بشأن الأسئلة المتعلقة بظروف تشغيل المؤسسات الاستشفائية (الانعدام النسبي للنظافة و تعاملات المستشفى المعقدة) ولمقدمي الخدمة الصحية الذين يشكك في فعاليتهم و قدرتهم على التواصل و الشعور بالمرضى مع الأخذ بعين الاعتبار مختلف الجهات الفاعلة،

• كما يلاحظ هنا أيضا مدى التقارب الكبير في تمركز توقعات المرضى للخدمة المقدمة بالجناحين التقنيين محل الدراسة، هذا التقارب المثير للاهتمام يمكن تفسيره إلى أن الفئات المستجوبة المشتركة في العديد من العوامل السوسيوديمغرافية لها تقريبا نفس الاحتياجات الصحية بما يؤدي إلى تشابه للتوقعات حول الخدمة الصحية المرجوة.

و عموما و في ظل هاته الظروف، يمكن شرح استخدام الخدمة العمومية أولا وقبل كل شيء من خلال اعتبارات الإنفاق الصحي (مجانبة العلاج و عموميتها)، ولكن أيضا من خلال الشعور بأنه عندما يصبح الأمر حساسا، لا بد من تنبيه القطاع العام. تجميعية هذه العوامل تؤدي إلى زيادة الضغوط التي تفضل "ألعاب العلاقات" على حساب الأجهزة التنظيمية الموجودة.

ومنه و استنادا إلى ما سبق ذكره من نتائج تحليلية للتوقعات، فإن قبول الفرضية الأولى القاضية بتأثير توقعات المريض على تقييمه لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة أمر مقبول و صحيح.

أما عن الإدراكات فلدينا الجدول رقم 43:

الجدول 43: تمركز الإدراكات حسب أهميتها.

The dimension	[1 ;1,5[		[1,5 ;2,5[		[2,5 ;3,5[		[3,5 ;4,5[		[4,5 ;5,5[		[5,5 ;6,5[		[6,5;7]	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	-	-	1	2	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-
الاعتمادية	-	-	-	-	3	-	2	5	-	-	-	-	-	-
الاستجابة	-	-	-	-	3	2	1	2	-	-	-	-	-	-
الضمان	-	-	-	-	3	-	1	4	-	-	-	-	-	-
التقمص العاطفي	-	-	-	-	3	2	2	3	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	1	2	14	6	7	14	-	-	-	-	-	-

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

و بقراءة تحليلية له يمكن استخلاص ما يلي:

• تتراوح الإدراكات بين (1,5) و (4,5)، أي بمجال أصغر من مجال تقييم التوقعات،

- بالنسبة للجناح التقني للاستجالات فثنائي الإدراكات كانت ضعيفة، في حين أن الثلث الآخر انحصر في المجال المتوسط، أما فيما يخص الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل فانعكس الأمر بثنائي الإدراكات بتقدير متوسط و ثلث الآخر بتقدير ضعيف،
- الأرقام السابقة تؤكد المستوى غير الكافي من الخدمة الصحية المقدمة المنبثق من إدراك المرضى،
- هذا المستوى الغير إيجابي يبرر بالضغط المفروض على الهياكل الصحية و الذي بدوره يسبب ضغطا على الموارد و بالتالي على جميع أبعاد الخدمة الصحية العمومية المقدمة،
- و على عكس تمركز التوقعات فإن تمركز إدراكات المرضى للخدمة المقدمة بالجناحين التقنيين السابق الذكر يلاحظ عنه نوع من التباعد، هذا التباعد في التمركز قد يعود أساسا إلى إدراك الخدمة الصحية المختلف من شخص لآخر و من فئة لأخرى، أين نجد أن الفئات المستهدفة بالخدمات الصحية المقدمة بالجناح التقني للاستجالات الطبية و الجراحية أقل حساسية منها للفئة المستهدفة بالجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.
- و عموما يمكن القول أن تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة يكون من خلال فك الضغط على الهياكل الصحية و إزالته من خلال فرض المرور المسبق على المؤسسات الصحية في مكان المنشأ الأصلي بغض النظر عن الاحتكاك المتسبب، كما أن تحسين هاته المؤسسات أمر ضروري من شأنه أن يعزز الاستخدام الأكبر لها، أما مستوى الاستقبال و التدخل فزيادة الطاقة الاستيعابية للمصلحة يعتبر خيارا مكملا.
- كل هذا التحليل لهاته النتائج الإحصائية يستدعي قبول الفرضية الثانية القاضية بتأثير إدراكات المريض على تقييمه لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة.

في حين أن تمركز الفجوات فهو مبين في الجدول رقم 44:

الجدول 44: تمركز الفجوة بين الإدراكات و التوقعات حسب أهميتها.

The dimension	[-4 ; -3[		[-3 ; -2[		[-2 ; -1[		[-1 ; 0[		[0 ; 1[		[1 ; 2[
	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني	الجناح التقني
-	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
الملموسية	-	1	2	2	1	-	-	1	1	-	-	-
الاعتمادية	-	-	2	-	2	2	-	2	1	-	-	1
الاستجابة	-	-	-	-	3	3	-	-	1	1	-	-
الضمان	-	-	-	-	2	-	-	2	2	-	-	2
التقمص العاطفي	-	-	1	1	2	1	1	3	1	-	-	-
Total	-	1	5	3	10	6	1	8	6	1	-	3

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

حيث أبرز نتائج الجدول كانت على النحو التالي:

- أن المستخدمين المرضى غير موافقين على جودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة من طرف الجناحيين التقنيين من ناحية جميع أبعاد التقييم الخمس لنموذج RATER،

- هذا التقييم يتم تأكيده من خلال الفجوة المحسوبة بين الإدراكات و التوقعات، ففيما يخص الجناح التقني للاستعجالات فالفجوة سالبة بين (16) عبارة ن عبارات الأبعاد الخمس بما نسبته (72,73%)، و إيجابية ل (6) بما نسبته (27,27%)،
 - و علاوة على ذلك تتميز هذه العبارات الستة بتوقعات أقل من 3 و مستوى منخفض من الإدراك.
 - أما فيما يخص الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل فنجد أن الفجوة سالبة ل (18) عبارة بما نسبته (81,81%)، و إيجابية ل (4) عبارات من عبارات الأبعاد الخمس بما نسبته (18,18%)،
 - كما تميزت هاته العبارات الأربع الموجبة أيضا بمستوى توقعات أقل من مستوى الإدراكات،
 - مقارنة بالجناح التقني رقم 1 (الجناح التقني للاستعجالات) للجناح التقني رقم 2 (الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل) أكبر فجوة سالبة و ثلاث أكبر فجوات موجبة، و هو ما يدل على التفاؤل و التوقعات المفرطة للمرضى أمام الواقعية و الإدراك المسجل.
- و عموما و استنادا لما سبق نذكره من التحاليل المعتمدة على المعطيات الإحصائية، فإن الفرضية الثالثة التي نصت على وجود فروق جوهرية بين أبعاد جودة الخدمة الصحية العمومية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها هي فرضية مقبولة.

2.5 طرق تقديم الخدمة الصحية (المسار العلاجي).

بعد أن أوصلنا المبحث السابق إلى نتيجة تأثر تقييم المريض للخدمة العمومية الصحية المقدمة بالفجوة الذهنية المتكونة لديه ما بين توقعاته و إدراكه لهاته الخدمة، يتبادر إلى أذهاننا تساؤل جديد حول أسباب هاته الفجوة المتكونة، كما ذكرنا سابقا في فرضيات الدراسة، فقد يعود السبب إما لتأثير العوامل السوسيوديمغرافية أو اختلاف المسار العلاجي باختلاف متطلبات كل مريض على حدى.

و منه سيعالج هذا المبحث طرق تقديم الخدمة الصحية بالجناحين التقنيين محل الدراسة عن طريق الاعتماد محاكاة تجريبية واقعية لمسار المرضى الإجمالي باستعمال الملاحظة كوسيلة أساسية لتقصي المعلومات.

1.2.5 طرق تقديم الخدمة الصحية بالجناح التقني للاستعجالات.

- البروتوكول الرسمي:

يقضي البروتوكول الرسمي و مسار المريض العادي بوجود أعوان للاستقبال و التوجيه كأول اتصال ما بين المريض و مرافقيه من جهة والجناح التقني من جهة أخرى، فتمثل مهمتهم الأساسية في توجيه المريض على حسب احتياجاته، فيوجه غالبا لمكتب الطبيب العام (المكتب أ أو المكتب ب) مرفوقا بإيصال الدفع لحقوق العلاج (السعر الرمزي للعلاج)، فبعد الانتظار ينادي عليه العون الآخر المكلف بتنظيم صفوف الانتظار للدخول عند الطبيب، هذا الأخير يقوم بفحص المريض و تشخيص حالته و منه يوجه إما لقاعة الحالات الغير مستعجلة لتلقي علاجه و من تم الخروج أو لغرف المراقبة بالمصلحة لتلقي العلاج المكثف مع الأخذ بالاعتبار وجود مصالح الاختبارات البيولوجية، اختبارات الأشعة و غرفة العمليات على مقربة منه مع وجود أطباء مختصين ينادى عليهم عند الحاجة كما يوجد بغرف المراقبة طبيب عام مهمته مراقبة تطور وضع المريض، توجيهه إلى مصلحة أخرى أو تحريره في حالة تحسنه، بالإضافة إلى وجود ممرضين في كل قاعة أو مصلحة من مصالح الجناح التقني.

- المحاكاة التجريبية:

أما في تجربتنا التي قمنا بها، والمتمثلة في اختيار 5 مرضى عشوائيا و مرافقتهم من لحظة دخولهم للمصلحة إلى غاية مغادرتهم لها كما هو مبين في الجدول رقم 45. فكانت النتائج متباينة لتباين الحالات التي تمت مرافقتها، فأول ما يلاحظ هو تجنب جميع المرضى اقتناء إيصال الدفع الرمزي (و حتى الطاقم المعالج لم يطلب إظهاره)، أما وقت الانتظار لتلقي الفحص الطبي فيقارب أو يتجاوز الساعة في معظم الأحيان خاصة إذا لم يكن المريض برفقة طبية أو متخصصة (سيارة إسعاف مؤسسة عمومية، SAMU 29 أو الحماية المدنية) نظرا للعدد الكبير من المرضى المراجعين أمام طبيبين فقط، أما مدة تلقي الفحص الطبي المتخصص فتتجاوز الساعة و قد تطول أكثر نظرا لارتباطات الطبيب الأخصائي الوحيد بمختلف المصالح بالمستشفى، أما بخصوص الفحوصات التكميلية فتتجاوز النصف ساعة نظرا لوجود جهاز واحد في مصلحة الأشعة و مخبر التحاليل. وعلى العكس من ذلك نجد مدة دقائق معدودة يقضيها المريض في انتظار تلقيه العلاج نظرا لوجود عدد كافي من الممرضين. كما أن أغلب المرضى في تجربتنا هاته قد استعملوا دورات المياه و طلبوا استفسارات وتوجيهات بكثرة، في حين نجد أن

الفصل الخامس: قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.

الحالة الوحيدة التي لم تطلب التوجيهات و لم تستعمل دورة المياه و لم تنتظر طويلا لتلقي العلاج هي الحالة الخامسة و المتمثلة في حالة جد مستعجلة حولت مباشرة لغرفة العمليات بمجرد وصول الطبيب المختص إليها.

الجدول 45: الحالات المرضية التي تمت مرافقتها بالجناح التقني رقم 1.

5	4	3	2	1	الحالة
شاب مراهق	رجل مسن	سيدة ماكثة بالبيت	شاب متمرس في الثانوية	رجل في الأربعينيات من العمر	المريض
جروح خطيرة بسبب الاعتداء بالسلح الأبيض	آلام حادة على مستوى البطن	سقوط على الرأس أثناء القيام بالاستحمام بالبيت	ارتطام الرأس بجسم صلب أثناء حصة التربية البدنية	ارتفاع ضغط الدم	سبب الزيارة
الحماية المدنية	الوسائل الشخصية	الوسائل الشخصية	الحماية المدنية	الوسائل الشخصية	طريقة الوصول للمصلحة
11 مساء	9 مساء	8 مساء	03 مساء	10 صباحا	وقت الزيارة
لا	لا	لا	لا	لا	دفع حقوق العلاج
02 د	52 د	55 د	12 د	1سا و 35د	مدة الانتظار لتلقي الفحص الطبي
05	1سا 19د	2سا 30د	1 سا	-	مدة الانتظار لتلقي الفحص الطبي المختص
-	32 د	39 د	22 د	-	مدة الانتظار لتلقي الفحوصات التكميلية (أشعة أو تحاليل دم)
01 د	09 د	12 د	04 د	6 د	مدة الانتظار لتلقي العلاج
لا	نعم	نعم	نعم	نعم	استعمال دورات المياه
00 مرة	13 مرة	22 مرة	10 مرات	7 مرات	عدد مرات طلب التوجيه والاستفسار
06 د	3 سا 30 د	9 سا 13 د	7 سا	2سا و 58 د	المدة الإجمالية للمكوث بالمصلحة
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	التحويل لمصلحة أخرى
01 د	02 د	15 د	12 د	45 د	مدة الانتظار قبل التحويل

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على معطيات التجربة الميدانية.

- الملاحظات المستخلصة:

تجربتنا في الجناح التقني للاستجالات سمحت لنا أيضا بتسجيل العديد من الملاحظات حول طرق تقديم الخدمة الصحية و مختلف مراحلها، فالمرضى الذين تمت مرافقتهم و إن صرحوا و عبروا في العديد من الأحيان عن شعورهم، إلا أنهم كتموا بعض الملاحظات و التذمرات في أنفسهم نظرا لتفاهتها، لكننا لم نفوت تسجيل كل الملاحظات سواء المصرح بها أو تلك المعبر عنها بالإيماءات و الإشارات.

و لعل أنجع طريقة لفرز و ترتيب الملاحظات هي عن طريق و وضعها في مجموعات بما يقابل أبعاد نموذج RATER الخمس، فكانت على النحو التالي:

- الملموسية:

- عدم وجود عدد كافي من مقاعد الانتظار أما مكتبي الاستشارة الطبية (3 مقاعد فقط أمام ما معدله 30 مريض ينتظرون دورهم في وقت واحد)،
- صغر قاعة انتظار المخبر الطبي بوجود مرحاض واحد مما يصعب عملية تقديم العينات و يرحج البعض الآخر،
- تذمر المرضى في بعض الأوقات من عدم توفر المياه في مراحيض الغرف،
- كما اشتكى المرضى و الحاضرون من غياب التدفئة و برودة الجناح التقني،
- تذمر البعض من المرضى اختلاط الغرف بين الرجال والنساء من جهة، و بين الحالات الطبية والجراحية من جهة أخرى،
- قيام المرضى أو مرافقيهم في العديد من المرات بفتح النوافذ لتهوية الغرف بالرغم من برودة الطقس مما يفسر تذرهم من رائحة الغرف،
- تذمر المرضى من عدم و جود بعض المستلزمات الطبية كالضمادات و مطالبتهم بشرائها من مالهم الخاص،
- وجود سيارة إسعاف واحدة لتحويل المرضى للمصالح الطبية للمؤسسة الاستشفائية العمومية يسعد خالد مما يخلق نوع من الضغط عليها و يولد تحدي أكبر على العاملين (نقل أكثر من مريض في سيارة إسعاف واحدة).

- الإعتامية:

- يتقدم المرضى مباشرة إلى مكتب فحص الطبيب، دون المرور بنقاط الفرز الغير موجودة أصلا، فالطبيب الموجود في مكتبه الواقع في مدخل مصلحة الاستجالات قد يضطر في بعض الأحيان للخروج من المكتب و ترتيب المرضى حسب حالتهم المستعجلة لفحصهم و التكفل بهم، كما قد يتم مناداة الطبيب من طرف الممرضين أو أعوان الأمن أو حتى أعوان الحماية المدنية أو الشرطة إذا ما لاحظوا حالة صحية مستعجلة لا تستوجب الانتظار أكثر،

- هذا الوضع الذي يستوجب فحص مريض بحالة صحية مستعجلة وصل حديثا على حساب مريض آخر ينتظر دوره لبرهة من الزمن، تتقبله الفئة الأخيرة في العديد من الأحيان و تبدي امتعاضها و تدمرها منه،
- لا يتقبل المرضى أي وخز إضافي بالإبر ونحوها و هو ما يعبر عنه بالخوف و المطالبة بالتعامل بلطف،
- أي خطأ طبي أو شبه طبي مهما كان صغير لا يمر مرور الكرام على المرضى و مرافقيهم،
- عدم دقة المواعيد يولد تذمرات المرضى و مرافقيهم، و المواعيد هنا تتمثل في الوقت اللازم لرؤية الأطباء الأخصائيين و الذي قد يطول بطول فترة معالجة الالتزامات المختلفة في الهيكل الاستشفائي،
- لا يتقبل جميع المرضى تباين فترات الانتظار حتى و لو كانت على حساب التكفل بالحالات المستعجلة،

- الإستجابة:

- وجود أعوان الاستقبال و التوجيه صباحا فقط و غيابهم في الفترة المسائية مما يخلق جو من النرفزة للمرضى و مرافقيهم خاصة مع تسجيل اهتلاك و ضياع الإشارات التوجيهية القديمة،
- طول فترة الانتظار (انتظار دور الفحص، انتظار سيارة الإسعاف، انتظار الطبيب المختص...) يخلق جو من القلق و النرفزة لدى المرضى و مرافقيهم،
- غياب عامل الهاتف مما يصعب من منادات الأطباء الأخصائيين من المصالح الأخرى، هاته المنادات تتم بطريقة غير رسمية عن طريق هواتف المرضين الشخصية،
- تباين درجة مرونة الحديث مع الطاقم المعالج من فرد لآخر مما يدفع المرضى و مرافقيهم للتوجه للشخص الأكثر ليونة في الحديث للاستفسار و طلب العلاج و التوجيه،
- وجود طبيب مختص واحد في المناوبة مما يشكل تحدي كبير له خاصة مع إمكانية وصول مريضين أو أكثر في حالة مستعجلة،
- جميع المرضى باختلاف حالاتهم عليهم انتظار دورهم للوصول عند الطبيب باستثناء المرضى القادمين في سيارات إسعاف المؤسسات الاستشفائية الأخرى، سيارات مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة (SAMU 29) أو سيارات الحماية المدنية.

- الضمان:

- غياب الثقة بين المرضى و الطاقم المعالج، و هو ما عبر عنه بعبارة «... لن ينفعني الدواء، جربته سابقا...»، «... يا طبيب، هل أنت متأكد...؟»، و غيرها من عبارات التشكيك و الريبة،
- محاولة إملاء البعض من المرضى للطاقم المعالج ما يجب القيام به، وهو الأمر المرفوض من طرف الفئة الأخيرة مما يزيد من حدة النقاشات أحيانا،
- طول فترة انتظار الطبيب المختص أو سيارة الإسعاف يدفع المرضى و مرافقيهم للتشكيك في وعود الطاقم المعالج.

- التقمص العاطفي:

- البعض من المرضى يطلب المساعدة و التوجيه في كل صغيرة و كبيرة على عكس البعض الآخر مما يوصلهم لحائط مسدود و يعقد من المأمورية،
- عدم تفهم مرافقي المرضى لخصوصية المريض مما يدفعهم للدخول في نقاشات حول قواعد الزيارة،

- إبداء المرضى و مرافقيهم للامتنان و الشكر للطواقم المعالج و طلبهم المعذرة عن ما بدر منهم من زلات لسان نتيجة الضغوطات و الآلام،
- عبارات الشكر و الامتنان لا تكون إلا لما يغادر المريض الجناح التقني و تأكده من وصوله للنتيجة الإيجابية المرسومة في ذهنه، و هو أحسن تفسير لسلوك المرضى و مرافقيهم المتميز بالنرفزة و القلق المتأثر بالخوف من المجهول و التجارب السابقة في ظل غياب مرافقة مناسبة.

2.2.5 طرق تقديم الخدمة الصحية بالجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.

كما كان الحال بالنسبة بالجناح التقني رقم 1 قمنا بعمل محاكاة و تجربة لتتبع مختلف المراحل التي يمر بها المريض منذ لحظة وصوله إلى غاية مغادرته للجناح التقني رقم 2 أو استقراره بأحد المصالح إيماناً منا بالأثر الكبير لطريقة تقديم العلاج و مختلف المراحل التي يمر بها المريض على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة.

- البروتوكول الرسمي:

بما أن الجناح التقني رقم 2 يقع بمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة و التي تجمع بين فئتين أساسيتين مستهدفتين للعلاج متمثلتين في النساء الحوامل و الأطفال المرضى (الأطفال البالغين 15 سنة و شهرين كحد أقصى)، فإن البروتوكول العادي يستوجب وجود أعوان للاستقبال و التوجيه من الجنسين الرجالي و النسوي مهمتهم توجيه المريض و مرافقيه على حسب فئتهم و احتياجاتهم، ففئة النساء الحوامل توجه غالباً من طرف المرأة عون الاستقبال نحو اليمين أين توجد مكاتب الاستشارة لأطباء التوليد، الأطباء العامين و القابلات، فبعد الفحص إما تغادر المرأة الحامل أو توجه إلى الطابق العلوي برفقة المرأة العون إذا كان موعد ولادتها قد حان أو لتلقي العلاج. في حين أن فئة الأطفال المرضى الأقل من 15 سنة و شهرين و ذويهم توجه نحو اليسار ناحية استرجالات الأطفال أين يوجد قسمي الاسترجالات الطبية والاسترجالات الجراحية و المكونين من مكنتي الاستشارة الطبية العامة، مكتب الاستشارة الطبية المتخصصة بالإضافة لصالات المراقبة و العلاج لكل قسم، مخبر التحاليل الطبية و قاعة الأشعة.

- المحاكاة التجريبية:

أما محاكاتها التجريبية التي قمنا بها بالجناح التقني رقم 2 فكانت أكثر صعوبة من سابقتها في الجناح التقني رقم 1، فتجلت الصعوبة أساساً في كون الفئة المستهدفة من النساء و الأطفال الذين غالباً ما يكونون برفقة أولياء أمورهم، و على عكس جهة استرجالات الأطفال فجهة أمراض النساء و التوليد يمنع تواجد عنصر الرجال بها وهو ما دفعنا للاستجداد بزميلة باحثة في نفس المجال البحثي مع إعطائها مختلف الإرشادات من أهداف المحاكاة و طرق الملاحظة من أجل استخلاص النتائج و تدوين كل الملاحظات.

الفصل الخامس: قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.

فاختارنا عينة عشوائية مكونة من 5 مرضى و مرافقيهم لتتبعهم من لحظة دخولهم الجناح التقني إلى غاية مغادرتهم له كما هو مبين في الجدول رقم 46. فأفرزت النتائج تباين لتباين الحالات التي تمت مرافقتها، فالأطفال المرضى دائما ما يكونون برفقة ولي أمر في حين أن النساء الحوامل قد يكن بدون رافقة. و كما هو الحال بالنسبة للجناح التقني رقم 1 نجد تجنب جميع المرضى اقتناء إيصال الدفع الرمزي (حتى الطاقم المعالج لم يطلب إظهاره)، في حين أن وقت الانتظار لتلقي الفحص الطبي لا يتجاوز الساعة في حالة استعجالات الأطفال مع تسجيل غياب طبيب عام في المناوبة الليلية لأمراض النساء و التوليد، و على عكس الطبيب العام فانتظار الطبيب المختص سواء بالنسبة للنساء الحوامل أو الأطفال يكلفهم أكثر من ساعة و نصف حتى مع وجود رافقة طبية أو متخصصة (سيارة إسعاف مؤسسة عمومية، SAMU 29 أو الحماية المدنية) نظرا لارتباطات الطبيب المختص الوحيد مع الضغط الكبير المفروض عليه.

الجدول 46: الحالات المرضية التي تمت مرافقتها بالجناح التقني رقم 2.

الحالة	1	2	3	4	5
المريض	طفل ذو خمس سنوات برفقة والديه	طفلة أقل من سنتين برفقة والدتها	إمرأة في العشرينيات	إمرأة في العشرينيات	إمرأة في الثلاثينات
سبب الزيارة	صعوبة في التنفس	سقوط مجهول	وقت الولادة	آلام حادة	نزيف حاد ما بعد العملية القيصرية
طريقة الوصول للمصلحة	الوسائل الشخصية	الوسائل الشخصية	الوسائل الشخصية	الوسائل الشخصية	تحويل من مؤسسة عمومية أخرى
وقت الزيارة	الساعة 07 مساء	الساعة 11 صباحا	الساعة 06 مساء	الساعة 10 صباحا	الساعة 09 مساء
دفع حقوق العلاج	لا	لا	لا	لا	لا
مدة الانتظار لتلقي الفحص الطبي	45 دقيقة	10 د	-	55 د	-
مدة الانتظار لتلقي الفحص الطبي المختص	-	01 ساعة و 45 د	01 ساعة و 50 د	02 ساعة	01 ساعة و 35 د
مدة الانتظار لتلقي الفحوصات التكميلية (أشعة أو تحاليل دم)	-	10 د	-	-	-
مدة الانتظار لتلقي العلاج	07 د	04 د	25 د	10 د	-
استعمال دورات المياه	نعم	لا	نعم	نعم	لا
عدد مرات طلب التوجيه والاستفسار	07 مرات	12 مرة	15 مرة	11 مرة	5 مرات
المدة الإجمالية	01 ساعة و 30 دقيقة	7 ساعات	2 ساعة 20 د	4 ساعات	40 د

للمكوث بالمصلحة					
التحويل لمصلحة أخرى	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
مدة الانتظار قبل التحويل	د 05	د 10	د 04	د 10	د 5

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على معطيات التجربة الميدانية.

- الملاحظات المستخلصة:

و كما هو الحال قمنا في تجربتنا و محاكاتنا الميدانية تسجيل العديد من الملاحظات باختلاف أنواعها حول طرق تقديم الخدمة الصحية و مختلف مراحلها، و قمنا بترتيبها وفق أبعاد نموذج Rater على النحو التالي:

- الملموسية:

- لا يقتني مرتادو استعجالات الأطفال لإيصال الدفع الرمزي على عكس مريضات مصلحة النساء والتوليد و اللاتي إن لم يقتنين لإيصال الدفع إلا أنهن يقمن بتخليص حقوق الدفع بعد مغادرة الجناح،
- على الرغم من جاهزية مقاعد قاعة انتظار استعجالات الأطفال لاستقبال عدد كبير من المرضى واحتوائها على شاشة تلفاز يبث رسوم متحركة موجهة للأطفال إلا أن الآباء يقومون بالوقوف مباشرة أمام مكتب الطبيب مما يشكل اكتظاظ بشري كبير و نفس الأمر مع أماكن انتظار أماكن أمراض النساء و التوليد،
- إغلاق المراحيز في أوجه النساء الحوامل مما يدفعهم للذهاب لمراحيز استعجالات الأطفال،
- التعطلات الكثيرة لجهاز الأشعة مما يجبر الأولياء في الكثير من الأحيان على حمل أولادهم لمصلحة أشعة الجناح التقني رقم 1 (حوالي 600 متر)،
- وجود سيارة إسعاف واحدة فقط لتحويل المرضى لمصلحة الأشعة المقطعية (scanner) بمستشفى يسعد خالد (حوالي 3 كم) مشتركة مع الجناح التقني رقم 1 مما يشكل ضغط كبير يستدعي نقل أكثر من مريض في الرحلة الواحدة.

- الإعتماية:

- خوف الآباء على أبنائهم من الحقن قد يفوق خوف الأبناء أنفسهم في العديد من الأحيان،
- هذا الخوف قد يتعدى مشاعر الأبوة العادية و يصل لحد التدخل في مهام الطاقم المعالج مما يسبب مشاكل بين الطرفين،
- أي خطأ طبي أو شبه طبي مهما كان صغير لا يمر مرور الكرام على المرضى و مرافقيهم خاصة فيما يخص استعجالات الأطفال، فالخطأ الصغير هنا قد يتمثل في عدم وضع القسطرة في الوريد من المرة الأولى (pose d'une voie veineuse) نظرا لعدم ثبات الطفل، تحركاته و بكائه المستمر،
- في العديد من المرات يسأل الآباء عن الطبيب المناوب في استعجالات الأطفال قبل الدخول إليه، فهم واعتمادا على تجاربهم السابقة قاموا بتصنيف الأطباء حسب مهاراتهم الميدانية و نتائج تجاربهم السابقة،

- عدم دقة المواعيد و تأخر الطبيب المختص، سيارة الإسعاف أو تحويلات المرضى يولد تذمرات لديهم ولدى مرافقيهم.
- الإستجابة:
- طول فترة انتظار طبيب التوليد لدى النساء الحوامل تولد جو من اللارتياح و القلق لديهم،
- طول فترة الانتظار أيضا في استجالات الأطفال (انتظار دور الفحص، انتظار سيارة الإسعاف، انتظار الطبيب المختص...) يخلق جو من القلق و النرفزة لدى المرضى الأطفال و مرافقيهم،
- على الرغم من وجود عامل الهاتف إلا أن مناداتة الأطباء الأخصائيين من المصالح الأخرى تتم بطريقة غير رسمية عن طريق هواتف الممرضين الشخصية،
- تباين درجة مرونة الحديث مع الطاقم المعالج من فرد لآخر مما يدفع المرضى و مرافقيهم للتوجه للشخص الأكثر ليونة في الحديث للاستفسار و طلب العلاج و التوجيه،
- سواء كان ذلك في استجالات الأطفال أو في قسم أمراض النساء و التوليد نسجل وجود طبيب مختص واحد في المناوبة أما الضغط الهائل المسلط عليه و كثرة الحالات المستعجلة و التحويلات،
- على الرغم من المرافقة الطبية المتخصصة (سيارات إسعاف المؤسسات الاستشفائية الأخرى، سيارات مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة (SAMU 29) أو سيارات الحماية المدنية) يكافح المرضى و ذويهم للحصول على دور في الاستشارة الطبية المتخصصة.

- الضمان:

- في استجالات الأطفال لطالما نسمع عبارات « ... جربت كل شيء أعطاني إياه الأطباء مع الطفل ولم ينفع شيء...»، «...العلاجات الطبية و التقليدية لم تنفعه ...»، و غيرها من عبارات التشكيك والريبة التي تعبر عن عدم الثقة و التسرع كما نسجل عودة العديد من المرضى عدة مرات في المناوبة الواحدة،
- أما في قسم أمراض النساء و التوليد فأغلبية النساء تأتين برسالة توجيه من طبيب مختص خارجي مما يجعل كل قرار طبي لا يتوافق و لو زمنيا مع رسالة التوجيه محل تشكيك و أخذ و رد من طرف المريضات،
- محاولة إملاء البعض من المرضى للطاقم المعالج ما يجب القيام به، و هو الأمر المرفوض من طرف الفئة الأخيرة مما يزيد من حدة النقاشات أحيانا،
- طول فترة انتظار الطبيب المختص أو سيارة الإسعاف يدفع المرضى و مرافقيهم للتشكيك في وعود الطاقم المعالج.

- التقمص العاطفي:

- قد لا يتفهم البعض منع الزيارة الرجالية في قسم النساء و التوليد لخصوصية المريضات مما يولد نقاشات حادة حول قواعد الزيارة تستدعي في الكثير من الأحيان تدخل رجال الأمن الوطني،
- طول فترة الانتظار يدفع المرضى و مرافقيهم لطرح العديد من الأسئلة حول موعد وصول الطبيب، كثرة هاته الأسئلة قد لا يتفهمها الطاقم المعالج،

- في أغلب الأحيان يكون نقاش صغير سببا في تفهم المرضى و مرافقيهم لتعقيد الإجراءات الإدارية بالجناح التقني،
- إبداء المرضى و مرافقيهم للامتنان و الشكر للطواقم المعالج و طلبهم المعذرة عن ما بدر منهم من زلات لسان نتيجة الضغوطات و الآلام،
- عبارات الشكر و الامتنان لا تكون إلا لما يغادر المريض الجناح التقني و تأكده من وصوله للنتيجة الإيجابية المرسومة في ذهنه.

3.2.5 ردود رؤساء المصالح بالأجنحة التقنية.

بعد المحاكاة التجريبية التي قمنا بها و المتمثلة في مرافقة عدد عشوائي من المرضى من لحظة دخولهم الجناح التقني للاستعدادات الطبية و الجراحية و الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل إلى غاية مغادرتهم للجناحين، يكون من الأمانة و الموضوعية لزاما علينا تفسير و تبرير هاته الملاحظات من منظور مقدمي الخدمة. فكانت أداة المقابلة الجماعية الوسيلة الأنجع لتفسير الملاحظات السابقة مع ممثلي و مسؤولي مقدمي الخدمة بالجناحين التقنيين ، على النحو التالي:

1.3.2.5 تفسيرات رؤساء المصالح بالجناح التقني للاستعدادات:

- مكان المقابلة: مكتب رئيس مصلحة الاستعدادات الطبية الجراحية لمستشفى مسلم الطيب،
- أطراف المقابلة: الطالب الباحث من جهة و من جهة أخرى منسق النشاطات الطبية والجراحية للجناح التقني للاستعدادات برتبة ممرض رئيسي للصحة العمومية، رئيس مصلحة الاستعدادات برتبة إطار في الصحة العمومية و كبير أطباء المصلحة برتبة طبية رئيسية مختصة في الإنعاش و التخدير،
- مدة المقابلة: ما يقارب الساعة و النصف،

و انطلاقا من ذلك سجلنا و رتبنا النقاط و التبريرات في المحاور الرئيسية التالية:

• محور الدعائم البشرية لتقديم الخدمة الصحية:

ففي هذا المحور يتبادر إلينا النقص المسجل في الأطباء الأخصائيين أين نجد أنه و في أغلب الأحيان فإن الطبيب المختص المناوب هو الطبيب المختص الوحيد في الولاية في ذلك الاختصاص و منه فإن أي عملية جراحية يجريها أو نحو ذلك يستوجب على المرضى الباقين الصبر و انتظار تفرغه لهم، في حين أن غياب مناصب الشغل هو السبب الرئيسي لنقص أعوان التنظيم و التوجيه و حتى أعوان الأمن، أين نجد أن غالبية العدد القليل العامل يندرج في إطار عقود ما قبل التشغيل.

• محور الدعائم المادية لتقديم الخدمة الصحية:

فالنقائص و الملاحظات المسجلة فيما يخص الدعائم المادية من قلة كراسي الانتظار، العدد القليل لغرف الاستشفاء و المراقبة، المراض الوحيد في المخبر و جهاز الأشعة الوحيد راجعة لطبيعة الجناح التقني المخصص

رسميا للحالات الاستعجالية و فقط على عكس الواقع الذي يشير إلى توافد أعداد كبيرة من المرضى من أجل الاستشارات الغير مستعجلة. كما يعود سبب الغياب المتكرر للمياه و نقص التدفئة لأعمال الصيانة القائمة والمستمرة بالمستشفى ككل، هذا الأخير ونظرا لطبيعة بنائه (البناءات الجاهزة prés fabriqué) يستلزم صيانة وتحسينات مستمرة و دائمة. في حين أن للمستشفى ككل أربع (4) سيارات إسعاف، واحدة منها مخصصة لاحتياجات الجناح التقني من نقل داخلي للمرضى، في حين الثلاث الباقية مخصصة لنقل المرضى خارج الولاية و هو ما يفسر الضغط الهائل المسلط عليها و فترات انتظارها الطويلة.

و نتيجة لهذا الوضع نسجل وجود مخطط توسعة للمصلحة بفصل الاستعجالات الطبية عن الجراحية وهذا عن طريق إضافة قاعة كبيرة للمراقبة الطبية بسعة 10 أسرة، في حين يبلغ مستوى تقدم الأشغال بالجناح التقني للاستعجالات الجديد 80%، و هو ما من شأنه أن يفك و يقلل من الضغط الحالي و لو نسبيا.

أما فيما يخص دفع حقوق العلاج، فالرغم التعليمات الصارمة و الجدول المدرج في الجريدة الرسمية المتضمن مبالغ الدفع و الفئات المعنية بها، إلا أن العديد من الأطباء يتجنبون طلب إيصال الدفع نظرا لوضع المرضى الحرج أحيانا و طبيعة الحالات المعالجة و المتكفل بها، كما أن المبالغ المدفوعة تتجه مباشرة لخزينة الدولة (يتكفل بها القابض الرئيسي للولاية بمديرية الضرائب) و لا تدخل في ميزانية المؤسسة الإستشفائية كما هو متداول.

• محور سلوك المرضى و مرافقيهم:

و لعل أبرز نقطة تمت مناقشتها في هذا المحور هي إيصال أو قسيمة دفع حقوق العلاج، و على الرغم من إلزاميته و التأكيد عليه عن طريق العديد من مراسلات المدير الولائي للصحة و تعليمات مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطبيب، إلا أن العديد من الأطباء يتجاهلون طلب إظهاره للعديد من الأسباب من بينها الطبيعة الاستعجالية للجناح التقني، الطابع الإنساني و الاجتماعي و تقادي الدخول في مشاحنات كلامية مع المرضى المقتنعين بمجانبة العلاج الكلية، كما أن درجة مرونة ردود أفعال الطاقم المعالج العامل بالجناح التقني تختلف باختلاف طبيعة الشخص بعينه، كما أن لدرجة الضغط و الإجهاد دور كبير في نفسية الطاقم المعالج. وهو ما دفع إدارة المستشفى ممثلة بالأطباء النفسانيين للقيام بدورات تحسيسية و تكوينية للعمال في إطار السيطرة على الغضب و التحكم فيه و كيفية التعامل مع المرضى و مرافقيهم باختلاف سلوكياتهم و ردادات فعلهم في الأوقات العصيبة واللاعادية التي يمرون بها.

• محور التوجيه و التنسيق مع المصالح و الهياكل الأخرى:

في النطاق الجغرافي الرسمي للمستشفى ككل و الجناح التقني بشكل خاص، و المتمثل في مدينة معسكر والبعض من ضواحيها، نجد العديد من العيادات المتعددة الخدمات المجهزة بجناح تقني (عيادة مهور محيي الدين، عيادة حسيبة بن بوعلي، عيادة سيدي موفق، عيادة سيدي محمد بن علي) و مراكز العلاج بمعدل مركز في كل حي صغير و مركزين في كل حي شعبي كبير. و على الرغم من هذا إلا أن المرضى يتجاهلون التسلسل الهرمي

القانوني للعلاج ويتجهون مباشرة للجناح التقني للاستعجالات باختلاف حالاتهم و درجة خطورتها، كما أن لضغط الكبير على الجناح التقني لا يمكن تفسيره بوتائق رسمية نظرا لأن أغلب المرضى القادمين من خارج النطاق الجغرافي الرسمي المحدد للمستشفى قد قدموا بوسائلهم الشخصية و ليس بتحويلات رسمية من المستشفيات والعيادات القريبة من مقر سكنهم.

2.3.2.5 تفسيرات رؤساء المصالح بالجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل:

- مكان المقابلة: مكتب منسق النشاطات الطبية لمصلحة الأم و الطفل ببلوري رحمة،
 - أطراف المقابلة: الطالب الباحث من جهة ومن جهة أخرى منسق النشاطات الطبية لمصلحة الأم و الطفل ببلوري رحمة برتبة ممرض رئيسي للصحة العمومية، مقتصد المصلحة برتبة مدير من الدرجة 3، نائب المدير الفرعي للنشاطات الطبية و منسق نشاطات طبية سابق برتبة ممرض ممتاز بالإضافة إلى طبيبة عامة استعجالية بخبرة 10 سنوات بالمصلحة،
 - مدة المقابلة: ما يقارب الساعة،
- فكانت الردود على النحو التالي:

• محور الدعائم البشرية لتقديم الخدمة الصحية:

أبرز ما تمت مناقشته في هذا المحور هو عدم توفر سائقي سيارات الإسعاف في الفترة الحالية، غياب مناصب الشغل المنجر عنه نقص أعوان التنظيم والتوجيه و حتى أعوان الأمن، أين نجد أن غالبية العدد القليل العامل يندرج في إطار عقود ما قبل التشغيل، كما أنه و في أغلب الأحيان فإن الطبيب المختص المناوب هو الطبيب المختص الوحيد في الولاية في ذلك الاختصاص و منه فإن أي عملية جراحية يجريها أو نحو ذلك يستوجب على المرضى الباقين الصبر و انتظار تفرغه لهم.

هاته النقائص تسعى إدارة المصلحة لحلها بطلب رسمي موجه لمديرية الصحة لانتداب وفتح مناصب شغل في مختلف التخصصات، بالإضافة إلى تدعيم المناوبات الطبية بالأطباء الخواص لتفادي شغور المصلحة من طبيب أمراض النساء و التوليد خاصة في الفترة الليلية

• محور الدعائم المادية لتقديم الخدمة الصحية:

إن عدم استعمال كراسي الانتظار على الرغم من توفرها، و اللجوء إلى الوقوف مباشرة أمام مكتب الطبيب يعود إلى ذهنيات و الطبيعة الاجتماعية للمرضى، و هو ما نسعى لتنظيمه من خلال توفير أعوان للتنظيم، كما أن غلق المراحيض بقسم استعجالات أمراض النساء و التوليد يعود لأعمال الصيانة الدورية لها، في حين أن التعطلات المستمرة لأجهزة الأشعة تعود لغياب عون الصيانة في هاته الفترة كما نسجل نقص فادح في الممرضين أخصائي الأشعة.

• محور سلوك المرضى و مراقبيهم:

تدفع الواقعية الاستعجالية لعدم طلب طبيب استعجالات الأطفال لإيصال الدفع الرمزي، على عكس مصلحة أمراض النساء و التوليد، في حين أن تسرع أولياء المرضى الأطفال في الحصول على الشفاء و نتيجة مرضية هو ما يدفعهم إلى العودة مرارا في المناوبة الواحدة، أما وقت الولادة ليس علما دقيقا، و أي حسابات هي تقريبية خاضعة للعديد من العوامل الفيزيولوجية و الطبية و هو ما لا تتقبله المريضات في العديد من الأحيان، أما منع الزيارة الرجالية في أقسام أمراض النساء و التوليد فيعزى إلى طبيعة هاته الأخيرة بالإضافة إلى طبيعة المجتمع المحافظ و سعينا لوضع المرأة الحامل و الطاقم المعالج النسائي في أحسن الظروف، والتعقيدات الإجرائية الإدارية هي بهدف حماية حقوق المرأة الحامل، طفلها و الأطفال المرضى لا غير.

• محور التوجيه و التنسيق مع المصالح و الهياكل الأخرى:

في هذا المحور تمت مناقشة منادات الأطباء التي تتم عن طريق الهواتف الشخصية للمرضيين أين تم تبرير ذلك بتسهيل الأمورية أين يكون الطبيب مع شخص قادر على وصف الحالة بدقة من جهة و قادر على التدخل وتقديم إسعافات محدودة في انتظار وصول الطبيب، كما أن الضغط الكبير على الجناح التقني يعود إلى استقباله لمرضى من قطاعات أخرى، هؤلاء المرضى قدموا بوسائلهم الشخصية مما يجعل الضغط غير قابل للتفسيره عن طريق إحصائيات و وثائق التحويلات الرسمية.

و إجمالا و استنادا إلى ما سبق تحليله من معطيات المحاكاة التجريبية و المقابلة مع رؤساء المصالح بالأجنحة التقنية، فإن الفرضية الرابعة المصرحة بأن اختلاف الفجوة ما بين إدراكات وتوقعات المرضى تعود لاختلاف مساهم العلاج هي فرضية صحيحة و مقبولة.

3.5 النموذج النهائي للدراسة.

بعد التطرق إلى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية العمومية المقدمة بالجناحين التقنيين للاستعدادات ومصالحة الأم و الطفل بلبوري رحمة و طرق تقديم الخدمة الصحية بهما في المبحثين السابقين، يأتي هذا المبحث ليعالج تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على النموذج المطبق و التحليل العاملي لهذا الأخير لتحديد أصناف المرضى (Profil de malades) بما يساعد في فهم سلوكياتهم، أولوياتهم، تفضيلاتهم و يساعدنا في اختبار مدى تحقيق المطابقة المطلقة و التامة لنموذج RATER و السياق المدروس.

1.3.5 تأثير العوامل السوسيوديمغرافية.

هذا و نصت الفرضية الخامسة في الحزمة الثانية من الفرضيات المحددة لدراستنا على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها مرتبطة بالعوامل السوسيوديمغرافية، وبغية التحقق منها لجأنا إلى تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعا للمتغيرات السوسيوديمغرافية الستة و ذلك عن طريق تطوير الفرضية الرئيسية إلى فرضيات فرعية على النحو التالي:

- H5a: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها تبعا لمتغير الجنس:

يمثل الجدول رقم 47 تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة وفقا لمتغير الجنس، فأظهرت النتائج أن أغلب قيم F للأبعاد الخمس لنموذج RATER هي ذات دلالة إحصائية معنوية عند مستوى دلالة 0,05 باعتبار الـ Sig. أو P-value الخاص بها أصغر أو يساوي 0,05، كما أن F المحسوبة أكبر من F الجدولية (باستثناء الأبعاد التي يفوق بها الـ Sig. مستوى الدلالة الإحصائية)، و منه يمكن القول برفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعا لمتغير الجنس في كلا الجناحيين التقنيين.

الجدول 47: تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير الجنس.

	Somme des carrés		Ddl		Moyenne des carrés		F		Sig.	
	الجنح التقني 1	الجنح التقني 2	الجنح التقني 1	الجنح التقني 2	الجنح التقني 1	الجنح التقني 2	الجنح التقني 1	الجنح التقني 2	الجنح التقني 1	الجنح التقني 2
الملموسية	1,524	4,092	1	1	1,524	4,092	3,016	9,196	,085	,003
الاعتمادية	12,288	62,464	1	1	12,288	62,464	13,320	57,344	,000	,000
الاستجابة	22,289	1,016	1	1	22,289	1,016	31,231	1,453	,000	,230
الضمان	15,313	148,574	1	1	15,313	148,574	19,531	102,505	,000	,000
التقص العاطفي	44,815	,323	1	1	44,815	,323	76,451	,426	,000	,515

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- H5_B: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها تبعاً لمتغير السن:

و يمثل الجدول رقم 48 تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة وفقاً لمتغير السن، أين نجد نتائج كل قيم F للأبعاد الخمس لنموذج RATER هي ذات دلالة إحصائية معنوية عند مستوى دلالة 0,05 باعتبار Sig. أو P-value الخاص بها أصغر أو يساوي 0,05، في حين أن F المحسوبة أكبر من F الجدولية، و هو ما يوصلنا لنتيجة برفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة القائمة على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعاً لمتغير السن في كلا الجناحين التقنيين.

الجدول 48: تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير السن.

	Somme des carrés		Ddl		Moyenne des carrés		F		Sig.	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	19,474	34,280	4	4	4,869	8,570	12,852	32,382	,000	,000
الاعتمادية	29,016	27,570	4	4	7,254	6,892	8,899	5,191	,000	,001
الاستجابة	31,472	33,772	4	4	7,868	8,443	11,930	16,646	,000	,000
الضمان	32,315	38,344	4	4	8,079	9,586	12,034	4,427	,000	,002
التقصص العاطفي	30,301	51,432	4	4	7,575	12,858	10,649	28,475	,000	,000

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتماداً على مخرجات SPSS.

- H5_C: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها تبعاً لمتغير مكان السكن:

أما الجدول رقم 49 فيمثل تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة وفقاً لمتغير مكان السكن، فباستثناء بعد الملموسية لكلا الجناحين التقنيين و بعدي الاستجابة و التقمص العاطفي للجناح التقني رقم 2 أين تجاوزت Sig. بهم قيمة الدلالة المعنوية 0,05 فإن كل قيم F الباقية للأبعاد الخمس لنموذج RATER هي ذات دلالة إحصائية معنوية عند مستوى دلالة 0,05 باعتبار Sig. أو P-value الخاص بها أصغر أو يساوي 0,05، في حين أن F المحسوبة أكبر من F الجدولية لهاته الأبعاد باستثناء بعد الاعتمادية للجناح التقني رقم 2 الذي لا يتأثر بعامل مكان السكن، و هو ما يوصلنا لنتيجة برفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة القائمة على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعاً لمتغير مكان السكن في كلا الجناحين التقنيين.

الجدول 49: تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير مكان السكن.

	Somme des carrés		Ddl		Moyenne des carrés		F		Sig.	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	,994	1,386	4	4	,248	,347	,477	,737	,753	,568
الاعتمادية	34,951	19,017	4	4	8,738	4,754	11,355	3,442	,000	,010
الاستجابة	17,762	6,541	4	4	4,440	1,635	5,805	2,414	,000	,051
الضمان	35,047	57,183	4	4	8,762	14,296	12,983	6,981	,000	,000
التقص العاطفي	12,883	4,075	4	4	3,221	1,019	3,924	1,363	,005	,249

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- H5D: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها تبعا لمتغير الدخل:

و يمثل الجدول رقم 50 تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة وفقا لمتغير الدخل، أين نجد نتائج كل قيم F للأبعاد الخمس لنموذج RATER هي ذات دلالة إحصائية معنوية عند مستوى دلالة 0,05 باعتبار Sig. أو P-value الخاص بها أصغر أو يساوي 0,05، في حين أن F المحسوبة أكبر من F الجدولية، و هو ما يوصلنا لنتيجة برفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة القائمة على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعا لمتغير مكان السكن في كلا الجناحين التقنيين.

الجدول 50: تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير الدخل.

	Somme des carrés		Ddl		Moyenne des carrés		F		Sig.	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	15,833	27,089	3	3	5,278	9,030	13,073	29,348	,000	,000
الاعتمادية	28,053	23,064	3	3	9,351	7,688	12,932	5,705	,000	,001
الاستجابة	29,445	25,083	3	3	9,815	8,361	14,651	14,983	,000	,000
الضمان	24,407	36,094	3	3	8,136	12,031	11,197	5,554	,000	,001
التقص العاطفي	36,117	38,133	3	3	12,039	12,711	15,951	23,922	,000	,000

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- $H5_E$: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها تبعا لمتغير المستوى التعليمي:

أما الجدول رقم 51 فيمثل تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة وفقا لمتغير المستوى التعليمي، فتظهر النتائج كل قيم F للأبعاد الخمس لنموذج RATER بدلالة إحصائية معنوية عند مستوى معنوية 0,05 باعتبار الـ Sig. أو P-value الخاص بها أصغر أو يساوي 0,05، في حين أن F المحسوبة أكبر من F الجدولية باستثناء بعد التقمص العاطفي للجناح التقني رقم 2 أين نجد أن المستوى التعليمي لا يؤثر في تقييم جودة الخدمة استنادا لعبارات هذا البعد باعتبار F المحسوبة أصغر من F الجدولية، و عموما نلتزم القول برفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائمة على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعا لمتغير المستوى التعليمي في كلا الجناحين التقنيين.

الجدول 51: تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

	Somme des carrés		Ddl		Moyenne des carrés		F		Sig.	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	4,882	4,438	3	3	1,627	1,479	3,339	3,299	,021	,022
الاعتمادية	21,099	112,511	3	3	7,033	37,504	8,090	47,355	,000	,000
الاستجابة	18,418	234,242	3	3	6,139	78,081	8,141	83,478	,000	,000
الضمان	23,744	25,169	3	3	7,915	8,390	10,817	13,711	,000	,000
التقصم العاطفي	12,639	4,438	3	3	4,213	1,479	5,011	3,299	,003	,022

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

- $H5_F$: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها تبعا لمتغير طريقة الوصول:

و أخيرا يمثل الجدول رقم 52 تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة وفقا لمتغير طريقة الوصول ، أين نجد تأثير عبارات أبعاد كل من الاعتمادية و الاستجابة لكلا الجناحين و بعد الضمان للجناح التقني 2 بالعامل السوسيوغرافي المتمثل في طريقة الوصول و هذا بدليل نتائج F المحسوبة أكبر من F الجدولية عند مستوى معنوية Sig. أصغر أو يساوي 0,05، في حين أن باقي الأبعاد لم تتأثر بهذا العامل السوسيوغرافي و هذا بدليل Sig. التي تجاوزت قيمتها المعنوية 0,05، و منه يمكن القول بأن الفرض البديل القائم على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة تبعا لمتغير طريقة الوصول في كلا الجناحين التقنيين فرض صحيح.

الجدول 52: تحليل التباين لمستويات جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير طريقة الوصول.

	Somme des carrés		Ddl		Moyenne des carrés		F		Sig.	
	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2	الجناح التقني 1	الجناح التقني 2
الملموسية	,020	,666	2	2	,010	,333	,019	,710	,981	,493
الاعتمادية	6,824	26,167	2	2	3,412	13,084	3,514	9,911	,033	,000
الاستجابة	8,271	13,783	2	2	4,136	6,892	5,011	11,038	,008	,000
الضمان	1,507	25,470	2	2	,753	12,735	,842	5,741	,433	,004
التقصص العاطفي	2,511	4,725	2	2	1,256	2,363	1,378	3,218	,256	,043

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

و إجمالاً و استناداً للفرضيات الفرعية الستة التي أظهرت وجود فروق جوهرية تعزى للسته متغيرات سوسيوديمغرافية يمكن الحزم بصحة الفرضية الخامسة المنصّة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية مرتبطة بالعوامل السوسيوديمغرافية.

2.3.5 التحليل العاملي الاستكشافي للنموذج المطبق.

و كمحصلة لجميع ما سبق من الفرضيات، تنص فرضيتنا السادسة من الحزمة الثالثة للفرضيات المحددة لدراستنا على إمكانية تحسين النموذج المطبق عن طريق تصنيف المرضى في مجموعات (Profil de Malades) استناداً لعباراته الـ 22.

و لعل أنجع طريقة لدراسة إمكانية تحسين النموذج المطبق هي عن طريق استعمال التحليل العاملي، أين نجد أن "...التحليل العاملي الاستكشافي و التحليل العاملي التوكيدي يستعملان في تقدير الخصائص السيكومترية من ثبات Reliability و صدق Validity للمقاييس و الاختبارات و مختلف الأدوات المستعملة في جمع البيانات. و تعتبر طريقة التحليل العاملي من الطرق الدقيقة لتقدير ثبات و صدق المقاييس و الاختبارات..."¹.

ولتحقيق ذلك يكون شبه لزاماً علينا استعمال نمذجة المعادلات البنوية SEM التي تستند على أساس و إطار نظري بما يمكن من تحقيق دور التحليل العاملي الاستكشافي المتمثل في "...اختزال تعدد المتغيرات المقاسة أو المؤشرات إلى عدد قليل من المتغيرات الكامنة التي تلخصها و الكشف عن البنية العاملية الكامنة، أو مساحات الدلالة المشتركة التي تكمن وراء تعدد المتغيرات المقاسة..."² استناداً لتصنيفات المرضى (Profil de Malades)، للوصول للشطر الثاني من الفرضية الرامي لتحقيق المطابقة التامة عن طريق نموذج القياس المتعدد للعبارات بحساب الأخطاء، اكتشافها و تقديرها في كل عبارة مقاسة.

¹ تيغرة أ. ب. (2012)، "التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي، مفاهيمهما ومنهجهما بتوظيف حزمة SPSS و LISREL"، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 11.
² تيغرة أ. ب. (2012)، مصدر سبق ذكره، ص 19-20.

هذا و يبدأ التحليل من جميع المتغيرات الـ 22 للأبعاد الخمس لنموذج RATER إيماناً منا بتجميعه وتمثيله لأساسيات الخدمة الصحية المقدمة كما تطرقنا إليها سابقاً، كما تم في هذا التحليل التركيز على ما يدركه المريض اتجاه الخدمات الصحية العمومية المقدمة المعبر عنها بالأرقام الإحصائية للإدراكات و استبعاد تلك الخاصة بالتوقعات.

كما نجد أن الأدبيات الإحصائية تنص على وجوب النظر في ثلاثة جوانب لتحديد مدى ملائمة البيانات لتحليل العوامل، هاته الجوانب كما اقترح Hair and al. متمثلة في "...حجم العينة الذي يجب أن يكون 100 أو أكبر، قابلية عوامل مصفوفة الارتباط، مقياس (KMO: Kaiser-Meyer-Olkin) لكفاية أخذ العينات أو اختبار Bartlett's Sphericity لحجم العينة..."¹

الجدول 53: مؤشر KMO و اختبار Bartlett للجناحين التقنيين.

		الجناح التقني رقم 1	الجناح التقني رقم 2
Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin		,910	,832
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	4290,573	6433,086
	Ddl	231	231
	Signification de Bartlett	,000	,000

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتماداً على مخرجات SPSS.

فيوضح الجدول 53 مؤشر **KMO and BARLETTE** المستعمل كأداة للتأكد من جودة و موثوقية القياس، فقيمة مؤشر **KMO** بلغت **0,910** و **0,832** للجناحين التقنيين رقم 1 و 2 على الترتيب و هي نتيجة أقرب ما تكون للممتازة لكونها أقرب للقيمة الكاملة و المثالية 1 بالإضافة لمقابلتها لقيمة الصفر لدرجة المعنوية Sig. أو الـ P-value.

بالإضافة لذلك و لتفسير التباين للنموذج المطبق، نجد أن نموذج RATER في هيكله الأصلي فسر تباين السياق المدروس بنسبة أقرب ما تكون للممتازة تمثلت في نسبة 80,122% من التباين الكلي بالنسبة للجناح التقني رقم 1 للاستعدادات و نسبة 84,603% للجناح رقم 2 لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة، كل هذا يعبر عن مدى الملائمة الكبير للنموذج المطبق على السياق المدروس (الجناحين التقنيين 1 و 2).

و رغم هاته النسب المرتفعة المؤكدة لمدى ملائمة النموذج للسياق المدروس، إلا أن السؤال الأخير التي يتبادر إلى أذهاننا هو إمكانية الوصول إلى ملائمة تامة أو مطابقة كلية يقابلها تباين مطلق (100%) بالاعتماد على مجموعات تصنيفية للمرضى (Profil de Malades) بنفس عبارات الأبعاد الخمسة لنموذج RATER.

¹ Hair J.F. Black W.C. and Babin B.J. (2010), cited in Liew Lee Chan Noraini Idris Validity and Reliability of The Instrument Using Exploratory Factor Analysis and Cronbach's alpha, International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2017, Vol. 7, No. 10, p403.

و للوصول لاختبار مدى المطابقة التامة وجب المرور بمرحلة التحليل العاملي (FACTOR ANALYSIS) للوصول إلى المدى الذي يمكن لتحليل النتائج المستخلصة من المستجوبين أن يوفر معلومات إضافية عن الردود التي تم الحصول عليها و هذا عن طريق التشكيك في محتوى المحاور الرئيسية المميزة لاستخلاص العناصر التي تلعب دورا أساسيا في تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة، بمعنى آخر دراسة التباين ما بين المتغيرات الـ 22 الملاحظة و المترابطة لنموذج RATER المطبق لمحاولة تحسين النموذج عن طريق نمذجته في مجموعات خطية من العوامل أو الأبعاد الكامنة و المستقلة استنادا لتصنيفات المرضى بما يتناسب والسياق المدروس.

فتم إجراء هذا التحليل بالأخذ في الاعتبار $EIGEN-VALUE = 1$ لتحسين قوة العوامل، أين خلص التحليل العاملي إلى حل ثلاثي المعامل، لكل معامل منهم قيم Eigen-value أعلى من (1) كما هو مبين في الجدول رقم 51، و تنص القاعدة الإحصائية على أن أي عامل أو بعد لديه علاقات أكبر من 30% مع ثلاث متغيرات أو أكثر، يمكن اعتباره مكون جيد للأخذ به، أما في الحالات التي يتشعب بها العامل بأكثر من متغيرين أو ما تسمى بالـ Over load، فيتم الاعتماد على التشعب ذو أكبر قيمة. فتحلل مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني للاستعجالات (الجناح التقني رقم 1) المبينة في الجدول رقم 54 إلى تصنيف المرضى المستجوبين بهذا الجناح إلى ثلاث أصناف على النحو التالي:

- العامل الأول لديه علاقات قوية مع 10 متغيرات من أصل 22 متغير:

و الذي يمثل صنف المرضى الذين يتأثر إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة أساسا بنقتهم و اهتمام الطاقم المعالج بهم بالإضافة إلى مدى ملائمة الوسائل والمعدات الملموسة لتدفق المرضى.

- العامل الثاني لديه علاقات قوية مع 06 متغيرات من أصل 22 متغير:

و يمثل الصنف المميز بتأثره بالمعاملات الشخصية و الإدارية للمؤسسة الصحية وطاقمها العامل.

- العامل الثالث لديه علاقات قوية مع 06 متغيرات من أصل 22 متغير:

أين يتميز هذا الصنف بتأثره بالانطباع الأولي المعبر عنه باستجابة سريعة، فعالة و خالية من الأخطاء للخدمات الصحية المقدمة.

الجدول 54: مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1.

Matrice de structure

	Composante		
	1	2	3
يضع المرضى ثقتهم بالطاقم المعالج	,989	,544	
إعلام المرضى و مرافقيهم عن أوقات تقديم الخدمات الصحية و أماكن تقديمها	,981	,600	
تقدم الخدمات الصحية في آجالها و مواعيدها المحددة سابقا	,979	,569	
يظهر الطاقم المعالج اهتمام حقيقي و صادق أثناء تقديم الخدمة الصحية	,965	,533	
يقوم الطاقم المعالج بالوفاء بوعوده حول انجاز و تقديم الخدمة الصحية	,952	,509	
المرونة في الرد على طلبات المرضى و احتياجاتهم	,931	,486	
يحرص الطاقم المعالج على مساعدة المرضى نحو الأفضل	,905	,496	
يفهم الطاقم المعالج احتياجات المرضى	,884	,476	
يحتوي المستشفى على معدات و تجهيزات حديثة و مناسبة للخدمة الصحية	,876	,528	
أماكن الانتظار و غرف الاستشفاء تتكيف و تدفق المرضى الهائل	,771	,459	
في أغلب الأوقات لباس الطاقم المعالج نظيف و لائق	,624	,958	
يضع المريض ثقته في المهارات المهنية الطبية بثقة و أمان	,497	,948	
رغبة الطاقم المعالج و استعدادهم الدائم لحل المشاكل و معالجة للشكاوى	,589	,918	
تسعى إدارة المستشفى لتسهيل مختلف التعاملات بما يتناسب و احتياجات و مصالح المرضى و مرافقيهم	,401	,854	
يحس المريض و مرافقيه بالأمان أثناء تعامله مع الطاقم المعالج	,434	,747	
يمنح الطاقم المعالج اهتمام شخصي لكل مريض (يأخذ الوقت الكافي لسماعكم و استيعاب حالاتكم الشخصية)	,412	,722	
مصداقية و موثوقية الطاقم المعالج و احترامه للمرضى و مرافقيهم			,951
يستجيب الطاقم المعالج لاحتياجاتكم بطريقة سريعة و فعالة			,921
يقدم الطاقم المعالج معلومات دقيقة و صحيحة و بكل صدق و وضوح			,877
يقدم الطاقم المعالج خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة			,863
ساعات الزيارة و عمل إدارة المستشفى تناسب جميع الفئات			,824
نظافة المستشفى و رائحته حسنة			,747

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Promax avec normalisation de Kaiser.

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات SPSS.

كما تم اعتماد معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Chronbach) للتحقق من ثبات هاته التصنيفات الممتلئة بالمصفوفة ذات الحل الثلاثي المعامل كما هو مبين بالجدول 55، أين وجدنا أن نسبة المعامل عالية جدا وتجاوزت الـ 90% لمعاملات مكونات المصفوفة المدورة الثلاث و هو ما يعبر عن الدلالة الإحصائية العالية التي تترجم وجود ترابط كبير بين عبارات الاستبيان للمجموعات الثلاث لتصنيفات المرضى المحققة.

الجدول 55: نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,980	10
,919	6
,926	6

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

أما بالنسبة للجناح رقم 2 لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة، فخلص التحليل العاملي حلا رباعي المعامل، لكل معامل منهم قيم Eigen-value أعلى من (1)، فيمثل الجدول 56 تصنيفات المرضى المعبر عنها بمصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة (الجناح رقم 2)، أين خلص التحليل إلى الحل الرباعي المعامل الممثل لتصنيفات المرضى المستجوبين بهذا الجناح التقني على النحو التالي:

العامل الأول لديه علاقات قوية مع 09 متغيرات من أصل 22 متغير:

و هو ما يمثل صنف المرضى المتأثر إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة أساسا بمستوى ثقتهم بالطاقم المعالج و مدى اهتمامه بهم.

الفصل الخامس: قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية.

• العامل الثاني لديه علاقات قوية مع 04 متغيرات من أصل 22 متغير:

و هو صنف المرضى المتأثرين أساسا بمدى مناسبة أماكن و أوقات تقديم الخدمة الصحية لشريحة المرضى المتلقين لهاته الخدمة.

• العامل الثالث لديه علاقات قوية مع 06 متغيرات من أصل 22 متغير:

أين يتميز هذا الصنف بتأثره بمصداقية، موثوقية و فعالية الطاقم المعالج.

• العامل الرابع لديه علاقات قوية مع 03 متغيرات من أصل 22 متغير:

و هو صنف المرضى المتأثر إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة أساسا بمدى سهولة المعاملات و مدى قابلية و سرعة المؤسسة الإستشفائية لحل مختلف المشاكل و الشكاوى المقدمة.

الجدول 56: مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني رقم 2.

Matrice de structure	Composante			
	1	2	3	4
يضع المرضى ثقتهم بالطاقم المعالج	,914	,756		
يضع المريض ثقته في المهارات المهنية الطبية بثقة و أمان	,899	,324		
تقدم الخدمات الصحية في أجالها و مواعيدها المحددة سابقا	,895	,730		
يظهر الطاقم المعالج اهتمام حقيقي و صادق أثناء تقديم الخدمة الصحية	,883	,721		
يقوم الطاقم المعالج بالوفاء بوعوده حول انجاز و تقديم الخدمة الصحية	,882	,740		
المرونة في الرد على طلبات المرضى و احتياجاتهم	,875	,718		
يحس المريض و مرافقيه بالأمان أثناء تعامله مع الطاقم المعالج	,801			
يمنح الطاقم المعالج اهتمام شخصي لكل مريض (يأخذ الوقت الكافي لسماعكم و استيعاب حالاتكم الشخصية)	,756		,305	
يحرص الطاقم المعالج على مساعدة المرضى نحو الأفضل	,708	,602		
يحتوي المستشفى على معدات و تجهيزات حديثة و مناسبة للخدمة الصحية	,455	,978		,378
إعلام المرضى و مرافقيهم عن أوقات تقديم الخدمات الصحية و أماكن تقديمها	,448	,965		,411
أماكن الانتظار و غرف الاستشفاء تتكيف و تدفق المرضى الهائل	,457	,938		,451
يفهم الطاقم المعالج احتياجات المرضى		,793		,349
مصداقية و موثوقية الطاقم المعالج و احترامه للمرضى ومرافقيهم			,968	
يقدم الطاقم المعالج معلومات دقيقة و صحيحة و بكل صدق و وضوح			,945	
يقدم الطاقم المعالج خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة			,922	
ساعات الزيارة و عمل إدارة المستشفى تناسب جميع الفئات			,861	
يستجيب الطاقم المعالج لاحتياجاتكم بطريقة سريعة و فعالة	-,399		,791	,415
نظافة المستشفى و راحته حسنة			,524	-,381
في أغلب الأوقات لباس الطاقم المعالج نظيف و لائق		,613		,857
تسعى إدارة المستشفى لتسهيل مختلف التعاملات بما يتناسب و احتياجات ومصالح المرضى و مرافقيهم		,377		,808
رغبة الطاقم المعالج و استعداده الدائم لحل المشاكل ومعالجة للشكاوى	,303	,635		,802

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Promax avec normalisation de Kaiser.

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

و كما هو الحال أيضا تم اعتماد معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Chronbach) للتحقق من ثبات هاته المصفوفة ذات الحل الرباعي المعامل المترجمة لتصنيفات المرضى كما هو مبين بالجدول 57، أين كانت النتائج أكثر ما يكون من جيدة للعوامل الأربعة و هو ما يعبر عن قيمة ذات دلالة إحصائية عالية تترجم وجود ترابط بين عبارات مصفوفة المكونات المدورة لهاته التصنيفات.

الجدول 57: نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات مصفوفة المكونات المدورة للجناح التقني 2.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,957	9
,942	4
,919	6
,875	3

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

و إجمالاً، و بالنظر إلى نتائج كلا الجناحين التقنيين التي انطلق التحليل بها من أبعاد نموذج الفجوة RATER أين تم تصنيف المرضى بدون حذف أي عبارة ضعيفة و تأكيد قوة و صلاحية جميع العبارات وصلاحيتها لتصنيف المرضى و تجميعهم كما يقتضيه التحليل العاملي الاستكشافي في مجموعات تصنيفية مغايرة للعوامل أو الأبعاد الخمسة المحددة في نموذج RATER، ففي الجناح التقني رقم 1 تم تصنيف المرضى في ثلاث أصناف رئيسية على خلاف الجناح التقني رقم 2 الذي خلص التحليل فيه لتصنيفهم في أربع أصناف رئيسية كما سبق و تم ذكره.

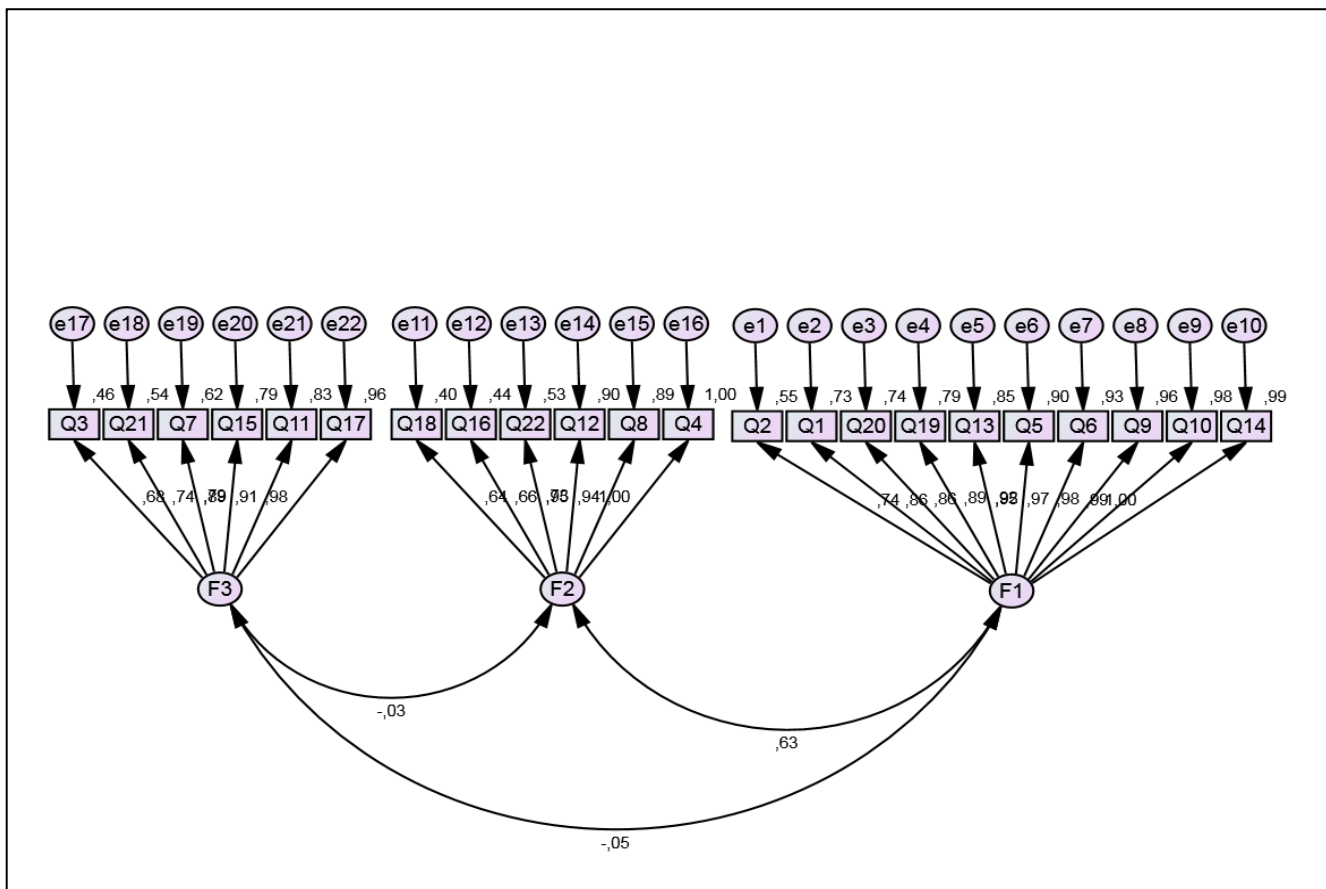
كل ما سبق يتيح لنا الانتقال إلى المرحلة القادمة و المتمثلة في دراسة إمكانية الوصول إلى التطابق التام ما بين متغيرات نموذج RATER الـ 22 المجمعة في أصناف استنادا لتصنيفات المرضى و السياق المدروس عن طريق مرحلة التحليل العاملي التوكيدي.

3.3.5 التحليل العاملي التوكيدي للنموذج المطبق.

و امتدادا لما سبق، و كمحاولة لتحسين النموذج المطبق في سياقنا المدروس، تم الاعتماد على التحليل العاملي التوكيدي الذي يسعى بدوره لتحديد المتغيرات الكامنة، بعبارة أخرى مجموعات المتغيرات الملاحظة التي تشترك في خصائص التباين المشترك، بما يساهم في تقليص الفجوات للوصول إلى التباين المطلق أو المطابقة الكلية للنموذج المطبق مع السياق المدروس.

و يمثل الشكل 08، النمذجة الهيكلية لمصفوفة العوامل المدورة في التحليل العاملي الاستكشافي للجناح التقني للاستعدادات (الجناح التقني رقم 1) بالاعتماد على البرنامج الإحصائي AMOS v.22 الممتد لملاحق البرنامج الإحصائي السابق الذكر و الاستعمال SPSS v.19.

الشكل 08: النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1.

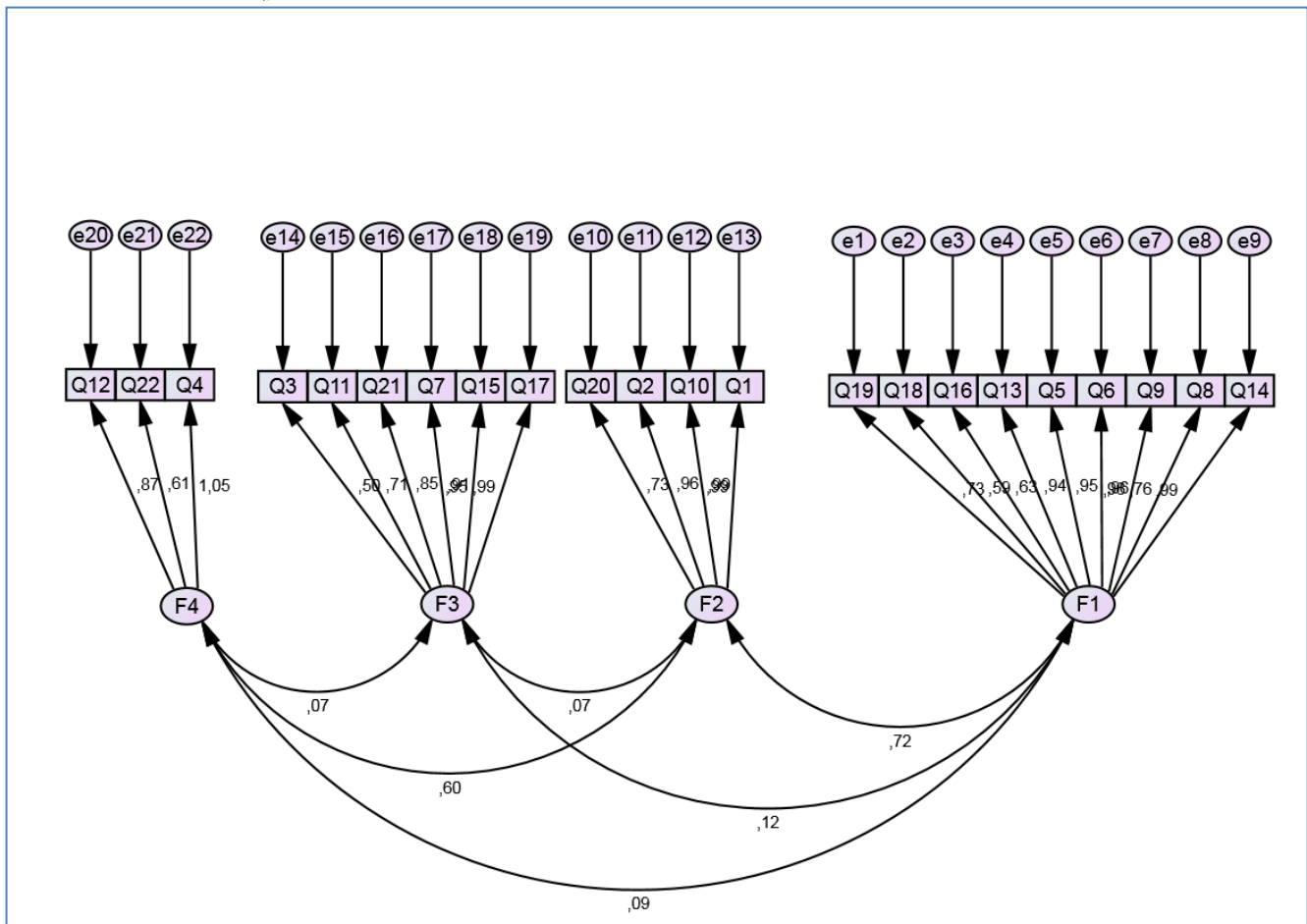


المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج AMOS V.22.

كما يمثل الشكل 09، النمذجة الهيكلية لمصفوفة العوامل المدورة في التحليل العاملي الاستكشافي للجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة (الجناح التقني رقم 2) باستعمال نفس البرنامج الإحصائي المذكور

.AMOS v22

الشكل 09: النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 2.



المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج AMOS V.22.

فيعبر الشكلان السابقان عن تصنيفات المرضى (F1, F2, F3,...) المنطوية تحتها العبارات الـ 22 المدورة من مكونات نموذج RATER، بما يساهم في رسم النموذج في شكله الهيكلي مبرزاً العلاقة التأثيرية ما بين مختلف مكوناته.

وبالرجوع لقيم التحليل المستخرجة من مخرجات برنامج AMOS V.22 لكلا الجناحين التقنيين المدروسين، يتضح أن النموذج الجديد المعتمد على المكونات المدورة المرتكزة على تصنيفات المرضى غير معنوي وأن البيانات لا تتطابق مع النموذج مطابقة حسنة، و يمكن التحقق من ذلك من خلال نتائج الموضحة في الجدول 57 لنموذج العلاقات بين العوامل و عناصر مصفوفة المكونات المدورة المستندة على تصنيفات المرضى.

الجدول 58: مؤشرات حسن المطابقة للنموذج.

المؤشرات	نموذج الجناح التقني رقم 1	نموذج الجناح التقني رقم 2	المعيار المرجعي ¹
نسبة CMIN/DF	2,338	10,353	< 5
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	0,100	0,239	RMSEA=0 تطابق تام، RMSEA<0.05 أفضل تطابق
مؤشر جودة المطابقة GFI	0,763	0,180-0,511	GFI=1 مطابقة تامة، GFI > 0.90 مطابقة
مؤشر المطابقة المقارن CFI	0,936	0,710	CFI=1 مطابقة تامة، CFI>0.95 أحسن مطابقة
مؤشر المطابقة المعياري NFI	0,865	0,960	NFI=1 مطابقة تامة، NFI > 0.90 أحسن مطابقة
مؤشر توكر لويس TLI	0,929	0,670	TLI=1 مطابقة تامة، TLI >0.90 أحسن مطابقة
معيار المعلومات AIC Akaike	575,678	2201,687	أصغر ما يمكن للدلالة
الصدق المتوقع الزائف ECVI	4,296	13,425	أصغر ما يمكن للدلالة

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج AMOS V.22.

فيتضح من هذا الجدول، حيازته على قيم سيئة للعديد من المؤشرات و معظمها غير دال إحصائيا، فبالنسبة للجناح التقني للاستعدادات، فأهم مؤشر متمثل في RMSEA غير محقق للمطابقة بأرقام بعيدة كليا عن الأرقام المعيارية، و هو الحال بالنسبة للمؤشرات الأخرى باستثناء مؤشرات كل من CMIN/DF الذي حقق مطابقة ممتازة (2,338 > 5)، مؤشر توكر لويس TLI الذي حقق مطابقة حسنة للنموذج (0,929 > 0.90) ومؤشرا المطابقة المعياري NFI و المطابقة المقارن CFI اللذان تقارب أرقامهما الأرقام المعيارية للمطابقة الحسنة، و هو ما يعطي الأمل في إمكانية تحسين النموذج للوصول للمطابقة التامة.

في حين أن الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة يحوز على قيم سيئة و غير دالة إحصائيا لكل المؤشرات و في مقدمتها مؤشر جذر متوسط الخطأ التقريبي RMSEA الذي يقدر بـ 0,239 و أكبر بكثير من 0,05 كقيمة معيارية للمطابقة الحسنة، و هو حال باقي المؤشرات باستثناء مؤشر المطابقة المعياري NFI الذي حقق المطابقة الحسنة و قارب من تحقيق المطابقة التامة بـ 0,960، مما يعطي أيضا الأمل في إمكانية تحسين النموذج للمطابقة التامة للسياق المدروس.

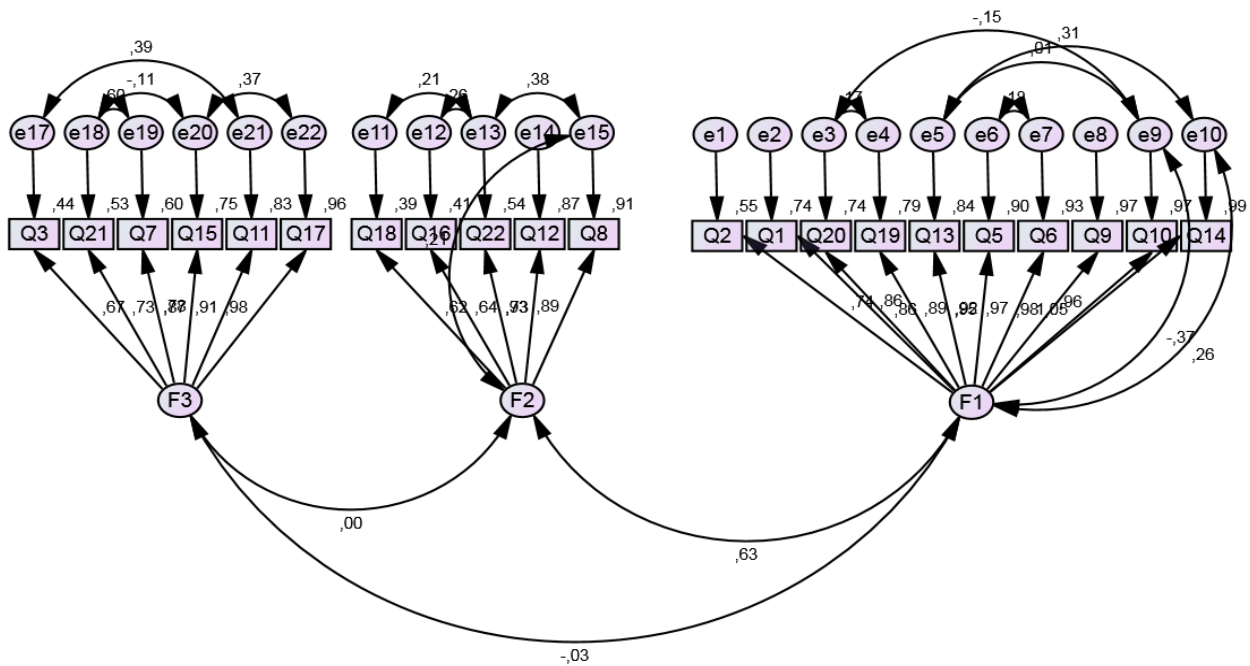
عموما و بما أن العديد من المؤشرات تحوز على قيم سيئة للمطابقة فالنمذجة الهيكلية لمصفوفة العوامل المدورة المستندة على تصنيفات المرضى مرفوضة و غير مقبولة في شكلها الحالي و تستوجب تحسينات للوصول إلى أرقام المطابقة التامة.

¹ Hox J.J (1998), "An Introduction to Structural Equation Modeling", Family Science Review, Vol.11.

و لتحسين النمذجة قمنا بتكرار التحليل مرات عدة بالاعتماد على خطوتين رئيسيتين متمثلتين في:

- حذف العبارات ذات تقديرات التباين السلبية بحسب معايير برنامج AMOS المستعمل،
- معاملة التباين المشترك بين أخطاء القياس أو متغيرات الاضطراب كمعامل حر لخفض مقدار التناقض.

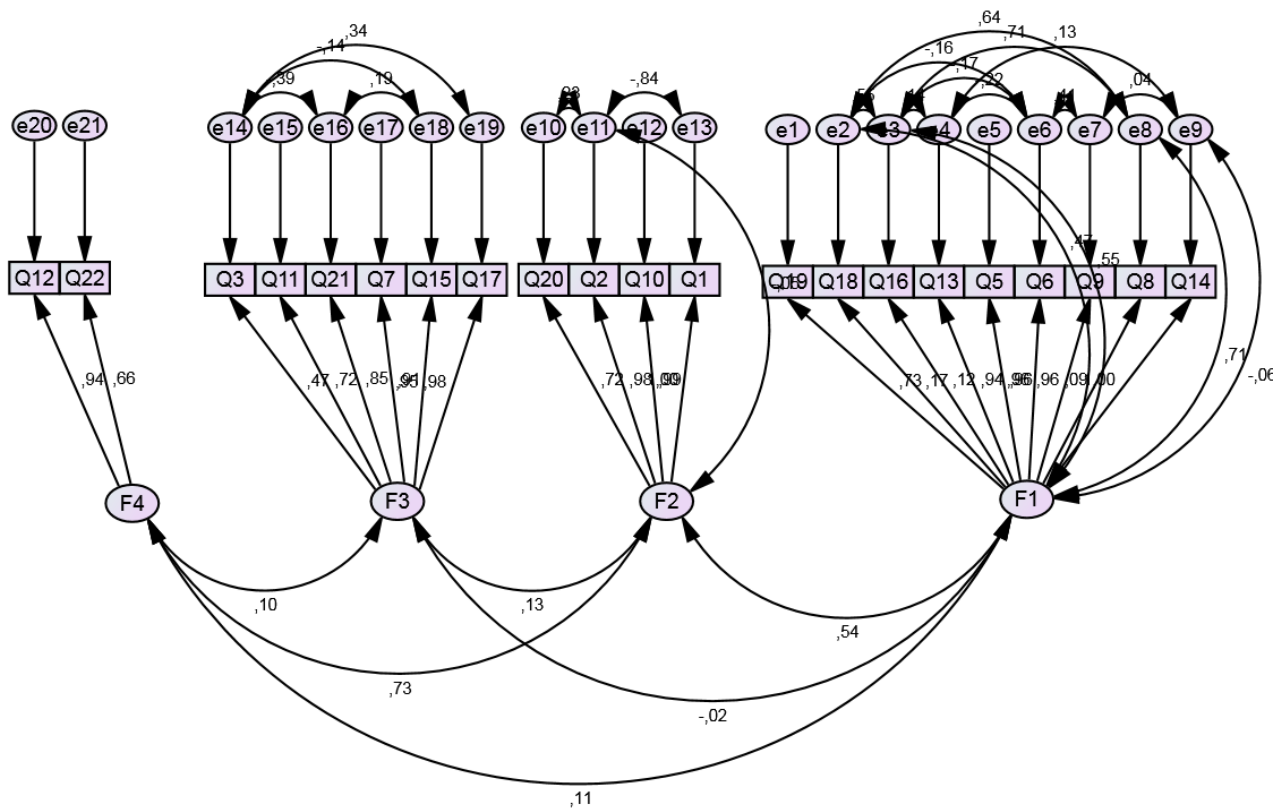
الشكل 10: النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 1 بعد محاولات التحسين.



المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج AMOS V.22.

فيمثل الشكل 10 النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني للاستعدادات الطبية والجراحية (الجناح التقني رقم 1) بعد إجراء محاولات التحسين السابقة الذكر، أين تم حذف عبارة واحدة متمثلة في العبارة رقم 4 من العامل أو البعد الثاني من مصفوفة العوامل المدورة و التي عالجت لباس الطاقم المعالج لاحتوائها على تقديرات تباين سلبية استنادا إلى الحسابات المعيارية لبرنامج AMOS، كما تم رسم التباينات بين أخطاء القياس أو متغيرات الاضطراب استنادا إلى الحسابات المعيارية السابقة الذكر.

الشكل 11: النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني رقم 2 بعد محاولات التحسين.



المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج AMOS V.22.

كما يمثل الشكل 11 النمذجة الهيكلية لمصفوفة عوامل المكونات المدورة للجناح التقني لمصلحة الأم والطفل (الجناح التقني رقم 2) بعد إجراء نفس محاولات التحسين، فتم أيضا حذف عبارة واحدة متمثلة في العبارة رقم 4 من العامل أو البعد الرابع من مصفوفة العوامل المدورة و التي عالجت لباس الطاقم المعالج لاحتوائها على تقديرات تباين سلبية استنادا إلى الحسابات المعيارية لبرنامج AMOS، كما تم رسم التباينات بين أخطاء القياس أو متغيرات الاضطراب استنادا إلى الحسابات المعيارية السابقة الذكر.

و يظهر الجدول 59 قيم التحليل المستخرجة من مخرجات برنامج AMOS V.22 لكلا الجناحين التقنيين المدروسين بعد إجراء محاولات التحسين التي نمذجت الشكلين السابقين للوصول إلى المؤشرات المذكورة.

الجدول 59: مؤشرات حسن المطابقة للنموذج بعد محاولات التحسين.

المؤشرات	نموذج الجناح التقني رقم 1	نموذج الجناح التقني رقم 2	المعيار المرجعي ¹
نسبة CMIN/DF	1,500	8,271	< 5
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	0,061	0,211	RMSEA=0 تطابق تام، RMSEA<0.05 أفضل تطابق
مؤشر جودة المطابقة GFI	0,860	0,662	GFI=1 مطابقة تامة، GFI > 0.90 مطابقة
مؤشر المطابقة المقارن CFI	0,978	0,801	CFI=1 مطابقة تامة، CFI>0.95 أحسن مطابقة
مؤشر المطابقة المعياري NFI	0,938	0,782	NFI=1 مطابقة تامة، NFI > 0.90 أحسن مطابقة
مؤشر توكر لويس TLI	0,973	0,743	TLI=1 مطابقة تامة، TLI >0.90 أحسن مطابقة
معيار المعلومات AIC Akaike	376,437	1477,906	أصغر ما يمكن للدلالة
الصدق المتوقع الزائف ECVI	2,809	9,012	أصغر ما يمكن للدلالة

المصدر: من إعداد الطالب الباحث اعتمادا على مخرجات AMOS V.22.

فبقراءة تحليلية نجد أن النموذج بمكوناته المدورة غير معنوي و أن البيانات لا تتطابق مع النموذج مطابقة تامة، فبالنسبة للجناح التقني للاستعجالات و على الرغم من أن أغلب المؤشرات تحقق المطابقة الحسنة باستثناء مؤشري RMSEA و GFI (على الرغم من اعتبار العديد من الأبحاث قيمة 8% كقيمة حدية لمؤشر RMSEA تشير إلى التوافق الوثيق و الحسن²)، إلا أن محاولات التحسين لم تحقق النتائج المرجوة منها في الوصول إلى المطابقة التامة باستعمال نفس عبارات الأبعاد الخمس لنموذج RATER المطبق. نفس الأمر ينطبق على الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة أين نجد أن المكونات المدورة للنموذج و على الرغم من التحسينات المطبقة عليها لم تحقق حتى المطابقة الحسنة بدليل الأرقام السيئة لكل مؤشرات حسن المطابقة و هو ما يجعلها أبعد ما يكون عن المطابقة التامة.

عموما و بالرغم من أن إمكانية تصنيف المرضى في مجموعات بالاعتماد على العبارات الـ 22 المكونة لنموذج الفجوة RATER محققة إحصائيا و علميا بدليل الأرقام السابقة الدالة على ذلك، إلا أن إمكانية تحسين النموذج بالانتقال من المطابقة الحسنة إلى المطابقة التامة عن طريق هاته التصنيفات غير محققة، و بالتالي يكتفي

¹ Hox J.J. (1998), op cit.

² Edward E. R. (1996), "CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indexes for structural equation modeling, Structural Equation Modeling", A Multidisciplinary Journal, 3:4, 369-379.

النموذج بالمطابقة الحسنة للسياق المدروس، و هو ما يجعل من الفرضية السادسة من فرضيات الدراسة غير محققة في عمومها و بالتالي يتم رفضها.

خاتمة الفصل:

حاولنا في هذا الفصل الغني بالمعطيات الإحصائية والتي حلت و درست للوصول إلى نتائج نهائية، التطرق إلى مستويات التقييم لكل من الجناح التقني للاستجالات و الجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة بمدينة معسكر، فاعتمادا على نموذج RATER المميز بطريقته المنفردة المعتمدة على الفجوات ما بين التوقعات و الإدراكات للوصول إلى المستوى الحقيقي لتقييم المرضى للخدمات الصحية العمومية المقدمة بالجناحين السابقين الذكر.

هذا التقييم يتأثر بال مسار العلاجي المختلف بين كل مريض و آخر باختلاف مساره العلاجي، و هو ما كان له نصيب في هذا الفصل، أين كان لزاما علينا القيام بمحاكاة تجريبية و مرافقة مجموعة من العينات المدروسة، كل على حدى للوصول لنتيجة تأثر التقييم باختلاف المسار العلاجي المتبع. بالإضافة إلى ذلك تؤثر العوامل السوسيوديمغرافية كذلك على هذا التقييم و هو ما تم الفصل فيه إحصائيا و تحليليا. و أخير و في محاولة لتحسين نموذج الدراسة المعتمد للوصول إلى المطابقة التامة بالاعتماد على العبارات الـ22 لنموذج RATER المجمع في مجموعات استنادا لتصنيفات المرضى، تم اعتماد طريقة التحليل العملي الاستكشافي والتوكيدي، للوصول إلى نتيجة مفادها استحالة الوصول إلى المطابقة التامة في ظل الاعتماد تصنيفات المرضى الشاملة للعبارات المحددة المذكورة فقط.

الخاتمة العامة.

انطلقت دراستنا من الإشكالية الرامية للبحث في مدى ملائمة نموذج RATER لقياس رضا المريض عن الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية للسياق المحلي المدروس، أين يتمثل السياق المحلي المدروس في الجناحين التقنيين الرئيسيين لمدينة معسكر (الجناح التقني رقم 1 للاستعجالات و الجناح التقني رقم 2 لمصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة) إيماننا منا بأهمية هاته الأجنحة التقنية و كونها المرآة العاكسة للهياكل الصحية الاستشفائية باختلاف أنواعها و المحطة الرئيسية و الأساسية للعبور لمختلف المصالح الاستشفائية للهياكل السابقة الذكر.

فتقدمت الدراسة النظرية لتشكّل الأساس واللبنة المرتكز قبل الدخول في غمار الدراسة الميدانية، فعالجت بفصولها الثلاث العديد من المحاور و الجوانب التي ضبّطت المفاهيم الأساسية للدراسة المنجزة و التي شملت في فصلها الأول الخدمة الصحية و تميزها عن باقي الخدمات لارتباطها بصحة الأفراد، الخدمة العمومية، تطورها التاريخي و مبادئها الرئيسية، و الخدمة العمومية الصحية كخدمة تحقق منفعة عامة أساسية على الرغم من تحملها العديد من التكاليف التي تستوجب تدخل الدولة.

أما الفصل الثاني، فعالج مفاهيم الجودة، الرضا و طرق قياسهما، أين تم التطرق إلى أبرز المدارس والتيارات المنطوية تحتها العديد من نماذج و سلالمة القياس و في مقدمتها نموذج SERVQUAL أو RATER، هذا الأخير و رغم الانتقادات العديدة الموجهة له و التي ساهمت في تطويره ليصل لشكله النهائي ليصبح من أكثر النماذج استعمالا و استشهادا في الأعمال العلمية لمختلف الباحثين و الأكاديميين في أرجاء المعمورة.

في حين أن الفصل الثالث و الأخير من الإطار النظري، فتطرق إلى مختلف المراحل التي شهدتها المنظومة الصحية الجزائرية و الاختلالات و ليدة العوامل الاقتصادية و السوسيو-اجتماعية التي شهدتها هاته الأخيرة مما استلزم العديد من الإصلاحات المجمعّة في ما يسمى بمشروع الإصلاح. كما عالج الفصل أيضا بعض الدراسات و الأبحاث الأكاديمية المهتمة بالقطاع الصحي الجزائري بما يساهم في صياغة الإطار النظري لدراستنا وفي ضبط متغيراتها.

أما الدراسة الميدانية و المنجزة في الجناحين التقنيين للاستعجالات و مصلحة الأم و الطفل بلبوري رحمة التابعين تنظيميا لمديرية الصحة لولاية معسكر، فسعت للإجابة عن الإشكالية المحددة مسبقا بالاستناد على الحزم الثلاث من الفرضيات المسطرة مسبقا و المتضمنة ستة (6) فرضيات رئيسية، و في سياق ذلك توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج و الاستنتاجات.

ففي مقدمة النتائج، نجد أن الأرقام الرسمية المصرح بها بالجناحين التقنيين لا تعكس التدفق الحقيقي للمرضى، فوحدهم المرضى المقبولين بمصالح الجناحين يصرح بهم دون الأخذ بالاعتبار المرضى المحولين من مؤسسات صحية أخرى، كما أن الاستشارات العامة والمختصة وعلى الرغم من استهلاكهم الكثير من الموارد البشرية، المادية والوقت الثمين المحتسب في الاستهلاك إلا أنها غير مصرح بها. و بالإضافة لذلك نجد أن الأرقام الرسمية لنسبة شغل الأسرة تأخذ في الاعتبار المعدل السنوي فقط و لا تعطي اعتبارا لفترات الذروة الموسمية الغير منتظمة التي تتجاوز النسبة بها الـ100%، مما يخفي التدفق الهائل و الغير منتظم للمرضى، ولا يعكس الأرقام الحقيقية لحجم المرضى المراجعين و المقيمين بهاته الأجنحة التقنية.

أما أبرز النتائج، فكانت بخصوص توقعات المرضى التي اتسمت بشكل من الحذر النسبي يكسوه نوع من التفاؤل، و هو ما يفسر ذهنية المرضى المشككة في ظروف تشغيل الهياكل الاستشفائية، فعالية و قدرة مقدمي

الخدمة الصحية على التواصل و الشعور بالمرضى، على الرغم من الإيمان الكبير بالقطاع العام كحل مضمون لكل الظروف و الأحوال. في حين أن إدراك المرضى فترجم المستوى غير الكافي من الخدمة الصحية العمومية المقدمة الذي يعزى للضغط المفروض على الموارد المادية و البشرية للجناحين التقنيين. و عموماً فتقييم المرضى بشكل عام كان سلبياً للخدمة العمومية الصحية المقدمة بالجناحين التقنيين من ناحية جميع أبعاد التقييم الخمس لنموذج RATER، و هو ما ترجمته الفجوات التي كانت في مجملها سالبة ما بين توقعات وإدراكات المرضى للخدمة المقدمة.

و في بحثنا عن أسباب هذا التقييم السلبي نجد أن اختلاف المسار العلاجي باختلاف المريض، تشخيصه الطبي وطريقة وصوله للجناح التقني يؤثر على حجم الفجوة ما بين التوقعات و الإدراكات، كما أن العوامل السوسيوديمغرافية تؤثر على إدراك المريض لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة؛ أين نجد في مقدمتها العامل الجغرافي أو مكان السكن، حيث يشكل المرضى القادمون من خارج قطاع التغطية الصحية الرسمي للجناحين التقنيين ما نسبته 52,33% من إجمالي مرضى العينة المدروسة، و هو ما يطرح أكثر من علامة استفهام حول الأرقام الرسمية للتحويلات من المؤسسات العمومية الأخرى، دواعي تفضيل هاته الفئة للجناحين التقنيين عن باقي الهياكل الصحية الجوارية و الاستشفائية بما يستدعي عدم احترامهم للتقسيم الرسمي و تحديات و ضغوطات استقبال الجناحين التقنيين لفئات غير مدرجة في التقسيم الإداري و الصحي.

و كمحصلة لجميع النتائج، و في دراستنا لمدى ملاءمة نموذج RATER لسياقنا المدروس، وجدنا أن النموذج يلائم هذا السياق ملاءمة جيدة بحكم نسب التباين المرتفعة المسجلة لكل من الجناحين التقنيين بما يفوق نسبة 80%، في حين أن محاولات التحسين من تدوير و نمذجة هيكلية باستعمال العبارات الـ 22 لنموذج RATER المجمعة في مجموعات استناداً لتصنيفات المرضى (Profil de malade) لا يمكن أن تصل للمطابقة التامة والمطلقة بنسبة 100%، و للوصول إلى هاته المطابقة التامة و المطلقة يجب الاعتماد على عبارات أو أبعاد إضافية خارج ما هو موجود في نموذج RATER و هو ما يفتح الآفاق لدراسات قادمة.

و من هاته النتائج أمكن الوصول إلى الإجابة النهائية لفرضيات الدراسة على النحو التالي:

الحزمة الأولى من الفرضيات: ارتبطت بمستوى تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة:

H1: تؤثر توقعات المريض على تقييمه لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة؛ فرضية مقبولة.

H2: يتأثر تقييم جودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة بإدراك المريض لها؛ فرضية مقبولة.

الحزمة الثانية: المرتبطة بالفروق (الفجوة) ما بين الإدراكات و التوقعات:

H3: وجود فروق جوهرية بين أبعاد جودة الخدمة الصحية العمومية المتوفرة و بين أبعاد الجودة الواجب توفرها؛ فرضية مقبولة.

H4: اختلاف الفجوة ما بين إدراكات و توقعات المرضى تعود لاختلاف مساهم العلاجي؛ فرضية

مقبولة.

H5: وجود فروق ذات دلالة إحصائية لرضا المريض عن جودة الخدمة العمومية الصحية مرتبطة

بالعوامل السوسيوديمغرافية؛ فرضية مقبولة.

الحزمة الثالثة: المرتبطة بتحسين النموذج:

H6: يمكن تحسين النموذج المطبق عن طريق تصنيف المرضى في مجموعات استنادا لعباراته الـ22؛

فرضية مرفوضة.

و منه يمكننا الإجابة عن الإشكالية الرئيسية لدراستنا أين نجد أن نموذج RATER يطابق السياق المدروس بنسبة كبيرة بما يحقق المطابقة الحسنة ذات الدلالة الإحصائية، في حين أن أبعاد هذا النموذج وبالرغم من محاولات التحسين لا تحقق المطابقة التامة، هاته الأخيرة تتطلب أبعاد و عبارات إضافية غير متواجدة في نموذج RATER المطبق.

و على ضوء نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها، و بعد اختبار الفرضيات و الإجابة عن الإشكالية الرئيسية، أمكن وضع مجموعة من الاقتراحات للمنظمات الصحية من جهة و للباحثين الأكاديميين من جهة ثانية، و يمكن تلخيص هاته فيما يلي:

- توصيات للمنظمات الصحية:

بتقديمها لخدمة ذات طابع اجتماعي يجب عمل المؤسسة العمومية الاستشفائية على نشر الوعي الصحي وذلك بتبني الأنشطة ذات توجه اجتماعي في تسويق خدماتها الصحية، من خلال تحديد عدد من أهداف المسؤولية الاجتماعية، توجيه أنشطتها لخدمة أكبر عدد من المستفيدين، السعي إلى تحسين صحة أفراد المجتمع ككل وتحقيق الرفاهية لهم، فضلا عن ضرورة قيام إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية بتقوية الروابط مع البيئة الخارجية المحيطة بها،

كما يجب على المؤسسات العمومية الاستشفائية تبني نهج الجودة وتنفيذه في خدماتها الصحية المقدمة، كما قد تستفيد من نتائج ومؤشرات الدراسات و الأبحاث للوصول لتبني هذا التوجه المنهجي لجودة الخدمات الصحية. أما دراستنا البحثية فتوفر مؤشرات هذا التوجه التي تخلص إلى المبادئ التوجيهية على النحو التالي:

أولا، وقبل كل شيء، يجب على المؤسسات العمومية الاستشفائية التعريف بالأجنحة التقنية الخاصة بها، تحديد وتبيان مهامها الأساسية لتجنب الضغط الغير مبرر و المحافظة على موارد الأجنحة المادية و البشرية وتجنب استنزافها، كما يمكن العمل على تقليل الضغط على هاته الأجنحة باحترام التقسيم الإداري الصحي الرسمي و التنبيه إلى وجوب التوجه إلى المستشفيات، العيادات و الهياكل الصحية الأقرب لمكان السكن والمتواجدة بمختلف التجمعات السكنية من أحياء، بلديات و دوائر التابعة لإقليم ولاية معسكر،

ثانيا، يجب على المؤسسات الاستشفائية العمل أيضا على تحسين واجهتها الملموسة، و ذلك عن طريق السعي و مواكبة التطورات فيما يخص تحديث، تجديد و توفير التجهيزات و المعدات الطبية اللازمة لمتطلبات الخدمة الصحية البسيطة بظاها المعقدة بباطنها، بالإضافة إلى ضمان توفر عدد كافي و لائق لأماكن الانتظار و غرف الاستشفاء بما يتناسب و تدفق المرضى الكبير، و يعطي انطباع أولي جيد عن صورة المنظمة الصحية و خدماتها الصحية المقدمة،

ثالثا، وباعتبارهم أهم حلقة في سلسلة الخدمات الصحية المقدمة، وجوب عمل المؤسسات الاستشفائية على كسب ثقة المستخدمين المرضى و ذلك بالوفاء بالوعود المقدمة، تجنب الأخطاء المرتكبة أو التقليل منها على أقل تقدير، تسهيل مختلف الإجراءات و التعاملات، و إبداء اهتمام أكثر بالمستخدمين المرضى بما يشعرونهم بمزيد

الطمأنينة و الألفة ليساهم في تحسين حالتهم الصحية، و في مقابل ذلك يجب الترحيب بالشكاوى المقدمة من طرف المرضى والاهتمام بمعالجتها، اعتبارها فرصة لاكتشاف الضعف و مباشرة الإجراءات التصحيحية، كما يجب بناء وتطوير نظام لتفعيل عملية الاتصال والتغذية العكسية مع البيئة الخارجية للجناح التقني، لاسيما مع المرضى، عبر المقابلات واللقاءات والاستبيانات والعلاقات العامة لمعرفة درجة رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة وقياسها باستمرار بما يسهل القيام بخطوة استباقية لتحقيق توقعات المرضى الإيجابية وتحسينها،

رابعا، تطوير المهارات المهنية و الشبه مهنية لمختلف الشرائح العمالية المتواجدة بالأجنحة التقنية من فرق إدارية، طبية، شبه طبية و عمالة مهنية، و ذلك عن طريق التكوينات المتواصلة و التبرصات الدورية الداخلية والخارجية بما يحدث و يطور مختلف المعارف و المهارات اللازمة للتكفل بالمستخدمين المرضى طبيا و معنويا باختلاف حالاتهم المرضية و الاجتماعية و مرافقتهم نحو وضعية أفضل،

و أخيرا، يجب على المنظمات الصحية و باختلاف أنواعها و هيكلها، أن تتجاوز الفكر التقليدي في التسيير و تجتهد في عمليات الابتكار و التطوير بما يواكب التحديات الراهنة و المستقبلية لها و لمختلف أهدافها والساعية أساسا لتحقيق منفعة للأفراد و المجتمعات عن طريق تلبية رغبات الشريحة الرئيسية المستهدفة والمتمثلة في المرضى.

- توصيات للأكاديميين و الباحثين:

يعتبر نموذج RATER من أحسن النماذج التي يمكن استعمالها لقياس جودة الخدمات الصحية، فأبعاده الخمس المكونة من 22 عبارة تترجم تقييم الخدمات الصحية القاعدية المقدمة بالميدان المدروس، و تزيد قيمة النتائج المحصلة إذا تم اعتماد الطريقة الموضوعية الأصلية للنموذج في القياس وهو ما يتيح الوصول قيمة محسوبة للفجوة ما بين التوقعات و الإدراكات للخدمة المقدمة، و لقياس جودة الخدمة العمومية عموما و الخدمة الصحية خصوصا يمكن الاعتماد على أبعاد نموذج RATER بما يحقق المطابقة الحسنة ذات الدلالة الإحصائية ما بين النموذج و السياق المدروس.

أما لتحقيق المطابقة التامة و المطلقة ما بين نموذج RATER و السياق المدروس، فتصنيف المرضى وإن كان ممكن بدلالة إحصائية إلا أنه لا يحقق ذلك، مما يستوجب الاعتماد على أبعاد إضافية غير تلك الموجودة في هذا النموذج، كما يمكن الربط إحصائيا ما بين العوامل السوسيوديمغرافية و أبعاد نموذج RATER و هو ما يمكن للباحثين التعمق فيه أكثر للبحث عن هاته العوامل و الأبعاد الإضافية المحققة للمطابقة التامة.

- حدود الدراسة:

و ككل الدراسات و الأبحاث المنجزة فإن لدراستنا المتواضعة حدودا لا بد من ذكرها، و هي على النحو

التالي:

• الحدود العملية (حدود النموذج المستخدم):

اعتمدت دراستنا الكمية على نموذج فجوة الخدمة المحسن RATER، في حين أن الدراسة النوعية تجاوزت هذا النموذج أين اعتمدت على المحاكاة التجريبية لتفسير النتائج المحصل عليها.

• الحدود الزمنية و المكانية:

أين أجريت الدراسة الميدانية خلال الثلاثي الأخير من سنة 2018 و الثلاثي الأول لسنة 2019، بالجناح التقني رقم 1 للاستعجالات الطبية الجراحية و الجناح التقني رقم 2 لمصلحة الأم و الطفل ببلبوري رحمة التابعين إداريا للمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب بمدينة معسكر .

• الحدود البشرية:

شملت الدراسة الميدانية مجموعة من المرضى المعالجين المقيمين بالجناح التقني للاستعجالات الطبية الجراحية والجناح التقني لمصلحة الأم و الطفل.

- آفاق الدراسة:

و أخيرا، نأمل أن تفتح هذه الدراسة البحثية نافذة مطلة على تساؤلات و دراسات قادمة تتناول الموضوع من زوايا و رؤى مختلفة و تثري الجدل الأكاديمي بنقاط لم يسعنا المجال للتطرق إليها، بأمل أن لا يتوقف البحث في القطاع الصحي العام أو الخاص و آفاقه عند هذه المذكرة، ونقترح جملة من المواضيع، لعلها تجد صدى لها بين الباحثين أو لنا في المشاريع البحثية المستقبلية:

- نموذج خاص لقياس جودة الخدمة الصحية العامة الجزائرية،
- دراسة مقارنة ما بين الجودة الصحية العمومية و الخاصة،
- جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي الخاص،
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ما بين الخدمات القاعدية و متطلبات الجودة.

الملاحق.

الجدول رقم 01: التغطية الطبية بولاية معسكر.

العدد	الموظفين الصحيين
214	الأطباء الأخصائيون
631	الأطباء العامين
28	الصيدالّة العامون
123	أطباء الأسنان العامين
07	الأطباء المفتشون
02	أطباء الأسنان المفتشون
00	الصيدالّة المفتشون
2996	الشبه طبيون
173	القبائلات
77	أعوان التخدير والإنعاش

المصدر: وثائق مديريةية الصحة لولاية معسكر.

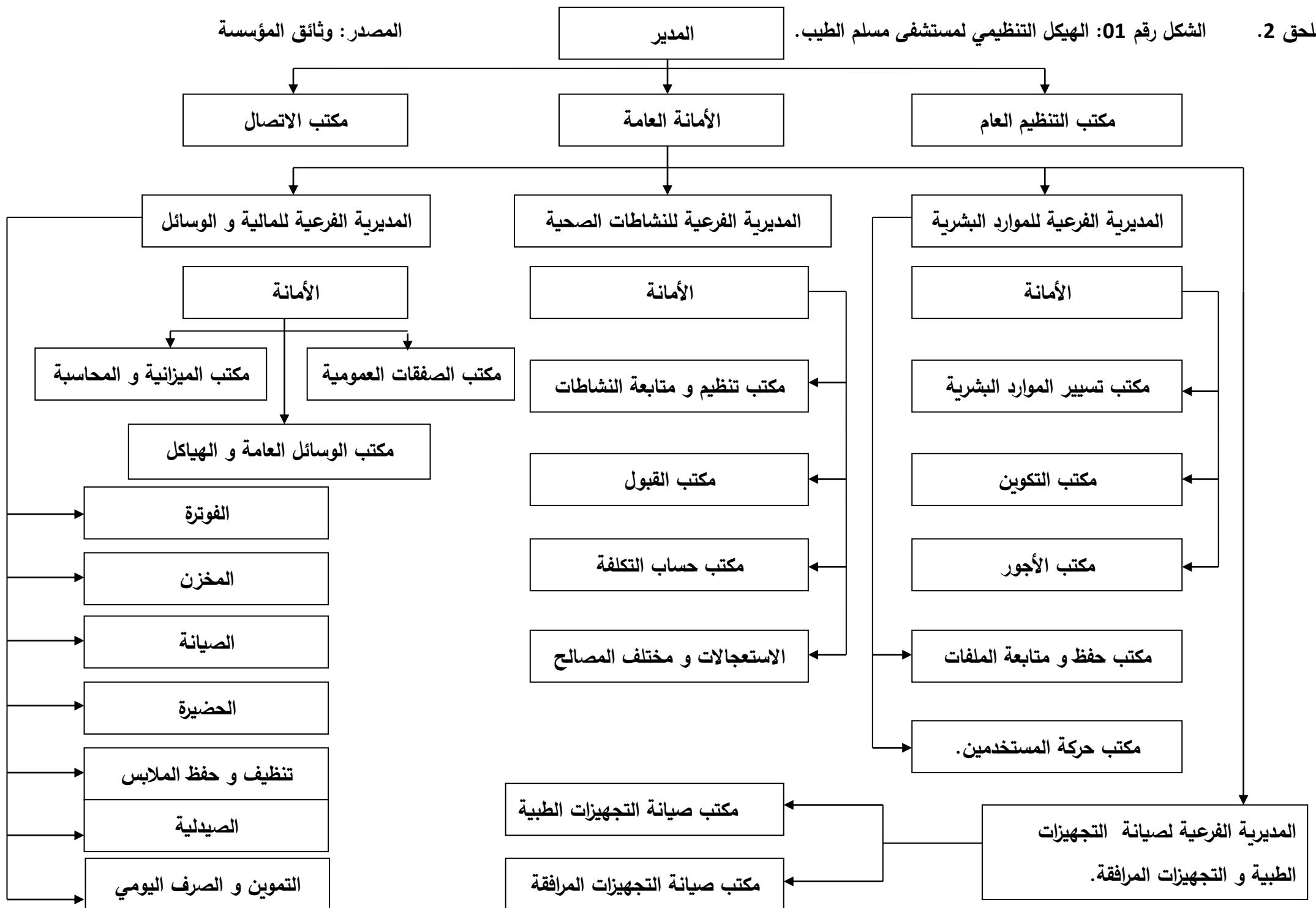
الجدول رقم 02: التغطية الطبية المتخصصة بولاية معسكر.

أمراض الدم	أمراض المعدة	الأمراض المعدية	الجراحة البولية	أمراض الأنف والحنجرة	جراحة الأطفال	جراحة العظام	أمراض النساء والتوليد	الجراحة العامة	التخصص الطبي
06	04	05	01	06	07	10	12	31	عدد الأخصائيين
طبيب لكل 164455 نسمة	طبيب لكل 246682 نسمة	طبيب لكل 197356 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 164455 نسمة	طبيب لكل 140961 نسمة	طبيب لكل 98673 نسمة	طبيب لكل 82227 نسمة	طبيب لكل 31830 نسمة	التغطية الصحية

الملاحق

بيولوجيا الدم	الأمراض الصدرية	طب الأطفال	طب العيون	أمراض السرطان	أمراض الكلى	الطب الباطني	طب العمل	أمراض الغدد الصماء والسكري	التخصص الطبي
02	03	19	08	10	03	04	06	01	عدد الأخصائيين
طبيب لكل 493364	طبيب لكل 328909 نسمة	طبيب لكل 51933 نسمة	طبيب لكل 123341 نسمة	طبيب لكل 98673 نسمة	طبيب لكل 328909 نسمة	طبيب لكل 246682 نسمة	طبيب لكل 164455 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	التغطية الصحية
التأهيل الوظيفي	الأمراض الجلدية	الجراحة التجميلية	جراحة الأعصاب	أمراض القلب	الكيمياء الحيوية	علم التشريح	الإنعاش و التخدير للأطفال	الإنعاش و التخدير	التخصص الطبي
09	01	02	03	02	02	02	01	25	عدد الأخصائيين
طبيب لكل 109636 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 493364 نسمة	طبيب لكل 328909 نسمة	طبيب لكل 493364 نسمة	طبيب لكل 493364 نسمة	طبيب لكل 493364 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 39469 نسمة	التغطية الصحية
علم السموم	أمراض الروماتيزم	الأشعة والتصوير الطبي	الطب النفسي	الأسنان الاصطناعية	الصيدلة	علم أمراض و جراحة الفم	علم الطفيليات والفطريات	جراحة عظام الأسنان والوجه	التخصص الطبي
01	02	03	06	06	01	01	01	01	عدد الأخصائيين
طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 493364 نسمة	طبيب لكل 328909 نسمة	طبيب لكل 164455 نسمة	طبيب لكل 164455 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	طبيب لكل 986728 نسمة	التغطية الصحية

المصدر: وثائق مديرية الصحة لولاية معسكر.



جامعة وهران 2

قسم العلوم التجارية

تخصص الإدارة التسويقية

الموضوع: قياس الجودة المدركة للخدمة الصحية العمومية

الأخ الكريم و الأخت الكريمة

يقوم الباحث بإجراء بحث ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، تخصص الإدارة التسويقية، و ذلك بهدف توضيح إمكانية تطبيق نموذج RATER لقياس الجودة المدركة للخدمة العمومية على دراستنا هذه حول الخدمات الصحية العمومية لولاية معسكر، من أجل ذلك نرجوا أن تتفضلوا بالإجابة على الأسئلة التالية بدقة و موضوعية، علما أن البيانات التي ستدلون بها ستستخدم حصرا لأغراض علمية، و ليست للنشر و لا للتشهير، و رزقكم الله دوام الصحة و العافية.

الرجاء وضع العلامة (x) عند الإجابة التي تراها مناسبة:

- الجنس:

أنثى

نكر

- السن:

من 31 إلى 40 سنة

من 20 إلى 30 سنة

أقل من 20 سنة

أكثر من 50 سنة

من 41 إلى 50 سنة

- المستوى التعليمي:

جامعي

ثانوي

متوسط

ابتدائي

- المهنة:

عامل يومي

مهن حرة

موظف

طالب

متقاعد

عاطل عن العمل

- أ.مكان السكن:

غريس

تيغنيف

معسكر

غيرها

سيق

المحمدية

ب. إذا أجبت بغيرها، أذكرها:

- الدخل:

أقل من 18000 دج ما بين 18000 و 34000 دج
ما بين 34000 و 50000 دج أكثر من 50000 دج

- أنت هنا بصفتك :

مريض مرافق لمريض

- أنت الآن تعالج أو بصدد المعالجة بمصلحة:

الاستعدادات استعدادات الأطفال أمراض النساء و التوليد

- هل سبق لك العلاج بنفس المصلحة:

نعم لا

- إذا أجبته بنعم، كيف تقيم الخدمات المقدمة من طرف المصلحة بتجربتك السابقة، كانت:

ممتازة	جيدة	مقبولة	لأدري	سيئة قليلا	سيئة	سيئة جدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- كيف تقيم الخدمات المقدمة حاليا من طرف المصلحة:

ممتازة	جيدة	مقبولة	لأدري	سيئة قليلا	سيئة	سيئة جدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- هل لديك الخيار للعلاج في مؤسسة عمومية أخرى ؟

نعم لا

- إذا أجبته بنعم، فقد اخترت مصلحة هاته المؤسسة بسبب:

القرب منك	جودة الخدمات	الكفاءات الطبية	سمعة المؤسسة	سبب آخر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أذكره:

قياس الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية: الرجاء وضع العلامة (X) عند الإجابة التي تراها مناسبة:

الرقم	غير موافق تماما	غير موافق	لا أفضل ذلك	ليس لي رأي	لا بأس	موافق	موافق تماما
الملموسية							
1.1							يحتوي المستشفى على معدات و تجهيزات حديثة و مناسبة للخدمة الصحية
2.1							أماكن الانتظار و غرف الاستشفاء تتكيف و تدفق المرضى الهائل
3.1							نظافة المستشفى و رائحته حسنة
4.1							في أغلب الأوقات لباس الطاقم المعالج نظيف و جميل
الاعتمادية (الدقة)							
5.2							يقوم الطاقم المعالج بالوفاء بوعوده حول انجاز و تقديم الخدمة الصحية
6.2							يظهر الطاقم المعالج اهتمام حقيقي و صادق أثناء تقديم الخدمة الصحية
7.2							يقدم الطاقم المعالج خدمة صحيحة من أول مرة، دون ارتكاب أخطاء
8.2							يضع المريض ثقته في المهارات المهنية الطبية بثقة و أمان.
9.2							تقدم الخدمات الصحية في آجالها و مواعيدها المحددة سابقا
الإستجابة							
10.3							إعلام المرضى و مرافقيهم عن أوقات تقديم الخدمات الصحية
11.3							يضمن الطاقم المعالج تقديم خدمة سريعة و فعالة
12.3							رغبة الطاقم المعالج و استعداداه الدائم لمساعدة المرضى
13.3							المرونة في الرد على طلبات المرضى و احتياجاتهم
الضمان - التأمين							
14.4							يضع المرضى ثقتهم بالطاقم المعالج
15.4							يقدم الطاقم المعالج معلومات دقيقة و صحيحة و بكل صدق و وضوح
16.4							يحس المريض و مرافقيه بالأمان أثناء تعامله مع الطاقم المعالج
17.4							كفاءة الطاقم المعالج في قدرته على الإجابة على تساؤلات المرضى ومرافقيهم
الرقم	غير موافق	غير موافق	لا	ليس	لا بأس	موافق	موافق تماما

تماما	موافق	لا بأس	لي رأي	أفضل ذلك	موافق	موافق تماما		
التقمص العاطفي								
							يمنح الطاقم المعالج اهتمام شخصي لكل مريض (يأخذ الوقت الكافي لسماعكم و استيعاب حالاتكم الشخصية)	18.5
							يحرص الطاقم المعالج على مساعدة المرضى نحو الأفضل	19.5
							يفهم الطاقم المعالج احتياجات المرضى	20.5
							ساعات الزيارة و عمل إدارة المستشفى تناسب جميع الفئات	21.5
							تبسط إدارة المستشفى التعاملات الورقية خاصة في الحالات الحرجة	22.5

قائمة المراجع

1. الكتب والمؤلفات:

1.1 باللغة العربية:

- أوزجان ي. (2008)، " الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات) "، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية.
- بدوي م. ال. (2000)، "الجودة الشاملة في العمل الإسلامي"، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- البكري ث. ي. (2005)، "إدارة المستشفيات"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- البكري ث. ي. (2010)، "إدارة المستشفيات"، الطبعة الثانية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
- بن عايد الأحمد ط. (2004)، "إدارة الرعاية الصحية"، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- بوسماح م. أ. (1995)، "المرفق العام في الجزائر"، ترجمة رحال بن عمر ورحال مولاي إدريس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- تيغرة أ. ب. (2012)، "التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي، مفاهيمها ومنهجيتها بتوظيف حزمة SPSS و LISREL"، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- ثابت ع. إ. (2001)، "المدخل الحديث في الإدارة العامة"، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، بدون بلد نشر.
- حاروش ن. (2008)، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، الطبعة الأولى، دار كتامة للكتاب والنشر، الجزائر.
- حداد ش. والسويداني ن. (1998)، "أساسيات التسويق"، الطبعة الأولى، دار الحماد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- حسن ع. م. (2006)، "الاتجاهات الحديثة في الجودة والمواصفات القياسية الإيزو 90014-9000 وأهم التعديلات التي أدخلت عليها"، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.
- خرفي ه. (2010)، "الوظيفة العمومية على ضوء التشريعات الجزائرية وبعض التجارب الأجنبية"، دار هومة، الجزائر.
- خسروف أ. م. ك. (2008)، "تسويق الخدمات الصحية"، بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات، المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية، بريطانيا.
- خضيرة ك. م. (2007)، "إدارة الجودة الشاملة"، الطبعة الثالثة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- خوجة ت. (2003)، "المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية"، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الدراكة م. س. (2006)، "إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء"، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- الدمرداش (2000)، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، القاهرة، مصر.
- زويلف م. ح. (1998)، " منهجية البحث العلمي"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- السجاعي م. م. (2009)، "محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية -مدخل نظم المعلومات-"، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- سيد أ. م. (1998)، " إدارة الإنتاج والعمليات في الصناعة"، الطبعة الرابعة، مطابع الدار الهندسية، مصر.
- السيد ع. (2001)، " إدارة الأزمات في المستشفيات"، دار النشر ايتراك، القاهرة، مصر.
- الشاعر ع. وآخرون (2000)، "الرعاية الصحية الأولية"، دار اليازوردي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
- الصميدعي م. ج. (2000)، "مداخل التسويق المتقدم"، دار زهران، عمان، الأردن.
- الصميدعي م. ج. و ردينة ع. ي. (2001)، "التسويق المصرفي"، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان الأردن.
- العجي م. (1999)، "دليل الجودة في المؤسسات والشركات بحسب المواصفات القياسية ISO 9000"، سلسلة الرضا للمعلومات، العدد 23، دار الرعايا لرضا للنشر، دمشق، سوريا.
- عقيلي ع. و. (2001)، " المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة -وجهة نظر-"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- عقيلي ع. و. وآخرون (1996)، "مبادئ التسويق: مدخل متكامل"، دار زهران للنشر، عمان، الأردن.
- العلاق ب. و الطائي ح. (1999)، "الخدمات -مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي-"، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علوان ق. ن. (2005)، "إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 2000.9001"، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الفضل م. ع. والطائي ي. ح. (2004)، " إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، منهج كمي"، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- القرآن الكريم، سورة النمل، الآية 88.
- كوش هيو (2002)، "إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها"، ترجمة بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية.
- ماضي م. ت. (1995)، "إدارة الجودة :مدخل النظام المتكامل"، دار المعارف، جمهورية مصر العربية.
- محمد ح. ر. (2006)، "دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة المواصفات العالمية ISO 9000 اصدار 2000"، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.

- مخيمر ع. و الطعمانة م. (2003)، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المفاهيم والتطبيقات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر.
- مذكور ف. (1998)، "تسويق الخدمات الصحية"، الطبعة الأولى، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- مرسي ن. م. (2002)، "استراتيجيات الإنتاج و العمليات (مدخل استراتيجي)"، الطبعة الأولى، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- مريزق ع. (2011)، "مداخل في الإدارة الصحية"، الطبعة الأولى دار الرياء للنشر و التوزيع، الأردن.
- المساعد ز. خ. (2002)، "تسويق الخدمات الصحية"، دار حامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
- مقدم س. (2000)، "الوظيفة العمومية بين التطور والتحول من منظور تسيير الموارد البشرية وأخلاقيات المهنة"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- النجار ف. (2004)، "إدارة المستشفيات وشركات الأدوية"، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- نصر المنصور ك. (2006)، "سلوك المستهلك مدخل الإعلان"، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- نصيرات ف. ت. (2008)، "إدارة منظمات الرعاية الصحية"، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- نياز ع. ب. ح. الله (2005)، "جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية والتطبيق العملي"، وزارة الصحة، الرياض.

2.1 باللغة الأجنبية:

- Auby J. F. (1996), "Management public", Edition Sirey, France.
- Baker M. J. (1991), "Research for marketing", Macmillan Education Ltd, Houndmills, UK.
- Bauby Pi. (2011) "Service public, Services Publics", Direction de l'information légale et administrative, Paris, France.
- Bon J. et Louppe A. (1980), "Marketing des services publics - L'étude des besoins de la population", Edition d'Organisation.
- Chevallier J. (1971), "Le service public", 1ere Edition, Presses Universitaires de France.
- Churchill G.A. Jr. and Iacobucci D. (2004), "Marketing Research: Methodological Foundations", 9th Edition, Southwestern Publications, Cincinnati, OHIO, USA.
- Crosby Ph. B. (1986), "La qualité c'est Gratuit, L'art et Manière d'obtenir La Qualité", Economica, Paris, France.

- Djellal F. et Al. (2004), "L'hôpital innovateur de l'innovation médicale à l'innovation de service", MASSON, Paris, France.
- Duguit L. (1903), "L'État les gouvernants et les agents, Préface de France moderne", Reimpression de l'édition de Paris, Dalloz édition, France.
- Dumoulin C. et Flipo J.P. (1993), "Entreprise du service, 7 facteurs clés de réussite" 2^{ème} tirage Edition d'Organisation, Paris, France.
- Easterby S. M. Thorpe R. and Lowe A. (2002), "Management Research: An Introduction", Sage Publications, London, UK.
- Eiglier P. (2002), "Le service et sa servuction", Centre d'Etudes et de Recherche sur les Organisations, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix Marseille, France.
- Eiglier P. et Langeard E. (1987), « Servuction. Le marketing des services. Stratégie et Management », Mc Graw-Hill, Paris, France, p 159.
- Fanny P. (2005), "Quels principes pour les services publics ? Egalité, continuité, adaptation, accessibilité, neutralité, transparence, confiance et fiabilité", AITEC, Services publics en Europe.
- Fisk R. Grove P. and John T. (2000), "Interactive Services Marketing", Houghton Mifflin, New York, USA.
- Gogue J.M. (2001), "Management de la qualité", 3^{ème} Edition, Edition Economica, Paris, FRANCE.
- GUGLIELMI G.J. (1994), "Une Introduction Au Droit Du Service Public", Collection Exhumation d'épuisés, Université Paris2, France.
- Guinchard S. et Debard Th. (2020), "Lexique des termes juridiques 2020- 2021" (28^{ème} ed), Dalloz, France.
- Hoyle D. (2007), "Quality Management Essentials", Library of Elsevier Limited, USA.
- Ishikawa K. and Lu D.J. (1985), "What Is Total Quality Control", Prentice-Hall, Englewood Cliff, New Jersey, USA.
- Ismard P. (2015), "La démocratie contre les experts. Les esclaves publics en Grèce ancienne", Collection : L'Univers historique, Seuil, Paris, France.
- Juran J.M. and Godfrey A.B. (1998), "Juran's Quality Handbook", 5th Edition, McGraw-Hill Book Company, New York, USA.
- KAPP W.K. and BRONSTEIN-VINAVER B. (1976), « Les coûts sociaux dans l'économie de marché », FLAMMARION, Paris, France.

- KOTLER Ph. (1992), "MARKETING: De la théorie à la pratique", Gaëtan Morin, 1ere édition, Quebec, Canada.
- Kotler Ph. (1997) "Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control". 9th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, USA.
- Kotler Ph. Keler K.I. Manceau et Dubois D.B. (2006), "Marketing Management", 12ème Edition, Pearson Education, Paris, France.
- Kotler Ph. Keller K.L. Brady M. Goodman M. and Hansen T. (2009), "Marketing management", Pearson Education Limited, Harlow, UK.
- Lambadere A. et Gaudemet Y. (non daté), "Traité de droit administratif", 12ème Edition, Paris.
- Laudon K.C. and Laudon J.P. (2001), "Management Information Systems", Sixth Edition, Pearson, UK.
- Le Golvan Y. (1985), Marketing Bancaire & Planification, Edition Banque, Paris.
- Lecerf M. (1999), "Droit des consommateurs et obligations des services publics", Edition d'Organisation, Paris, France.
- Les projets de Normes ISO 9000, version (2000), recueil normes, édition AFNOR, Paris, France.
- Lovelock C. Wirtz J. et Lapert D. (2004), "Marketing Des Services", Pearson Education, 5^{ème} édition, France.
- Lovelock C.H. and Wright K.L. (1999), "Principles of Service Marketing and Management", 2nd Edition, Prentice Hill, USA.
- Mill J. S. (1854), "Principes d'économie politique avec quelques-unes de leurs applications à l'économie sociale", 2tomes, Guillaumin.
- Pettigrews D. et Turgeon N. (1990), "Marketing", 2^{ème} Edition, MC GRAW- HILL, Canada.
- Rock G. et Ledoux M.J. (2006), "le service à la clientèle", édition de Renouveau pédagogique INC, Canada.
- Rosanvallon P. (2008), "La Légitimité démocratique, Impartialité, réflexivité, proximité ", Seuil, Paris, France.
- Rose P.S. (2002), "Commercial Bank Management", Mc Graw- Hill companies Inc, 5th edition, Boston, USA.
- Ryall J. and Kruithof J. (2001), "The Quality Systems Handbook", Consensus Books, Australia.
- Smith A (1991 [1776]), "La richesse des nations", Garnier Flammarion, 2 tomes.

- Star S. H. Davis N. J. Lovelock C. H. and Shapiro, B. P. (1977), "Problems in marketing", McGraw-Hill Book Company, New York, USA.
- Tocquer G. and Langlois M. (1992), "Le Marketing des services : le défi relationnel", édition Dunod, Paris, France.
- Ulrich B. (1998), "The Politics of risk society", Polity Press, J. Franklin Edition, Cambridge, UK.

2. المقالات ومنشورات المؤتمرات العلمية:

1.2 باللغة العربية:

- الأغات. ح. (2006)، "الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني"، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن.
- أوشن ر. بن زيان إ. و بن عمومة ه. (2017)، "أسباب تدنى مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء - دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري -"، مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد 13، 46-61.
- بن حليلة ح. (2017)، "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبونني - عنابة"، التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 50.
- بن عيشي ع. (2017)، "أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون/ المرضى، دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة - الجزائر -"، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد 3، العدد 01، 07-25.
- جناد م. (بدون سنة نشر)، "تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين بالمستشفيات الجزائرية - دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف -"، مجلة الحقوق و العلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي 36 - (01)، جامعة زيان عاشور الجلفة.
- خالد بن سعيد (1994)، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 1، العدد 1، مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، الكويت.
- دبور ع. (2012)، "دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة -"، العدد 11، مجلة الباحث، كلية العلوم التجارية و التجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- الديوجي أ. س. و عبد الله ع. م. (2003)، "النوعية والجودة في الخدمات، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة"، العدد 73، مكتبة تنمية الرافدين، كلية الإدارة الاقتصادية، جامعة الموصل، العراق.
- رحامنية س. (2015)، "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، مجلة الباحث الاجتماعي، المجلد 11، العدد 11، جامعة المسيلة، الجزائر.

- الشمري س. ح. و حاج عيسى س. (2010)، "تقييم فعالية المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة، مجلة التاج الصحية"، العدد 06، معهد التطوير والتأهيل الطبي، الإمارات العربية المتحدة.
- العبادي م. ر. (2000)، "إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس وتقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها"، العدد الثاني، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- العباسي ر. و نعرورة ب. (2020)، "مساهمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور المرضى، دراسة ميدانية على عينة من مرضى المؤسسة الاستشفائية العمومية "قرين العياشي" بولاية عنابة"، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 23 العدد 01.
- عبد الحلیم م. أ. (2000)، "تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثاره الاقتصادية"، مجلة البحوث التجارية، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، العدد الثاني، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر.
- عبد الرزاق أ. ن. (2011)، "استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية - حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد-"، العدد 90، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق.
- الفراج أ. (2009)، "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المريض، نموذج لقياس رضا المريض"، المجلد 25، العدد الثاني، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، دمشق، سوريا.
- قصاص ز. و دحمون س. (2015)، "تطبيق تسويق الخدمات في المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية غليزان"، مجلة Les cahiers du POIDEX، المجلد 03 العدد 04.
- محمد م. إ. (1983)، "طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية"، العدد الرابع، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، القاهرة، مصر.
- مزيان ت. و ملال ر. (2014)، "تطبيق نموذج SERVQUAL لقياس و تقييم جودة الخدمة الصحية، معاينة في المؤسستين: المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي و مستشفى الأم و الطفل بتلمسان"، مجلة التكامل الاقتصادي، المجلد 03، العدد 01، 269-290.

2.2 باللغات الأجنبية:

- Anderson C. R. and Zeithaml C. P. (1984), "Stage of the Product Life Cycle, Business Strategy, and Business Performance", Academy of Management Journal, 27(1), 5-24.
- Anderson E.W. Fornell C. and Lehmann D.R. (1994), "Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden", Journal of Marketing, Vol. 58, No. 3, 53-66.
- Angur M.G. Natarajan R. and Jaheera J.S. (1999), "Service quality in the banking industry: an assessment in a developing economy", International Journal of Bank Marketing, Vol. 13 No. 3.

- Azzadina Irna et al. (2012), "Understanding Relationship between Personality Types, Marketing-mix Factors, and Purchasing Decisions", *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (65).
- Babakus E. and Mangold W.G. (1991), "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investlgatlon", *Health Services Research Revue*, 26(6).
- Baker D.A. and Fesenmaier D.R. (1997), "Effects of service climate on managers' and employees' rating of visitors' service quality expectations", *Journal of Travel Research*, Vol. 36, No. 1, Summer, 15–22.
- Balderston F. E. and Hoggatt A. (1964), "Simulating Market Processes", In R. L. Day (Ed.), *Marketing Models*, Scranton, Pennsylvania: International Textbook Company, 29-39.
- BELMIHOUB M. C. (2005), "la réforme administrative en Algérie : innovations proposées et contraintes de mise en oeuvre", forum euro- méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, Tunis.
- Bleuchot H. (1973), "Approches idéologique de l'élaboration du statut de la fonction publique enAlgérie", *Revue de l'Occident Musulman et de la Méditerranée* , N° 15-16.
- Bolton R.N. and Drew J.H. (1991), "A multistage model of customers' assessments of service quality and value", *Journal of Consumer Research*, Vol. 17 No. 4.
- Bouman M. and Van Der Wiele T. (1992), "Measuring Service Quality in the Car Service Industry: Building and Testing an Instrument", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 3 No. 4.
- Boyer A. et Nefzi A. (2009), "La perception de la qualité dans le domaine des services: Vers une clarification des concepts", *La Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion – Marketing*, n° 237-238.
- Campbell S.M. Roland M.O. and Buetow S.A. (2000), "Defining quality of care", *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625.
- Carman, J. M. (1990), "Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions", *Journal of Retailing*, Vol. 66 No. 1.
- Cauchick M.P.A. and Salomi, G.E. (2004), "A review of models for assessing service quality", *Producao*, Vol. 14, No. 1.
- CHACHOUA L. (2014), "le système national de santé de 1962 à nos jours", Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger.
- Chandon J.L. Pierre-Yves L. and Jean Ph. (1997), "Service encounter dimensions– A dyadic perspective: Measuring the dimensions of service encounters as perceived by customers and personnel". *International Journal of Service Industry Management*, Vol.8, No.1.
- Cronin J.J. and Taylor S. A. (1994), "Servperf versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality", *Journal of Marketing*, Vol.58.
- Diamantopoulos A. (1999), "Export performance measurement: reflective versus formative indicators", *International Marketing Review*, Vol. 16 No. 6.
- Donabedian A. (1988), "The Quality of Care", *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743.
- Donabedian, A. (1980), "The definition of quality and approaches to its assessment", *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Vol. 1, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.
- Donnelly H. et al. (2006), "Assessing the quality of service provided by market research agencies", *Total Quality Management Journal*, vol. 73, N1.

- Douglas G. Bonett and Thomas A. W. (2014), "Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning", *Journal of Organizational Behavior*, 36(1).
- Edward E. R. (1996), "CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indexes for structural equation modeling, *Structural Equation Modeling*", *A Multidisciplinary Journal*, 3:4, 369-379.
- Emson H. (1987), "Health, disease and illness: matters for definition", *CMAJ*. 136 (8), 811-3
- Evrard Y. (1993), "La satisfaction des consommateurs : état des recherches", *Revue Française du Marketing*, 144-145, 4-5, 53-65.
- Fitzpatrick R. and Hopkins A. (1983), "Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 5 No. 3, 297-311.
- Fox J.G. and Storms D.M. (1981), "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care", *Social Science & Medicine. Part A: Medical Sociology*, Vol. 15 No.5, 557-64.
- Garvin D. A. (1983), "Quality on the line", *Harvard Business Review*, Vol. 61, No.5, 64–75.
- Garvin D. A. (1984), "What does (product quality) really mean? ", *Sloan Management Review*, 26(1), 25- 43.
- Grad F.P. (2002), "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization", *Bulletin of the World Health Organization*. 80(12): 982.
- Grönroos C. (1984), "A Service Quality Model and its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, 18, 4, 37-44.
- Gronroos C. (1988), "Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Service Quality", *Review of Business*, St John's University Press, 9, 10- 13, New York, USA.
- Gronroos C. (1989) "Defining marketing: a market-oriented approach", *European Journal of Marketing* 23 (1).
- Hair J. F. Black W. C. and Babin, B. J. (2010), cited in Liew Lee Chan and Noraini Idris (2017), "Validity and Reliability of The Instrument Using Exploratory Factor Analysis and Cronbach's alpha", *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, Vol. 7, No. 10.
- Jiang, Y. and Wang C.L. (2006), "The impact of affect on service quality and satisfaction : the moderation of service contexts" *Journal of Services Marketing*, 20/4, 211–218.
- Kilbourne W.E. Duffy J.A. Duffy M. and Giarchi G. (2004), "The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality", *Journal of Services Marketing*, Vol. 18 Nos 6/7.
- Ladhari R. (2009), "A review of twenty years of SERVQUAL research", *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 1 Iss: 2.
- Lambadere A. (1953), "Traité élémentaire de droit administratif", *Revue internationale de droit comparé*, 5-2 pp.444-447.
- Le Pors A. (2005), "services publics", *Forum international de l'Éducation physique et du Sport*, Cité Universitaire Internationale de Paris SNEP – Centre EPS et Société.
- Leffler K. B. (1982), "Ambiguous Changes in Product Quality", *The American Economic Review*, 72(5).
- Linder-Pelz, S. (1982), "Toward a theory of patient satisfaction", *Social Science & Medicine*, Vol. 16 No.5, 577-82.
- Medvetz T. (2009), "Les think tanks aux États-Unis: L'émergence d'un sous-espace de production des savoirs". *Actes de la recherche en sciences sociales*, 176-177(1), 82-93.
- Nakijima and Hiroshi (1997), "Better Health: Through better life of Recourses", *World Health , The Magazine of (WHO)*, 50th year , No. 5,9-10.

- Namkung Y. and SooCheong J. (2007), "Does Food Quality Really Matter in Restaurants ? Its Impact on Customer Satisfaction and Behavioural Intentions", *Journal of Hospitality and Tourism Research*, Vol.31, N°3.
- Neuberger J. (1999), "Do we need a new word for patients ?", *British Medical Journal*, 318 (7200).
- OCDE (2005), "Les Services et la croissance économique : Emploi, productivité et innovation", Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264064584.fr>.
- Oliver R. L. (1980), "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", *Journal of Marketing Research*, 17, pp.460-469.
- Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol.49.
- Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Volume 64, Number 1.
- Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1991), "Perceived Service Quality as Customer-based performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using An Extended Service Quality model", *Human Resource Management*, Vol.30, Number 3.
- Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1991), "Refinement and Reassessment of the Servqual Scale", *Journal of Retailing*, Vol.67, N°4.
- Parasuraman A. Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1994), "Alternatives Scales for Measuring Service Quality: A comparative Assesment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria", *Journal of Retailing*, Vol.70, N°03.
- Parasuraman A. Zeithaml, V.A., and Berry L.L. (1994), "Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for future research", *Journal of Marketing*, 58(1), 111-124
- Pascoe G. C. (1983), "Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis", *Evaluation and Program Planning* 6, 185-210.
- Peter J.P. Gilbert A.C. Jnr. and Brown T.J. (1993), "Caution in the use of difference scores in consumer research", *Journal of Consumer Research*, vol. 19, issue 4.
- Petrick J.F. (2004), "The Roles of Quality, Value and Satisfaction in Predicting Cruise Passenger's Behavioral Intentions", *Journal of Travel Research*, Vol.42, N°4.
- Rashid E. W. and Kamaruzaman J. H. (2009), "Service quality in health care setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 22 No. 5.
- Reeves C.A. Bednar D.A. (1995), "Defining quality: Alternatives and implications", *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 19(3).
- Sabadie W. (2003), "Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public ", *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 18, No. 01.
- Sabéran S. (2008), "La notion d'intérêt général chez Adam Smith : de la richesse des nations à la puissance des nations". *Géoéconomie*, 45(2), 55-71.
- Sheau Y.F. and Lian K. M. (2007), "Service Quality and Customer Satisfaction : Antecedents of Customer Repatronage Intentions", *Sunway Academic Journal*, Vol.4, P. 62.
- Smith, A.M. (1995), «Measuring service quality: Is SERVQUAL now redundant? », *Journal of Marketing Management*, volume11, issue 1-3.

- Spicker P. (2009), "The Nature of a Public Service", International Journal of Public Administration, 32:11, 970-991.
- Spreng R.A. and Singh A.K. (1993), "An empirical assessment of the SERVQUAL scale and the relationship between service quality and satisfaction", In D. W. Cravens & P. R. Dickson (Eds.), Enhancing knowledge development in marketing.
- Strasser S. Aharony L. and Greenberger D. (1993), "The patient satisfaction process : moving toward a comprehensive model", Medical Care Review, Vol. 50 No 2, 219-45.
- Taylor C.B. and Gans-Morse J. (2009), "Neoliberalism: From New Liberal Philosophy to Anti-Liberal Slogan", Studies in Comparative International Development, Volume 44, Number 2.
- Tuchman B.W. (1980), "The decline of quality". New York : Times Magazine, 38-47.
- Ueltschy L. Laroche C. Tamilia M. Robert D. and Yannopoulos P. (2004), "Cross-Culturel Invariance of Measures of Satisfaction and Service Quality", Journal of Business Research, Vol.,57.
- Wallin T.A. and Lervik L. (1999), "Perceived Relative Attractiveness Today and Tomorrow as Predictors of Future Repurchase Intention", Journal of Service Research, Vol.2, N°2.
- Ware J.E. Snyder M.K. Wright W.R. and Davies A.R. (1983), "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", Evaluation and Program Planning, Vol. 6 Nos 3-4, 247-63.
- Zeithaml V. (1988), "Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence", Journal of Marketing, Vol. 52, No. 3.
- Zeithaml V.A. Berry L.L. and Parasuraman A. (1993), "The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service", Journal of the Academy of Marketing Science Vol.21, N.1.
- Zeithaml V.A. Berry L.L. and Parasuraman A. (1996), "The Behavioral Consequences of Service Quality", Journal of Marketing, Vol 60, N°02.

3. الرسائل و الأطروحات الأكاديمية:

1.3 باللغة العربية:

- بن عطية م. (2009/2008)، "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري"، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر.
- بوزقاو ن. (2011/2010)، "التسيير المالي للمؤسسات السمعية البصرية العمومية"، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر 03.
- بوشلاغم ع. و شرفي م. (2017)، " واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر"، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4 العدد 3، جامعة قسنطينة 2.
- حاج عيسى س. (2011-2012)، "أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر 03.
- حرشاو م. (2016/2015)، "تأثير البيروقراطية على تحسين الخدمة العمومية في الجزائر-دراسة الدائرة المحلية لولاية ورقلة-"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية تخصص إدارة الجماعات المحلية والإقليمية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- خروبي بزارة ع. (2010-2011)، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية و الإعلام، جامعة الجزائر3.
- شنتير ع. ر. (2012-2013)، "النظام القانوني للصحة العمومية"، أطروحة دكتوراه في الحقوق قسم القانون العام، كلية الحقوق بين عكنون، جامعة الجزائر1.
- صغيرو ن. (2011/2012)، "تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية"، مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، قسم علو التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- عاشور ع. (2009-2010)، "دور الإدارة الإلكترونية في ترشيد الخدمة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية والجزائر"، مذكرة ماجستير، جامعة قسنطينة.
- عتيق ع. (2012)، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة -"، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
- عقون ش. (2006/2007)، " سياسة تسيير الموارد البشرية بالجماعات المحلية (دراسة حالة بولاية ميلة)"، رسالة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة قسنطينة.
- علي دحمان م. (2016/2017)، "تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- عياد ل. (2015-2016)، "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015-2016"، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق، كلية العلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
- العيهازي ف. (2005)، "دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة"، مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، كلية علوم التسيير، تخصص إدارة الأعمال، جامعة الجزائر.
- غازي ع. م. (2011)، "إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية (دراسة مقارنة بين مصر والأردن) "، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر.
- كيحلة ن. (2008/2009)، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل) "، مذكرة ماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.

- مريزق ع. (2007-2008)، "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسة الصحية بالجزائر العاصمة"، أطروحة دكتوراه، كلية علوم التسيير، جامعة الجزائر3.
- الهلة م. (2017)، "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الخدمات الصحية في الجزائر، دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة"، مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه، قسم علوم التسيير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.

2.3 باللغة الأجنبية:

- Abdeldjaber Souheyla (2014), " l'impact du marketing des services au sein de l'entreprise de la télécommunication, cas d'Algérie Télécom Mobile ", Mémoire de magister en Management, option: stratégie, Ecole doctorale d'économie et de management, Université d'Oran, Algérie.
- BENMANSOUR Sonia (2018), " La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux ", Thèse pour l'obtention du Doctorat En Sciences Economiques, Option: Monnaie-Finance-Banque, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Algérie.
- Sabadie W. (2001), "Contribution a la mesure de la qualité perçus d'un service public", thèse pour l'obtention du titre de Docteur en science de gestion, Université des sciences Sociales de Toulouse, France.

4. المراسيم التنفيذية:

- الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393 هـ الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974 م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.
- الجريدة الرسمية، العدد 33، المتضمن المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق ل 19 ماي 2007، والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تنظيمها وسيرها، ص10.
- القانون التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتضمن القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418 هـ الموافق ل 16 جويلية 1997، ص12.
- القرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 12 جمادى الأولى 1433 هـ، الموافق ل 04 أفريل 2012، ص23.
- المادة 12 من الباب الأول، الفصل الثاني: واجبات الدولة في مجال الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق ل 29 يوليو سنة 2018، ص05.
- المادة 13 من الباب الأول، الفصل الثاني: واجبات الدولة في مجال الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق ل 29 يوليو سنة 2018، ص06.

- المادة 16 من الباب الأول، الفصل الثاني: واجبات الدولة في مجال الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.
- المادة 21 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى وواجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.
- المادة 22 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى وواجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.
- المادة 23 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى وواجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.
- المادة 24 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى وواجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.
- المادة 27 من الباب الأول، الفصل الثالث: حقوق المرضى وواجباتهم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص06.
- المادة 290 من القسم الثاني: واجبات هياكل ومؤسسات الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص29.
- المادة 297 من القسم الثاني: واجبات هياكل ومؤسسات الصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص29.
- المادة 343 من الباب الأول: الأخلاقيات والأدبيات والبيوأخلاقيات طبية، الفصل الأول: أحكام عامة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص33.
- المادة 344 من الباب الأول: الأخلاقيات والأدبيات والبيوأخلاقيات طبية، الفصل الأول: أحكام عامة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ، الموافق لـ 29 يوليو سنة 2018، ص33.
- المادة الأولى والثانية من القرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية وشروط الإلتحاق بالمناصب العليا التابعة لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 12 جمادى الأولى 1433 هـ، الموافق لـ 04 أبريل 2012، ص33.
- المادة الأولى والثانية من القرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وشروط الإلتحاق بالمناصب العليا التابعة لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 12 جمادى الأولى 1433 هـ، الموافق لـ 04 أبريل 2012، ص37.

المراجع

- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428هـ، الموافق ل 20 ماي 2007، ص 10.
- المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ الموافق ل 12 فيفري 1986م، ص 115.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-466، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 شعبان 1418هـ الموافق ل 10 ديسمبر 1997م، ص 19.
- المرسوم الرئاسي 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، المتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية بوهران، تنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418 هـ، الموافق ل 10 ديسمبر 1997، ص 19.

5. مواقع الأنترنت:

- Densité de médecins par département en France 2018, Publié par Statista Research Department, 7 nov. 2018 consulté le 10/09/2020 sur : <https://fr.statista.com/statistiques/657657/densite-medecins-departements-france/>.
- Document de la DSP Mascara publié sur: <http://www.dsp-mascara.dz/index.php/plan-d-action> consulté le 10/09/2020.
- Lits d'hôpital pour 1000 habitants publié par Groupe Banque mondiale sur : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.BEDS.ZS?view=map>, consulté le 24/09/2020.
- Perspective monde, op cit., consulté le 17/09/2020 sur : <https://bit.ly/3krgE9q>.
- Perspective Monde, op citation, consulté le : 25/09/2020 sur : <https://bit.ly/3iaGddv>.
- Perspective Monde, op citation, consulté le : 25/09/2020 sur : <https://bit.ly/367ZSbC>.
- Prspective monde, outil pédagogique des grandes tendances mondiales depuis 1945, école politique appliquée, faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada, consulté le 17/09/2020 sur : <https://bit.ly/32Eif5A>
- WHO, World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs Annex B: tables of health statistics by country, WHO region and globally, consulté le 27 juin 2016 sur : <https://bit.ly/3c9OEEk>.
- المديرية العامة للوظيفة العمومي والإصلاح الإداري، على الموقع: <http://www.DGPF.gov.dz>، بتاريخ: 22 مارس 2020.

الملخص:

تهتم الدراسة بقياس جودة الخدمات الصحية في القطاع الخدماتي العمومي الجزائري، أين تم التركيز على مقياس RATER المحسن من نموذج SERVQUAL المكونة من خمسة أبعاد رئيسية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي) مكيفة مع سياق الخدمات الصحية والمعبر عنها بـ 22 عبارة أو متغيرة مرتبطة أساسا بالأبعاد السابقة و التي تترجم جوانب الخدمة المقدمة .

و تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى ملائمة نموذج RATER في قياس رضا المريض عن الجودة المدركة للخدمة العمومية الصحية المقدمة بالجناحين التقنيين الرئيسيين للاستعجالات و لمصلحة الأم و الطفل لمدينة معسكر باعتبارهم المرآة العاكسة للخدمات الصحية العمومية المقدمة بالمدينة ككل، فتم الاعتماد على النموذج المذكور و ذلك عن طريق تقييم الفجوة بين إدراكات المستخدمين المرضى و توقعاتهم للخدمة الصحية المقدمة بالجناحين التقنيين، البحث في أسباب وجود هاته الفجوة و توسعها و إمكانية تحسين النموذج المطبق عن طريق تصنيف المرضى في مجموعات استنادا لعباراته الـ 22. هذا وخلصت الدراسة إلى وجود فجوات سلبية تترجم التقييم السلبي للخدمات الصحية المقدمة راجعة أساسا لاختلاف المسار العلاجي للمرضى و خلفيتهم السوسيوديموغرافية، كما أن نموذج RATER وعلى الرغم من ملاءمته الجيدة للسياق المدروس إلا أن الوصول للمطابقة التامة والمطلقة غير ممكن بالاعتماد على عبارات النموذج الـ 22 فقط على الرغم من محاولات التحسين من تدوير و نمذجة هيكلية.

الكلمات المفتاحية: الخدمة العمومية، الخدمة الصحية، قياس الجودة، نموذج RATER، نموذج الفجوات.

تصنيف JEL: G45، I18، D63، C52، C52.

SUMMARY:

The study is concerned with measuring the quality of health services in the Algerian public service sector. The focus is on the improved RATER scale from the SERVQUAL model, which consists of five main dimensions (Tangibility, Reliability, Responsiveness, Assurance and Empathy) adapted to the context of health services and expressed in 22 expressions or variables. It is mainly linked to the previous dimensions, which translate the various aspects of the service provided.

This study aims at measuring the suitability of the RATER model in measuring patient satisfaction with the perceived quality of the public health service provided in the two main technical platforms for Emergencies and for the service of Mother and Child in the city of MASCARA. They are considered as the reflective mirror of the public health services provided in the city as a whole. The mentioned model relies upon by assessing the gap between patient users' perceptions and their expectations of the health service. These are provided in the two technical platforms, researching the reasons for the existence of this gap and its expansion and the possibility of improving the applied model by classifying patients into groups based on its 22 statements. The study concludes that there are negative gaps that translate into a negative evaluation of the health services provided, mainly due to the difference in the treatment path of patients and their sociodemographic background. Moreover, the RATER model, despite its good suitability to the context studied, achieving complete and absolute matching, is not possible by relying on only the model's 22 statements grouped into groups. This is despite attempts to improve upon rotation and structural modeling.

Keywords: Public service, Health service, Quality measurement, RATER model, GAPS model.

JEL classification: G45, I18, D63, C52, C52.