

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم العلوم التجارية

تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمات الصحية

دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العامة و الخاصة بالجزائر

العاصمة

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم التجارية

تخصص : تسويق

إشراف الأستاذ الدكتور :

أ.د عنابي بن عيسى .

إعداد الطالبة :

عبادة أمينة

السنة الجامعية : 2022/2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم العلوم التجارية

تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمات الصحية

دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العامة و الخاصة بالجزائر

العاصمة

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم التجارية

تخصص : تسويق

إعداد الطالبة : عبادة أمينة

أمام اللجنة المشكلة من :

قاسي ياسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	رئيسا
عنابي بن عيسى	أستاذ التعليم العالي	المدرسة العليا للتجارة	مشرفا و مقررا
برصالي نبيل	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
لخضاري نسيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
مريزق عدمان	أستاذ التعليم العالي	المدرسة العليا للتجارة	عضوا مناقشا
إيدروج جمال	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر 3	عضوا مناقشا

السنة الجامعية : 2022/2021

إهداء

الحمد لله فالق الأنوار و جاعل الليل و النهار ثم الصلاة و السلام على

سيدنا محمد المختار

الحمد لله الذي وفقنا لهذا و لم نكن لنصل إليه لولا فضل الله علينا
من دواعي الفخر و الاعتزاز أهدي ثمرة جهد هذا العمل المتواضع إلى

أمي و أبي العزيزين حفظهما الله و أطال في عمرهما
أفراد أسرتي مصدر فخري و اعتزازي و لا أحصي لهم فضلا

عواطف فاطمة الزهراء و امبراطوريتها

إلى زوجي العزيز و سندي في الدنيا

إلى قرة عيني و فرحتي ابنتي فرح

إلى من رافقني و دعمني في مشواري صديقتي و أخواتي

وسيلة البتول و يمينه

إلى من أنار لي الطريق في سبيل تحصيل و لو قدر بسيط من

المعرفة

إلى أستاذي الكريم الأستاذ الدكتور عنابي بن عيسى

إلى كل من يقدر العلم و يسعى في طلبه

إلى كل من ذكرهم قلبي و نساهم قلمي

شكر و تقدير

الحمد و الثناء و الشكر لله العلي القدير على نعمه الظاهرة و الباطنة
و اعترافا بالفضل و تقديرا للجميل لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر و
الامتنان

إلى الأستاذ المشرف الأستاذ الدكتور عنابي بن عيسى لقبوله الإشراف على
هذا العمل و تخصيصه جزء من وقته و جهده للإشراف و متابعة هذا العمل

كما أتوجه بخالص الشكر و التقدير إلى كل من قدم لنا يد العون

و أخص بالذكر كل موظفي المؤسسات الصحية قيد الدراسة

أتوجه كذلك بخالص الشكر و التقدير إلى لجنة المناقشة

التي قبلت و تحملت هذا الجهد

و أخيرا أتقدم بالشكر إلى كل من أمدنا بيد العون

من قريب أو بعيد لإنجاز هذا العمل

إلى كل هؤلاء ، تحية شكر و امتنان

ملخص :

جاءت هذه الدراسة بهدف معالجة موضوع بناء نموذج قياس خاص بمستوى جودة الخدمة الصحية في الجزائر ، و ذلك بعدما أثبتت بعض الدراسات السابقة عدم صلاحية النماذج العالمية المستوردة بتطبيقها في بيئة و ثقافة مغايرة ، من بينها نموذج الجودة Servqual بأبعاده الخمسة الشهيرة RATER (الملموسية ، الاعتمادية، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) . بعد عرض المفاهيم النظرية المتعلقة بجودة الخدمة في المجال الصحي و أهم نماذج القياس التي جادت بها مختلف الأدبيات ، قمنا بإسقاط ما تم التعرض إليه من خلال الدراسة التطبيقية ، حيث قمنا في البداية بالتحقق من مدى اعتمادية الأبعاد الشهيرة RATER بتطبيقها على القطاع الصحي -العام و الخاص- في الجزائر و التي أسفرت نتائجه عن استبعاد أكثر من بند لتختصر إلى 13 بندا فقط بعد ما كانت 22 -انعدام الانسجام الداخلي- . كما أظهرت نتائج التحليل العملي عن عدم احتفاظ الأبعاد الخمسة بالبند التي تتضمنها و بالتالي عدم الاحتفاظ بهيكلية المقياس .

بعد التأكد من عدم صلاحية الأبعاد الخمسة في السياق الجزائري، عمدنا إلى بناء مقياس خاص بجودة الخدمة الصحية . قمنا في بادئ الأمر بإجراء دراسة استطلاعية مع عدد من المرضى ، الأطباء و الموظفين في مجموعة من المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة بهدف استكشاف الأبعاد الحقيقية التي يعتمد عليها المرضى في تقييمهم لمستوى جودة الخدمة الصحية المدركة ، و التي أسفرت عن ستة أبعاد (الدعم المادي ، الخدمات الإدارية ، خدمات التشخيص الطبي ، خدمات التمريض ، الضيافة و الإطعام ، الأمان) تم تطبيقها على عينة من المرضى الموزعين على مجموع من المؤسسات الصحية العامة و الخاصة في الجزائر العاصمة .

في خطوة لاحقة ، باتباع نموذج Churchill الشهيرة و بالاستعانة بالبرامج الإحصائية SPSS \ Amos و الأساليب الإحصائية التي تتضمنها و التي تحتاجها الدراسة ، قمنا بالكشف عن البنية العاملية لمتغيرات الدراسة و التحقق من مدى مطابقتها للبنية المفاهيمية المقترحة ، لننتقل بعد ذلك لتأكيد صحة هذه البنية و اختبار صلاحية النموذج المفترض ، لنجيب في الأخير على إشكالية الدراسة و التساؤلات الفرعية المشتقة منها .

الكلمات المفتاحية : جودة الخدمة الصحية ، أداة قياس ، RATER ، تطوير نموذج قياس .

Résumé :

Cette étude avait pour objectif d'aborder la question de développement d'un modèle de mesure de la qualité des services de santé en Algérie, après que certaines études précédentes avaient prouvé l'inadéquation des modèles internationaux importés à les appliquer dans un environnement et une culture différente, dont le modèle de qualité Servqual avec ses fameuses cinq dimensions, RATER (Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy, Responsiveness). Après avoir présenté les concepts théoriques liés à la qualité de service dans le domaine de la santé et les modèles de mesure les plus importants développés par les différentes études, nous avons projeté ce qui a été exposé à travers l'étude appliquée, où nous avons d'abord vérifié la fiabilité des fameuses dimensions RATER appliquées au secteur de la santé - public et privé - En Algérie, dont les résultats ont abouti à l'exclusion de plus d'un élément, afin d'être ramené à seulement 13 éléments, après avoir été 22 - incohérence interne - . Les résultats de l'analyse factorielle ont également montré que les cinq dimensions ne conservent pas les éléments qu'elles contiennent et que la structure de l'échelle n'est donc pas conservée.

Après s'être assuré que les cinq dimensions ne sont pas valables dans le contexte algérien, nous avons construit une échelle de qualité des services de santé. Dans un premier temps, nous avons mené une étude exploratoire auprès de nombreux patients, médecins et salariés d'un groupe d'établissements de santé à Alger, dans le but d'explorer les dimensions réelles dont dépendent les patients dans leur appréciation du niveau de qualité perçue des services de santé, qui a abouti à six dimensions (soutien financier, services administratifs, services de diagnostics médicaux, soins infirmiers, accueil et restauration, sécurité) qui ont été appliqués à un échantillon de patients répartis dans un groupe d'établissements de santé publics et privés à Alger.

Dans une étape ultérieure, en suivant la célèbre méthodologie de Churchill et à l'aide des programmes statistiques SPSS / Amos et des méthodes statistiques qu'ils incluent et dont l'étude a besoin, nous avons découvert la structure globale des variables de l'étude et vérifié l'étendue de leur conformité avec la structure conceptuelle proposée, en validant ensuite le modèle supposé, en répondons enfin à la problématique de l'étude et aux sous-questions qui en découlent.

Mots clés : Qualité des services de santé, outil de mesure, RATER, développement de modèles de mesure.

الفهرس

34-15	إهداء شكر و تقدير ملخص فهرس المحتويات فهرس الجداول فهرس الأشكال المقدمة العامة
132-36	الفصل الأول : مقارنة نظرية لجودة الخدمات الصحية
37	المبحث الأول : الخلفية المعرفية للصحة
37	المطلب الأول : منظورات حول مفهومي الصحة و المرض
45	المطلب الثاني : مكونات الصحة
47	المطلب الثالث : مؤشرات الحالة الصحية
49	المطلب الرابع : الحالة الصحية في العالم و الدول العربية
53	المبحث الثاني : مقارنة نظرية للخدمات الصحية
53	المطلب الأول : مدخل إلى الخدمة
60	المطلب الثاني : تصنيف الخدمات
67	المطلب الثالث : مفهوم الخدمة الصحية
74	المطلب الرابع : أشكال الخدمة الصحية و معايير تقديمها
82	المبحث الثالث : قراءة في متغير جودة الخدمة
83	المطلب الأول : الإطار التاريخي و النظري للجودة
92	المطلب الثاني : أهمية و أهداف الجودة
96	المطلب الثالث : أبعاد و محددات الجودة
99	المطلب الرابع : مدخل لجودة الخدمة
106	المبحث الرابع : جودة الخدمات الصحية و علاقتها برضا المريض
106	المطلب الأول : الاطار التاريخي و المفاهيمي للجودة في قطاع الخدمات الصحية
117	المطلب الثاني : التكاليف و العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية
123	المطلب الثالث : رضا المريض (الزبون)
127	المطلب الرابع : دراسة العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا المريض

225-134	الفصل الثاني : آليات قياس جودة الخدمة في القطاع الصحي و مداخل تحسينها
135	المبحث الأول : مدخل في قياس و تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية.....
135	المطلب الأول : قياس جودة الخدمات الصحية
139	المطلب الثاني : صعوبة تحديد قياس و تقييم جودة الخدمة الصحية
142	المطلب الثالث : مؤشرات أداء المؤسسات الصحية و علاقتها بجودة الخدمة
147	المطلب الرابع : أبعاد الجودة في قطاع الخدمات الصحية
152	المبحث الثاني : مداخل و طرق قياس جودة الخدمات في القطاع الصحي.....
153	المطلب الأول : مدخل إلى نظرية الفجوة و نموذج الجودة
166	المطلب الثاني : نموذج الأداء الفعلي كأفضل بديل لقياس الجودة « SERVPERF ».....
171	المطلب الثالث : مداخل و نماذج أخرى في عملية قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية.....
182	المطلب الرابع : الطرق و الأساليب الإحصائية لقياس الجودة
189	المبحث الثالث : التحليل العملي كآلية لتحديد العوامل المؤثرة في جودة الخدمة.....
190	المطلب الأول : مفهوم التحليل العملي
194	المطلب الثاني : طرق التحليل العملي و شروط استخدامه
199	المطلب الثالث : خطوات التحليل العملي الاستكشافي
207	المطلب الرابع : خطوات التحليل العملي التوكيدي
214	المبحث الرابع : تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن مدخل إدارة الجودة الشاملة.....
214	المطلب الأول : مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
216	المطلب الثاني : مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
219	المطلب الثالث : مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية
223	المطلب الرابع : مزايا تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
333-227	الفصل الثالث : تقديم عام لواقع المنظومة الصحية في الجزائر
228	المبحث الأول : تطور المنظومة الصحية في الجزائر
228	المطلب الأول : تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر
245	المطلب الثاني : مؤشرات تطور المنظومة الصحية في الجزائر
251	المطلب الثالث : تنظيم النظام الصحي في الجزائر
260	المطلب الرابع : الاختلافات المميزة للنظام الصحي الجزائري
268	المبحث الثاني : إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.....
268	المطلب الأول : أهداف مشروع الإصلاح.....
275	المطلب الثاني : المبادئ الأساسية و ملفات إصلاح المنظومة الصحية.....
282	المطلب الثالث : مخططات عملية الإصلاح.....

289	المطلب الرابع : تقييم مشروع الإصلاح و أهم إنجازاته.....
293	المبحث الثالث : النفقات الصحية و تحديات التمويل.....
294	المطلب الأول : تطور نظام تمويل القطاع الصحي في الجزائر.....
304	المطلب الثاني : تطور حجم الانفاق على الصحة.....
310	المطلب الثالث : أسباب ارتفاع الانفاق الصحي.....
314	المطلب الرابع : آليات ترشيد النفقات الصحية و التحكم فيها.....
318	المبحث الرابع : عرض الخدمة الصحية في الجزائر.....
318	المطلب الأول : تطور مؤسسات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر.....
321	المطلب الثاني : تقسيم مؤسسات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر
327	المطلب الثالث : تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر.....
329	المطلب الرابع : تكامل العلاقة بين المؤسسات الصحية العامة و الخاصة.....
415-335	الفصل الرابع : صلاحية أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي الجزائري
336	المبحث الأول : اختبار صلاحية أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي العام.....
336	المطلب الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة.....
342	المطلب الثاني : التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة.....
350	المطلب الثالث : اختبار الانسجام الداخلي للمقياس.....
357	المطلب الرابع : اختبار الصدق التقاربي و التمايزي لأبعاد المقياس بعد التعديل.....
364	المبحث الثاني : اختبار صلاحية أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي الخاص.....
365	المطلب الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة.....
366	المطلب الثاني : التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة.....
374	المطلب الثالث : اختبار الانسجام الداخلي للمقياس.....
381	المطلب الرابع : اختبار الصدق التقاربي و التمايزي لأبعاد المقياس بعد التعديل.....
389	المبحث الثالث : تحليل مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين قبل و بعد تنقية المقياس.....
390	المطلب الأول : : مستوى جودة الخدمات الصحية في القطاع العام.....
392	المطلب الثاني : مستوى جودة الخدمات الصحية في القطاع الخاص.....
395	المطلب الثالث : الفرق بين القطاعين العام و الخاص في تحديد مستوى جودة الخدمة (قبل تنقية المقياس).....
405	المطلب الرابع : الفرق بين القطاعين العام و الخاص في تحديد مستوى جودة الخدمة (بعد تنقية المقياس).....
406	المبحث الرابع : مناقشة النتائج و الاجابة على الفرضيات.....
409	المطلب الأول : مناقشة النتائج المتعلقة بالانسجام الداخلي للمقياس.....
410	المطلب الثاني : مناقشة النتائج المتعلقة بالصدق التقاربي و التمايزي للمقياس.....
411	المطلب الثالث : مناقشة النتائج المتعلقة بتقييم المستوى العام لجودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص.....

417	المطلب الرابع: مناقشة النتائج المتعلقة بتأثير المتغيرات الديمغرافية في تحديد اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية.....
494-417	الفصل الخامس : نموذج مقترح لقياس جودة الخدمات الصحية في الجزائر
418	المبحث الأول : الاجراءات المنهجية و الدراسة الكيفية.....
418	المطلب الأول : منهجية الدراسة.....
420	المطلب الثاني : مجتمع و عينة الدراسة.....
422	المطلب الثالث : الدراسة الكيفية لتحديد مفهوم مجال النموذج و صياغة البنود (الجزء الاستكشافي من الدراسة)
429	المبحث الثاني : الدراسة الكمية الأولية في القطاعين العام و الخاص (الجزء الاستكشافي من الدراسة).....
429	المطلب الأول : جمع البيانات.....
430	المطلب الثاني : تنقية المقياس بتطبيقه على القطاع الصحي العام.....
448	المطلب الثالث : تنقية المقياس بتطبيقه على القطاع الصحي الخاص.....
464	المبحث الثالث : الدراسة الكمية النهائية (الجزء التوكيدي من الدراسة).....
465	المطلب الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة النهائية.....
473	المطلب الثاني : التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة الكمية النهائية.....
475	المطلب الثالث : تقدير مدى اعتمادية المقياس.....
483	المبحث الرابع : تقدير صلاحية أداة القياس (الجزء التوكيدي من الدراسة النهائية).....
483	المطلب الأول : نتائج التحليل العاملي التوكيدي.....
488	المطلب الثاني : صدق و ثبات النموذج المقترح.....
489	المطلب الثالث : مناقشة النتائج و الإجابة على الفرضية.....
495	الخاتمة العامة.....
505	قائمة المراجع.....
532	قائمة الملاحق.....

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1-1	متوسط العمر المتوقع لبعض الدول العربية لسنة 2015	52
2-1	التطور التاريخي للجودة	87
3-1	نسب أنواع التكاليف نسبة إلى التكلفة الاجمالية للجودة	120
4-1	مقارنة بين جودة الخدمة و رضا العميل	128
1-2	مؤشرات جودة الخدمات الصحية	145
2-2	أبعاد جودة الخدمة حسب (Parasuraman and others , 1985)	148
3-2	أبعاد و معايير تقييم جودة الخدمات الصحية	151
4-2	الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية	152
5-2	الية تقليص الفجوات بين مختلف أنواع الجودة في الخدمات الصحية	162
6-2	مقارنة مقياس جودة الخدمة و أداء الخدمة على أساس معامل التحديد	170
7-2	معايير تحديد حجم العينة	200
8-2	قيم مؤشر KMO و الحكم على المستوى	202
1-3	عدد العاملين في القطاع الصحي مباشرة بعد الاستقلال	230
2-3	تطور عدد الهياكل القاعدية الصحية "1991-2000"	238
3-3	تطور المؤشرات الصحية خلال فترة الاصلاحات	243
4-3	تطور عدد الهياكل الصحية في الجزائر (1998-2017)	248
5-3	تطور عدد مكاتب الأطباء التابعة للقطاع الخاص (2013-2017)	249
6-3	تطور عدد المستخدمين في القطاع الطبي (2013-2017)	250
7-3	توزيع الهياكل الصحية التابعة للقطاع العام	258
8-3	تطور الهياكل الصحية التابعة للقطاع الخاص (2013-2017)	259
9-3	مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية "2008-2017"	299
10-3	مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي في تغطية النفقات الصحية للفترة 2008-2017	301
11-3	نصيب نفقات الصحة (تجهيز/تسيير) في الميزانية العامة للدولة "2010-2015"	305
12-3	نسبة الميزانية العامة لقطاع الصحة بالنسبة للناتج المحلي الخام للفترة (2005-2014)	308
13-3	تعداد المؤسسات الصحية في الجزائر	319
14-3	تطور عدد الممارسين الطبيين في القطاعين العام و الخاص في الجزائر (2013-2017)	327
15-3	تطور التغطية الطبية في الجزائر	328
1-4	مجتمع و عينة الدراسة و توزيع استمارات الاستبيان	337

340	تفسير قيم المتوسطات الحسابية	2-4
342	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس	3-4
343	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي	4-4
345	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في المستشفى	5-4
347	توزيع أفراد العينة عبر مصالح المستشفى	6-4
348	توزيع المرضى حسب مكان إقامتهم (الولاية)	7-4
350	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية	8-4
351	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاعتمادية بعد التنقية	9-4
353	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاستجابة	10-4
354	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان	11-4
355	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التعاطف	12-4
357	نتائج ملاءمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي	13-4
358	نسب التباين الكلي المفسرة	14-4
360	مصفوفة العوامل قبل عملية التدوير	15-4
361	مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير	16-4
362	مصفوفة العوامل بعد حذف البنات المركبة و عملية التدوير	17-4
367	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس	18-4
368	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي	19-4
370	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في العيادة	20-4
371	توزيع أفراد العينة عبر مصالح العيادة	21-4
373	توزيع المرضى حسب مكان إقامتهم (الولاية)	22-4
375	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية	23-4
376	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية بعد التنقية	24-4
377	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاعتمادية	25-4
378	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاستجابة	26-4
379	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان بعد التنقية	27-4
380	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التعاطف بعد التنقية	28-4
382	نتائج ملاءمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي	29-4
383	نسب التباين الكلي المفسرة	30-4
385	مصفوفة العوامل قبل عملية التدوير	31-4
386	مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير	32-4

387	مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير	33-4
390	مستوى جودة الخدمة الصحية قبل تنقية المقياس	34-4
391	مستوى جودة الخدمة الصحية بعد تنقية المقياس	35-4
393	مستوى جودة الخدمة الصحية قبل تنقية المقياس	36-4
394	مستوى جودة الخدمة الصحية بعد تنقية المقياس	37-4
395	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير السن	38-4
396	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير الجنس	39-4
398	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية	40-4
399	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	41-4
400	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير نوع المرض	42-4
401	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير مدة المكوث في المستشفى/العيادة	43-4
402	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير المصلحة	44-4
404	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير المستشفى / العيادة	45-4
405	اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعاً للمتغيرات الديمغرافية	46-4
407	نتائج ألفا كرونباخ في القطاعين العام و الخاص	47-4
408	نتائج ألفا كرونباخ في القطاعين العام و الخاص	48-4
409	ملخص نتائج التحليل العاملي في القطاعين العام و الخاص	49-4
410	نتائج تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص	50-4
412	تأثير المتغيرات الديمغرافية في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية	51-4
421	التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية محل الدراسة	1-5
430	الاستمارات الموزعة و المسترجعة القابلة للتحليل الاحصائي	2-5
433	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الدعم المادي	3-5
434	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الخدمات الإدارية	4-5
435	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التشخيص الطبي	5-5
436	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد خدمات التمريض	6-5
437	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الضيافة و الإطعام	7-5
438	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان	8-5
439	النتائج الكلية لاختبار الثبات	9-5
440	نتائج ملائمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي	10-5
441	نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير	11-5
443	مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير	12-5

445	مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير	13-5
449	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الدعم المادي	14-5
450	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الخدمات الإدارية	15-5
451	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التشخيص الطبي	16-5
453	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد خدمات التمريض	17-5
454	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الضيافة و الإطعام	18-5
455	نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان	19-5
456	النتائج الكلية لاختبار الثبات	20-5
457	نتائج ملائمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي	21-5
458	نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير	22-5
460	مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير	23-5
461	مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير	24-5
466	الاستمارات الصالحة للتحليل الاحصائي في الدراسة النهائية	25-5
471	مؤشرات المطابقة المطلقة	26-5
472	مؤشرات المطابقة المقارنة	27-5
472	مؤشرات تصحيح الافتقار للاقتصاد	28-5
474	توزيع أفراد عينة الدراسة	29-5
477	نتائج الاتساق الداخلي	30-5
479	نتائج معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات	31-5
480	نتائج ملائمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي	32-5
481	نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير (في القطاع العام)	33-5
482	نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير (في القطاع الخاص)	34-5
485	مؤشرات المطابقة للنموذج العاملي قبل التعديل	35-5
486	مؤشرات المطابقة للنموذج العاملي قبل و بعد التعديل	36-5
488	المعاملات اللامعيارية من الدرجة الثانية لنموذج قياس جودة الخدمة	37-5

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
51	نسبة متوسط نمو الانفاق على الرعاية الصحية لبعض الدول (2010-2012)	1-1
56	الخصائص الرئيسية للخدمة	2-1
58	مراحل انتاج و استهلاك السلع و الخدمات	3-1
62	مصفوفة طبيعة الخدمة	4-1
63	مصفوفة نوع العلاقة بين مقدم الخدمة و العميل	5-1
64	مصفوفة حجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة	6-1
65	مصفوفة طبيعة العرض و الطلب على خدمة	7-1
66	مصفوفة طريقة توصيل الخدمة	8-1
80	تصنيف الخدمات الصحية	9-1
89	نظام الفحص في العملية الانتاجية	10-1
96	أهداف الجودة كأحد متطلبات ISO 9001	11-1
102	جودة الخدمة	12-1
123	العناصر المؤثرة في جودة الخدمة	13-1
150	أبعاد جودة الخدمة المعدلة	1-2
145	نموذج نظرية الفجوة	2-2
156	العوامل و الأبعاد المؤثرة في توقعات العملاء و تقييم مستوى جودة الخدمة حسب نظرية الجودة	3-2
161	النموذج الموسع لجودة الخدمة	4-2
174	الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمة الصحية	5-2
177	نموذج الجودة الوظيفية و الجودة الفنية (Gronroos, 1984)	6-2
179	القيمة و السلوك في عدم التأكد السلبي	7-2
181	نموذج السمات المحيطية ، الأساسية و المحورية	8-2
184	مخطط باريتو	9-2
186	مخططات التبعر (التشتت)	10-2
188	الشكل العام لخريطة المراقبة على الجودة	11-2
260	الهرم الصحي الجزائري	1-3
283	برامج إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر	2-3
298	تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من إجمالي النفقات الصحية "1974-2014"	3-3

310	تطور نصيب الفرد من النفقات الصحية للفترة 1996-2014	4-3
339	خطوات تصميم استمارة الاستبيان	1-4
343	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس	2-4
344	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي	3-4
346	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في المستشفى	4-4
347	توزيع أفراد العينة عبر مصالح المستشفى	5-4
359	خط انحدار الجذور الكامنة	6-4
364	الأبعاد المستخلصة من اختبار التحليل العاملي	7-4
368	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس	8-4
369	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي	9-4
371	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في العيادة	10-4
372	توزيع أفراد العينة عبر مصالح المستشفى	11-4
384	خط انحدار الجذور الكامنة	12-4
389	الأبعاد المستخلصة من اختبار التحليل العاملي	13-4
392	المقارنة بين متوسطات الأبعاد الناتجة عن عملية التحليل العاملي	14-4
419	منهجية Churchill المتبعة في الدراسة التطبيقية	1-5
427	النموذج الأولي لمقياس جودة الخدمة الصحية	2-5
442	خط انحدار الجذور الكامنة (في القطاع العام)	3-5
459	خط انحدار الجذور الكامنة (في القطاع الخاص)	4-5
484	النموذج العاملي متعدد الأبعاد من الدرجة الثانية المقترح للدراسة	5-5
487	النموذج العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية النهائي لجودة الخدمة الصحية	6-5

قائمة المختصرات

الرمز	مفهوم الرمز
RATER	أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب نموذج الجودة (المللموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان و التعاطف)
AMOS	Analysis of Moment of Structures ، برنامج التحليل الإحصائي لبنية العزوم
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences ، برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية
JCAHO	اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية
AMC	المعهد الطبي الأمريكي
OMS	منظمة الصحة العالمية
PZB	Parasuramana , Zeithaml and Berry
Servqual	نموذج جودة الخدمة
Servperf	نموذج الأداء الفعلي
Benchmarking	المقارنة المرجعية
KMO	اختبار كفاية العينة
MSA	مقياس كفاية العينة
PCA	طريقة المكونات الرئيسية
ML	طريقة الاحتمال الأقصى
GLS	طريقة المربعات الصغرى المعممة
ULS	المربعات الصغرى غير الموزونة
ADF	التوزيع التقاربي
RMR	مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي
SRMR	مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية
AGFI	مؤشر جودة المطابقة المصحح
PGFI	مؤشر حسن المطابقة الاقتصادي
CFI	مؤشر المطابقة المقارن
NNFI . TLI	مؤشر تاكر-لويس
NFI	مؤشر المطابقة المعياري
PNFI	مؤشر المطابقة المعياري الاقتصادي
RMSEA	الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب
AIC	محك المعلومات لأكيك
CAIC	محك المعلومات المتسق لأكيك
CHU	مركز استشفائي جامعي
EHU	مؤسسة استشفائية جامعية
EPH	مؤسسة عمومية استشفائية
EH	مؤسسة استشفائية
EHS	مؤسسة استشفائية متخصصة

المقدمة

1- تمهيد :

أصبح القطاع الخدمي في يومنا هذا من أهم القطاعات الاقتصادية التي تساهم بشكل ملفت و كبير في التنمية الاقتصادية في ظل التحديات التي يشهدها العالم من اشتداد في حدة المنافسة سعيا منها للسيطرة على الأسواق المحلية و العالمية و الذي لا يتحقق إلا بالسعي في استحداث السبل و الطرق التي تؤدي بها إلى التميز في تقديم خدماتها بالتالي اكتساب ميزة تنافسية تساعدها على البقاء و الاستمرار في صرح الأسواق .

مثلا مثل أي مؤسسة خدمية ، تعتبر المؤسسات الصحية واحدة من أبرز المؤسسات التي أصبح الانسان بحاجة ماسة لخدماتها لارتباطها الوثيق بصحة الفرد و الذي يعتبر أهم عنصر أو متغير في معادلة التنمية . ففي زمن الاكتشافات المستحدثة و ما يقابله من تنوع في الأمراض و انتشار الأوبئة ، ظهرت بعض الخصائص و الحاجات لم تكن متوفرة في أوقات مضت ، كالمطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلبات و حاجات المرضى مع المطالبة بتحسين نوعية الخدمات المقدمة لهم. ففي خضم هذه التغيرات تزايد اهتمام المؤسسات الصحية بسبل رفع كفاءتها من خلال تحسين جودة الخدمات التي تقدمها ، و هذا من خلال الاهتمام بالجودة بوصفها كاستراتيجية و فلسفة للإدارة و السلوك على جميع المستويات تساهم في تحقيق الكفاءة و الفعالية للعمليات و الأنشطة التي تقوم بها ، بالتالي تقديم خدمات ذات نوعية توازي أو تفوق توقعات المرضى تحقيقا لأقصى رضا لديهم.

إن جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض ترتبط أساسا بمدى قدرة المؤسسة الصحية على تقديم خدمة تقابل توقعاته أو تفوقها ، حيث أن تطابق مستوى الجودة الفعلي من خلال تقديم خدمات ذات جودة متميزة يعكس مدى توفر أبعاد جودة الخدمة مع توقعات العملاء لهذه الأبعاد . كما يمكن النظر إلى مفهوم الجودة في مجال الخدمات الصحية أيضا من خلال ثلاث جوانب ، فالأول تقني و هو مفهوم مطلق ، فيما يتعلق الجانب الثاني بمدى تلبية احتياجات و توقعات المرضى ، في حين يشمل الجانب الثالث حتمية توفير العدالة و الكفاءة و الفاعلية ، إضافة إلى الشمولية و التكامل في تقديم الخدمة الصحية. كما يضاف في غالب الأحيان البعد التنظيمي من خلال قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة . من هذا المنطلق ، تصدر موضوع قياس

جودة الخدمات الصحية اهتمام الباحثين و أصبح بذلك شغلهم الشاغل ، فبالرغم من شبه اتفاقهم على ضرورة قياس جودة الخدمة إلا أنهم لم يتفقوا حول كيفية قياسها و تحديد الأبعاد المرتبطة بها، و هذا نظرا لصعوبة الأمر بسبب الطبيعة الذاتية للخدمة (غير ملموسة ، شخصية، غير نمطية...) .

تركزت جهود الباحثين منذ ثمانينيات القرن الماضي على محاولة إيجاد منهجية مناسبة لقياس جودة الخدمة ، و لعل أهم ما جادت به تلك الجهود في هذا المجال ، ما قدمه Gronroos من أعمال سنة 1984 من خلال اقتراحه لنموذج الجودة التقنية و الوظيفية. إذ يرى أنه يتم قياس جودة الخدمة بمقارنة أدائها بتوقعات الزبائن . إذ قام بتقسيم جودة الخدمة إلى ثلاث أبعاد أساسية (الجودة التقنية و الوظيفية و صورة المؤسسة). لتليه بعد ذلك تلك الدراسة التي انطلقت من كتابات الثلاثي Parasuraman, Zeithaml, Berry ، حيث قاموا في بداية دراستهم الاستطلاعية بطرح نظرية عرفت بنظرية الفجوة و التي تناولت مفهوم جودة الخدمة و كيفية قياسها. ليصمموا بعد ذلك و من خلال دراستهم الميدانية نموذج قياس قائم على خمسة أبعاد (الملموسية ، الاعتمادية، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) أطلقوا عليه اسم نموذج جودة الخدمة Servqual ، الذي يعتمد في الأساس على قياس الفجوة بين توقعات العملاء و إدراكاتهم. و من خلال عملية القياس هذه تستطيع المؤسسة الخدمية تحديد مكامن الضعف في خدماتها المقدمة و العمل على تحسينها. فبالرغم من ذياغ صيت هذا الأخير في جميع أقطار العالم إلا أنه تعرض لجملة من الانتقادات و التي أسفرت عن ظهور نماذج أخرى ، أهمها نموذج الأداء الفعلي Servperf لكل من Cronin and Taylor، حيث يقوم هذا الأخير أساسا على إدراك العملاء فقط في تحديد مستوى جودة الخدمات المقدمة و رفض فكرة الفجوة . يرى كل من أصحاب النموذجين أنهما يلائمان كل القطاعات الخدمية ، شرط تكييفهما مع واقع القطاع الخدمي، و أكثر ما يتوجب تكييفه هو أبعاد التقييم . و بهذا يبقى كل من هذين النموذجين أهم و أكثر مقاييس جودة الخدمة جدلا و تطبيقا عبر مختلف دول العالم .

ان التنوع الهائل في القطاعات الخدمية يتعارض نوعا ما مع القدرة على تعميم الأبعاد الخمسة المشهورة (RATER) ، فمن خلال تصنيف الخدمات نجد منها ما يعتمد على العامل البشري ، في حين تعتمد أخرى على التكنولوجيا الحديثة في تقديمها . كما نجد أيضا خدمات تتعلق بعلاقة العميل بالمؤسسة (دائمة أو متقطعة ، رسمية أو غير رسمية) . كما تقودنا أيضا طبيعة عمل

الخدمة إلى أصناف أخرى من الخدمات كالخدمات الملموسة أو غير الملموسة ، خدمة موجهة للأفراد و أخرى للسلع و الممتلكات المادية . هذا و من جهة أخرى فإن حجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة و اشراك العميل في عملية الانتاج يمكن أن يقدم عبر بعدين أساسيين ، يتعلق الأول بدرجة نمطية الخدمة ، في حين يتعلق الثاني بدرجة الحرية في تقديم الخدمة للعميل . كما لا يخف علينا أن قضية الاتصال و التوزيع تعالج فكرة تقديم الخدمة بالتالي استحداث أنواع أخرى من التصنيفات ، كالاتصال المباشر أو غير المباشر مع العميل ، الاستعانة بالوسطاء ، مدى توفير منافذ للوصول إلى الخدمة و غيرها . تبعا لهذا التنوع الواسع في القطاعات الخدمية ، بدأت الأبحاث مؤخرا تثير شكوكا حول مدى صلاحية المقاييس الكلاسيكية و استخدامها لقياس مستوى جودة الخدمة في بلدان متباينة من حيث مستوى النمو ، اللغة ، الثقافة ، العادات و التقاليد ، بالتالي التشكيك في مدى عمومية أبعاد القياس بعد تكيفها و تعديلها .

2- إشكالية الدراسة :

شهدت السنوات الأخيرة تغيرات جذرية لإدارة القطاع الصحي العام و الخاص، و لعل أهم هذه التغيرات ظهور بؤادر تطبيق جودة الخدمة. و الجزائر من بين تلك الدول التي أصبحت تسعى جاهدة لتحسين و تطوير قطاعها الصحي العام من خلال جملة الاصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بهدف تجويد خدماتها الصحية المقدمة. هذا و بالرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر و ما تبذله من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها كل من القطاعات العامة و الخاصة ، إلا أنها لم ترقى إلى المستوى المطلوب ، و بقي بذلك القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي حالت دون تطور الخدمات الصحية و مستوى جودتها . و أمام هذا الوضع فالمؤسسات الصحية الجزائرية مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحسين جودة ما تقدمه من خدمات ، و هذا لا يتحقق إلا من خلال إيجاد التوليفة المناسبة التي تعمل على قياس مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها ، بهدف كشف مكامن الضعف في تقديم خدماتها و الحصول على المعرفة اللازمة التي تسمح لها بإعادة تصميم و تشكيل خدماتها بما يلبي حاجات المرضى و يتجاوز توقعاتهم ، و صولا إلى تحقيق أعلى رضا لديهم.

بناءا على ما سبق طرحه و في إطار الواقع المشار إليه يمكن طرح الإشكالية التالية : " ما هو النموذج الأكثر ملاءمة لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص بالجزائر ؟ " .

لحسم المسألة النظرية ، يقتضي منا الأمر إجراء بحث مكتبي لاستطلع التجارب السابقة بهدف تحديد الإطار المفاهيمي الذي يحدد مفهوم جودة الخدمة الصحية و أهم نماذج قياسها وقوفا عند أهم النماذج الكلاسيكية و المفاضلة بينها . بعد ذلك يمكن أن ننتقل إلى التساؤلات الفرعية التالية :

- فيما تتمثل العلاقة بين كل من الصحة و المرض و جودة الخدمة الصحية و رضا المريض ؟
- ما هي أهم الاليات التي تعمل على قياس جودة الخدمة الصحية و فيما تتمثل أهم مداخل تحسينها؟
- ما واقع تقديم الخدمة الصحية في الجزائر ، و هل هناك علاقة تكاملية بين كل من القطاعين العام و الخاص ؟

- هل تتمتع الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER بالانسجام الداخلي عند تطبيقها على القطاع الصحي في الجزائر ؟ و ما مدى ملاءمة هذه الأخيرة لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص ؟

- فيما تتمثل الأبعاد الحقيقية لقياس جودة الخدمة الصحية في الجزائر ، و ما مدى مطابقة النموذج المقترح لقياسها ؟

3-فرضيات الدراسة :

بناءا على اشكالية الدراسة و التساؤلات الفرعية المستنبطة منها ، قمنا باتباع منهجية معينة وصولا إلى مقابلة التساؤلات السابقة بالفرضيات الأساسية لتالية :

- **الفرضية الرئيسية الأولى :**
لا تتمتع الأبعاد الخمسة عند تعديلها بالانسجام الداخلي لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص.

تنقسم هذه الفرضية إلى فرضيتين فرعيتين :

- ✓ **الفرضية الفرعية الأولى :** لا تتمتع الأبعاد الخمسة عند تعديلها بالانسجام الداخلي لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع العام.

- ✓ **الفرضية الفرعية الثانية :** لا تتمتع الأبعاد الخمسة عند تعديلها بالانسجام الداخلي لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص.

- **الفرضية الرئيسية الثانية :**
لا تتلاءم الأبعاد الأصلية الخمسة عند تعديلها مع هيكلية جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص .

- **الفرضية الرئيسية الثالثة :**

لا يوجد فرق ذو دلالة احصائية في تقييم المرضى للمستوى العام لجودة الخدمة الصحية بين القطاعين العام و الخاص.

- **الفرضية الرئيسية الرابعة :**

لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في تحديد المستوى العام لجودة الخدمة الصحية بين القطاعين قد يعزى لأحد المتغيرات الديمغرافية.

- **الفرضية الرئيسية الخامسة :**

ينطوي مفهوم جودة الخدمة الصحية في الجزائر على بنية عاملية سداسية الأبعاد مجسدة في كل من: الدليل المادي، الخدمات الادارية، التشخيص الطبي، خدمات التمريض، الضيافة و الإطعام ، الأمان .

4- أهداف الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى بلوغ جملة من الأهداف الرئيسية التالية :

- عرض مختلف المفاهيم النظرية المتعلقة بجودة الخدمة الصحية و طرح لأهم مداخل و طرق قياسها ؛
- محاولة استعراض المنظومة الصحية في الجزائر و تطورها عبر التاريخ وصولا إلى عرضها للخدمة الصحية حاليا ؛
- التأكد من مدى ملاءمة النموذج الشهير Servqual بأبعاده الخمسة (RATER) (الادراكات دون التوقعات) من عدمه بتطبيقه على القطاع الصحي في الجزائر ؛
- محاولة التحقق من وجود فروق في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية بين القطاعين العام و الخاص تبعا للمتغيرات الديمغرافية ؛
- محاولة اعطاء بنية عاملية لمفهوم جودة الخدمة الصحية في الجزائر ؛
- التحقق من مدى ملاءمة و مطابقة النموذج المقترح مع البيانات الميدانية ، بالتالي صلاحية النموذج .

5- أهمية الدراسة :

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية الصحة في حد ذاتها ، كونها تشكل أهم متغير في معادلة التنمية و الدور الذي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع استراتيجي حساس و فعال في إحداث

التوازن في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية على حد سواء .لهذا السبب تصدر موضوع قياس مستوى جودة الخدمة عموما و الخدمة الصحية على وجه الخصوص المواضيع البحثية من قبل الباحثين و حتى المسيرين .

يكتسي هذا الموضوع أهمية بالغة في الجزائر كون قطاع الخدمات الصحية من أهم القطاعات الحيوية التي لها علاقة مباشرة بباقي القطاعات الأخرى ، كونها تعنى بتقديم خدمات إلى العنصر الحيوي الوحيد و الأوحد في عملية التنمية .

التحقق من مدى صلاحية المقاييس الكلاسيكية المستوردة في بيئات مغايرة أصبح يتصدر قائمة البحوث الحديثة . فالاعتماد على هذه النماذج جاهزة قد يؤدي إلى مغالطات و مخاطرة في عملية التقييم خاصة و أن هذه المقاييس أصبحت تتأثر باختلاف الثقافات و مستوى النمو بين البلدان . لذا كان لزاما من و بهدف التحقق من ما سبق طرحه ، قمن باختبار مدى ملائمة الأبعاد الخمسة الشهيرة بتطبيقها على البيئة المحلية و في قطاع الخدمات الصحية بشقيه العام و الخاص و التأكد من مدى صلاحيته ، بالتالي العمل على استحداث أو تطوير أبعاد تتناسب و البيئة الجزائرية بهدف الوصول إلى نتائج معتمدة في قياس جودة الخدمة الصحية .

فضلا عن ما سبق ، تبرز الأهمية التطبيقية للدراسة في النتائج المتوصل إليها و المقترحات العلمية و العملية التي تسفر عنها ، و التي يؤمل أن تستفيد منها المؤسسات الصحية في الجزائر بهدف تحسين نوعية الخدمات التي تقدمها و الارتقاء بصحة كل من الفرد و المجتمع و التخلص من مخلفات اللجوء التي تعاني منها .

6- منهجية الدراسة :

اعتمدت الباحثة في إعدادها لهذه الأطروحة على المنهجية التالية :

- **الاطار النظري :** تمت الاستعانة بالمنهج الوصفي ، حيث قمن بإنجاز الجانب النظري من الدراسة بتجميع المادة العلمية المتعلقة بالموضوع من مصادره الثانوية من كتب ، رسائل و أطروحات ، مقالات علمية بحوث علمية مقدمة من خلال مختلف الندوات و الملتقيات الوطنية و الدولية ، و ذلك باللغتين العربية و الأجنبية .
- **الاطار التطبيقي :** بهدف تحقيق الدراسة الميدانية ، قمن باعتماد البحث النوعي لتحديد متغيرات الدراسة عبر جمع المعلومات بإجراء مقابلات غير مهيكلة مع بعض موظفي المستشفيات العامة و العيادات الخاصة و كذا المرضى ، نزول عند رغبتن في تحديد الأبعاد الحقيقية التي من خلالها

يعمل المرضى على تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية . من جانب آخر ، فمن باتباع المنهج الوصفي التحليلي من خلال العرض الوصفي للمتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة . كما قمنا بتحليل اجاباتهم على أسئلة الاستبيان ووفقا على استخلاص النتائج و اختبار الفرضيات المطروحة. هذا و قمنا من جهة أخرى باستخدام المنهج الاحصائي بمختلف أساليبه التطبيقية ، بالاستعانة بكل من برنامج SPSS.V26 و برنامج Amos.v23 بغية تحليل البيانات المجمعة.

7- حدود الدراسة :

تحددت هذه الدراسة بالمجالات التالية :

- **المجال البشري :** بهدف الحصول على تقييم جيد هادف و فعال عن جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العامة و الخاصة قيد الدراسة (عينة البحث) لجأنا إلى توزيع الاستثمارات على المرضى المقيمين لأكثر من يومين بالمؤسسات الصحية حتى يتسنى لهم التعرض لكافة الخدمات التي يتم من خلالها الحكم على أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة فعلا .
- **المجال المكاني :** أجريت هذه الدراسة في مجموعة من المؤسسات الصحية العامة و الخاصة في الجزائر العاصمة و الموزعة على ثلاث مناطق جغرافية (الجزائر شرق ، الجزائر وسط ، الجزائر غرب) . وقع اختيارنا على الجزائر العاصمة دون غيرها كونها تستقطب المرضى من كافة أنحاء الوطن ، و ذلك لتمرکز أكبر و أشهر المستشفيات و العيادات الخاصة إضافة إلى أشهر الأطباء بها.
- **المجال الزمني :** أجرت الباحثة الدراسة النظرية خلال الفترة الممتدة بين (2014-2018) ، بينما أنجزت الدراسة التطبيقية خلال الفترة (2018-2020) .

8- صعوبات الدراسة :

تمحورت أهم صعوبات الدراسة في:

- صعوبة الحصول على موافقة مسؤولي المؤسسات الصحية المعنية بالدراسة من أجل توزيع الاستثمارة على المرضى ، إضافة إلى أن الولوج لأي مصلحة تابعة لنفس المؤسسة الصحية يتطلب أخذ موافقة رئيسها رغم تسريح المدير العام للمؤسسات ؛
- صعوبة التعامل مع المرضى و هذا راجع في الأساس إلى الحالة الصحية التي لا تسمح لهم بالإجابة على أسئلة الاستبيان من جهة و إلى المستوى التعليمي المتدني لغالبية أفراد العينة ،

الأمر الذي أوجب علينا الاستعانة ببعض الزملاء من نفس التخصص لتوزيع الاستمارات و مقابلة المرضى حرصا منا على استرجاعها كاملة ، و هو ما تطلب منا بذل جهد و وقت إضافيين ؛

- صعوبة الحصول على الإحصائيات الحديثة و المتعلقة بموضوع البحث من قبل الجهات الرسمية.

9- الدراسات السابقة :

حظي موضوع جودة الخدمة الصحية و طرق و أساليب قياسها اهتمام عدد من الباحثين على الصعيدين العربي و الغربي . سنحاول فيما يلي استعراض أهم هذه البحوث التي تقاربت و موضوع دراستنا .

أولا : الدراسات العربية :

- دراسة مسعود عبدالله بدري ، محمد حسين عبدالله و مغير خميس الخيلي سنة 2005 :

المعنونة بـ "جودة الخدمات و الرعاية الصحية في ظل محاور جائزة مالکولم بالدريج للجودة : دراسة ميدانية على مستشفيات دولة الامارات العربية المتحدة "

اعتبر هذا البحث أول تجربة لاختبار المحاور المتعددة لبرنامج جائزة مالکولم بالدريج للجودة ميدانيا في الامارات العربية المتحدة من خلال تطبيقها في مجال الخدمات و الرعاية الصحية . هدفت الدراسة إلى تطوير نموذج قياس يشمل جميع معايير جائزة مالکولم بالدريج الخاصة بالرعاية الصحية ، و التحقق من امكانية تعميمه على باقي المؤسسات الصحية في دولة الامارات . شملت عينة الدراسة جميع المستشفيات الحكومية (134) و الخاصة (124) لدولة الامارات العربية ، حيث وقع الاختيار على خمسة موظفين في الادارة العليا (ذوي مراكز عليا) في كل مستشفى للإجابة على أسئلة الاستبيان . خلصت نتائج الدراسة باستخدام نموذج التحليل الهيكلي إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الأبعاد السبعة الرئيسية في برنامج مالکولم بالدريج لجودة الرعاية الصحية و المتمثلة في (القيادة ، المعلومات ، الخطة ، الاستراتيجية ، إدارة الموارد البشرية ، إدارة العمليات و النتائج الخاصة بأداء المنشآت الصحية و التركيز على رضا المرضى و الرعاية للآخرين). أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة كبيرة بين تطوير الموارد البشرية و إدارتها ، و بين رضا المرضى و كذلك بين إدارة العمليات و رضا المرضى و غيرها من العلاقات قدمت الدراسة أيضا بنموذج متكامل يشمل 28 محورا لاستخدامها في الدراسات المستقبلية و لاستخدامها كأداة للتقويم الذاتي من طرف متخذي القرار .

• **دراسة عبد المحسن نعساني و اخرون سنة 2007 ، تحت عنوان : "قياس مدركات العملاء**

لجودة الخدمات الصحية و أثرها في رضاهم و تطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية".

هدفت إلى تقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية ، بالإضافة إلى الكشف عن مستوى رضا العملاء عن جودة الخدمات التي تقدمها المشافي الجامعية ، و بيان أثر أبعاد الجودة في رضا المرضى و دراسة العوامل التي تؤثر في مدركات العملاء لجودة الخدمة المقدمة. و بهدف تأكيد صحة فرضيات هذه الدراسة تم تطوير استبانة تحوي الأبعاد الخمسة للجودة و المتمثلة في (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الثقة و التعاطف) -تمت الاستعانة بمقياس Servperf - . تم استقصاء عينة مكونة من 200 مريضاً. و بفضل اللجوء إلى مختلف الأساليب و الأدوات الإحصائية فقد توصلت الدراسة إلى أنه لا بد من التركيز على جودة الخدمة المقدمة في الأقسام المأجورة في المشافي الجامعية إذ أن المريض لا بد أن يتأثر و بشكل واضح و أكيد بالجانب المادي الملموس للخدمة أولاً و الذي تجسده وجود أحدث المعدات و الآلات التكنولوجية لدى المشفى، و توفير التسهيلات المادية و المطبوعات المناسبة عن المستشفى و المظهر الطيب لجميع أفرادها. من الضروري توفر درجة عالية من المصداقية و الثقة أثناء تقديم الخدمة لكسب رضا المريض و تتجسد بقدرة المستشفى على أداء الخدمات الصحية التي وعدت بها عملائها بدرجة عالية من الدقة و الثقة. و أن من أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض أيضاً و البعد الجوهري في جودة الخدمة هو بعد التعاطف و كون غالبية مرضى الأقسام المأجورة في المستشفيات الجامعية محل الدراسة من النساء فإشعار العميل بالاهتمام و العناية الذاتية به تولد لديه قدراً كبيراً من الرضا و الولاء و الانتماء للمستشفى الذي تعالج فيه. هذا و قد خلصت هذه الدراسة بتوصية خاصة موجهة للمشافي محل الدراسة بضرورة العمل على سد الثغرات و تحسين مستوى جودة خدماتها و هذا من خلال تحسين خدماتها التي أكدت الدراسة على تدني مستوياتها.

• **دراسة أسامة الفراج سنة 2009 ، تحت عنوان : "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في**

مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضا المرضى".

هدفت هذه الدراسة إلى كيفية إيجاد مقياس لقياس مفهوم رضا المرضى بشكل كمي في مستشفيات التعليم العالي بسوريا ، استناداً إلى معايير و مؤشرات طبية و تمريضية و خدمية ، إضافة إلى الدور الذي يؤديه ذلك في تحصيل نتائج أفضل و تحسين واقع خدمات الرعاية الصحية التي لم تصل إلى مستوياتها المطلوب. انطلاقاً من هذا ، تم وضع استبانة بهدف كشف جودة الرعاية

الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى و من وجهة نظرهم . أستقصي رأي 474 مريضاً أقاموا في أكبر أربع مستشفيات تعليمية في سوريا. كما احتوت الاستبانة على 39 عبارة تبين الآراء و الانطباعات الشخصية و الموضوعية حول الرضا عن خدمات المستشفى . من مجموع مفردات الاستبانة ، تم تكوين سبعة مقاييس ، كل مقياس يصف مجالاً محدداً و هي (الرعاية الطبية المهنية ، الرعاية التمريضية المهنية ، الرعاية الصحية السلوكية ، الخصائص التنظيمية و الفندقية بجوانبها الثلاث) . و لقد تم الاعتماد على التحليل السيكولوجي لتقييم مختلف السمات و الخصائص فضلاً عن استخدام مختلف الأساليب و الأدوات الإحصائية . هذا و قد توصلت الدراسة إلى أن المستوى العام للرضا تجاوز 2.5 بالمتوسط على مقياس (من 1 - 4) ، و قد عبر 75% من المرضى عن رضاهم عن الخدمات التي قدمتها المستشفيات التعليمية محل الدراسة ، و أن وجود هذا المستوى العالي من الرضا يجعل من الصعوبة تمييز مختلف مجالات الخدمة الحرجة التي تعاني من تدنٍ في المستوى. فضلاً عن صعوبة قياس التباين في جودة الخدمات المقدمة. و عليه و تبعاً لمضامين هذه الدراسة ، تمت التوصية بضرورة التعمق في بحث البنية التصورية لمفهوم رضا المرضى و العوامل التي تحدده ، علاوة على ضرورة تطوير وسيلة ذات حساسية عالية لآراء المرضى و تقديراتهم.

- **دراسة أحمد عباس يوسف سنة 2010 ، تحت عنوان " أثر جودة الرعاية الصحية و الاتصالات على رضا المرضى : دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأمير الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت " .**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الجودة المدركة و رضا المرضى المتلقين للعلاج في كل من مستشفى الأمير الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص و هذا بدولة الكويت. كما أنها سعت إلى التعرف على الدور الذي تلعبه الاتصالات و المعلومات كمتغير وسيط ما بين الجودة و الرضا . شملت عينة الدراسة على 386 مريضاً من المتلقين للعلاج في كل من مستشفى الأمير الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص . و تم التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS ، كما تم اللجوء إلى عدد من الأدوات و الأساليب الإحصائية ، منها تحليل المسار و تحليل الانحدار البسيط و المتعدد. و قد أظهرت نتائج التحليل عدد من النتائج المهمة ، يأتي في مقدمتها ارتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة و كذلك رضا المرضى في مستشفى السلام الدولي الخاص قياساً بمستشفى الأمير الحكومي ، و الذي تأكد من خلال معنوية الفرق الإحصائي

ما بين المستشفين، و بطبيعة العلاقة ما بين متغيرات الدراسة ، فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذي دلالة إحصائية على كل من رضا المرضى و الاتصالات و المعلومات و كذلك وجود أثر للاتصالات و المعلومات على تحقيق رضا المرضى.

خلصت الدراسة إلى بعض الاستنتاجات و التوصيات ، منها ضرورة إيلاء المستشفيات و بصفة خاصة المستشفى الحكومي اهتماما أكثر للبيئة المادية لخدمة الرعاية الصحية، و كذلك الاهتمام بتطوير أداء العاملين و بصفة خاصة ما يتعلق بأسلوب التعامل مع المرضى و مستوى الاستجابة لحاجاتهم و إشعارهم بالتعاطف و ذلك للدور الكبير الذي يلعبونه في تحقيق رضا المرضى المتلقين للعلاج.

- دراسة الباحثة عياد ليلي سنة 2015-2016 : تحت عنوان " 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)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على جملة المتطلبات و الأحكام التقييمية لجودة الخدمة الصحية من طرف المستهلك النهائي لها ، سواء كان مريضا أو فردا يحتاج إلى الرعاية الصحية و ذلك من خلال استخدام مقياس الخصائص الموضوعية و باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (البنوية) . شملت عينة الدراسة على 480 مريضا موزعين على المستشفيات العامة لمدينة أدرار ، مدينة تميمون و مدينة رقان . استعانت الباحثة لجمع البيانات الأولية بكل من مقياس الخصائص الموضوعية و مقياس الأداء الفعلي Servperf .

أسفرت النتائج العملية لهذه الدراسة على أن لجودة الخدمة الصحية الممثلة بأبعادها (جودة الطاقم الطبي ، جودة الطاقم الشبه الطبي ، جودة الخدمات الفنية ، جودة الخدمات الفندقية و جودة الخدمات الادارية) أثر ذو دلالة معنوية على الرضا بشكل عام . هذا و قد استعانت الباحثة ببرنامج أموس الاحصائي لمعالجة و استخراج قيم المعادلات الهيكلية و تحليلها .

على ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الباحثة بضرورة تعميق العلاقة و التواصل بين إدارة المؤسسات الصحية و المستهلك للخدمة الصحية المقدمة، إضافة إلى ضرورة التفكير بترسيخ القيم و الاتجاهات ذات العلاقة بالجودة و إن استلزم الأمر تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج عملي تبني عليه كل مدخلات عملية تقديم الخدمة الصحية و العمل على ضمان الاستقرار و توحيد مقاييس المهام على مختلف المستويات داخل المؤسسات الصحية .

- **دراسة بن تريح بن بريح و عيسى مغزوي سنة 2018** ، بعنوان " أبعاد جودة الخدمات الصحية و دورها في تحقيق التميز : دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحميدة بن علجية بالأغواط"

تمثل الهدف الرئيسي للدراسة في تبيان الدور الذي تلعبه أبعاد جودة الخدمة الصحية في تحقيق التميز لمستشفى أحميدة بن علجية بولاية الأغواط. استعان الباحثان بمقياس الأداء الفعلي Servperf بعباراته الاثنتين و العشرين ، حيث شملت عينة الدراسة 40 مريضا مقيما بالمستشفى محل الدراسة . توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج تمثل أهمها في عدم وجود ممارسات لأبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفى قيد الدراسة و التي تخوله للتميز عن باقي المؤسسات الاستشفائية بالولاية . هذا إضافة إلى عدم وجود دور لأبعاد جودة الخدمات الصحية في تحقيق التميز ، بالرغم من ذلك إلا أن نتائج الدراسة توصلت إلى وجود علاقة إيجابية غير أنها ضعيفة بين جودة الخدمة الصحية و التميز للمستشفى قيد الدراسة . تبعا للنتائج السابقة ، أوصى الباحثين بضرورة العمل على توفير بيئة لتطبيق ممارسات الجودة في الصحة ، و ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات المقدمة و تحسينها بما يتناسب و الاحتياجات المتجددة و المتغيرة للمرضى . هذا إضافة إلى ترسيخ ثقافة الجودة بين جميع العمال .

ثانيا . الدراسات الأجنبية :

- **دراسة Neetu Kumari , Hardeep Chahal سنة 2010** ، بعنوان **Development of**

multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context

كان الغرض من هذه الدراسة هو تطوير مقياس متعدد الأبعاد و التحقق من صحته تجريبيا لقياس جودة خدمات الرعاية الصحية استنادا إلى نموذج جودة الخدمة الهرمي المعدل لكل من Cronin and Brady ، إضافة إلى ذلك عمدت الدراسة إلى التحقق من النموذج المقترح في قدرته على التنبؤ بأهم مخرجات الخدمة و ذلك عبر نموذجين مختلفين . تعلق النموذج الأول بقياس الأثر المباشر لأبعاد جودة الخدمة و المتمثلة في جودة البيئة المادية (تشمل بعد الملموسية ، البعد الاجتماعي و البيئة المحيطة) و جودة المخرجات (تشمل وقت الانتظار ، رضا المريض ، الولاء) على صورة المؤسسة . أما النموذج الثاني فقد تعلق بقياس الأثر المباشر لجودة البيئة المادية (البيئة المحيطة ، الملموسية و البعد الاجتماعي) و جودة التفاعل (المتضمن المواقف ، السلوك ، الخبرة و جودة العمليات) على جودة الخدمة من خلال جودة المخرجات (وقت الانتظار ، رضا

المريض و الولاء) . شملت عينة الدراسة 400 مريضاً داخلياً موزعين على خمسة مصالح (طب عام و جراحة ، طب الأطفال ، جراحة العظام ، أمراض النساء ، أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة) بمستشفى عام بشمال الهند .

دعمت نتائج الدراسة كلا النموذجين لقياس جودة خدمات الرعاية الصحية ، كما أظهرت مدى مساهمة النموذج المقترح و قيمته العلمية و العملية في تحقيق الغرض من الدراسة . أشارت النتائج أيضاً أن المرضى يستندون في تحديد إدراكاتهم لجودة الخدمة الصحية على بعدين : جودة البيئة المادية و جودة التفاعل التي تؤثر بدورها على المخرجات و بالتالي جودة الخدمة . دعمت نتائج الدراسة أيضاً فكرة أن جودة الخدمة تؤدي إلى المريض و تعزز ولائه تجاه المؤسسة . كما أن الثقة و فعالية السعر و الأطباء المعروفين هي مكونات مهمة لولاء المريض و بالتالي يشير الرضا و الولاء إلى أن مقدمي الخدمة بحاجة إلى النظر بشكل ملموس في أبعاد جودة الخدمة لتحسين جودة الخدمة المقدمة .

أشارت النتائج في الأخير إلى أن البيئة المادية تساهم و بشكل كبير في بناء صورة المستشفى مقارنة بالصورة الفنية .

ختمت الدراسة بجملة من المقترحات أهمها ، إقامة استراتيجيات قصيرة و طويلة المدى لتحسين البيئة المادية و جودة التفاعل لبناء علاقة قوية مع المرضى و ذلك من خلال إقامة أنشطة مثل توعية موظفي المستشفى بالمسؤولية الاجتماعية ، و تنظيم اجتماعات مفتوحة للموظفين مع المرضى و اجراء استطلاعات منتظمة لتحليل مشاكل و احتياجات المرضى و الموظفين .

• **دراسة Ebru Direktor و Figen Yesilada سنة 2010، تحت عنوان :**

« Health Care Service Quality : A comparisant of public and private hospitals»

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار الأبعاد الخمسة المتعلقة بأداة Servqual و هذا من خلال قطاع الرعاية الصحية في شمال قبرص ، و كذا تقييم جودة الخدمات المقدمة من خلال المستشفيات العامة و الخاصة و مقارنتها و هذا بهدف تحديد الأبعاد التي تلعب دوراً هاماً في تحقيق رضا العميل. و قد شملت عينة الدراسة على 990 مستقصى و الذين تجاوزت أعمارهم سن الثامنة عشرة. تم التحليل الإحصائي من خلال اللجوء إلى عدد من الأساليب و الأدوات الإحصائية منها نموذج "كي دو" ، معامل التحديد . و تبعاً لهذا ، فقد توصلت هذه الدراسة و من خلال نتائج التحليل العاملي أن كل من بعد الملموسية و التعاطف و الثقة هي الأبعاد الحقيقية لجودة الخدمات

الصحية ، في حين لم تؤكد أهمية باقي الأبعاد، و عليه تأكيد استخدام الأبعاد الثلاثة في إجراء المزيد من الدراسات في قياس جودة خدمات الرعاية الصحية . كما أظهرت الدراسة وجود عدة فجوات من خلال الأبعاد الثلاثة السابقة الذكر ، مما يعني أن المستشفيات في كل من القطاعين العام و الخاص لا تقدم خدمات ترقى إلى توقعات العملاء و خاصة بالقطاع العام. كما بينت نتائج تحليل الانحدار أن بعد الاعتمادية هو أكثر بعد يؤثر على رضا المريض سواء في القطاع العام أم الخاص ، مما يؤكد أن تحسين هذا البعد يؤدي إلى رفع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة و بالتالي تحقيق أقصى رضا لدى المريض. هذا و قد خلصت الدراسة بتقديم ثلاث توصيات مهمة ، تمثلت في : ضرورة اختبار مقياس جودة الخدمة على صناعات أخرى و في أجزاء مختلفة من العالم. بالإضافة إلى إجراء بعض الدراسات لمعرفة الأسباب الحقيقية و الكامنة وراء ظهور مختلف الفجوات و اقتراح الحلول المناسبة لغرض سد هذه الفجوات و تقديم خدمة ذات جودة عالية. و في الأخير ، تم اقتراح إدراج كل من السعر و النوايا السلوكية للمريض و هذا من خلل الدراسات المستقبلية.

• **دراسة Dr.Jothi Jayakishnan سنة 2011 ، تحت عنوان « Quality Measurement for Hospital Services »**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات من خلال استخدام نموذج جودة الخدمة **Servqual** و تحديد الفجوات و المكون من الأبعاد الخمسة للجودة "الاعتمادية ، الملموسية ، الاستجابة ، الثقة و التعاطف . هذا و قد شملت عينة الدراسة 300 شخصا أو مريضا ممن كانت لديهم تجربة سابقة مع المستشفيات قيد الدراسة.

و لقد تم الاعتماد على التحليل الإحصائي الوصفي (المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لكل من توقعات المرضى و إدراكاتهم. و عليه ، فقد توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج الهامة و من بينها وجود فجوة ضخمة بين توقعات المرضى و إدراكاتهم في كل من بعد الاعتمادية ن الملموسية و الاستجابة و هذا يظهر من خلال عدم رضى المرضى عن مظهر الموظفين ، عدم الاهتمام في حالة وجود مشكل ، بالإضافة إلى وجود مشكل في الاتصالات و في القيام بالأشياء صحيحة من المرة الأولى، و كذا من خلال عدم الوفاء بالوعود المقدمة للمرضى فيما يخص أوقات تقديم الخدمة ، و بالتالي يجب على إدارة المستشفيات التركيز على المظهر الخارجي للمستشفى و الاهتمام بالنظافة الكلية و الدائمة ، و تغيير كل من وسائل و ملاءات الأسرة و كذا الاهتمام

بمظهر الموظفين ، الأمر الذي يؤدي إل جذب اهتمام المرضى . كما توصي هذه الدراسة بضرورة إظهار الموظفين لرغبتهم الصادقة من أجل حل المشاكل التي يعاني منها المرضى أثناء إقامتهم بالمستشفى و إبلاغهم بأوقات تقديم الخدمة بشكل دقيق . و عليه ، على إدارة المستشفيات تأمين تدريب خاص للتوجهات السلوكية للأطباء و الممرضات و غرس الكفاءة المهنية و تنفيذ مختلف التقنيات الحديثة في إدارة العلاقة مع العملاء .

• **دراسة A.Ijaz و S.M.Irfan سنة 2011 ، تحت عنوان : « Comparisant of Service Quality Between Private and Public Hospitals : Empirical Evidences From Pakistan»**

حيث كان الهدف الرئيسي من وراء هذه الدراسة هو مقارنة جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة و الخاصة بهدف كسب رضا المرضى في باكستان. و لهذا الغرض تم استخدام مقياس جودة الخدمة Servqual لقياس توقعات المرضى نحو جودة الخدمة المقدمة من قبل هذه المستشفيات. و عليه تم اللجوء إلى أبعاد جودة الخدمة التالية : الملموسية ، التعاطف ، الأمان ، التوقيت و الاستجابة. و نظرا لطبيعة هذه الدراسة و الأداة المستخدمة فقد شملت عينة الدراسة أولئك الذين لديهم تصورات أو توقعات مسبقة حول المستشفيات قيد الدراسة ، ليكون بذلك عدد العينة المستقصاة 320 شخصا. و عليه تمت الاستعانة بأساليب المسح الكمي للتحقق من صحة الفرضيات فضلا عن المراجع و الدراسات السابقة. بالإضافة إلى اختبار t للمقارنات الثنائية و اختبار فيشر f ، و تبعا لهذا فقد توصلت هذه الدراسة إلى أن المستشفيات الخاصة تهدف إلى توفير مرافق رعاية صحية أفضل للمرضى ، كما لها دورا إيجابيا في المساهمة في خفض عبء المستشفيات العامة ، مما يؤكد أن المستشفيات الخاصة في باكستان تبذل جهودا أفضل بالمقارنة مع المستشفيات العامة ، مما يعود عليها بأرباح هائلة . هذا و قد أظهرت النتائج أن موظفي المستشفيات الخاصة مستعدون لتوفير الرعاية لمرضاهم و كذا توفير بيئة نظيفة و صحية لكل من المرضى و زائريهم و توافر المرافق الطبية و الصيدلانية داخل المستشفى و وضع الية التغذية العكسية. هذا و قد أظهرت النتائج أيضا أن رداءة نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من قبل المستشفيات العامة مقارنة بالمستشفيات الخاصة كانت نتيجة للعديد من العوامل منها : التمويل الحكومي و عدم اهتمام الحكومة بتطوير مشاريع الرعاية الصحية بالمناطق الريفية و بالمستشفيات العمومية. لتوصي هذه الدراسة في الأخير بضرورة وضع دراسة شاملة من أجل فهم

أكثر لجودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات العامة و الخاصة ، مما يوفر استجابة أكثر دقة بشأن تصورات المرضى حول مختلف الخدمات المقدمة لهم.

• **دراسة Sumathi Kumaraswamy سنة 2012 ، تحت عنوان : « Service Quality in**

Health Care Centers : A Empirical Study »

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهمية أبعاد جودة الخدمة في مراكز الرعاية الصحية و معرفة وجهة نظر المرضى نحو هذه الأبعاد . فضلا عن إظهار الأهمية التي تؤدي بها هذه الأبعاد في التمييز بين خدمات مراكز الرعاية الصحية الربحية و غير الربحية منها ، بالإضافة إلى محاولة معرفة مدى تأثير أبعاد جودة الخدمة على الأداء العام لمراكز الرعاية الصحية ، حيث تمثلت هذه الأبعاد في "سلوك الأطباء ، دعم الموظفين ، المحيط و فعالية الأداء .

هذا و قد تم استقصاء 100 مريض و الذين كانت لهم تجربة سابقة مع كل من مراكز الرعاية الصحية الربحية و غير الربحية ، و بعد تطوير استمارة الاستبيان التي احتوت على 34 عبارة فضلا عن أسئلة المتغيرات الديمغرافية ، و انطلاقا من هذا ، فقد تم اللجوء إلى نموذج جودة الخدمة Servqual لقياس جودة الأبعاد المقترحة من خلال الدراسة ، كما تمت الاستعانة بمختلف الأدوات و الأساليب الإحصائية، كالمتوسط الحسابي و الانحراف المعياري ، اختبار t للمقارنات الثنائية و اختبار فيشر . و عليه توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج ، أهمها وجود فرق كبير في إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية بين كل من مراكز الرعاية الصحية الهادفة للربح و غير الهادفة للربح، حيث كان أهم بعد من وجهة نظر المرضى هو كل من سلوك الأطباء و فعالية الأداء و هذا من خلال المراكز الصحية الربحية. في حين كان أهم بعد في المراكز الصحية الغير ربحية ، كل من سلوك الأطباء و المحيط.

كما توصلت هذه الدراسة إلى أن للمتغيرات الديمغرافية أثر كبير في تحديد أهمية أو في تحديد تصور المريض عن مدى جودة الخدمات الصحية ، حيث كان لكل من متغيري "المستوى التعليمي و طبيعة المريض" دورا في تحديد جودة الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية الربحية ، في حين كان لكل من متغير " المستوى التعليمي ، الدخل ، مكان الإقامة و طبيعة المريض" أهم دور في الكشف عن مدى جودة الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية الغير ربحية . كما توصلت النتائج إلى أن كل الأبعاد لها تأثير كبير و إيجابي على الأداء العام للمراكز الصحية في حين كان أهم بعد هو كل من سلوك الأطباء و فعالية الأداء . و قد خلصت هذه الدراسة إلى عدد من التوصيات و

المتعلقة بالدراسات المستقبلية ، من بينها إستخدام مقياس الأداء Servperf بدل مقياس جودة الخدمة Servqual، و توسيع نطاق البحث حتى تكون النتائج أكثر فاعلية ، كما أوصت هذه الدراسة بضرورة وضع استراتيجية مناسبة لتحسين جودة الخدمات الصحية من قبل صانعي السياسات.

- دراسة Ramaiah Itumalla,G.V.R.K Acharyulu, B.Raja.Shekhar سنة 2014 ، تحت

عنوان : « Development of hospital Qaul : A Service Quality Scale for Measuring In-patient Services in Hospital »

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل الخاصة بتقييم جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى المقيمين بالمستشفى و محاولة تطوير نموذج قياس خاص لذلك . أجريت دراسة تجريبية في مستشفى عام بحيدر أباد بالهند . تمثلت عينة الدراسة في 246 مريضاً مقيماً بالمستشفى ، حيث تم توزيع استمارات الاستبيان بالمقابلة مع المرضى (وجها لوجه) . استعان الباحثون بمجموعة من الأساليب الاحصائية . خلصت نتائج الدراسة إلى تطوير نموذج قياس بسبعة أبعاد تمثلت في "الخدمات الطبية ، خدمات التمريض ، الدعم المادي ، الخدمات الادارية ، الأمان ، الاتصالات ، هيكل المستشفى" . إضافة إلى ذلك فقد توصلت الدراسة إلى تحديد الأهمية النسبية للأبعاد السابقة حسب درجة أهميتها في التنبؤ بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى و التي كانت كما يلي : الخدمات الداعمة ، خدمات التمريض ، الخدمات الادارية ، الخدمات الطبية ، الاتصال مع المرضى ، الأمان و هيكل المستشفى ، بهذا الترتيب .

خلصت الدراسة بمجموعة من التوصيات و الاقتراحات أهمها ، التوصية بالنموذج المقترح و المطور HospitalQual في تحديد الفجوات في كل بعد من الأبعاد و تمكين مسؤولي و مسيري المستشفى من مراقبة جودة الخدمة المقدمة للمرضى المقيمين و التحكم فيها و تحسينها.

10- إبراز مساهمة و خصوصية الدراسة الحالية :

أجريت الدراسات السابقة المتناولة في بيئات مختلفة منها عربية و الأخرى أجنبية ، في دول متقدمة و أخرى نمية ، منها من كانت في مستشفيات عامة و أخرى خاصة . أظهرت هذه الدراسات أن أغلبها (خاصة في الدول النامية) اعتمدت على المقاييس الكلاسيكية -أشهرها مقياس جودة الخدمة Servqual بأبعاده الخمسة الشهيرة (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) و

نموذج الأداء الفعلي Servperf- في قياس و تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية ، و ذلك بعد تكييف أبعادها و إدخال بعض التعديلات عليها .

تعتبر بعض الدراسات مهمة لنا كونها تناولت نفس القطاع و في سياق مشابه لدراستنا و محيط مشابه لمحيط دراستنا إلى حد معين و قد كانت هناك بعض النقاط المشتركة من حي البحث عن أبعاد خاصة بجودة الخدمة الصحية في الجزائر (دراسة عياد ليلي) إلا أنها اتسمت بالمحدودية ، إما بإقامة الدراسة التطبيقية على مستشفى أو عيادة واحدة فقط ، أو محدودة من خلال اكتفائها بمؤشرات الثبات أو من حيث حجم العينة . قادتنا هذه المحدودية في الدراسات التي تناولت موضوع دراستنا و خاصة في الجزائر إلى دراسة تستكشف الأبعاد الحقيقية لجودة الخدمة الصحية و لا تكتفي بالاستعانة بالمقاييس الجاهزة و المستوردة .

تبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها تستحوذ على موضوع قياس مستوى جودة الخدمة الصحية في الجزائر ، و التي قادتنا إلى بناء نموذج خاص يجمع بين القطاعين العام و الخاص في نفس الوقت (تطوير الأبعاد المشتركة بين القطاعين) ، حيث أنه لم يتم الشروع في تطوير أداة القياس إل بعد التأكد من عدم ملائمة الأبعاد الخمسة العالمية الشهيرة RATER في بيئة و ثقافة مغايرة لتلك التي ولدت فيها حتى و إن تم تعديلها و تكييفها ، و هو ما يقوي قيمة هذه الدراسة و تفردا كوننا لم نواجه أي دراسة جزائرية سابقة تصدرت هذا الموضوع في مجال جودة الخدمات الصحية بقطاعيها العام و الخاص .

11- هيكل الدراسة :

تم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة فصول نظرية و فصلين تطبيين ، و ذلك كما يلي :

تناول الفصل الأول مقارنة نظرية لجودة الخدمات الصحية من خلال أربع مباحث ، بحيث خصص المبحث الأول لاستعراض المفاهيم الأساسية لكل من الصحة و المرض ، مع تبيان العلاقة بينهما . أما المبحث الثاني من هذا الفصل ، فقد مثل مؤشر انطلاقة و مدخل لموضوع الخدمات الصحية .لننتقل بعد ذلك إلى المبحث الثالث ، و الذي تم من خلاله استعراض أهم المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة ، باعتبارها البوابة التي تؤدي من خلالها المؤسسات الخدمية رسالتها . لنخلص و من خلال المبحث الرابع من هذا الفصل إلى اسقاط ما سبق طرحه من خلال المبحث الثالث على القطاع الصحي و تبيان العلاقة برضا المريض .

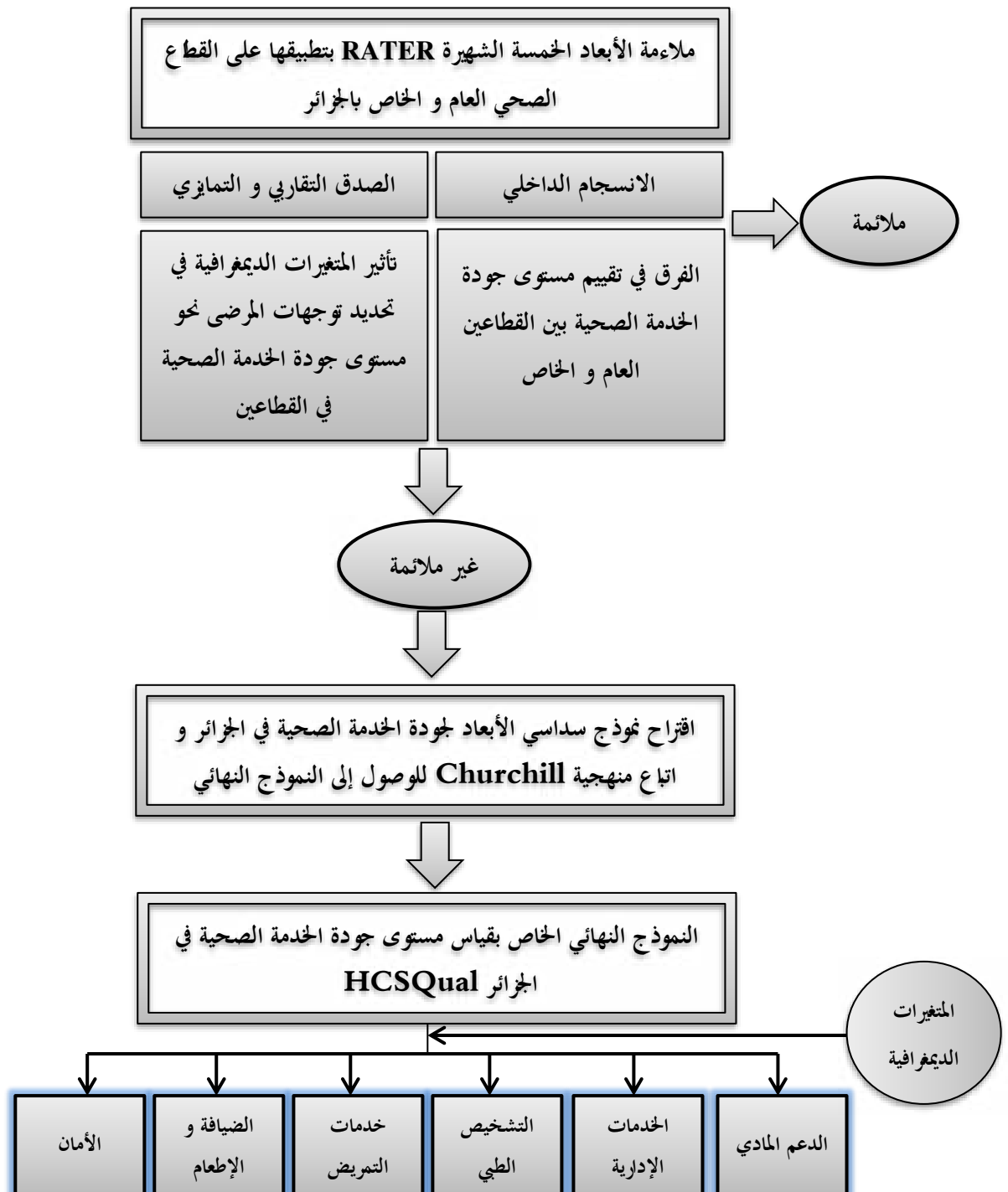
تضمن الفصل الثاني من الدراسة عرضاً مفصلاً عن آلية قياس جودة الخدمة الصحية و مداخل تحسينها عبر أربع مباحث . شمل المبحث الأول عموميات في قياس و تقييم مستوى جودة الخدمة بهدف إسقاطه على الخدمات الصحية .تناول المبحث الثاني أهم مداخل و طرق قياس مستوى جودة الخدمة الصحية ، لننتقل بعد ذلك إلى عرض مبسط لأهم الأساليب الإحصائية التي تعمل على تطوير نموذج قياس ألا و هو التحليل العاملي بنوعيه الاستكشافي و التوكيدي و هذا ضمن المبحث الثالث من الدراسة . لننتقل بعد ذلك إلى آخر مبحث ، و الذي استعرضنا من خلاله مدخل من مداخل التحسين التي يمكن اللجوء إليها ، ألا و هي إدارة الجودة الشاملة.

خصص الفصل الثالث من الدراسة لتقديم واقع المنظومة الصحية في الجزائر و ذلك ضمن أربع مباحث أيضا . شمل المبحث الأول التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر وصولاً إلى جملة الإصلاحات التي تبنتها الجزائر و هذا ضمن المبحث الثاني . انتقلنا بعد ذلك و من خلال المبحث الثالث إلى عرض احصائي تحليلي لتطور النفقات الصحية و تحديات التمويل ، لنخلص ضمن المبحث الأخير إلى عرض الخدمة الصحية في الجزائر .

تناول الفصل الرابع و الذي يمثل الفصل لأول من الجانب التطبيقي اختبار مدى صلاحية أبعاد جودة الخدمة المشهورة في القطاع الصحي الجزائري . حيث تم اختبار مدى الانسجام الداخلي لبنود المقياس و كذا الصدق التقاربي و التمايزي للمقياس عبر تطبيقه على القطاع الصحي العام و هذا من خلال المبحث الأول . كما تناول المبحث الثاني نفس الاختبارات السابقة لكن بتطبيقها على القطاع الصحي الخاص . تناول المبحث الثالث تحليل مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعية قبل و بعد تنقية المقياس و دراسة الفروقات بين القطاعين في تحديد مستوى تلك الجودة ليخلص هذا الفصل بمناقشة النتائج و الاجابة على الفرضيات المقترحة من خلال المبحث الرابع .

خصص الفصل الخامس و الأخير لاقتراح نموذج قياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر عبر خطوات منهجية تضمنت أربع مباحث . تناول المبحث لأول منها الاجراءات المنهجية و الدراسة الكيفية ، لينتقل العمل بعد ذلك للجزء الاستكشافي من الدراسة حيث تم من خلال المبحث الثاني اجراء الدراسة الكمية الأولية في القطاعين العام و الخاص . تضمن بعد ذلك المبحث الثالث الجزء التوكيدي من الدراسة حيث تمت مباشرة الدراسة الكمية النهائية . لنخلص بعد ذلك بتقدير مدى صلاحية أداة القياس عبر الجزء التوكيدي من الدراسة النهائية و الاجابة على الفرضية المخصصة لهذا الفصل .

لتبيان العلاقة بين الفصلين الأخيرين و المتعلقين بالدراسة التطبيقية يمكن ادراج الشكل الموالي
بشيء من التوضيح :



الفصل الأول

الفصل الأول

مقاربة نظرية لجودة الخدمات الصحية

في ظل انتشار الأوبئة و في زمن انتشار أمراض العصر المزمنة التي أدت بدورها إلى تزايد عدد المقبلين على المؤسسات الصحية ، ظهرت بعض الخصائص و الحاجات و التي لم تكن متوفرة في وقت مضى ، كالمطالبة بالاستجابة السريعة لحاجات المرضى و زيادة متطلباتهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم . و في ظل كل هذه التغيرات تزايد اهتمام المؤسسات الصحية بسبل رفع كفاءتها من خلال تحسين جودة الخدمات التي تقدمها ، و هذا من خلال الاهتمام بالجودة بوصفها كاستراتيجية مهمة تساعد المؤسسات الصحية على تقديم خدمات تلبي حاجات المرضى و تفوق توقعاتها و بالتالي تحقيق أقصى رضا لديهم .

تبعاً للطرح السابق سنحاول من خلال هذا الفصل أن نتناول الطرح السابق من خلال أربع مباحث، بحيث : سنخصص المبحث الأول لاستعراض المفاهيم الأساسية لكل من الصحة و المرض ، مع تبيان العلاقة بينهما ، بالإضافة إلى عرض مؤشرات الحالة الصحية و مكوناتها. هذا فضلاً عن تقديم عرض إحصائي مبسط للحالة الصحية في العالم و الدول العربية . أما المبحث الثاني من هذا الفصل ، فسيمثل مؤشر انطلاقة و مدخل لموضوع الخدمات الصحية ، عبر تحديد مفهومها و أهم خصائصها و أشكالها مروراً بمعايير تقديمها . لننتقل بعد هذا إلى المبحث الثالث ، و الذي سنستعرض من خلاله أهم المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة ، باعتبارها البوابة التي تؤدي من خلالها المؤسسات الخدمية رسالتها ، محققة لأهدافها في ظل التحديات التي تواجهها. لنخلص و من خلال المبحث الرابع من هذا الفصل إلى اسقاط ما سبق طرحه من خلال المبحث الثالث على القطاع الصحي . و الذي سنتناول من خلاله مختلف المفاهيم المتعلقة بموضوع الجودة في قطاع

الخدمات الصحية ، وصولاً إلى تحديد العلاقة التفاعلية بين جودة الخدمة الصحية و رضا المريض، باعتبار هذا الأخير كمؤشر هام لقياس و تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية .

المبحث الأول : الخلفية المعرفية للصحة

اشتد الجدل حول تحديد مفهوم موحد للصحة فكان الشائع بين الأطباء و المشتغلين في المجال الصحي بأن هذه الأخيرة تعني "غياب المرض الظاهر و خلو الانسان من العجز و العلل" ، لكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة و اعتبروا أن هذا المفهوم هو هدر لمعنى الصحة¹ ، ما يجعل دورها سلبيا لمجرد أنه علاج للداء أو المرض و غير محدد للعلاقة النسبية بين كل من الصحة و المرض . لذا ارتأينا و من خلال ما يلي إعطاء تصور نسبي و مفاهيم عامة محددة و موحدة لموضوع الصحة.

المطلب الأول : منظورات حول مفهومي الصحة و المرض

إن المفاهيم السطحية حول قضايا الصحة و المرض ، إذا ما لم يتم التأثير على نوعيتها ، قد تصبح مضللة و تشكل كوابح تحول دون الاستفادة من الخدمات الصحية و تصعب من مهمة مقدميها . لذا ارتأين أن نسلط الضوء على بعض المفاهيم المتعلقة بكل من الصحة و المرض مع تبيان العلاقة التكاملية بينها.

¹ عبد المحي محمود حسن صالح : الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي ، دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة ، مصر ، 2003 ، ص 17.

1- مفهوم الصحة : حددت منظمة الصحة العالمية ضمن دستورها* و طبقا لميثاق الأمم

المتحدة الدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن و السلم و الاستقرار و هذا ضمن اطار

يحتوي مجموعة من المبادئ أهمها :

المبدأ الأول : التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه كحق أساسي من حقوق الانسان ،

دون أي تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.

المبدأ الثاني : تعاون الأفراد و الدول كشرط أساسي لتحقيق صحة جميع الشعوب بهدف بلوغ

السلم و الأمن الدوليين.

المبدأ الثالث : التأكيد على أهمية ما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة و حمايتها.

كما يتضمن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية على أشمل مادة

تتعلق بحق كل انسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية و العقلية يمكن بلوغه¹ ، و

تلتزم الدول الأطراف في هذا العهد من اتخاذ التدابير اللازمة لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق .

انطلاقا من هذا عرفت المنظمة العالمية للصحة OMS في مقدمة دستورها عام 1946 على أن

الصحة هي : "حالة السلامة و الكفاية البدنية و النفسية و الاجتماعية الكاملة ، و ليست مجرد

الخلو من المرض أو العجز و عدم الاتزان"² . يمكن اعتبار التعريف الذي جاءت به المنظمة

على أنه هدف أكثر من كونه مفهوم ، حيث يوضح مدى ارتباط كل من الأبعاد الثلاثة للصحة

* أقرت منظمة الصحة العالمية هذا الدستور من خلال مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في نيويورك من 19 جوان الى 22 جويلية 1946، و الذي وقعه ممثلو 61 دولة في 22 جويلية 1946 ، و دخل بذلك حيز التنفيذ في 7 أفريل 1948 (السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية رقم 02 الصفحة 100) .

¹ المادة 01/12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية ، اعتمد و عرض للتوقيع و التصديق و الانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (د-21) ، المؤرخ في 16 ديسمبر 1966، تاريخ بدأ التنفيذ 3 جانفي 1976 وفقا للمادة 27.

² سعيدة رحمانية : **وضعية الصحة و الخدمات الصحية في الجزائر** ، مجلة الباحث الاجتماعي ، العدد 11 ، مارس 2015 ، ص 219.

"البدنية و النفسية و الاجتماعية " فقط ، في حين قام بإهمال العوامل المؤثرة عليها من جهة و طرق الوقاية و المحافظة عليها من جهة أخرى . و في هذا الصدد يقول J.F.NYS "أن الصحة لا يمكن أن تتحقق إلا في حالة ما إذا أحدث التوازن بين المؤثرات الداخلية و الخارجية"¹ . فالمؤثرات الداخلية تتعلق أساسا بنظام الحياة اليومية للفرد و الناتجة عن تصرفاته (كالتدخين ، تعاطي المخدرات ، ممارسة الرياضة ...) ، أما المؤثرات الخارجية فهي ناتجة عن التطور العام و السريع للمحيط و الذي يحتم على الفرد التأقلم معه بنفس الوتيرة و هو ما يؤكد IVAN ILLICH من خلال قوله أن "الصحة هي القدرة على التأقلم مع المحيط المتغير"² ، فالصحة اذا هي حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم و التي تنتج من حالة التكيف مع العوامل الضارة و التي يتعرض لها بصورة فطرية أو مكتسبة³. هذا و يمكن القول أن الصحة ليست بالشئ الثابت و وصفها يتميز بعدم الثبات من حيث أنه يتعلق بعدة عناصر تتميز بتغيرها ، إذ نجدها تتذبذب من صحة مثالية الى عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية⁴.

و في هذا الصدد يعرف فوزي جاد الله الصحة من ناحية شدتها حيث ينظر اليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية و الطرف الاخر هو انعدام الصحة (الموت) و بين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة⁵ ، و بذلك تتفاوت درجات الصحة كما يلي⁶ :

¹ JEAN FRANÇAIS NYS ; CLAUDE LACOUR : **La santé : Consommation ou investissement**, Edition Economica , Paris , 1981,p8

² IVAN ILLICH : **L'expropriation de la santé** , N° 436(6) , Edition Esprit , Paris , 1974, p 933.

³ سلوى عثمان الصديقي : **مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية** ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 1999 ، ص 25.

⁴ إقبال ابراهيم مخلوف : **الرعاية الطبية و الصحية و رعاية المعوقين** ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، دون ذكر سنة النشر ، ص 68.

⁵ رحيمة ميلود حوالف : **تطبيق ادارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لواقف الأطباء و المرضى)** ، المنظمة العربية للتنمية الادارية ، القاهرة ، مصر ، 2016 ، ص 23.

⁶ إقبال ابراهيم مخلوف : **المرجع السابق** ، ص 68.

• **الصحة المثالية :** هي الحالة التي يكون فيها الفرد متمتعاً بكافة الجوانب الصحية ، البدنية، العقلية ، النفسية و الاجتماعية.

• **الصحة الايجابية :** هي الحالة التي يستطيع فيها كل من الفرد و المجتمع من مواجهة المشاكل الاجتماعية ، النفسية و الجسمية بكفاءة عالية الى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

• **السلامة المتوسطة :** هي الحالة التي لا يظهر فيها المرض بصورة مباشرة و انما يقع فيها الفرد في برائتين المرض بمجرد تعرضه لأي مؤثرات خارجية أو داخلية .

• **المرض غير الظاهر :** في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض مرضية كون هذا الأخير غير ظاهر و لا يتم الكشف عنه إلا بعد القيام بالتحليلات أو الاشعاعات و الفحوصات .

• **المرض الظاهر :** يظهر في هذا المستوى بعض الأعراض المرضية و التي تتم عن إصابة الفرد بمرض معين يشعر من جرائها بالألم و القلق و عدم الراحة .

• **مستوى الاحتضار :** هو المستوى الذي يفقد من خلاله الفرد القدرة على أداء وظائفه الحيوية ، حيث تزداد حالته سوءاً و يصعب عليه استعادة حالته الصحية¹.

إذا يمكن اعتبار الصحة كسلعة معمرة . مثلها مثل أي سلعة معمرة أخرى فإن رصيد الفرد من الصحة يتآكل مع مضي الوقت ، و هذا ما يسمى بالوهن -اقتصاديا : الاهتلاك- و عليه رصيدنا من الصحة يهتك مع مضي الوقت إلى أن يصل إلى أدنى مستوى صحي و الذي يمثل النقطة الحرجة في حياة الانسان ألا و هي نقطة الموت .و في نفس السياق استعرض Grossman فكرة أن الصحة تعتبر كسلعة اقتصادية ، و بين كيف أن لكل شخص رشيد منحى طلب للخدمات

¹ سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية : من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر 2002 ، ص ص 26-27.

الصحية التي تشتق من الطلب على الصحة ذاتها¹ . بالتالي تتخذ دالة المنفعة U للفرد الشكل

التالي : $U = U(x, h)$ ، حيث (x : سلع أخرى ، h : رصيد الفرد من الصحة) .

دون التطرق لتعاريف أخرى لموضوع الصحة و التي تناولته الدراسات من عدة جوانب ، يتضح لنا أن الكل يتفق على أنه لا يوجد تعريف ثابت و موحد لها و لتخطي هذه العقبة يعمد الباحثون لتعريف المرض عوض الصحة ، و ينتهون إلى أن الصحة هي غياب المرض ، بالرغم من أن الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض فهي تمتد لتشمل صحة الجسم و الصحة النفسية و التي ينصب مفهومها حول العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد²، و كذا صحة المجتمع . اذ من المهم النظر إلى الصحة من زاوية أشمل من أن تكون مجرد رعاية الطبيب للمريض ، كما لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط و انما الشعور بالصحة يجب أن يكون جسديا و اجتماعيا³ .

2- مفهوم المرض

نظرا لتداخل مختلف المداخل و العلوم في اعطاء تفسير للمرض من حيث مفهومه و أسبابه و أنواعه و مراحله... الخ أدى الى صعوبة اعطاء تعريف دقيق له، فهناك من يعرف المرض بوجهة نظر بيولوجية بحتة و هناك من يرجعه الى وجهة نفسية و هناك من يرجعه إلى أثر عوامل اجتماعية و ثقافية⁴ . و عليه ركزت الدراسات الطبية جهودها حول المرض و مسبباته و طرق

¹ تشارلز فيليبس، ترجمة جلال البنا : نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة ، المجلس الأعلى للثقافة ، القاهرة ، مصر ، 2003 ، ص 28

² صالح حسن الدهراوي : مبادئ الصحة النفسية ، دار وائل للنشر ، الأردن ، 2005 ، ص 26.

³ نظام موسى سويدان ، عبد المجيد البرواري : إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية ، دار حامد للنشر ، الأردن ، 2009 ، ص 233 بتصرف

⁴ صولة فيروز : المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض و أساليب علاجه (دراسة ميدانية بمدينة بركري) ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاجتماعية تخصص علم الاجتماع و التنمية ، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، السنة الجامعية 2013-2014 ، ص 29.

علاجه . و سواء أخذت بمسبباته البيولوجية أو الاجتماعية أو النفسية أو غيرها فإن علاجاتها تعتمد على أن المرض حالة يكون فيها الانسان معتل الصحة ، و يكون فيها الجسم في حالة توقعك¹.

فالمعنى البيولوجي للمرض حسب * Scambler و * Patrick هو "فقدان الاحساس الجسدي و العقلي العادي" . أما Snow فيعرفه بأنه "يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عند القيام بوظيفته خير قيام أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها"². تعتبر النظرة البيولوجية للمرض نظرة قاصرة ، فهي تعتمد في الأساس على مدى تأهيل الأطباء و المهتمين بالصحة و المرض و اكتسابهم المعرفة النظرية و العملية بجسم الانسان فقط ، في حين أنه لبد من الاهتمام بروابط و أسباب رئيسية و العلاقات التي تربط الفرد ببيئته و مجتمعه . و في ظل هذا الاتجاه الجديد ، من المهم التركيز على البيئة التي تتفاعل معها العوامل البيولوجية ، إذ لهذه الأخيرة أثر على الأداء الوظيفي للفرد³. و يعرف الأستاذ اقبال ابراهيم المرض على أنه يحدث من قصور

¹ عمر أكرم عبد النبي: البيئة الاجتماعية و النفسية و الاقتصادية و علاقتها بأمراض و توطنها في المناطق الريفية "دراسة ميدانية لعينة من الأسر ، مجلة جامع بنغازي العلمية ، السنة الرابعة و العشرون ، العدد الثالث و الرابع ، 2011 ، ص 19.

* **Graham Scambler**: أستاذ متخصص في علم الاجتماع الطبي و محاضر في علم الاجتماع في عدة جامعات من بينها جامعة كوليدج بلندن « UCL » و جامعة كاليفورنيا .

* **Donald L. Patrick**: متحصل على دكتوراه في الصحة العامة من جامعة كولومبيا ، باحث و مساهم في دائرة الخدمات الصحية. كان أول مدير للعلوم الاجتماعية و السلوكية في كلية الصحة العامة و يدير برنامج التدريب و الوقاية من السرطان، و عضو في معهد الطب، كان الرئيس المؤسس للجمعية الدولية لجودة أبحاث الحياة .

^٢ **Snow Birmingham** : استشاري جراحة العظام في المستشفى الملكي لجراحة العظام « NHS Trust » .
² أميرة منصور يوسف : المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية، مصر ، 1999 ، ص 26.

³ المكاوي علي : علم الاجتماعي الطبي : مدخل نظري ، الطبعة الأولى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 1990 ، ص ص 429-430.

عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته ، كما يحدث المرض اذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه ¹.

أما اذا أدرجنا مفهوم المرض ضمن السياق الاجتماعي الذي يعد أشمل اطار يمكن أن تتدرج منه الصحة و المرض ، و من خلال بعض الجهود التي أفصى بها بعض المختصين في مجال علم الاجتماع و الصحة ، نجد أنهم قاموا بالتركيز على التعريف الاجتماعي للمرض في مفهوم "دور المريض" الذي اعتبره علماء الاجتماع نموذجا يحاولون من خلاله الوقوف على الخصائص الاجتماعية المتصلة بتحديد المرض ². و عليه فإن مهام الطبيب في تشخيص المرض تصبح غير واردة ما لم تراعى أهمية العوامل الاجتماعية و النفسية ³.

بالنظر الى الصحة كتوازن يستدعي التجديد باستمرار بين العضوية البيولوجية و الوسط الاجتماعي، فإن الأبعاد البيوكيميائية لها القدرة على تنظيم هذا التكيف عبر الأنساق الوظيفية ، لينتأى كذلك البعد السوسيولوجي موفرا الأطر الاجتماعية مانحة كل بيئة متأتية من الطبيعة من خلال تداخل العناصر المتغيرة ⁴. و في هذا الصدد ألف Edwin Lemert كتابه الموسوم بـ " المرض الاجتماعي " و صنف من خلاله الأمراض الاجتماعية إلى أمراض اجتماعية أولية و أخرى ثانوية:

- **فالأمرض الاجتماعية الأولية :** هي تلك الأمراض التي يصاب بها الأفراد نتيجة سبب اجتماعي كالإدمان الكحولي أو إدمان المخدرات ، التطرف الطائفي و الطبقي و الايديولوجي .

¹ اقبال ابراهيم مخلوف : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية - اتجاهات و تطبيقات - ، دار المعرفة ، الاسكندرية، مصر ، 1991 ، ص 47.

² محمد علي محمد: دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر، 1989، ص 74.

³ صولة فيروز ، المرجع السابق ، ص 33.

⁴ دبله عبد العالي : سوسيولوجية الصحة من خلال علم الاجتماع ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي الثاني حول العلوم الاجتماعية و الصحة و دورها في التنمية ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ، يومي 6 و 8 أفريل 2013 .

• **الأمراض الاجتماعية الثانوية :** فتتمثل في وصمة العار التي تلازمه طيلة حياته نتيجة التعرض لمرض اجتماعي أولي¹.

أما العوامل الاجتماعية و التي تساهم في المرض أو في تفاقمه ، فهي تتمثل في المستوى الاقتصادي ، الفقر ، التعليم ، حجم الأسرة ، حالة السكن و غيرها من العوامل التي تعمل على توطين المشاكل الصحية و استمرارها في المجتمع².

يمكننا مما سبق أن نلاحظ مدى تكامل الاتجاهات الثلاثة ، البيولوجية ، الاجتماعية و النفسية الاجتماعية في تفسير المرض و فهم جزئيات حياة الانسان من خلال الارتباط بنشاطه و بيئته و نفسيته و مكانته الاجتماعية و سائر الأنشطة التي يضطلع بها³.

هذا و من جهة أخرى يعد Eisenberg من أكثر الباحثين الذين أثاروا نقاشات حادة حينما ميز بين العلة و السقم و المرض ، و قد كان فاصلا واضحا في هذا الموضوع . حيث عرف العلة على أنها "خبرات تغير تقدير الذات و احترامها و كذلك الوظيفة الاجتماعية . أما المرض في الطب الحديث فهو اختلالات في بنية و وظيفة أعضاء الجسم و أجهزته⁴ . في حين أن السقم فيعرف بأنه حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على شخصية الفرد⁵.

انطلاقا من المداخل و التعاريف السابقة لكل من الصحة و المرض ، يمكن أن نخلص الى أن الصحة و المرض مرتبطان بأنماط الحياة و اعادة انتاجها و الحفاظ عليها أو فقدانها ، حيث تسعى مختلف الدراسات للكشف عن نظرة الناس و طريقة إدراكهم العلاقة بين الصحة و حدوث المرض .

¹ سعيدة شين : التصورات الاجتماعية للطب الشعبي -دراسة ميدانية في منطقة الزيبان -، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تخصص علم اجتماع التنمية، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، 2014/2015 ، ص 102.

² محمد علي محمد و اخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص 76.

³ صولة فيروز ، مرجع سبق ذكره ، ص 36.

⁴ سليمان بومدين : الثقافة و المرض ، مجلة الأبحاث و الدراسات في العلوم الانسانية ، العدد 4 ، ماي 2009 ،

ص 49

⁵ إقبال ابراهيم مخلوف ، مرجع سبق ذكره ، ص 70.

فإذا ما أمعنا النظر في حياتنا اليومية نجد أن مفهومي الصحة و المرض من أكثر المفاهيم المتداولة لكن دون امعان النظر و التفكير في تعريف و تمييز دقيق بينهما ، حيث أنه من السهل النظر الى الصحة بأنها الخلو من الأمراض ، و بهذا يصبح هذين المفهومين حالتان متضادتان . لكن بعد التمعن و التمحص فيهما و ضبط المفاهيم الخاصة بهما فإنه يتبين عكس ذلك و أن الصحة و المرض حالات نسبية تختلف من شخص لآخر ، و يبقى بذلك مفهوم الصحة محايدا حيث أن كل فرد ملزم بتعريفها من وجهة نظره ، الأمر الذي يؤدي الى استحالة توحيد مفهومها.

المطلب الثاني : مكونات الصحة

جاء ضمن تعريف المنظمة العالمية للصحة أن هذه الأخيرة هي حالة السلامة البدنية و النفسية و الاجتماعية الكاملة... (أنظر تعريف الصحة) ، و هو تعريف يوضح مدى ارتباط كل من الجوانب الجسدية و النفسية و الاجتماعية ، لدرجة أنه إذا انتقص أي جانب من هذه الجوانب نتج عنه عدم تكامل الصحة .

1- الصحة الجسدية (البدنية)

تعرف الصحة الجسدية بأنها التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة و سلامتها ، مع القدرة على مواجهة التغيرات المحيطة و الاحساس الايجابي بالنشاط و الحيوية ، و هي تتوقف على عدة عوامل نذكر منها : التغذية الجيدة ، نوعية النوم ، النظافة...¹. اذا ما تمعنا في هذا التعريف يتبين لنا أن الصحة الجسدية تتوقف على ثلاث محاور. يدور المحور الأول حول سلامة الوظائف الحيوية و توافقها التام ، أي أن يقوم كل عضو بيولوجي في الجسم بوظيفته الفيزيولوجية و الميكانيكية الحيوية و بطريقة سليمة بما يخدم حاجة الأعضاء الأخرى و بالتالي تحقيق التناسق

¹ بهاء الدين إبراهيم سلامة : الصحة و التربية الصحية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر ، 1997 ، ص 20 بتصرف.

الوظيفي التام لصالح الجسم ككل. في حين يركز المحور الثاني حول قدرة الجسم على مقاومة التغيرات المألوفة كارتفاع درجة حرارة الجسم ، تكاثر كريات الدم البيضاء للقضاء على الأجسام الغريبة... الخ. أما فيما يخص المحور الثالث و المتعلق بشعور الفرد بالحيوية و النشاط فهو راجع أو بالأحرى مرتبط بدرجة وثيقة بالمحورين السابقين ، فإذا ما حدث خلل في أحد المحاور الأولى ، اختل التوازن مما يؤدي الى انتقاص في صحة الجسد.

2- الصحة النفسية

هي القدرة على تحمل ضغوطات الحياة و أزماتها و حلها دون التهرب منها و كذا السلامة من الاضطرابات النفسية المختلفة¹ و مدى التوافق التام بين الوظائف النفسية و انسجامها ، و نقصد بالوظائف النفسية بالمقومات المعرفية العقلية (كالإدراك ، التخيل ، التفكير ...) و الانفعالية (كالسلوك الاجتماعي و اتجاهات الفرد و تكوين الصداقات...) ، فإذا اختل الانسجام بين هذه المكونات أدى الى خلل في الصحة النفسية و زيادة اضطراباتها مما ينعكس سلبا على الصحة العضوية . و هناك يضيف إلى ما سبق أمورا أخرى كأن يكون لدى الفرد علامات تشير إلى سلامته من الناحية النفسية مثل الشعور بالسعادة و الرضا و الاستقرار العاطفي و الانفعالي² ، و هو الأمر الذي لا يتحقق إلا إذا تحقق التوافق و الانسجام بين الوظائف النفسية و القدرة على مواجهة الضغوطات و الأزمات.

¹ أميرة منصور يوسف علي : المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1999 ، ص 26 ، بتصرف

² خالد الدوس : الصحة الاجتماعية ، جريدة الرأي ، الرياض ، الخميس 13 سبتمبر 2015، العدد 17237 ، عبر الموقع : <http://www.alriyadh.com/1078979> في (16-09-2018).

3- الصحة الاجتماعية

هي تعني قدرة الفرد على القيام بدوره الاجتماعي و بناء علاقات تمكنه من تنمية اتجاهاته الانسانية و الحضارية و الأخلاقية و كذا تحقيق مبدأ التعاون و التضامن الاجتماعي . إن الصحة الاجتماعية تهدف في المقام الأول إلى تربية صحة الفرد الجسدية و النفسية إلى أفضل حالاتها ، و هذا باعتبار أن الصحة الايجابية تؤثر على الاستقرار النفسي و الجسدي للفرد مما ينعكس على صحة و استقرار المجتمع و تنمية اتجاهاته التكافلية و قيمه الأخلاقية.

من وجهة نظر أخرى يرى صبري جرجس أن الصحة الاجتماعية في بيئة ما مرتبطة بتاريخها القديم و كيانها الحديث و مرتبطة بعاداتها و تقاليدها و معتقداتها و تراثها الأدبي و العلمي و الخلفي و الفني ، و مرتبطة كذلك بمقوماتها الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية. و كل بيئة في هذا كله مختلفة اختلافا كبيرا عن الأخرى بالرغم مما يجمع بينها من أصول حضارية¹.

المطلب الثالث : مؤشرات الحالة الصحية

إن المؤشرات التي تنشق من معدلات الوقاية تعطي صورة عامة جيدة عن صحة السكان ، إلا أنها وحدها لا تكفي لشرح و قياس و مقارنة الحالة الصحية للسكان بالضبط. و عليه فقد تم تطوير عدد من المؤشرات التجميعية لتعريف الحالة الصحية لمختلف الأقطار. تشمل أهم هذه المؤشرات ما يلي:

1- معدل وفيات الرضع :

و هو المعدل المحتمل للوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة و اكتمال السنة الأولى من العمر بالضبط. و يعتبر هذا المعدل مؤشرا مفيدا على صحة الأم و الرضيع بصفة عامة و على الرعاية الصحية التي يتلقاها .

¹ حسين عبد الواحد الشاعر : الطب الاجتماعي و الأمراض المهنية ، الدار القومية للطباعة و النشر ، مصر ، دون ذكر سنة النشر ، ص 31.

2- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة :

يعبر هذا المعدل عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة و اكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط. تعتبر منظمة اليونيسيف هذا المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية، فرغم التحديات إلا أنه تحققت مكاسب هامة على الصعيد العالمي في مجال تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ، إذ انخفض هذا المعدل بنسبة 47% من 90 حالة وفاة بين كل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 48 حالة سنة 2012. و بالرغم من هذا الانجاز إلا أنه يلزم تحقيق المزيد من التقدم السريع من خلال إتاحة فرص الحصول على الخدمات الصحية الأساسية للنساء و الأطفال.

3- متوسط العمر المتوقع عند الولادة :

هو متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته¹. هذا و قد بينت الدراسة التي أجراها عدد من الباحثين بمعهد المقاييس و التقييم الصحي الممول من قبل جامعة واشنطن أنه منذ سنة 1970 زاد العمر المتوقع عند الولادة ما يفوق 23 سنة ، و من المتوقع طبقا لتوقعات شعبية السكان في الأمم المتحدة أن يزداد بسبعة أعوام أخرى و هذا بحلول سنة 2050².

¹ عيسى محمد الغزالي : اقتصاديات الصحة ، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية ، العدد 22، 2003، ص 10.

² دريسي أسماء : تطور الانفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013) ، المجلة الجزائرية للعلوم و السياسات الاقتصادية ، العدد 6 ، 2015 ، ص 141.

4- الانفاق الصحي :

يمثل احتواء زيادة الانفاق العام على الصحة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة¹ . فقد بينت الدراسة التي أجراها كل من Clements, Coady et Gupta سنة 2012 أن الانفاق الصحي تزايد بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية ، و هو يمثل نحو نصف الزيادة في الانفاق الحكومي بدون فوائد² ، يشمل هذا الانفاق كل من الانفاق على المستشفيات و المراكز الصحية ، العيادات و خطط التأمين الصحي و تنظيم الأسرة... الخ³ تجدر الإشارة إلى أن المؤسسات الدولية تختلف فيما بينها من خلال اعتماد هذه المؤشرات للدلالة على الحالة الصحية ، فمنها من يعتمد معدل وفيات الأطفال (منظمة اليونيسيف) و منها من يستدل بمؤشر العمر المتوقع (منظمة الصحة العالمية) ، و منها من يعتمد بالإضافة الى ما سبق مؤشرات أخرى كتوفير الخدمات الصحية ، نصيب الفرد من الدخل و توزيعه ، المستوى التعليمي للمرأة... الخ.

المطلب الرابع : الحالة الصحية في العالم و الدول العربية .

" الصحة هي أولى الثروات " هي المقولة الشهيرة التي كتبها الفيلسوف الأمريكي "رالف والدو إيميرسون" في إحدى مؤلفاته الشهيرة سنة 1860⁴ . فتمتع الانسان بصحة جيدة هدف أساسي للتنمية البشرية و هدف من أهداف الألفية ، كون هذه الأخيرة تساهم و بشكل مباشر في النمو

¹ بنيدكت كليمنس غوبتا سانجيف ، ياوبينغ شانغ : فاتورة الصحة ، مجلة التمويل و التنمية ، المجلد 51، العدد 4 ، صندوق النقد الدولي ، ديسمبر 2014 ، ص 22.

² David Dranove and others : **Health Spending Slowdown is Mostly Due to Economic Factors, not Structural Change in the Health care Sector** , Vol 33 , N° 08 , Journal of Health Affairs, 2014, p 1401.

³ عيسى محمد الغزالي ، المرجع السابق ، ص 10.

⁴ ديفيد بلوم : **شكل الصحة العالمية** ، مجلة التمويل و التنمية ، المجلد 51 ، العدد 4 ، صندوق النقد الدولي ، ديسمبر 2014 ، ص 09.

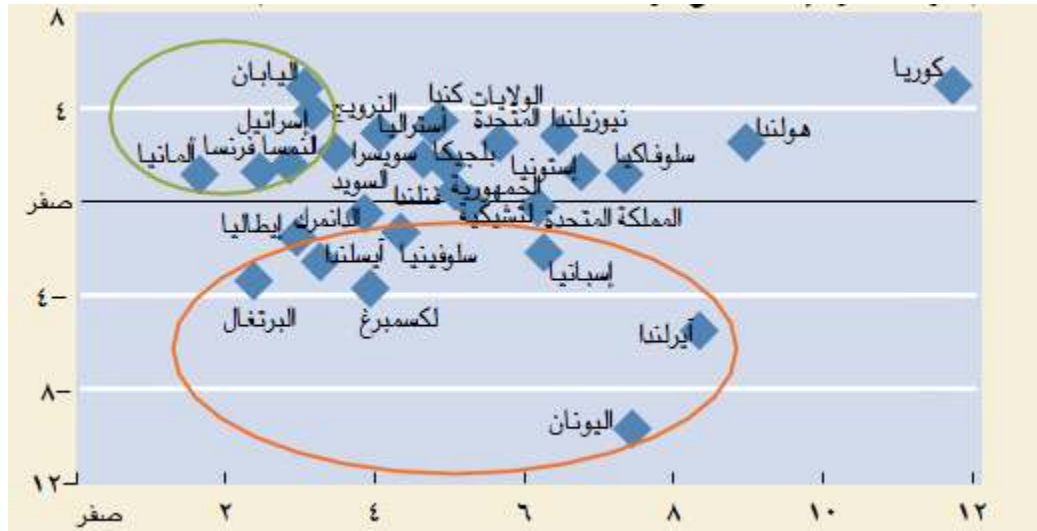
الاقتصادي و الاجتماعي من عدة نواحي¹ . كما أشار التقرير المتعلق بإحصاءات الصحة العالمية لسنة 2017 إلى تسجيل 27 مليون حالة وفاة على مستوى العالم سنة 2015. و هو ما وضعه الدكتور كريستوفر دي - مدير الاستراتيجية و السياسات و المعلومات في منظمة الصحة العالمية - من خلال مؤتمر صحفي عقد بجنيف أنه يتم انفاق مبالغ ضخمة من المال على الصحة كل عام ، و كتقدير تقريبي يتم انفاق حوالي سبعة ترليون دولار على الصحة كل سنة².

هذا و تتجلى أهمية الصحة في مدى احتواء نمو الانفاق العام عليها ، الذي أضحى يمثل أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة . إذ تشير معظم الاحصائيات خلال العقود الثلاثة الماضية إلى ارتفاع الانفاق الخاص على الصحة و الذي يعادل حوالي ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصاديات المتقدمة³ ، إلا أنه لم يستمر لفترة طويلة . فمع مطلع سنة 2010 حدث تباطؤ النمو في الانفاق العام على الصحة في جميع الاقتصاديات المتقدمة تقريبا ، و يشمل كل النفقات المتعلقة بالخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة و المرافق الصحية الحكومية و نفقات التأمين العام على الصحة ...الخ. و الشكل الموالي يبين تطور متوسط نمو الانفاق على الرعاية الصحية حول العالم خلال الفترة الممتدة بين 2010 و 2012.

¹ دريسي أسماء : المرجع السابق ، ص 139.

² منظمة الصحة العالمية : أكثر من نصف الوفيات تقريبا يتم تسجيلها مع الأسباب التي أدت إليها على مستوى العالم ، عبر الموقع <https://news.un.org/ar/story/2017/05/276442> في 2018/10/31

³ دريسي أسماء : المرجع السابق ، ص 142.



شكل رقم (1-1) : نسبة متوسط نمو الانفاق على الرعاية الصحية لبعض الدول (2010-2012)

المصدر : بينديكت كليمنس و آخرون : فاتورة الصحة ، مجلة التمويل و التنمية ، المجلد 51 ، العدد 04، صندوق النقد الدولي ، ديسمبر 2014 ، ص 23.

تجدر الإشارة الى أن البيانات واردة بقيم حقيقية و معدلة لمراعاة التضخم. و أن الدول الواقعة ضمن الحلقة الخضراء هي الدول التي كان تباطؤ النمو فيها شبه منعدما ، أما الدول الواقعة ضمن الحلقة الحمراء فهي الدول التي شهدت أكبر تباطؤ في نمو الانفاق و هي التي تضررت بشدة من الأزمة المالية العالمية ، حيث أثرت هذه الأخيرة على النشاط الاقتصادي و على قدرة الحكومات على تحويل النمو المستمر في الانفاق على الرعاية الصحية . فقد انخفض الانفاق على الصحة العامة في هذه الاقتصاديات من 7.4% من اجمالي الناتج المحلي سنة 2009 إلى 7.1% سنة 2012 ، ليشهد هذا النمو ارتدادة إيجابية سنتي 2011 و 2012 و ظل دون متوسطه التاريخي بكثير . من أبرز مؤشرات تطور الحالة الصحية للسكان أيضا الزيادة في أعمار المواطنين حيث ارتفع -خلال العقود الستة الماضية- متوسط العمر المتوقع عالميا بأكثر من 23 عاما و من المتوقع أن يزيد بسبعة أعوام أخرى بحلول سنة 2050.

هذا و تصنف شعبة السكان في الأمم المتحدة حسب توقعات سنة 2012 "المناطق الأكثر نمواً" بأنها أوروبا و أمريكا الشمالية و أستراليا، نيوزيلندا و اليابان. في حين تتألف "المناطق الأقل نمواً" من افريقيا و اسيا -ماعدا اليابان و الهند- أمريكا اللاتينية ،الكاريبي و ميلانيزيا ، مايكرونيزيا و بولينيزيا. أما في حالة الوطن العربي فإن المعلومات و الاحصائيات توضح التحسن الملحوظ في الحالة الصحية خلال الفترة الممتدة بين 1960 و 2000 . فقد ارتفع متوسط العمر المتوقع من 64 عاما (1990-1995) إلى 70 عاما (2010-2015) و الجدول الموالي يوضح بعض الأرقام التي أقرتها منظمة الصحة العالمية لمجموعة من الدول العربية .

جدول رقم (1-1) : متوسط العمر المتوقع لبعض الدول العربية لسنة 2015

الدولة	متوسط العمر المتوقع	الدولة	متوسط العمر المتوقع
السعودية	74.9	المغرب	74.6
الإمارات العربية	77.94	مصر	71.32
لبنان	69	ليبيا	71.83
سوريا	70.09	الأردن	74.1
العراق	69.5	الكويت	74.4
البحرين	76.82	الجزائر	75.04
تونس	74.98	الأردن	76.5

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية و الأمم المتحدة(2016)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه تباين في متوسط العمر المتوقع بين دول الوطن العربي ، إذ سجلت دول الخليج بالإضافة إلى الأردن أعلى عمر متوقع خلال هذه الفترة (السعودية ، الإمارات العربية المتحدة ، الكويت ، البحرين) بأعلى متوسط بلغ 77.94 سنة لتليها باقي البلدان و بنسب متقاربة إلى حد ما. و يعزى هذا الاختلاف إلى جملة من العوامل كغياب التأمين الصحي ، إذ

اعتبرت الأمم المتحدة أن كلا من دول الشرق الأوسط لا تزال بعيدة عن تحقيق التغطية الصحية لسكانها. هذا بالإضافة إلى تعرض عالمنا العربي بشكل أكبر للأعمال العدائية من ثورات و حروب ما يتسبب في إنقاص نصيب سكانها من الحياة . و لعل أفضل دليل تناقص العمر المتوقع في سوريا حوالي 12 عاما خلال السنوات الخمس الأخيرة فقط. هذا و يلعب انخفاض الوعي الصحي لسكان الوطن العربي دورا مهما في الانتقاص من الحالة الصحية و هذا بسبب العادات الغذائية القاتلة التي يتمتع بها . كما أن للتعليم تأثيرا قويا على متوسط العمر المتوقع كونه يوفر المعرفة بالعادات الصحية للحياة.

المبحث الثاني : مقارنة نظرية للخدمات الصحية.

إن توفير الخدمات الصحية الجيدة يعد من أكبر التحديات التي تواجهها مختلف المؤسسات و المراكز الصحية ، كونها مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة . لذا حتمت الحاجة الملحة لهذا النوع من الخدمات الى تزايد اهتمام مختلف المنظمات و الهيئات الصحية محلية كانت أم دولية ، و التي تسعى جاهدة الى توفير كافة الامكانيات المناسبة بهدف تحقيقها و العمل على تطويرها و تحسينها . و عليه سنحاول من خلال هذا المطلب شمل بعض المفاهيم الخاصة بالخدمات عموما و الخدمات الصحية بصفة خاصة.

المطلب الأول : مدخل إلى الخدمة

اختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة لاختلاف آراء المفكرين و الكتاب ، الأمر الذي أدى إلى عدم الاتفاق على تعريف موحد لها. ففي كتابه « Fundamentals of Marketing » سنة 1997 عرفها " Stanton " بأنها : " النشاطات غير المحسوسة و التي تحقق منفعة للمستفيد ، و التي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى. أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا

يتطلب استخدام سلعة مادية¹ . نلاحظ من خلال هذا التعريف أنه يشير إلى الجانب غير الملموس للخدمة ، بالإضافة إلى أنه ليس بالضرورة أن ترتبط الخدمة بسلعة مادية. ليضيف بعد ذلك Lovelock² إلى التعريف السابق خاصية أخرى ألا وهي عدم تملك الخدمة من خلال تعريفها على أنها " فعل أو أداء بين طرفين ، يمكن أن تكون مرتبطة بمنتج مادي ، و هي بالضرورة غير ملموسة و لا ينتج عنها ملكية أحد عوامل الإنتاج".

كما قام Kotler بتعريف الخدمة على أنها : " أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة و لا ينتج منها أية ملكية ، و أن إنتاجها و تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به"³ ، حيث أكد هذا التعريف على خاصية عدم نقل الملكية للعميل و الذي يرجع في الأساس إلى أهم خاصية ألا وهي عدم ملموسية الخدمة . لتأتي بعد هذا "جمعية التسويق الأمريكية" و تضيف إلى التعريفات السابقة خصائص جديدة للخدمات ، كزوال الخدمة و تلازم إنتاجها و استهلاكها و كذا مشاركة العميل في عملية إنتاجها ، من خلال تعريفها على أنها "منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير ، إذا كانت غير ملموسة تماما ، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستفيد ، حيث لا يتم نقلها أو تخزينها ، و هي تقريبا تقنى بسرعة"⁴ . فالخدمات يصعب في الغالب تحديدها و معرفتها لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم شراؤها و استهلاكها فيه ، فهي تتكون من عناصر غير ملموسة متلازمة و غالبا ما تتضمن مشاركة الزبون ، و لا يتم نقل ملكيتها و ليس لها لقب أو صفة.

بعيدا عن الخصائص المميزة للخدمة ، يعرفها بعض الباحثين على أنها نقل للمنفعة أو الميزة المكتسبة التي يتحصل عليها المستفيد مقابل أداء خدمة ما . و عليه يمكن التمييز بين سبعة أنواع

¹ حميد الطائي ، بشير العلاق، محمود الصميدعي: لأسس العلمية للتسويق الحديث ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2002 ، ص 196.

² Lovelock, Wright,K.Lauren : **Principles of Service Marketing and Management**, 2nd Ed, Prentice, C.H,Hill, 1999, p 06.

³ P.kotler, K.keller, D.manceau, B.dubois :**Marketing Management** ,12^{eme} édition,Pearson,Paris,2006,p 162

⁴ شفيق حداد ، نظام سويدان : أساسيات التسويق ، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، 1998 ، ص 250.

من المنافع التي يتطلع إليها العميل جراء العملية التبادلية التي يقوم بها مع مقدم الخدمة ، و تتمثل فيما يلي¹:

- **المنفعة الوظيفية** : هي التغيرات التي تطرأ على الشكل أو الوظيفة عند الشراء و الاستفادة من الخدمة ؛
- **المنفعة الزمانية** : تتمثل في تقليص الفارق الزمني إلى أقصى فترة ممكنة ؛
- **المنفعة المكانية** : هي اختصار المسافات و المساحات عند استهلاك الخدمة؛
- **المنفعة الرمزية** : تتمثل في التعبير عن الذات ، الشخصية ، المكانة و الانتماء الاجتماعي عند شراء و الاستفادة من الخدمة؛
- **المنفعة التجريبية** : هي استعمال الفرد للحواس المختلفة عند الاستفادة من الخدمة ؛
- **المنفعة المتزايدة** : هي إضافة منافع جديدة جراء تكرار الاستفادة من الخدمة ؛
- **منفعة التملك** : هي المنافع الناتجة عن امتلاك كيانات و حق التصرف فيها.

تبعاً لما تم طرحه لمختلف التعاريف المتعلقة بتحديد مفهوم الخدمة ، يمكن إعطاء مفهوم هذه الأخيرة عبر عرض أهم الخصائص المميزة لها و هي ممثلة في الشكل التالي :

¹ لرادي سفيان الورشاني : تسويق الخدمات ، مفاهيم و تدريبات عملية ، دار أسامة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2018 ، ص ص 41-42.



شكل رقم (1-2) : الخصائص الرئيسية للخدمة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمختلف التعاريف

1- اللاملموسية :

تعد هذه الخاصية من أكثر الخصائص المميزة للخدمة ، إذ أن درجة الملموسية هي درجة غياب العناصر المادية التي يمكن أن تتحسسها الحواس قبل شراء الخدمة . كما ذكر "BERRY و BATESON" أن مفهوم عدم ملموسية الخدمة يعني اللامادية أي الخدمة لا يمكن رؤيتها ، تذوقها ، شمها ، لمسها أو سماعها قبل الشراء و لكنه يشعر بها أثناء استقبال الخدمة¹ ، و بالتالي يمكن تقديرها و الحكم عليها. ففي دراسة قام بها كل من Clarson and Rushton سنة 1985 كانت أجوبة أغلب المستجوبين من مديري المؤسسات الخدمية المدروسة تشير إلى أن إدراك الفرق بين

¹ D Pettigrews, N Turgeon : **Marketing** , 2ème édition, MC GRAWS-HILL ,Canada ,1990 , p 390.

السلع و الخدمات يكمن في خاصية الملموسية¹. فالزبون لا يمكنه تقييم الخدمة إلا بعد استهلاكها و الاستمتاع بها ، فالخدمة الصحية مثلا ، لا يمكن رؤيتها أو لمسها أو الإحساس بها قبل عملية الشراء وتلقي الخدمة و لكن يمكن تقديرها و الحكم عليها بسهولة أثناء أو بعد استقبالها². هذا و قد قام بعض الباحثين من جهة أخرى بانتقاد هذه الخاصية . فالبعض يرى أن الخدمات هي في الحقيقة مرتبطة تماما بأشياء ملموسة و لا يمكن أن تتحقق الخدمة بدونها ، و باعتبار أن من بين مدخلات الخدمة هناك أشياء ملموسة فمخرجاتها ستكون ملموسة أيضا ما ينفي كون الخدمة لالملموسة و لو نسبيا³.

2- التلازم :

تشير هذه الخاصية إلى التلازم بين عملية الإنتاج و الاستفادة من الخدمة ، على عكس المنتجات الملموسة التي يتم إنتاجها أولا ليتم بعد ذلك بيعها ثم استهلاكها. فغالبية الخدمات يتم إنتاجها و استهلاكها في نفس الوقت ، و تؤدي كذلك خاصية التلازم بصفة عامة إلى مشاركة الزبون في عملية إنتاج الخدمة ضمن علاقة تفاعلية مع مقدم الخدمة و مع زبائن آخرين⁴ . و هو ما يجعل من مراقبة الجودة أمرا صعبا أيضا ، كون المستفيد من الخدمة لا يمكنه الحكم على جودتها إلا بعد

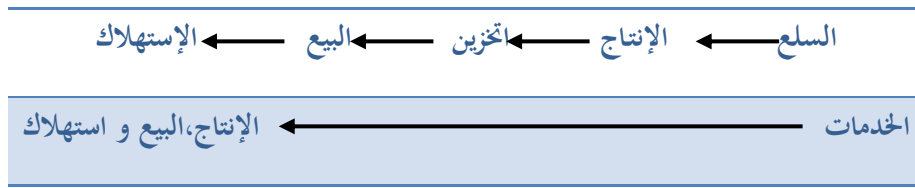
¹ Rushton A.M ,Carson D.J : **The marketing of services ;Managing the intangibles** , European Journal of Marketing , vol 19, N° 3 , pp 22.

² محمد ربحان:التسويق لخدمة الرعاية الصحية، بحث مقدم من خلال المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات : تقنية نظم المعلومات ،القاهرة ، جمهورية مصر العربية ، 5-6 ديسمبر 2004 ، ص 28.

³ Sabine Moeller : **Characteristics of services – a new approach uncovers their value** , Journal of services marketing , vol24 , N° 5 , 2010 , p 362.

⁴ Frederic Bielenner, Christophe Semple : **Les Fondements du Marketing des Services : Examen Critique et Evolution** , Revue française du Marketing, N°212, Avril 2007 ,p 56

استهلاكها عكس السلع المادية¹ .



شكل رقم (1-3) : مراحل انتاج و استهلاك السلع و الخدمات

Source : Mudie Peter , Pirrie Angela : **Service Marketing Management** , third edition, Butterworth-Heinemann, Great Britain, 2006 , p 4.

3- عدم التجانس :

يقصد بعدم تجانس أو تماثل الخدمة بغياب الثبات في المدخلات و المخرجات أثناء عملية إنتاجها، لذلك فمن الصعوبة افتراض أن مخرجات المنظمات الخدمية للمستهلك تتم بنفس المستوى و النوعية ، لأن جودة الأداء تعتمد إلى حد كبير على مهارة و أسلوب و كفاءة مقدمها و زمان و مكان تقديمها ، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة و بذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا². و بالتالي ، يمكننا القول أن تباين العوامل المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة تؤثر و بشكل نسبي في مخرجاتها ، الأمر الذي يؤدي إلى تباين نفس الخدمة المقدمة لكل عميل.

إن خاصية عدم التجانس تمثل مشكلة أساسية للمسوقين أثناء عملية تسويقهم للخدمات ، و هذه المشكلة متعلقة أساسا بجودة الخدمات التي يدركها المستفيدون من نفس الخدمات بنفس مستوى

الأسعار لكن بمستويات رضا متفاوتة³.

¹ Ali Mohammad Mosadeghrad : **Healthcare Service Quality : towards a broad definition** , International Journal of health care quality assurance , Vol 26 ,N°3 , 2013 , p 204.

² عبد الجبار منديل :أسس التسويق الحديث ،الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ،عمان ،الأردن ، 2002 ، ص 271.

³ لرايدي سفيان الورثيلائي ، لمرجع السابق ، ص 82.

4- تلاشي الخدمة :

تشير هذه الخاصية إلى عدم قابلية الخدمة للتخزين لبيعها أو استعمالها في وقت لاحق ، فهي من الخصائص المتعبة في مجال الخدمات بالنسبة للمسوقين. بما أن الخدمة تمثل فعل أو تصرف فإنها تتلاشى و تنتهي سواء إن تم الاستفادة منها أو لم يتم ، و ذلك لعدم إمكانية تخزينها و الاستفادة منها لحين وقوع الطلب عليها و هذا بطبيعة الحال سوف يثير مشكلة أمام المنظمة ، لذلك على المنظمة أن تحل أسباب عدم وقوع الطلب على الخدمة المقدمة لكي تتمكن من وضع المعالجات المناسبة ، أما في حالة وجود طلب مستمر ، فإن هذه الخاصية لن تشكل مشكلة لمقدمها ¹.

5- عدم التملك :

يقصد بعدم تملك الخدمة بفقدان حق التصرف في الملكية ، ففي هذه الحالة يعتبر المستفيد هو الوحيد الذي له الحق في الانتفاع بالخدمة لفترة محددة دون تملكها أو نقلها لشخص آخر. فقد أضاف الباحثون هذه الخاصية بعد انحصار خصائص الخدمات بالسّمات الأربع السابق ذكرها و التي تنطلق مبرراتها أساسا من كون الخدمة ينتفع منها مستخدميها و لا يمكنه التمتع بحق ملكيتها، و على سبيل المثال أن تمتع الزبون بخدمات الضيافة الفندقية لا يجيز له الحق في امتلاك غرفة النوم ضمن الفندق ، بل تجيز له حرية التمتع و الانتفاع بالخدمات المختلفة التي يقدمها ، و على مقدار ما يستطيع دفعه من نقود ، و ينطبق الحال على خدمات أخرى كثيرة ، ومنها على سبيل المثال و ليس الحصر استخدام سيارات الأجرة ، الهاتف العمومي، خدمات الكمبيوتر...الخ ².

¹ محمود جاسم الصميدعي : تسويق الخدمات ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2010 ، ص 40.

² ثامر ياسر البكري: التسويق:أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان،الأردن ، 2006، ص220.

6- اشتراك العميل :

هناك العديد من الخدمات التي تتسم بوجود درجة عالية من الاتصال و التفاعل بين مقدمي الخدمة و العملاء ، بحيث يعتبر متلقي الخدمة أحد المدخلات الرئيسية لنظام إنتاج و تحويل الخدمات ، و هو في نفس الوقت أحد المخرجات الرئيسية و لكن بعد تغيير حالته¹. كما تجدر الإشارة إلى أن إشراك العميل في عملية إنتاج الخدمة سيضيفي سمة زبونية في تقديم الخدمات و هذا تبعا لدرجة تدخله كما هو الحال في خدمات التأمين².

7- تقلب الجودة :

تقلب أو تغير جودة الخدمة المقدمة هي خاصية أخرى من خصائص الخدمات ، لارتباط ذلك بصعوبة تنميط الخدمات في الكثير من الحالات ، خاصة تلك التي يعتمد في تقديمها على الانسان بشكل كبير و واضح³ . و هي تعني عدم قدرة مقدم الخدمة على التعهد بأن تكون خدماته متجانسة على الدوام ، و بالتالي عدم ضمان مستوى معين من الجودة لها ، و هو ما يجعل من التنبؤ بما ستكون عليه الخدمات قبل تقديمها أمرا صعبا على طرفي التعامل.

المطلب الثاني : تصنيف الخدمات

إن التصنيف التقليدي للخدمة يقوم على معيار النشاط أو ما يعرف بالقطاع و الذي يعرف السوق بمفهومه الواسع . بالرغم من كون هذا التصنيف صحيحا و يسمح بمعرفة جوهر الخدمة إلا أنه لا يعبر بصورة دقيقة عن مختلف المنافع التي يستفيد منها متلقي الخدمة بما يسمح للمدراء بصياغة

¹ مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان: دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، بحث مقدم لكلية التجارة، جامعة القاهرة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، 2001، ص 46.

² نجم عبود نجم: إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص 241.

³ نظام موسى سويدان، الشفيق ابراهيم حداد: التسويق مفاهيم معاصرة. دار الحامد للنشر و التوزيع عمان، الأردن، 2006، ص 230

الاستراتيجيات و البرامج التسويقية الملائمة. و لهذا الغرض قام عمداء الخدمة بتطوير معايير جديدة للتصنيف تسمح بفهم طبيعة الخدمة و بالتالي فهم حاجات و توقعات العملاء و فهم العلاقة بينه و بين مقدم الخدمة.

نتيجة للدراسات التي قام بها ¹ Lovelock لمختلف أنواع الخدمات ، توصل الى وضع خمسة أنظمة من التصنيفات في شكلها المصنوفي و عرض مضامينها التسويقية ، و أشار إلى أن كل تصنيف هو محاولة للإجابة عن واحد من الأسئلة التالية:

- ما هي طبيعة الخدمة؟
- ما نوع العلاقة بين مقدم الخدمة و العميل؟
- ما حجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة ؟
- ما طبيعة العرض و الطلب على لخدمة؟
- كيف يتم تقديم (توصيل) الخدمة؟

1- طبيعة الخدمة :

انشق عن هذا الطرح أربع تصنيفات للخدمة و هذا حسب ما توضحه المصفوفة الموالية :

¹ Christopher H.Lovelock : **Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights** , Journal of Marketing, Vol 47, Summer 1983 , p 10.

المستقبل المباشر للخدمة		ما هي طبيعة الخدمة؟	ملموسة غير ملموسة
الأفراد	الأشياء		
الخدمات الموجهة مباشرة نحو أجسام الأفراد: الرعاية الصحية، نقل الأفراد، صالونات التجميل، مراكز اللياقة البدنية، المطاعم، قص الشعر.	خدمات موجهة لسلع وممتلكات مادية أخرى: الشحن الجوي، تصليح وصيانة المعدات الصناعية، خدمات التنظيف، تنظيف الملابس وكيها، التجميل وتنسيق الحدائق، العناية البيطرية.	ملموسة	
خدمات موجهة نحو فكر وعقول الأفراد: التعليم، الإذاعة، الاستشارة ، المسارح ، المتاحف.	خدمات موجهة نحو ممتلكات غير ملموسة: البنوك، خدمات قانونية، المحاسبة، تأمين.	غير ملموسة	

شكل رقم (1-4) : مصفوفة طبيعة الخدمة

المصدر : هاني حامد الضمور : تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر ، عمان ، 2002 ، ص 39.

تصنف مختلف الخدمات إلى فئات وفقا لمعيار درجة الملموسية و المستقبل المباشر للخدمة إلى " خدمات ملموسة مقدمة للأفراد و أخرى للأشياء ، و خدمات غير ملموسة مقدمة لكل من الأفراد و الأشياء ". و عليه يسمح هذا التصنيف بتبيان أهمية حضور أو مشاركة العميل أثناء عملية انتاج الخدمة و تقديمها ، و بالتالي تحديد حاجاته و متطلباته اتجاه طبيعة هذه الخدمات ، الأمر الذي يمكن من تحديد مختلف المنافع الجوهرية و المكملة للعرض.

2- نوع العلاقة بين مقدم الخدمة و العميل :

معظم الخدمات تتطلب علاقة بين مقدم الخدمة و العميل إلا أنها في بعض الحالات لا تتطلب أن تكون هذه العلاقة دائمة من أجل الاستفادة من الخدمة . و على هذا الأساس يمكن أن تصنف الخدمات حسب هذا المعيار إلى أربع أنواع كما يلي :

نوع العلاقة بين مؤسسة الخدمة وعمالها		طبيعة تقديم الخدمة
علاقة رسمية	علاقة غير رسمية	
التأمين، الاشتراك بالهاتف، التسجيل بالكلية، جمعية حماية البيئة، البنوك.	محطة الإذاعة، حماية الشرطة، الإنارة في الشوارع، الطريق العام السريع، التلفزيون.	منتظمة
الاشتراك بالمجلات والفضائيات، الاشتراك مع وسائل النقل العامة، التسجيل في النادي أو في السينما.	استئجار السيارات، خدمة البريد، كراء الحفر، مسرح، سينما، النقل العمومي، مطاعم.	منتظمة

شكل (1-5) : مصفوفة نوع العلاقة بين مقدم الخدمة و العميل

المصدر : هاني حامد الضمور ، المرجع السابق ، ص 39

تم تصنيف الخدمات حسب هذه المصفوفة إلى أربع أقسام " خدمات ذات علاقة رسمية متقطعة و أخرى منتظمة، و خدمات ذات علاقة غير رسمية منتظمة و متقطعة ".

أهم ميزة في العملية التسويقية هي وجود علاقة دائمة بين مقدم الخدمة و المستفيد منها ، و هو ما يحقق منافع لكلا الطرفين لديمومة تبادل المعلومات بينهما. و عليه فالعلاقة الرسمية (إلى حد ما) تسمح للمؤسسة الخدمية بتحديد حاجات و رغبات و تطلعات عملائها الصريحة و الضمنية ، و بالتالي تطوير عروض تسويقية ملائمة¹. أما في حالة العلاقة المتقطعة الغير رسمية ، تجد المؤسسة الخدمية نفسها في رهان مع صعوبة التعامل مع زبائنها كونها لا تملك البيانات و المعلومات اللازمة و الكافية عنهم. لذا تلجأ أغلب هذه المؤسسات الى خلق العضوية (الاشتراك) في المؤسسة حتى يستفيد كلا الطرفين.

3- حجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة :

إن إشراك العميل في عملية الإنتاج (حسب الطلب) ، يمكن أن يقدم عبر بعدين أساسيين ، الأول و يتعلق بمدى حرية الموظف عند ممارسته لنشاطه (حرية كبيرة أو ضعيفة) و الثاني يتعلق

لرادي سفيان الورثياني ، نفس المرجع السابق ، ص 109.

بنمطية الخدمة و نظام تقديمها (نمطية كبيرة أو ضعيفة) و هو ما توضحه أكثر المصفوفة التالية¹:

درجة نمطية الخدمة		حرية كبيرة	درجة الحرية في تقديم الخدمة
نمطية ضعيفة	نمطية كبيرة		
الطبيب النفسي، الطبيب الجراح، خدمات هندسية، استشارة ادارية	التعليم ، خدمات الجماعات المحلية	حرية ضعيفة	
خدمات جمعيات حماية البيئة، تزيين الحديقة، خدمة فندقية	المأكولات السريعة، غسل الملابس، نقل عمومي		

شكل رقم (1-6): مصفوفة حجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة

Source : Lovelock Christopher H : Classifying services to gain strategic marketing insights, Journal of Marketing , vol 47, 1983 , p 15

من الملاحظ أن الاجابة عن السؤال المتعلق بحجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة انشقت عنه أربع تصنيفات أخرى و الممثلة في المصفوفة أعلاه. ففي بعض الحالات يحتاج العميل إلى تلقي خدمات تتناسب و تتطابق تماما مع احتياجاته و متطلباته الخاصة أو أن طبيعة الخدمة توجب ذلك في بعض الأحيان ، لذا وجد هذا التصنيف الذي يراعي درجة النمطية في تقديم الخدمة. ضف إلى ذلك الصنف الاخر من الخدمات و الذي يتطلب درجة من الحرية في تقديم الخدمة من قبل المؤسسة الخدمية أو العامل على وجه أخص. فعلى سبيل المثال ، نجد ضمن الخدمات الجماهيرية كالتعليم أن مقدم الخدمة هو الذي يحدد الأسلوب و الطريقة التي يقوم على أساسها بتقديم خدماته . و عليه فإن هذا التنوع في التصنيف يوجب على لمؤسسة الخدمية خبرة و معرفة واسعة و التركيز على عملية التفاعل بينها و بين المستفيد من خدماتها مما يسمح للعميل القيام بالاختيار بين مختلف البدائل.

¹ هاني حامد الضمور ، المرجع السابق ، ص 43.

4- طبيعة العرض و الطلب على الخدمة:

توضح المصفوفة الموالية تصنيف الخدمة حسب معياري تقلب الطلب و القدرة على الاستجابة :

تقلبات الطلب			
مرتفع	منخفض	يواجه دون تأخير	أقصى طلب
خدمات الكهرباء ، خدمات التلفزيون	الخدمات البنكية، خدمات التأمين.		
خدمات الفنادق، خدمات النقل...	الخدمات القانونية	يزيد عن الطاقة عادة	

شكل رقم (1-7) : مصفوفة طبيعة الطلب و العرض على الخدمة

Source : William E Warren , David L Loudon : Applying Lovelock's services classification system to residential alternative long-distance téléphone services , proceedings of the 1986 academy of marketing science (AMS) annual conference , vol 9 ,USA, 1986, p 375

تتعلق الفكرة من خاصيتي التلازمية و عدم قابلية الخدمة للتخزين و التي تثير مشكلة عدم القدرة على تخزين وحدات من الخدمات جاهزة للاستعانة بها في حالات ارتفاع الطلب المفاجئ أو تقلبات حادة فيه¹. لذا وجب على المؤسسة الخدمية اختيار الأساليب و الاستراتيجيات الممكنة للاستجابة للطلب أو تحريكه عبر الزمن².

5- طريقة توصيل الخدمة :

يعالج هذا التصنيف قضية الاتصال و التوزيع في المؤسسة الخدمية ، و المصفوفة الموالية توضح المعايير التي تم على أساسها التصنيف و الخروج بتقسيمات أخرى للخدمة :

¹ هاني حامد الضمور ، المرجع السابق ، ص 46

² لراي سفيان الورثاني ، المرجع السابق ، ص 114.

التوزيع			نمط اتصال العميل بالمنشأة
مكثف	غير مكثف		
خدمات النقل ، المطاعم ، الفنادق	خدمات المسارح، الحلاقة ، السينما	العميل يذهب للمؤسسة	
خدمات البريد ،خدمات الإصلاح	خدمات الحقائق،خدمات النقل الخاص	المؤسسة تذهب للعميل	
شبكات الاتصال ،الخدمات الهاتفية	خدمات البطاقات البنكية ،خدمات قنوات التلفزيون	موقع تبادل غير مباشر	

شكل رقم (1-8) : مصفوفة طريقة توصيل الخدمة

Source : Lovelock Christopher H : Classifying services to gain strategic marketing insights, Journal of Marketing , vol 47, 1983 , p 18.

نلاحظ من خلال المصفوفة أعلاه أن بعض الخدمات تتطلب توجه المستفيد من الخدمة الى المؤسسة المقدمة لها ، كخدمات الرعاية الصحية أو الحلاقة . في حين تتطلب خدمات أخرى تقدم مقدم الخدمة من أجل عرض خدماته (كالنقل الخاص و تزيين الحقائق) . و في حالات أخرى يمكن للعميل الاستفادة من الخدمة دون أن يكون هناك اتصال مباشر بينه و بين المؤسسة الخدمية، فتشغيل قناة إذاعية مثلا لا يوجب لا من العميل أو المؤسسة التقدم الى الآخر من أجل الاستفادة من خدمات هذه الأخيرة . و عليه يمكن القول أن فهم قضايا التوزيع من قبل المؤسسة يتطلب أمرين أولهما فهم حاجة العميل إلى الاتصال المباشر بمقدم الخدمة من عدمه ، و الثاني بإمكانية تكثيف قنوات التوزيع و تعددها.

يمكن للأنظمة المقترحة من قبل الباحث Lovelock أن تساهم إيجابيا في العملية التسييرية للمؤسسة عبر طريقتين. أولاها من خلال معالجة الأسئلة الخمسة التي تم طرحها مسبقا و التي تمكن مديري التسويق من فهم أفضل لطبيعة المنتج الخدمي المقدم و نوع العلاقة التي تربط المؤسسة بعملائها ، و كذا فهم العوامل التي تسهم في إحداث التغيرات الحادة في الطلب ، إضافة إلى خصائص أنظمة تقديم الخدمات الخاصة بهم. إذ يجب أن يساعد هذا الفهم على التعرف على كيفية تأثير هذه

العوامل على الفرص التسويقية و بالتالي التأثير على طبيعة مهمة التسويق . ثانيا ، من خلال التعرف على الخصائص التي تشترك فيها خدماتهم مع الصناعات الخدمية الأخرى حتى وإن لم تكن في نفس القطاع ، و التي سيتعلم المدراء من خلالها رصد منافسيهم المباشرين و التعرف على أسواقهم المرجعية و طرح أفكار تسويقية جديدة عبر حل المشاكل التسويقية التي تتشارك فيها مع المؤسسات الخدمية الأخرى و هو ما يكسبها ميزة تنافسية.

المطلب الثالث : مفهوم الخدمة الصحية

باعتبار الخدمة الصحية شكلا من أشكال الخدمات الأكثر شيوعا لتقارب المعنى و المفهوم¹، إلا أن هذا النوع من الخدمات له خصوصية معينة نظرا لكونها مرتبطة بحياة الانسان و صحته ، بل بالأحرى تمثل المظهر الاجتماعي للتنمية . فبالرغم من شيوع استخدام هذا المصطلح إلا أنه لم يحصل اتفاق تام حول تعريف الخدمة كإطار يدخل في تحديد مفهوم الخدمة الصحية .

فقد عرفها "الدباغ" أنها "مجموعة من الوظائف التي تعمل على اشباع الحاجات البشرية المرتبطة بالبقاء و الاستمرار بشكل مباشر ، و ترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية و التعليمية و الاجتماعية و غيرها بشكل غير مباشر . بحيث تعطي للمرتاد القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفر الدعم لقدراته البيئية ، الحسية و النفسية و تمكن من تحقيق الأداء المطلوب"² . يشير التعريف أساسا أن الهدف الأسمى و المرغوب من الخدمة الصحية هو تحقيق الفاعلية في أداء الوظيفة الصحية و التي يسعى المجتمع من خلالها إلى تحقيق الفاعلية في أداء

¹ علي سكر عبود و اخرون : تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية ، المجلد 11، العدد 03 ، 2009 ، ص 56.

² نافع دنون حميد الدباغ : موقف المرتادين في خدمات المنشآت الخدمية الصحية ، دراسة ميدانية بمستشفى الخنساء التعليمي في مدينة الموصل، مجلة تنمية الرافدين ، العدد 88 ، المجلد 29 ، 2007 ، ص 108.

الوظيفة الصحية و منها إلى تحقيق التنمية الشاملة عبر البناء القوي للأفراد و تمكينهم من تحمل تبعات الأداء مهما بلغت درجات الضغوط .

في ذات السياق يمكن إدراج التعريف الذي قدمه "الدكتور ياسر البكري" ، حيث عرف الخدمة الصحية بأنها " العلاج المقدم للمرضى ، سواءا كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا و ينتج عنه رضا أو قبول و انتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"¹ . يشير البكري في مضمون تعريفه إلى أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاث أبعاد رئيسية تتمثل في : الصفة المميزة للخدمة التي ترتبط بجوهر الخدمة الصحية المقدمة و تكون من عدة إجراءات تشخيصية . بالإضافة إلى الخدمات الساندة أو التكميلية للخدمة الجوهر (كنظام حجز المواعيد ، الاستقبال ...) هذا فضلا عن المنافع المرجوة من تقديم الخدمة (الحد من الآلام ، الحد من التكاليف المستقبلية، زيادة الانتاج...) ².

ويذهب الاستاذ "دبون" إلى تعريفها على أنها "جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من اثار المرض"³. إذا ما أمعنا النظر في هذا التعريف يتبين لنا أنه يأخذ نفس نسق أو تعريف الوظيفة التسويقية ، فهي مجموعة من الأنشطة و التي يقصد بها في هذا التعريف بالعلاج ، التمريض ، الفندقية ، الاطعام...) و التي تكون قبلية (وقائية) ، انية (علاجية) و بعدية (تأهيلية).

¹ ثامر ياسر البكري : تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2005، ص 18.

² إبراهيم طلعت الدمرداش : اقتصاديات الخدمات الصحية ، مكتبة القدس ، مصر ، الطبعة الثانية ، 2006 ، ص 28.

³ دبون عبد القادر : دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة) ،مجلة الباحث ، العدد 11، 2012 ، ص 219.

في نفس الطرح السابق و في تعريف اخر مكمل و مؤكد لتعريف منظمة الصحة العالمية للصحة، يرى أن الخدمات الصحية هي "المنفعة أو مجموعة المنافع التي تقدم للمستفيد و التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة و تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية و العقلية و الاجتماعية ، و ليس فقط علاج الأمراض و العلل " ¹. و للإشارة ، فإن الخدمات الصحية تخضع حسب Kamy « et Darby إلى اعتبارات سلع الاعتقاد و التي تتعلق أساسا بالمنتجات و الخدمات التي لا يمكن للزبون أن يتحقق من جودتها و قيمتها إلا بعد استهلاكها ، لأنه لا يملك لا المعارف و لا القدرات اللازمة ليقوم بذلك ². كما يمكن في بعض الحالات أن تكون ضمن فئة سلع التجربة كون المريض يمكن له أن يتحصل على معلومات سابقة عن ما قد يلزمه كعلاج ، أو أنه يلجأ لنفس العلاج بصفة مستمرة لإصابته بمرض مزمن.

و من جهة أخرى تجمع بين الخصائص المميزة للخدمات عموما و خصوصية الخدمات الصحية، يورد الدكتور "ياسر البكري" في كتابه " إدارة المستشفيات" أن الخدمات الصحية هي " أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف اخر ، و يكون جوهره غير ملموس و لا ينتج عنه أي تملك ، و أن انتاجه قد يكون مرتبط بإنتاج مادي أو قد لا يكون ³. جاء هذا التعريف ببعض الخصائص و التي تميز الخدمات الصحية كالجانب غير الملموس للخدمة و خاصية عدم التملك مثل ما هو بالنسبة للمنتجات المادية من السلع ، بمعنى إمكانية الانتفاع بالخدمة لتلبية حاجة ما دون تملكها.

¹ يوسف عبد الاله أحمد : تأثير تحليل البيئة الداخلية في جودة الخدمة الصحية "دراسة استطلاعية في مستشفى العلوية التعليمي للولادة ، مجلة العلوم الاقتصادية و الادارية ، المجلد 19 ، العدد 70 ، جامعة بغداد ، 2013 ، ص 162.

²Youssef Mahyaoui : **Etude Juridico-economique de la contractualisation dans les systèmes de soins**, Université de Paris, Doctorat le système de soins hospitalier , 2003, p39.

³ ثامر ياسر البكري :إدارة المستشفيات"، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن، 2005، ص 219.

إن التعريف المتكامل و الشامل لكل ما سبق طرحه يشير إلى تحقيق التكامل بين العناصر الملموسة و غير الملموسة لكي تحقق الاستفادة و الإفادة من الخدمة الصحية. فالخدمات الصحية تعتمد على وسائل و تقنيات صالحة عمليا و علميا و سليمة و مقبولة اجتماعيا و ميسرة لكل استخدامات الأفراد بشكل تام و بتكاليف منخفضة نسبيا ، يمكن توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطوير بالاعتماد على تحديد الاحتياجات الصحية للمرتادين بصفة خاصة و للمجتمع بصفة عامة¹.

انطلاقا من التعاريف السابقة ، يمكننا عرض بعض خصائص الخدمات الصحية و التي لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات التي سبق و أن تطرقنا إليها ، إلا أنها تتميز في البعض منها و التي يمكن أن نوردتها فيما يلي :

1- الخدمات الصحية هي خدمات فردية "شخصية" :

نظرا لاختلاف طبيعة الأفراد و طريقة تجاوبهم مع المرض و تباين حالاتهم النفسية ، تتباين الخدمات الصحية من فرد لأخر حتى أنها تختلف حتى بالنسبة للفرد الواحد حسب طبيعة مرضه. لهذا الغرض يتم تقديم الخدمات الصحية مباشرة للفرد المعني بالعلاج² . تؤكد هذه الخاصية إلزامية اشتراك العميل ، كون الخدمات الصحية تتطلب درجة عالية من الاتصال و التفاعل بين المريض

¹ نافع ذنون حميد الدباغ ، سندية مروان سلطان :افاق توظيف التقنيات الطبية في تحقيق جودة الخدمة الصحية (بالتطبيق على بعض مستشفيات محافظة نينوي) ، مجلة تنمية الرافدين ، المجلد 32 ، العدد 101 ، كلية الادارة و الاقتصاد، جامعة الموصل ، 2010 ، ص 197.

² فريد توفيق نصيرات :إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2008 ، ص 172.

و مقدم الخدمة ، إذ يعتبر المريض أحد المدخلات الرئيسية لإنتاج الخدمة و هو في نفس الوقت أهم مخرجاتها الرئيسية لكن بعد تغيير حالته¹. هذا و من جهة أخرى يرجع إسناد هذه الخاصية للخدمات الصحية إلى محدودية وظيفة مقدم الخدمة (الطبيب) بحكم تخصصه في مجال معين دون غيره. بالرغم من هذا ، إلا أنه لا يمكن تعميم هذه القاعدة في مجال الخدمات الصحية حيث أنها لا تنطبق على الحملات الصحية التوعوية و التي تكون جماهيرية و موجهة للعامة².

2- الخدمة الصحية سلع عامة :

تتميز هذه الخدمات بحساسيتها من طرف الجمهور و تخضع الى درجة كبير للتأثيرات الخارجية ، حيث تسعى المؤسسة الخدمية من خلال تقديمها إلى تحقيق المنفعة العامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها ، سواء كانوا أفرادا أو هيئات أو منظمات³. تتميز هذه الخاصية بدورها بخاصيتين فرعيتين و هي كما حددها كل من Musgrave و Boston سنة 1976 ، المنافسة و الإقصاء⁴. فالخاصية الأولى تعني أن الفرد يدخل في علاقة تنافسية مع شخص اخر في الحين الذي يكون فيه بصدد الانتفاع من نفس الخدمة. أما الخاصية الثانية فتقضي باحتمال إقصاء البعض من فوائد الخدمة بسبب ارتفاع تكاليف الخدمة مثلا⁵.

¹ مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن : دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعات الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات ، أطروحة دكتوراه ، تخصص إدارة الأعمال ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة ، مصر ، 2001 ، ص 46.

² زكي خليل المساعد : تسويق الخدمات الصحية ، دار حامد للنشر و التوزيع ، الأردن ، 1998 ، ص 24.

³ بديسي فهمية ، زويوش بلال : جودة الخدمات الصحية - الخصائص ، الأبعاد و المؤشرات - ، مجلة الاقتصاد و المجتمع ، جامعة قسنطينة 2 ، العدد 7 ، 2011 ، ص 140.

⁴ أمين عبد العزيز حسن : الطلب على الخدمة الصحية و نظم تسويقها ، مجلة الادارة ، إتحاد جمعيات التنمية الادارية ، المجلد 25 ، العدد 3 ، القاهرة ، 1993 ، ص 67.

⁵ عدنان مريزق : واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2008 ، ص 21.

3- الخدمات الصحية مستمرة غير قابلة للتأجيل:

من أهم متطلبات الخدمات الصحية الاستمرارية و السرعة في الأداء ، فإصابة الفرد بالتهاب في الزائدة الدودية مثلاً يتطلب سرعة تقديم الخدمات اللازمة فور ظهور الأعراض الأولى الدالة عليها و إلا سيؤدي ذلك بحياة المريض¹. و عليه فاتصاف الخدمات الصحية بالسرعة و الإلحاح يتطلب انتشار منافذ تقديم الخدمة (مكاني) و سرعة استقبال و الاستجابة للحالات المختلفة في أي فترة زمنية (انتشار زمني)². فضلاً عن كون المؤسسات الصحية مطالبة بالسرعة و الإلحاح و الحرص على تقديم خدمات ذات جودة عالية ، فهي مطالبة أيضاً بإدامة و استمرارية تلك الخدمات ، بمعنى استمرار العلاقة ما بين طالب الخدمة و مقدميها (إرشاد و توجيه)، و انشاء علاقات تعاون و تنسيق مستمر بين المؤسسات الصحية و مقدمي الخدمة³.

4- تذبذب الطلب على الخدمات الصحية :

عدم استقرار الطلب على الخدمات الصحية راجع في الأساس إلى عدة عوامل ، كالظروف البيئية المحيطة ، حاجة الفرد للعلاج ، انعدام الاستقرار الأمني و غيرها . الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة التنبؤ بالطلب على هذه الخدمات⁴. فقد يزداد الطلب على الخدمات الصحية خلال فترات زمنية وجيزة أو مواسم معينة كزيادة الطلب على الخدمات الصحية خلال الموسم الشتوي أو انتشار عدوى مرض معين⁵ . لذا على المؤسسات الصحية و الجهات الوصية أن تأخذ هذه الخاصية بعين

¹ زكي خليل المساعد ، المرجع السابق ، ص ص 26-27.

² محمد محمد إبراهيم : طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية ، المجلة العلمية لكلية التجارة ، جامعة أسيوط ، العدد 4 ، السنة الثالثة ، 1983، ص 28.

³ زكي خليل المساعد ، المرجع السابق ، ص 26

⁴ ردينة عثمان يوسف : التسويق الصحي و الاجتماعي ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2008 ، ص 103.

⁵ عدنان مريزق ، المرجع السابق ، ص ص 20-21.

الاعتبار من أجل الاستعداد المبكر لمثل هذه التقلبات بهدف الاستجابة لأقصى حد ممكن من الخدمات المطلوبة .

يذهب بعض الباحثين في مجال اقتصاديات الصحة إلى إضافة مجموعة من الخصائص الاقتصادية و التي ترجع في الأساس إلى وضعية السوق الذي تقدم فيه الخدمة ، و تتمثل فيما يلي¹:

1- خصائص تقتصر على جانب الطلب للخدمات الصحية : و تتمثل فيما يلي :

- الخدمة الصحية هي سلعة جماعية ، أي تقد منافع لمستهلكها و كل شخص يحيط به².
- تمثل الخدمة الصحية شراء ضغط ، فدخل المريض غرفة العمليات يعد أمرا غير مستحب و متعب نفسيا إلا أنه ضروري لاستعادة عافيته.
- تعد الخدمات الصحية إنفاقا استهلاكيا ، فشراء المريض لآلة قياس الضغط مثلا تعطي منفعة و خدمات على مدى فترة زمنية .
- الطلب على الخدمة الصحية يعد طلبا مشتقا *من الطلب على الصحة ككل .

2- خصائص تقتصر على عرض الخدمات الصحية : و تتمثل في :

- خضوع أسواق الخدمات الصحية إلى التدخل و التنظيم الحكومي خاصة المؤسسات التابعة للقطاع العام³.

¹ المرجع السابق ، ص ص 22-23.

² أسامة عبد الحليم مصطفى : تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية و اثاره الاقتصادية ، مجلة البحوث التجارية ، المجلد 22 ، العدد 2 ، كلية التجارة ، جامعة الزقازيق ، مصر ، 2000 ، ص 33.

* **الطلب المشتق**: هو مصطلح اقتصادي يطلق على السلع الوسيطة التي تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي . بالتالي فإن الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع أو الخدمات التي تساعد على انتاجها.

³ ثامر ياسر البكري : إدارة المستشفيات ، المرجع السابق ، ص 59.

- كثافة استخدام العنصر البشري من طرف المؤسسات الصحية من أجل انتاج خدماتها .
- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير لما تستلزمه المستشفيات من تشييد و تجهيز و تدريب .

المطلب الرابع : أشكال الخدمة الصحية و معايير تقديمها.

اختلف معظم الباحثين في مجال الخدمات الصحية حول تصنيف هذه الأخيرة أو وضع إطار موحد يجمع بين مختلف أشكالها . فقد تعددت المعايير التي تم على أساسها التقسيم و التي سنورد بعضها فيما يلي:

1- الخدمات الصحية حسب مختلف التعاريف :

إذا ما انطلقنا من التعاريف و المفاهيم الخاصة بالخدمات الصحية و حسب معظم النظم الصحية العالمية ، نجد أنها تحصرها في أربعة أشكال فقط تمثلت في " الخدمات الوقائية ، العلاجية ، التأهيلية و خدمات الارتقاء بصحة الفرد) و هذا كما يلي :

- **الخدمات الوقائية "قبلية" :** هي تلك الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الانسان و وقايتها من الأمراض المعدية و الأوبئة ، و الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد¹.

- **الخدمات العلاجية " آنية" :** هي تلك الخدمات التي تقدم بعد حدوث المرض ، و تتم عبر الفحص و التشخيص و إلحاق المريض بإحدى المؤسسات العلاجية و التكفل به من جميع النواحي (معينة ، أدوية ، تغذية...) ¹.

¹إلهام يحيوي ، ليلي بوحديد : تقييم جودة الخدمات الصحية و مستوى رضا الزبائن عنها (دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة) ، مجلة الباحث ، العدد 14 ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، 2014 ، ص 334.

- **الخدمات التأهيلية "بعدية"** : فهي تشمل متابعة و تأهيل المرضى المعاقين أو المصابين جراء الحوادث ².

- **خدمات الارتقاء بصحة الأفراد "توعوية"** : تركز هذه الخدمات على أهمية الغذاء الصحي و المتوازن للفرد ، و أهمية الرياضة و الراحة و النظافة الشخصية ، فضل عن السلوك الصحي السليم كالامتناع عن العادات المدمرة للجسد كالتدخين ³.

تجدر الإشارة إلى أن بعض الباحثين يدرجون الخدمات السابقة ضمن الخدمات الصحية الشخصية التي تأخذ بدورها عدة أشكال ، كخدمات الرعاية الخارجية ، خدمات الرعاية الداخلية و خدمات الرعاية طويلة الأجل .

2- الخدمات الصحية حسب النظم الصحية :

من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي و النوعي الذي تتطلبه الحياة الحديثة و مقتضيات التحول السريع، يتم تصنيف الخدمات التي تقدمها مختلف النظم الصحية إلى أربع مستويات كما يلي :

- **الرعاية الصحية الأولية** : عرفت منظمة الصحة العالمية على انها " توفير الرعاية الصحية الأساسية الميسرة لجميع الأفراد في جميع المجتمعات ، بتكاليف يمكن للبلد و المجتمع توفيرها و المعتمدة على وسائل و تقنيات صالحة عمليا ، سليمة علميا و مقبولة اجتماعيا ،

¹أسامة الفراج : تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية ، المجلد 25 العدد 2، 2009 ، ص 55.

² علي سكر عبود ،عبود فاطمة عبدالرزاق، عبود حمزة نجم: تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية ، المجلد 11 ، العدد 3 ، 2009 ، ص 56.

³ ثامر ياسر البكري : تسويق الخدمات الصحية ، المرجع السابق ، ص 60.

و بمشاركة تامة من أفراد المجتمع ، في كل مرحلة من مراحل التطور ¹. لا بد أن تشمل هذه الخدمات : توعية المجتمع بشأن المشاكل الصحية السائدة ، تعزيز الصحة و الوقاية من الأمراض ، توفير الغاء الصحي الكافي و المياه الصالحة ، توفير المرافق الصحية الأساسية و الاهتمام برعاية الطفولة و الأمومة ، الوقاية من الأمراض المتوطنة و مكافحتها، توفير اللقاحات و الأدوية الأساسية ².

- **الرعاية الصحية الثانوية :** تعرف الرعاية الصحية الثانوية على أنها المستوى الذي يحوي التخصصات الطبية الرئيسية ، حيث يشمل هذا المستوى خدمات الاسعاف ، الخدمات الاستشفائية و الطبية المتخصصة ،خدمات الدعم التشخيصية أو العلاجية ، خدمات الطوارئ و كذا خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية ³.

- **الرعاية الصحية الثالثة "التخصصية":** يجب أن يركز تعريف الرعاية الثالثة على شروط الصحة العامة و على العلاج و الاختبارات المقبولة من حيث التكلفة و التي يمكن توفيرها على مستويات مختلفة من النظام الصحي (مراكز الرعاية الصحية الأولية ، مراكز الصحة العمومية والكليات الطبية) و لجميع الأفراد ⁴. إذ توجه بعض الحالات مباشرة إلى مستوى الرعاية التخصصية عند عجز المستوى السابق عن مواجهتها ، و هذا بهدف تقديم نوع معين من الخدمات المتخصصة و التي تقدم علاجيا أو جراحيا أثناء تنويم المريض في المستشفى.

¹ Talbot.L , Verrinder.G , Promoting Health : Teh Primary Health Care Approach, 4th Edition ,Elsevier Australia, , 2010 , p 3.

²Franklin White :Primary Health care and public health : Foundations of universal health systemes , medical principales and practice , international journal of the Kuwait university health sciences center ,Vol 24 , N°1 , 2015 , p 105

³ Alacoque Lorenzini Erdmann and other :Secondary Health care : best practices in the health services network , Revista Lation-Americana de enfermagem , Special issue , 2013 , p 133.

⁴ Anand Zachariah : Tertiary Healthcare Within universal system ;some reflections , Economic and political weekly , Vol 48 , N°12 , 2012 , p 40.

ما يميز هذا المستوى أنه يشمل أخصائيين ذوي كفاءات عالية و يتوفر على تقنيات متطورة أكثر تعقيدا إضافة إلى طول مدة الإقامة و توفير عناية مركزة ¹.

- **الرعاية الصحية التأهيلية :** يشمل هذا المستوى ، الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة أو لمرضى لا يأمل في شفائهم ، حيث يتم تأهيلهم من أجل التعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم و إعادة دمجهم في المجتمع .

3- الخدمات الصحية حسب أهميتها :

تم تقسيم الخدمات الصحية حسب الأهمية المبتغاة من خلال الحصول عليها و الاستفادة منها إلى:

- **الخدمات الصحية البسيطة :** هي تلك الخدمات التي يمكن للمريض أن يتحصل عليها دون تكبد أي عناء عبر المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات التشخيصية ، العلاجية و الوقائية و حتى بعض الجراحات البسيطة ².
- **الخدمات العلاجية المعقدة :** تتناسب الخدمات التشخيصية و العلاجية المعقدة مع طبيعة الحالة الصحية التي يمر بها المريض و التي تقدمه المؤسسات الصحية التي تتوفر على الخدمات الطبية التخصصية ذات المهارات العالية كجراحة القلب و زراعة الأعضاء ³.

4- حسب الغرض من تقديم الخدمات الصحية:

تم تقسيم الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى صنفين كما يلي ¹ :

¹ Sheila Twinn and al, **Community Health Care Nursing : Principles for Practice**, Elsevier Health Sciences, 2002 , p 161.

² محمد عبد المنعم شعيب : إدارة المستشفيات : منظور تطبيقي - الادارة المعاصرة ، خدمات الاسكان ، مكافحة العدوى ، التدريب و التنقيف الصحي - الجزء الثامن ، دار النشر للجامعات ، مصر ، 2014 ، ص 124.

³ بشري عبد إبراهيم : قياس جودة الخدمات الصحية -دراسة استطلاعية في مستشفى ابن بلدي للنسائية و الأطفال ، مجلة الكرت للعلوم الاقتصادية و الادارية ، العدد 16 ، جامعة واسط ، العراق ، 2014 ، ص 399 .

- **خدمات صحية شخصية :** هي الخدمات التي تقدم للمريض بشكل مباشر و تشمل كل من الخدمات الوقائية و العلاجية و التأهيلية و التي تقدم من قبل الفريق الطبي و التي تأخذ بدورها عدة أشكال هي : خدمات الرعاية الخارجية ، خدمات الرعاية الداخلية و خدمات الرعاية طويلة الأجل.
- **خدمات الصحة العامة :** يهدف هذا النوع من الخدمات إلى حماية صحة المجتمع ككل و الارتقاء بها ، و تقع هذه الخدمات على عاتق الدولة عبر ممثليها "وزارة الصحة ". تتمثل أنشطتها في مكافحة الأمراض المعدية ، مراقبة الجوانب المهمة في السلامة البيئية ، الاشراف على حماية الطفولة و الأمومة ، توعية المواطنين و وضع التشريعات و اللوائح التنظيمية الضابطة للسياسات التي تكفل صحة الفرد و المجتمع .

5- حسب درجة أهمية حضور المستفيد :

تقسم بدورها الخدمات حسب هذا المعيار إلى صنفين²:

- **الخدمات الصحية المباشرة :** تتطلب الحضور الجسدي للمستفيد من الخدمة و الذي يدخل من خلالها في علاقة تفاعلية مع مقدم الخدمة (كخضوع المريض لعملية جراحية)
- **الخدمات الصحية عن بعد :** يتم من خلالها نقل المعلومات الطبية عبر وسائط صوتية مرئية بغرض الاستشارة الطبية أو التشخيص عن بعد باستخدام تكنولوجيا الاتصالات (ايصال تقارير طبية ، برامج توعوية ، إرشاد ...) . و بالتالي فهي لا تتطلب مشاركة فعلية للمريض من أجل الاستفادة من الخدمة الصحية.

¹ طلال بن عايد الأحمدى : إدارة الرعاية الصحية ، معهد الادارة العامة ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2004 ، ص ص 25-26.

² بشرى عبد إبراهيم ، المرجع السابق ، ص 399.

تكملة للطرح السابق حول مختلف التصنيفات التي جاد بها الباحثون في مجال الخدمات الصحية ، نجد بعض التصنيفات العامة ، حيث تم تقسيم الخدمات الصحية على أساس الدافع منها إلى خدمات ربحية (كالعيادات و المستشفيات الخاصة و التي تقدم خدمات ذات تكاليف مرتفعة نسبيا)، و الأخرى مجانية تهدف أساسا إلى الحفاظ على صحة و سلامة المجتمع (تتمثل في الخدمات التي تقدمها الدولة عبر مراكزها الصحية و المستشفيات العمومية و التخصصية). أما من وجهة نظر أخرى يتم تصنيف الخدمات الصحية حسب طبيعتها إلى الفحوصات و الاستشارات ، و التي تمثل دافع التفاعل بين المريض و مقدم الخدمة ، و كذا الخدمات السريرية (عبر تأمين الإقامة للمريض) ، و خدمات الامداد المدعمة للأنشطة السابقة (كالترميم ، الصيانة و النقل...الخ)، هذا فضلا عن الخدمات الادارية و التي تنظم مختلف الأقسام .أما الخدمات التقنية فهي تضم جميع الوسائل التقنية التي تدعم الخدمات السابقة. و الشكل الموالي يلخص الطرح السابق :



شكل رقم (1-9) : تصنيف الخدمات الصحية .

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمختلف التصنيفات

هذا و يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة و الكفاءة و

الفعالية و العدالة ، و هذه المعايير هي التي تحدد من سيستفيد من تلك الخدمات ، و بأي مستوى.

فقد حددها "إبراهيم طلعت الدمرداش " في كتابه "اقتصاديات الخدمات الصحية كما يلي ¹:

1- معيار التكلفة :

خصوصية الخدمة الصحية و تميزها عن باقي الصناعات الخدمية أدى الى صعوبة إدارتها و

التخطيط و الرقابة على التكاليف الخاصة بها . الأمر الذي فرض إلزامية الدفع مقابل الحصول

¹ إبراهيم طلعت الدمرداش ، المرجع السابق ، ص ص 31-32

عليها إما بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، و هو ما أوجب على المديرين و الأطباء الاهتمام أكثر بتحديد هذه التكلفة ، عبر مراعاة الحد الأعلى الذي لا يجب أن تفوقه هذه الأسعار و كذا تجنب الفاقد و التخلص من الخدمات التي لا تعود بالمنفعة مع تحديد الحدود الدنيا التي يجب أن لا تقل الخدمات الصحية دون مستواها.

2- معيار الفعالية :

إن تمويل الخدمات الصحية من مختلف مصادرها يحتاج إلى فاعلية أكثر في إدارتها عبر استخدام الطرق الحديثة لتنظيم التمويل و تقديم الخدمات. حيث يحتاج هذا الأمر إلى جملة من الاجراءات كزيادة فعالية الانفاق ، مكافأة مقدمي الخدمة ، زيادة المشاركة المجتمعية في تمويل و تقديم الخدمات المطلوبة ضمن الاستراتيجيات العامة للدولة ، فضلا عن وضع معايير القياس و الجودة و تقديم الرعاية الصحية الأولية و تطوير و تمويل البحث العلمي في هذا المجال و غيرها.

3- معيار الكفاءة :

إن مفهوم الكفاءة أشمل و أدق من مفهوم التكلفة ،كون أن قياس الكفاءة يتطلب مقياسا دقيقا للمنافع التي تقدمها الخدمات الصحية . ففي حالة ما إذا تعددت الاجراءات و أدت إلى نفس النتيجة ، فالأصح و الأفضل اختيار أقلها تكلفة مما يسمح بتقديم خدمات أكثر بنفس الفعالية و التكلفة. كما أن تقديم خدمة بنفس المستوى من الكفاءة و بأساليب مختلفة ، يوجب اختيار الأسلوب الأقل تكلفة أيضا.

4- معيار العدالة :

هي مبدأ يقتضي ضمنا إعادة توزيع الخدمات و السلع الصحية المنتجة . حيث أن أحد المبادئ الأساسية للخدمات الصحية العامة و غيرها من نظم الخدمات الصحية يوجب تقديم العلاج على

أساس الحاجة إليه و ليس على أساس توافر الأموال . و هو ما أكده John Rawls في كتابه " A Theory of Justice " ، حيث أقر بضرورة التفاوت في العلاج الطبي لينفي بذلك فكرة العدالة المطلقة بناء على مبدأ الاختلاف في الاحتياجات ¹ .

5- معيار الأمان الصحي :

لا يقتصر معنى الأمان الصحي على مجرد شعور الفرد بتوفر خدمات صحية كفؤة و فعالة و إنما يتعدى إلى شعوره بالاحتماء تحت مظلة من الرعاية الصحية حتى و إن لم يكن في حاجتها طول حياته . فقد يحدث أن يحتاج الفرد إلى هذا الغطاء الصحي الكامل المخلص و المنقذ من كل الطوارئ غير المتوقعة ، كحالات الحوادث الطارئة مثلا أو الاصابة بمرض مزمن أو خطير و التي لا يستطيع الفرد تغطية جميع تكاليفها².

المبحث الثالث : قراءة في متغير جودة الخدمة .

يرجع اهتمام الباحثين بجودة الخدمة إلى التأثير المباشر لمستوى هذه الجودة على ربحية المؤسسة ومركزها التنافسي و حصتها السوقية . حيث أجريت دراسة قامت بها الجمعية الأمريكية للإدارة سنة 1992 ، اتضح من خلالها أن 78% من مديري المؤسسات الخدمية في كل من أمريكا ، كندا ، اليابان و أوروبا الغربية يعتقدون أن تجويد الخدمة هو أهم عناصر الميزة التنافسية³. لهذا الغرض ، سنقوم فيما يلي باستعراض أهم المفاهيم المتعلقة بكل من متغيري الجودة و الجودة في القطاع الخدمي.

¹ جون رولز : النظرية في العدالة ، ترجمة ليلى الطويل ، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب ، سوريا ، 2011 ، ص 95.

² إبراهيم طلعت الدمرداش ، المرجع السابق ، ص 32

³ أحمد بن عيشاوي : إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية ، مجلة الباحث العدد 4، كلية الحقوق و العلوم الاقتصادية ، جامعة ورقلة ، 2006 ، ص 7.

المطلب الأول : الإطار التاريخي و النظري للجودة

تعتبر الجودة من الأمور الفاصلة و الحاكمة في القرار النهائي للمستهلك ، الأمر الذي استدعى من مديري المؤسسات الخدمية و الصناعية لاتخاذها عمودا ترتكز عليه في إدارتها . فنظرا لأهمية هذا المفهوم و دوره في اكتساب مزايا تنافسية عبر زيادة الانتاجية و بالتالي زيادة الربحية ، خفض التكاليف ، استقطاب زبائن محتملين و تحقيق الولاء... ، ارتأينا أن نسلط اهتماماتنا البحثية حول إعطاء إطار مفاهيمي شامل للجودة و تطورها التاريخي .

1- مفهوم الجودة :

تعددت التعاريف المتعلقة بالجودة بسبب تعدد المداخل من أجل تحديد مفهومها ، ما نتج عنها عدة محاولات تسعى لإبراز سمة معينة تتمحور حولها ، و هو ما أدى إلى استحالة وضع تعريف موحد و مقبول¹.

فمن بين التعاريف التي فرضت نفسها على الفكر الإداري نجد تعريف Crosby في كتابه " La Qualité c'est gratuit " حيث عرف الجودة على أنها " المطابقة مع المتطلبات"². ليعرفها Juran من خلال كتابه « gestion de la qualité » بأنها "مدى ملاءمة المنتج للاستخدام " ³. أما Deming فعرفها بأنها "توقع احتياجات الزبون الحالية و المستقبلية و ترجمتها إلى سلعة أو خدمة بأقل سعر ممكن ، و هذا ما يمثل قيمة جديدة للزبون و الأرباح بالنسبة للمنظمة"⁴.

¹ Soudabe Saraei, Amir M.Amini : **A study of service quality in rural ICT renters of Iran by SERVQUAL**, Telecommunications Policy, Department of Agriculture, University of Technology, Isfahan, Iran, 2012 , p2.

² Bertrand Louapre: **La qualité s'il vous plaît !**, les éditions d'organisation, Paris, 1992 , p 23.

³ اسم نايف علوان : **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001 : 2000** ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان، 2005 ، ص 20

⁴ رعد حسن الصرف : **عولمة جودة الخدمة المصرفية** ، دار التواصل العربي ، عمان الأردن ، 2007 ، ص 40.

هذا و قد كان لمختلف الجمعيات الفضل في تحديد مفهوم الجودة ، فقد عرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة على أنها " مجموعة مزايا و خصائص المنتج أو الخدمة القادرة على تلبية حاجات المستهلكين " ¹. كما عرفت الجمعية الفرنسية للتقنيين ضمن المواصفات القياسية الدولية الإيزو 9000 طبعة 2000 بأنها "قدرة مجموعة من الخصائص و المميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء " ².

جاء هذا التعدد و التنوع في تعاريف الجودة ، قام "David Garvin" من خلال مقاله الذي صدر سنة 1984 تحت عنوان What Does Product Quality Really Mean ؟ بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل كما يلي ³:

- **مدخل الإمتياز:** يعني أن الجودة هي عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة. و يشير هذا المدخل إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية و الجودة الرديئة وفق معايير محددة مسبقا.
- **مدخل يعتمد على المنتج:** الجودة هي مجموعة من الصفات و الخصائص يمكن قياسها و تحديد كميتها ، أي مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعة من قبل المؤسسة.
- **مدخل يعتمد على العميل :** الجودة هي ملاءمة المنتج للاستعمال ، أي قدرة أداء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا العميل و تشبع رغباته. فكلما كانت درجة رضا العميل عالية بمنتج المؤسسة كلما كان ذو جودة عالية.

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي : إدارة الجودة الشاملة ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2005، ص 14

² Daniel Duret , Maurice pillet : **qualité en production : de Iso 9000 à Six sigma** , 2eme édition , édition d'organisation, Paris 2002 ,p 21.

³ محمد خثير: المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة -دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية، مذكرة دكتوراه في علوم التسيير، فرع إدارة أعمال ، المدرسة العليا للتجارة ، الجزائر، 2010، ص 52.

• **مدخل يعتمد على التصنيع:** الجودة هي صنع منتجات خالية من العيوب و هذا من خلال مطابقتها للمواصفات الموضوعة مسبقا من قبل المؤسسة.

• **مدخل يعتمد على القيمة :** يتحدد تعريف الجودة على أساس التكلفة و السعر و عدد من الخصائص الأخرى ، فالجودة هي الامتياز الذي يمكن للعميل أو المؤسسة أن تتحمله. أي أن ارتفاع السعر أفضل دليل على الجودة.

تجدر الإشارة إلى أن تباين تعاريف الجودة و تنوعها أعرب عن ظهور اتجاه آخر ، حيث تم تصنيفها في مجموعات رئيسية وفقا للأساس الذي ينطلق منه التعريف¹. فقد عرفت خلال مرحلة التصميم بأنها تعبير عن وجهة نظر المصمم للسلعة أو الخدمة و تندرج تحت عنوان " **جودة التصميم**". أما تعريفها خلال مرحلة الإنتاج فهو يعبر عن وجهة نظر المنتج للسلعة أو الخدمة حيث تندرج تحت عنوان " **جودة المطابقة**". كما أنها عرفت خلال مرحلة استعمال المستهلك الأخير أو المنتفع من السلعة أو الخدمة على أنها وجهة نظر المستهلك حيث تندرج تحت عنوان " **جودة الأداء**".

انطلاقا من التعاريف و المداخل و التوجهات السابقة ، نلاحظ أنها تركز على عدة اتجاهات ، فبالرغم من اختلاف الأصول الفكرية للمهتمين بهذا الموضوع إلا أن الجودة تعبر عن كل ما سبق ذكره². و بهذا فإن مفهوم الجودة هو محصلة الأنشطة و الجهود للوصول إلى المطابقة للمواصفات بهدف تحقيق أقصى رضا للمستفيد من جهة و خلق القيمة من جهة أخرى ، و هي تركز عموما على ستة محاور أساسية هي : أمانة ، مقبولة ، مناسبة ، ذات كفاءة ، سهولة المنال و فعالة.

¹ رعد الطائي و اخرون: تقويم جودة الدراسات العليا في إحدى كليات جامعة بغداد في ضوء بعض العوامل المؤثرة فيها، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، المجلد 6، العدد 11، 2012، ص 67.

² Siew-Phaik Loke, and al: **Service Quality and Customer Satisfaction in a Telecommunication Service Provider**, International Conference on financial Management and Economics, IPEDR ,vol.11, Singapore,2011.

2- تطور مفهوم الجودة :

إن الافتراض الذي جاءت به الكتابات الحديثة و الذي يرجع الجودة إلى أيام الثورة الصناعية أو قبلها بفترة قصيرة ليس صحيحا ، لأن المتخصص و الدارس لتاريخ الحضارات البشرية يتضح له جليا بأن الجودة هي وليدة الحضارات الإنسانية القديمة التي دعت إليها و ساهمت في تطور فلسفتها ، و في مقدمتها الحضارة البابلية على يد ملكها حمورابي (حوالي 1700 سنة قبل الميلاد)¹ ، و قوانينه الذي سنّها من عبر مسلته المشهورة*. هذا و غيرها من الحضارات التي توالى و التي تؤكد لنا معالمها التي مازالت قائمة إلى يومنا هذا عن مدى الاتقان و التنظيم و التحكم في عملية تشييدها . إلا أننا نكتفي بطرح نبذة عن التطور الحديث .

إن تطور مفهوم الجودة و بلورة أفكاره وصولا إلى فلسفة إدارة الجودة الشاملة لم يأتي دفعة واحدة، إنما كان نتيجة لإضافات علمية و عملية كبيرة على المستويين الفكري و التطبيقي . فمع ظهور المصنع الكبير إبان الثورة الصناعية ، تحول الحرفي - الذي كان إسمه و لفترة طويلة من الزمن مرتبطا بضمان الجودة- إلى مجرد عامل بسيط في معمل . و مع تنامي انفصال الملكية عن العملية الانتاجية المباشرة ظهرت ممارسات جديدة لإدارة المصانع ، توالى مراحلها وصولا إلى أسلوب إدارة الجودة الشاملة . و نظرا لترايط المراحل التي مر بها مفهوم الجودة ، ارتأينا أنه من الأنسب سرد تاريخ هذا التطور و عرض مضامينه عبر الجدول الموالي:

¹ سكر فاطمة الزهراء : أهمية تعزيز الجودة في رفع رضا العميل، رسالة ماجستير، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007 ، ص 8.

* المادة 229 من مسلة حمورابي" إذا قام أحدهم بإنجاز مهمة بناء بيت غير مطابق للمواصفات وتسبب البيت في وفاة المالك أو ابنه فإن العقوبة هي الحكم بالموت للشخص الذي قام بعملية البناء أو ابنه أيضا" .

جدول رقم (1-2) : التطور التاريخي للجودة

السنة	المضامين الأدبية و العملية
المرحلة الأولى (1900-1920) : مرحلة الفحص أو التفتيش	
1911 (Taylor)	قام تايلور بالتقسيم العلمي للعمل (دراسة الوقت و الحركة) بهدف زيادة الفعالية عبر تجويد العمل و بالتالي الانتاجية
(Ford)	أضافة شركة فورد بعدا جديدا تمثل في تنميط المنتج و انتاجه بأعداد كبيرة ، بهدف تخفيض تكلفة الوحدة الواحدة
المرحلة الثانية (1920-1940) : مرحلة الرقابة الاحصائية على الجودة	
1931 (W.A.Shewhart)	إدخال المبادئ الأولية للمراقبة الاحصائية للجودة و استخدام طريقة لاكتشاف التالف (مخطط شيوهارت)
المرحلة الثالثة (1940-1980) : مرحلة ضمان أو تأكيد الجودة	
1941 (Deming)	تعليم تقنيات السيطرة على الجودة و العمل على تطبيقها
1949	إنشاء المنظمة الدولية للمعايير القياسية
1951 (Joran)	ظهور فكرة التلف الصفري من خلال نشر جوران لكتابه حول الرقابة على الجودة
1956 (Armand Feigenbaum)	ظهور مصطلح الرقابة الشاملة على الجودة و التأكيد على ضرورة تبني الجودة في مرحلة التصميم و بالتالي الوقاية من الأخطاء بدل تصحيحها
1962 (K.Ishikawa)	ظهور فكرة حلقات الجودة
1979-1970 (Crosby)	نشر كروسبي لكتاب "حرية الجودة " و تحديد مفهوم التلف الصفري
المرحلة الرابعة (1980 إلى يومنا هذا) : مرحلة إدارة الجودة الشاملة	
1980	نفوذ الأفكار اليابانية في أمريكا و الاعتراف بنجاح ديمينغ في الادارة اليابانية
1981	استدعاء إدارة شركة فورد لديمنغ عبر عقد ندوات مع مجلس الادارة من أجل نقل خبراته فيما يخص أهمية و ضرورة توطيد العلاقة بين المنتجين و خبراء الجودة.
1982 (Deming)	نشر ديمينغ لكتاب الجودة الانتاجية و الموقع التنافسي
1986 (Bill Smith)	ظهور أسلوب الستة سيigma (Six Sigma) من قبل شركة موتورولا (صفر عيب)
1987	إصدار المجموعة الأولى لمعايير إدارة و ضمان الجودة ISO 9000
1993	تدريس مدخل الجودة الشاملة بشكل واسع في الكليات و الجامعات الأمريكية

المصدر : من إعداد الباحثة

أهم ما يميز المراحل التي مر بها مفهوم الجودة و صولا إلى إدارة الجودة الشاملة هو الترابط و التكامل بينها، فكل مرحلة تحوي سابقتها مع إضفاء بعض التعديلات سعيًا للوصول إلى أسلوب مقبول علميا و صالح عمليا . و عليه ، و انطلاقا من الجدول السابق و تبعا لأغلب الأدبيات الإدارية ، يمكن أن نقسم هذه المراحل إلى ¹:

• **مرحلة الفحص أو التفتيش:**

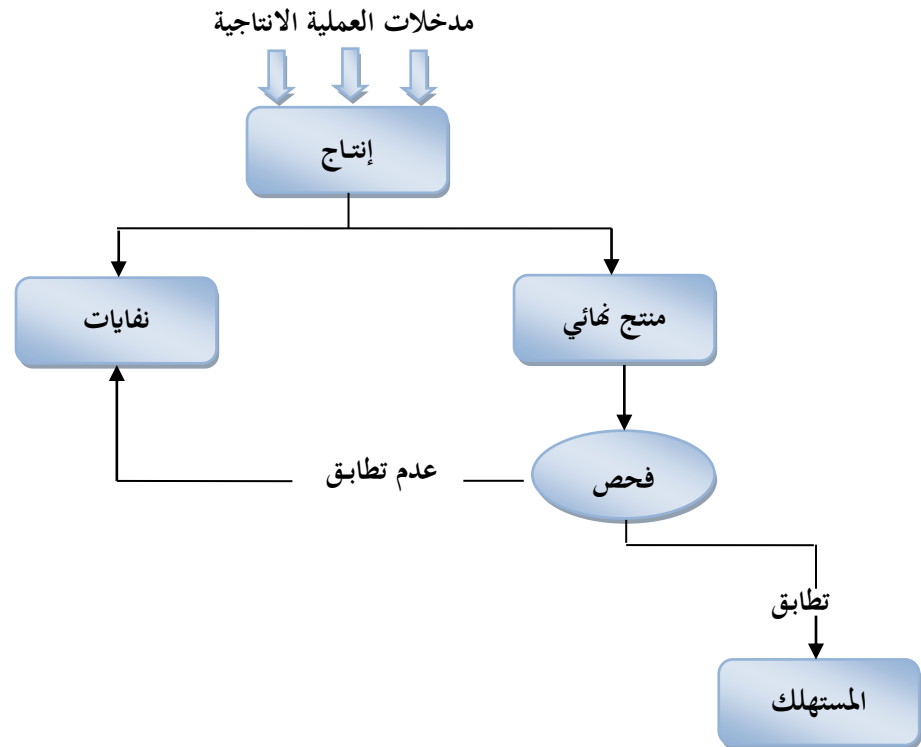
ظهرت بوادر هذه المرحلة في أواخر القرن الثامن عشر مع بداية تصاعد حركة الثورة الصناعية ، و تبلورت مع ظهور حركة التنظيم العلمي للعمل لتاييلور . حيث أكد أن كل عامل يمكنه إتقان عمله عبر التدريب اللازم إذا ما تم انتقاؤه بطريقة علمية تخصصية² . كما دعى إلى ضرورة الفصل بين كل من الوظيفة الانتاجية و وظيفة التفتيش حيث أوكلت هذه الأخيرة إلى مشرفين متخصصين.

تقوم وظيفة التفتيش أساسا على فحص و تفتيش المنتجات النهائية و التأكد من تطابقها مع المواصفات و المعايير القياسية، مع استبعاد الوحدات المعيبة³، مستخدمة في ذلك طرق و أساليب و أجهزة التفتيش و الاختيار . و الشكل الموالي يوضح لنا عملية الانتاج في نظام مبني على الفحص و التفتيش :

¹ أحمد بن عيشاوي : إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية ، مجلة الباحث العدد 4،كلية الحقوق و العلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، 2006 ، ص 9.

² Luc Boyer ، Noel Equilbey : **Organisation ; théorie et application** ، Edition d'organisation ، Paris ، France, 2003, p44.

³ Nani kurniati and all : **Quality Inspection and Maintenance : the framwork of interaction** ، Journal of Industrial Enineering and Service Science ، vol 4 ، 2015 ، p 245.



شكل رقم (10-1) : نظام الفحص في العملية الانتاجية
المصدر : من إعداد الباحثة

يتبين لنا من خلال هذه المرحلة أن عملية الفحص و التفتيش لا تمنع حدوث الخطأ ، لأنه يكون قد وقع فعلا إنما من أجل اكتشافه و استبعاده. نتيجة لذلك جاء التفكير في أسلوب أفضل ، يسمح بتحسين العملية الانتاجية و المنتج فكانت المرحلة التالية.

• مرحلة الرقابة الاحصائية على الجودة:

تتضمن مراقبة الجودة تسجيل ،تحليل و كتابة التقارير المتعلقة بالمعلومات المتصلة بالجودة و اعتمادها كأساس لاتخاذ القرارات السليمة ، عن طريق استعمالها لأساليب إحصائية تساعد في أداء أنشطة مراقبة الجودة و التي تعتبر حلقة مهمة للتغذية العكسية مع احتمال التأثير في التصميم و التخطيط¹ .

¹ Michel Cattani: **Maîtriser les processus de l'entreprise , guide opérationnel**, les éditions d'organisation, Paris, France, 2000, p 17.

ظهرت فكرة المراقبة الاحصائية للجودة في شركة Westrn Union سنة 1926 على يد W.A.Shewhart الذي أكد على فكرة الانتقال من التركيز على دراسة التالف إلى استخدام الأساليب الاحصائية للتقليص منه. و تم بذلك إنشاء أول قسم للفحص و نظام للرقابة على الجودة في نفس الفرع التابع لشركة Bell للهواتف¹.

مكن هذا المنهج من استخدام مختلف الأساليب الاحصائية ، كعينات القبول و العينات الاحصائية و خرائط المراقبة الاحصائية لـ Shewhart و التي أدى تطبيقها إلى التقليل من التكاليف الخاصة بالتفتيش و الفضلات ، و الانتفاع أكثر من الانتاج بكميات كبيرة ، بالإضافة إلى تقليص التالف. يجدر التنويه للمساهمة الفردية للعالم الأمريكي Deming الذي اقترح طريقة إحصائية للرقابة على الجودة في المؤسسات الصناعية اليابانية ، و أصبح بذلك صاحب التوزيع العددي الاحصائي لتحسين الجودة. هذا فضلا عن مساهمة K.Ishikawa سنة 1943 باستخدامه لأسلوب الأثر و السبب أو ما يعرف بعظمة السمكة² .

ما يمكن ملاحظته أن هذه المرحلة تعتبر مرحلة متطورة عن سابقتها ، و ذلك فيما يتعلق بتعقيد الأساليب و الأنظمة المستخدمة. إلا أن مجرد الاعتماد على الرقابة الاحصائية غير كاف بمفرده لتحقيق التحسين المستمر ، بل بتقديم ضمانات على جودة المنتجات النهائية³. و من هنا جاءت الحاجة إلى المرحلة القادمة.

• مرحلة ضمان أو تأكيد الجودة :

مع تطور الفكر الإداري أصبح مدخل مراقبة الجودة بمفرده غير كاف لتحقيق الجودة ، الشيء

¹ Gogue Jean Marie : **Management de la qualité** , Edition economica , 3eme édition , Paris, France , 2001 , pp 9-10.

² سيد أحمد حاج عيسى : أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسويق ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر 3 ، 2012 ، ص 11.

³ Michel Cattan, op cit , p 17.

الذي أدى إلى التفكير في تبني مفهوم جديد ألا وهو ضمان الجودة. و التي عرفت على أنها "تطبيق مجموعة من الاجراءات المعدة مسبقا للمؤسسة بهدف إعطاء الثقة في الحصول على الجودة المطلوبة"¹ ، و هو ما يشمل تصميم و تنفيذ نظام يتضمن سياسات و إجراءات للتأكد من الوفاء بمتطلبات الجودة ، و عليه يمكن القول بأن هذه المرحلة ركزت على الانحرافات و سعت إلى تصحيحها قبل وقوع الخطأ.

• مرحلة إدارة الجودة الاستراتيجية :

تميزت هذه المرحلة بغزو المنتجات اليابانية لأسواق العالم ، و سعيها منها لمجابهة هذا الزحف ، اعتمدت شركة IBM الأمريكية مفهوم إدارة الجودة الاستراتيجية² . فقد عرفها Stall et michael بأنها عملية متطورة و مستمرة تديرها الادارة العليا ، و التي تضم الأهداف الطويلة للجودة و تحدد الطريقة التي تحقق بها هذه الأهداف ". و عليه فإن المؤسسات اليوم بحاجة الي جودة استراتيجية تبنى على نظام المشاركة في صناعة القرار وتنفيذه لتحقيق أهدافها وأهداف العاملين معاً، حيث ثبت أن المتابعة والرقابة بالشكل التقليدي لإدارة الجودة الشاملة وسائل غير فعالة ، وأن الجودة الاستراتيجية ليست بديلاً عن التخطيط الاستراتيجي بل هي مكمل له ، ورابط لبرامج التحديث والتطوير علي المستويات الإدارية كافة، وبالتالي فإن نجاح الأداء الإداري يتطلب مبدعين يعملون علي إزالة العوائق من خلال مفهوم إدارة الجودة الاستراتيجية داخل المؤسسة³.

¹ Pierre Vandeville : **Gestion et Contrôle de la Qualité** , Edition AFNOR , 1985 , p 138.

² مهدي السامرائي : **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي و الخدمي** ، دار جرير للنشر و التوزيع ، عمان، الأردن ، 2007 ، ص 45.

³ طنطاوي عبده أحمد علي: **إدارة الجودة الاستراتيجية في منظمات الأعمال : منحنى معاصر** ، مجلة اماراباك، المجلد 7 ، العدد 21 ، 2016 ، ص 159.

• مرحلة إدارة الجودة الشاملة :

ظهرت كمدخل إداري يركز على الجودة التي تعتمد على مساهمة جميع أفراد المنظمة بهدف تحقيق رضا العميل . كما تميزت هذه المرحلة بتزايد حدة المنافسة العالمية و اكتساح الصناعة اليابانية لأسواق الدول المتقدمة و النامية ، و هو الأمر الذي نجم عنه خسارة الحصص السوقية للشركات الأوروبية و الأمريكية ¹. عرفت إدارة الجودة الشاملة على أنها " ثقافة محددة من المؤسسة تؤيد التحقيق المتواصل لرضا العميل عبر نظام متكامل بأدواته و تقنياته و تستلزم التحسين المستمر للعمليات التنظيمية التي ينتج عنها جودة عالية للسلع و الخدمات" ². هذا و تجدر الإشارة إلى أن إدارة الجودة الشاملة هي امتداد لإدارة الجودة الاستراتيجية بل و هي أكثر شمولاً و عمقا منها.

فضلا عن ما سبق ، يضيف الباحث "قاسم نايف علوان" مرحلة أخرى لتطور الجودة ، و هي مرحلة القرن الواحد و العشرين ، اعتبرها مرحلة مستقبلية تنبؤية و التي تشير إليها الأبحاث العلمية في هذا الميدان بأنها ستكون مرحلة الاهتمام بالعميل من خلال تقديم و إنتاج ما يرغب فيه ، من حيث سهولة و سرعة الحصول عليه عند الطلب ³.

المطلب الثاني : أهمية و أهداف الجودة :

إن تطور مفهوم الجودة عبر الأزمنة يبرز مدى تزايد الاهتمام بهذا الموضوع ، و هذا لما تحتله

¹ محمد الهلة : إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر ، دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة و العيادات الخاصة ، أطروحة دكتوراه، تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة، 2017 ، ص 5 .

² رفاة جميل أحمد، أحمد عبد الوهاب: دور إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية، مجلة التنمية الصناعية العربية، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين ، المغرب ، العدد43 ، أبريل 2001 ، ص 98.

³ قاسم نايف علوان : إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001 : 2000 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان، 2005 ، ص 25.

الجودة من أهمية استراتيجية سواء على مستوى المؤسسة أو على مستوى المجتمع ككل. و لعل أبرز مثال يمكن أن نقدمه عن هذه الأهمية من الناحية الاقتصادية الكلية ، تبني اليابان للجودة كهدف أساسي لبناء اقتصاده و تحقيق التميز على المستوى العالمي لتتخطى بذلك اليابان أعظم القوى الاقتصادية ألا و هي الولايات المتحدة الأمريكية ، و تصبح أقوى و أشرس دولة اقتصاديا في العالم . أما من الناحية الجزئية فتتجلى أهمية الجودة فيما يلي¹:

أولا : بالنسبة للمؤسسة : تظهر أهمية الجودة من خلال المزايا التي تستفيد منها المؤسسة جراء اهتمامها بتحقيق الجودة ، نذكر منها :

- **شهرة أو سمعة المؤسسة :** تستمد المؤسسة شهرتها من جودة المنتجات التي تقدمها لزيائنها إضافة إلى الخدمات المرفقة لها. و عليه ، على المؤسسة أن تولي اهتماما أكبر بالجودة بهدف كسب سمعة حسنة في السوق التي تشغله.
- **المسؤولية القانونية للجودة :** أي مؤسسة صناعية كانت أم تجارية أو خدماتية مسؤولة قانونيا عن ما يلحق الصحة العامة من أضرار جراء استخدام أو استهلاك منتجات غير مطابقة للمواصفات المطلوبة من قبل الدولة أو الجهات الوصية.
- **زيادة الفاعلية التنظيمية للمنظمة :** إن إدارة الجودة تولي أهمية أكبر للعمل الجماعي في حل المشاكل و تحسين العلاقة بين الإدارة و الموظفين و بالتالي التقليل من دوران العمل.
- **التكاليف و حصة السوق :** تساعد الجودة على اكتشاف الأخطاء و بالتالي تجنب التكاليف الإضافية المتعلقة بالصيانة ، و كذا التقليل من الوقت المخصص للعملية

¹ يوسف حجيم الطائي، محمد فوزي العبادي، هاشم فوزي العبادي: إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، دار الوراق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن ، 2008 ، ص ص 58-59.

الإنتاجية الأمر الذي يؤدي إلى خفض التكلفة النهائية للمنتج مما يؤدي إلى جذب أكبر عدد من المستهلكين ، و عليه زيادة الحصة السوقية.

• **حماية العميل أو المستهلك :** إن تطبيق الجودة في مختلف الأنشطة التي تقوم بها المؤسسة و وضع مواصفات محددة و معروفة تساهم في حماية العميل من الغش التجاري خاصة تقليد المنتجات¹.

• **المنافسة العالمية :** تكتسب الجودة أهمية متميزة و بالغة في ظل المعلومات و العولمة². و عليه ، على المؤسسات الوطنية أن تتبنى مفاهيم إدارية تركز على الجودة إذا أرادت أن تستمر في نشاطاتها في ظل منافسة عالمية لا ترحم.

ثانيا : بالنسبة للزبائن (العملاء) : يتوقف القرار الشرائي للزبون سواء للمنتج أو الخدمة على مستوى الجودة ؛ حيث يكون مستعدا لدفع ثمن مرتفع مقابل منتج ذو جودة يحقق له أقصى رضا و أكبر منفعة. و تتضح هذه الأهمية من خلال³:

• **رضا الزبون :** لا يمكن لأي صناعة أن تستمر إلا إذا فاق الأداء الفعلي لها توقعات الزبون ، و بالتالي تحقيق أقصى رضا لديه.

• **الولاء :** هو أقصى درجات الرضا ، حيث أن تحقيقه يؤدي بالمؤسسة إلى تقليص تكاليف جذب زبائن جدد بخمس مرات و يكسب هذا الأخير بعض المزايا التي تقدمها للمؤسسة.

ثالثا : بالنسبة للموظفين : يؤدي تطبيق الجودة إلى ما يلي¹:

¹ محمد خثير: المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة -دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال ، المدرسة العليا للتجارة ، الجزائر، 2010، ص 53

² محمد خثير ، المرجع السابق ، ص 53.

³ فلة العياري : دور الجودة في تحفيز الميزة التنافسية للمؤسسة ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، قسم علوم التسيير ، تخصص إدارة أعمال ، جامعة الجزائر ، 2005 ، ص 6.

- تطوير كفاءات الأفراد العاملين بالمؤسسة من خلال تشجيعهم و إشراكهم في اتخاذ القرارات و تنمية روح المسؤولية لديهم.

- المساهمة في تنسيق عملية التسيير عبر تنشيط و تحفيز فرق العمل.
- تحقيق التناسق و الترابط عبر تطوير شبكات الاتصال الأفقي و المشاركة في حل المشاكل.

- رفع فعالية الأداء لدى الأفراد العاملين و تحقيق الرضا الوظيفي لديهم.

أما بالنسبة لأهداف الجودة ، فيمكن التمييز بين نوعين أساسيين يتمثلان في² :

أولاً : أهداف تخدم ضبط الجودة : و هي تلك الأهداف التي تتعلق بالمعايير التي ترغب

المؤسسة في المحافظة عليها ، حيث تصاغ تلك المعايير على مستوى المؤسسة ككل و ذلك

باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل: الأمان و رضا العميل...إلخ.

ثانياً : أهداف تحسين الجودة : تنحصر غالبا في الحد من الأخطاء و تطوير منتجات جديدة

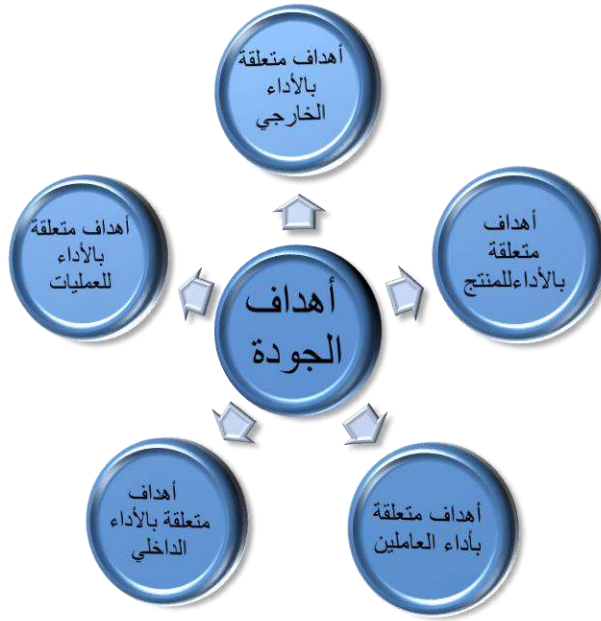
ترضي حاجات العملاء بفعالية أكبر.

انطلاقا مما سبق طرحه ، يمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعيتها و التي تمثل إحدى متطلبات ISO

9001 إلى خمس فئات كما يوضحها الشكل الموالي :

¹ Detrie Philippe : **Conduire une démarche qualité** , les éditions d'organisations , Paris , 2001 , pp 33-34.

² قاسم نايف علوان المحيوي : **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم ، عمليات ، تطبيق** ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2006 ، ص 38.



شكل رقم (11-1) : أهداف الجودة

المصدر : محمد عبد الفتاح الصيرفي : الإدارة الرائدة ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2003 ، ص 207.

تتناول أهداف الأداء للمنتج حاجات العملاء و المنافسة ، في حين تتضمن أهداف الأداء الخارجي للمؤسسة الأسواق ، البيئة و المجتمع. كما تتناول أهداف العمليات مقدرة العمليات و فاعليتها و قابليتها للضبط. أما أهداف الأداء الداخلي فتتناول مقدرة المؤسسة و فاعليتها و مدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل .كما تتضمن أهداف الأداء للعاملين كل من المهارات و القدرات و التحفيز و تطوير العاملين . وعليه ، يمكن القول أن وضع المؤسسة للأهداف الخاصة بالجودة بصورة رسمية من قبل الادارة العليا ، يعد تصريحاً منها للالتزام بالجودة.

المطلب الثالث : أبعاد و محددات الجودة

يجد الباحثون اختلافاً بين الأبعاد المرتبطة بالجودة لكل من السلع و الخدمات من حيث العدد و مسميات الخصائص. إلى أن قام Garvin سنة 1987 بمناقشة هذه الآراء ، و تمكن على إثرها

من حصر هذه الأبعاد في ثمانية نقاط تعبر في مجملها عن الجودة ، و هذا كما يلي ¹:

- **الأداء** : ما يميز هذا البعد أنه قابل للقياس و هو يعني الخصائص التشغيلية (الوظيفية) و الصفات العامة التي يتميز بها المنتج أو الخدمة ، مثل وضوح الألوان بالنسبة للصور .
- **المظهر** : يقصد به الخصائص الثانوية للمنتج و المدعمة للوظيفة الأساسية ، إذ تعد هذه الخاصية معيارا للعملية الشرائية في سوق يتوفر على منتجات متشابهة من حيث الأداء الوظيفي ، مثل نظام JPS في السيارة .
- **المطابقة** : يقصد بها درجة مطابقة تصميم المنتج و أدائه للمعايير المحددة مسبقا .
- **الاعتمادية** : تعني احتمال عطل المنتج خلال مدة زمنية معينة ، بمعنى آخر ، قابلية المنتج على أداء العمل المطلوب بشكل مناسب و خلل نطاق زمني معين .
- **المتانة أو التحمل** : هي العمر التشغيلي المتوقع . أي المدة التي سيدوم فيها المنتج قبل انتهائه أو تدهور أدائه و فقدان خواصه . يعتبر هذا البعد مقياسا لعمر المنتج أو الخدمة .
- **قابلية الإصلاح** : يقصد به سرعة و سهولة إصلاح المنتج في حالة حصول عطل فيه .
- **الجمالية** : يشمل الشكل الخارجي أو الطابع الجمالي و المعايير الذوقية و الاحساس الذي يولده المنتج أو الخدمة في نفس المستهلك .
- **الجودة المدركة** : في حالة غياب الخصائص المتعلقة بالمنتج ، يلجأ المستهلك إلى عملية المقارنة بين المنتجات المنافسة ، مستندا في ذلك على بعض المعايير كصورة المؤسسة و سمعتها ، الاسم التجاري ، شروط الضمان ، سياسات الإصلاح ، خدمات ما بعد البيع ...الخ.

¹ نسرین محمد عبد الله المحمود : **العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة و مجالات إدارة الموارد البشرية و أثرها على الأداء** ، رسالة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية ، جامعة اليرموك ، الأردن ، 2004 ، ص ص 18-19 .

إن الأبعاد الثمانية السابقة هي أبعاد معيارية ، إذ نجد أن الأبعاد المتعلقة بجودة المنتج غير منفصلة عن بعضها و قد تتوفر كلها أو معظمها في نفس المنتج ، غير أن ما يهمنا هو أبعاد الجودة المتعلقة بالخدمة ، و التي يمكن حصرها في : الوقت ، دقة التسليم ، الإتمام ، حسن التعامل ، التناسق ، سهولة الحصول على الخدمة ، الدقة في الإنجاز و سرعة الاستجابة¹.

هذا و من جهة أخرى يمكن القول أن الدرجة التي يستطيع من خلالها المنتج أو الخدمة من تحقيق الهدف الأساسي من تقديمها يتوقف على أربع محددات و هي²:

1- جودة التصميم : تشير إلى غرض المصمم في تضمين بعض الخصائص في المنتج أو الخدمة من عدمه ، اخذا بعين الاعتبار كل من العناصر التالية : حاجات و رغبات الزبون ، القدرات الانتاجية و التكاليف.

2- جودة التطابق : يشير هذا المحدد إلى درجة مطابقة المنتج أو الخدمة للغرض الذي صمم من أجله ، و التي تعتمد على عمليات المتابعة و الرقابة الانتاجية و تصحيح الانحرافات³.

3- سهولة الاستخدام : يعني توفر التعليمات و الإرشادات اللازمة و التي من شأنها أن توضح كيفية استخدام المنتج أو الخدمة. حيث أن توافر هذه النصائح و الإرشادات له أهمية قصوى في زيادة قدرة المنتجات على الأداء بطريقة سليمة و وفقا لما هو مصمم

¹ العزاوي محمد عبد الوهاب : أنظمة إدارة الجودة و البيئة ، الطبعة الثانية ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2005 ، ص 22.

² نبيل محمد مرسي : إستراتيجية الانتاج و العمليات (مدخل استراتيجي) ، دار الجامعة الجديدة للنشر و التوزيع ، مصر ، 2002 ، ص 337.

³ مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة : أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة : دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة خلال الفترة من 1995-2003 ، أطروحة دكتوراه فلسفة ، تخصص إدارة أعمال ، جامع السودان للعلوم و التكنولوجيا ، السودان ، 2004 ، ص 51.

له¹.

4- خدمات ما بعد البيع : تؤدي هذه الخدمات إلى المحافظة على أداء المنتج أو الخدمة كما

هو متوقع. و عليه لبد من أخذ التصرفات التصحيحية التي تضمن الأداء وفقا للمعايير

الموضوعية².

المطلب الرابع : مدخل لجودة الخدمة

تكمن المشكلة الأساسية و المتعلقة بموضوع الجودة في الصناعات الخدمية في صعوبة تحديد مفهوم واضح و دقيق للخدمة نفسها ، و هذا الموضوع بالذات يعد أساسيا باعتبار أن من شأن أي مفهوم دقيق و واضح للجودة أن يعمل بمثابة نقطة مرجعية حيوية للحكم على جودة الخدمة. و عليه سنقوم فيما يلي باستعراض أهم المفاهيم الخاصة بموضوع جودة الخدمة و كذا أهميتها.

1- مفهوم جودة الخدمة

تعددت التعاريف المتعلقة بجودة الخدمة ، إلا أن هذا الاختلاف يكمن في الصياغة فقط . فغالبا ما ينظر إليها من خلال الفرق بين توقع و إدراك العميل للخدمة³. قبل التطرق إلى مختلف التعاريف في هذا الصدد لابد من التفرقة بين مختلف مستويات جودة الخدمة كما يلي⁴:

- **جودة الخدمة المتوقعة** : تمثل توقعات العميل لمستوى جودة الخدمة المقدمة ، و تعتمد

¹ معاريف محمد ، بسوح نصيرة، نزعي عز الدين: دور الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني حول إستراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة الدكتور طاهر مولاي ، سعيدة ، يومي 10 و 11 نوفمبر 2009 ، ص 3.

² معاريف محمد و اخرون ، المرجع السابق ، ص 3

³ Olu Ojo :The Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Telecommunication Industry: Evidence From Nigeria, Broad Research in Accounting, Negotiation and Distribution, Vol 1, Issue 1, 2010, p 89.

⁴ بريس عبد القادر :جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك ، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، العدد 3، ديسمبر 2005 ، ص 25.

- على احتياجات العميل ، و خبراته ، و تجاربه السابقة ، و ثقافته ، و اتصاله بالآخرين .
 - **جودة الخدمة الفعلية :** فهي تتمثل في المستوى الفعلي لأداء الخدمة ، إذن هي الجودة التي يشعر بها العميل أثناء تجربة حصوله الفعلي على الخدمة.
 - **جودة الخدمة المدركة :** فهي الجودة التي يدركها العميل عند قيامه بالمقارنة بين الجودة المتوقعة و الجودة المجربة.
 - **جودة الخدمة المعيارية :** تعني مستوى الجودة الذي يتوافق و المواصفات المحددة للخدمة محليا أو دوليا.
- انطلقت أولى الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة في ثمانينيات القرن الماضي ، عندما قام Gronroos سنة 1984 من خلال دراسته التي أجراها تحت عنوان « A Service Quality Model and its Marketing Implication » بتطوير أول نموذج لقياس جودة الخدمة ، حيث قام بتحديد ثلاث عناصر لجودة الخدمة و المتمثلة في ¹:
- **الجودة الفنية :** تشير إلى مستويات الأداء الناتجة عن استخدام الوسائل التكنولوجية و المادية في تقديم الخدمات.
 - **الجودة الوظيفية :** حيث تمثل التفاعل بين مقدم الخدمة و المستفيد منها ، و هنا تبرز خاصية الجودة الوظيفية و التي تعتمد بالأساس على العنصر البشري.
 - **الصورة الذهنية للمؤسسة :** تعبر عن الصورة المنقولة عن الجودة إلى العملاء من خلال وسائل الترويج المختلفة ، كما تعكس انطباعات العملاء عن المنظمة و التي تتوقف بدورها على تقييمهم للجوانب الفنية و الوظيفية للخدمة.

¹ Figen Yesilada, Ebru Direktör : Health care service quality: **A comparison of public and private hospitals**, African Journal of Business Management, Vol 4, N°6 ,2010, p 963.

هذا و قد عرف كل من Lewis and Boom جودة الخدمة من خلال دراستهما التي قاما بها سنة 1983 تحت عنوان « The Marketing Aspects of Service Quality » على أنها "مقياس لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة" ¹. ليعرفها بعد ذلك Stebbing سنة 1986 بأنها "مجموعة الخصائص و الصفات الإجمالية للخدمة ، و التي تكون قادرة على تحقيق رضا العميل و إشباع حاجاته و رغباته" ². أما في دراستهم التي قدموها سنة 1988 فقد عرفها Parasuraman and al ³ على أنها " الفرق بين توقعات العملاء للخدمة و إدراكهم للأداء الفعلي لها" ⁴. و يرى كل من Cronin and Taylor ⁵ بأنها "تتحدد في ضوء المقارنات التي يجريها العميل بين ما يتوقع الحصول عليه من المنظمة الخدمية و بين ما حصل عليه فعليا من خدمات" ⁶. و في تعريف حديث لها قام Dehghan سنة 2006 و من خلال دراسته المعنونة بـ « Relationship between service quality and customer satisfaction » بتعريفها على أنها "المقارنة الموضوعية التي يقوم بها العميل بين نوعية الخدمة التي يرغب في الحصول عليها و الخدمة

¹ يوسف حسين عاشور، طلال عثمان العبادلة : قياس جودة الخدمات التعليمية في الدراسات العليا ، مجلة جامعة الأقصى ، المجلد 11 ، العدد 1، يناير، 2007، ص 104.

² دهان محمد ، قياس الجودة في التعليم :عامل أساسي لنجاح مسار إدارة الجودة الشاملة في قطاع التعليم ، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات ، جامعة منتوري قسنطينة ، 14 و 15 ديسمبر 2010 ، ص 9.

³ Parasuraman,A.,Zeithaml, Valarie A.,and Berry, Leonard L : **Servqual: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality** , Journal of Retailing, Vol.64, N°.1, 1988 ,p 13.

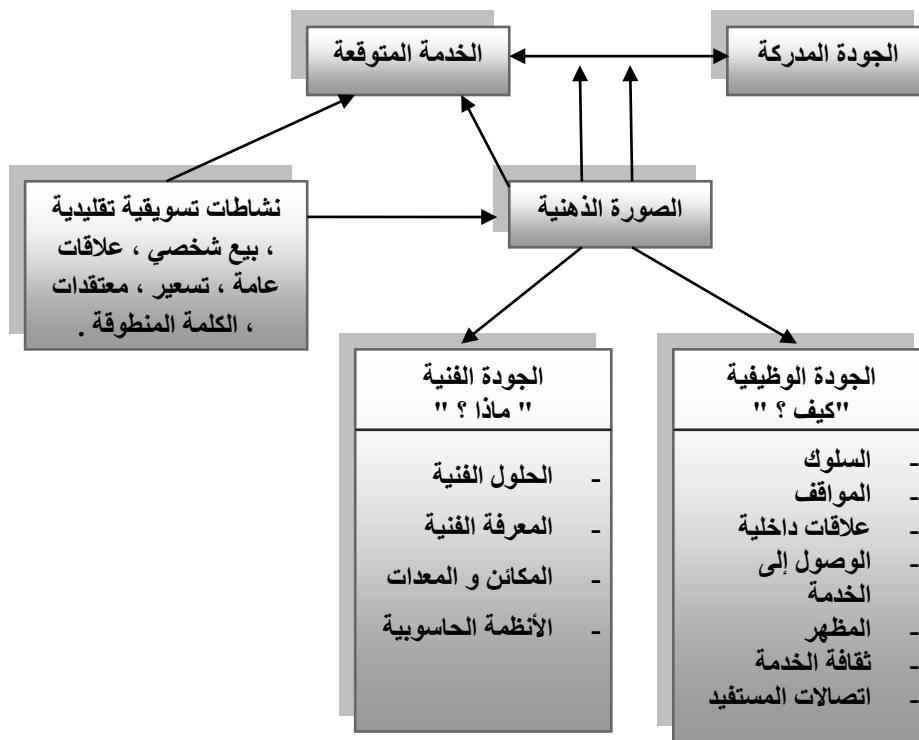
⁴ Abdelmoti Suleiman Aburoub and al : **Relationship between Internal Marketing and Service Quality with Customers' Satisfaction**, International Journal of Marketing Studies, Vol. 3, No. 2; May 2011, p 110.

⁵ Cronin,J.Joseph, and Taylor, Steven A : **Servperf Versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality** , Journal of Marketing, Vol.58,1994 , p 126.

⁶ Ishfaq Ahmed and al : **Impact of Service Quality on Customers Satisfaction : Empirical evidence from telecom sector of Pakistan**, Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business, Vol 1, N°12, 2010 , p 3.

الفعلية التي تحصل عليها"¹.

تبعاً لما سبق طرحه نلاحظ وجود شبه اتفاق بين الباحثين على أن جودة الخدمة تتمثل في تحقيق رغبات العميل ، و بالتالي تمثل أهم مؤشر على رضا العملاء ، إذ تعد كمعيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي و توقعات العملاء للخدمة المقدمة . و إن الحرص على جودة المؤسسة لخدماتها يكسبها ميزة تنافسية دائمة. يمكن تلخيص كل ما سبق ذكره من خلال الشكل الموالي :



شكل رقم (1-12) : جودة الخدمة

المصدر : حميد عبد النبي الطائي ، بشير عباس محمود العلاق : تسويق الخدمات : مدخل استراتيجي ، وظيفي ، تطبيقي ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2009 ، ص 256.

2- أهمية جودة الخدمة :

تشكل أهمية الجودة في خدمة العملاء مركز الصدارة لدى كافة المؤسسات ، و التي تكمن في

¹ Abdelmoti Suleiman Aburoub and al , op cit , p 111.

خمسة أسباب رئيسية¹، أهمها نمو مجال الخدمة ، فمن الملاحظ أن عدد المنظمات أو المؤسسات الخدمية قد زاد بشكل ملفت أكثر منه من أي وقت مضى. و على سبيل المثال ، فإن أكثر من نصف المؤسسات الأمريكية يتعلق نشاطها بتقديم الخدمات. إذ سجل الاقتصاد الأمريكي حالة فارقة في نشاط قطاع الخدمات من خلال الاهتمام بتنميته إلى أن أصبح يساهم بنسبة تقارب 75% من الناتج المحلي الإجمالي الأمريكي سنة 2014 . و من الدول التي حققت نموا ملحوظا في قطاع الخدمات أيضا نجد الصين ، حيث سجلت هذه الأخيرة قيمة مضافة في قطاع الخدمات بقيمة 3.71 تريليون دولار سنة 2014 مقارنة بسنة 2007 التي بلغت حينها 2.02 تريليون دولار ، لتصبح بذلك في المرتبة الثالثة عالميا بعد اليابان و الولايات المتحدة الأمريكية². أظهرت نفس الإحصائيات التي قدمها البنك الدولي ارتفاعا محسوسا في نسبة الأنشطة الخدمية في الدول متوسطة الدخل ، حيث سجلت نموا وصل إلى 57% سنة 2015 . فيما سجلت الدول ذات الدخل المنخفض نسبة أقل وصلت إلى 48.1% لنفس السنة . هذا التنامي في الدور الذي يلعبه القطاع الخدماتي في عملية التنمية الاقتصادية أدى إلى إعادة تشكيل الهياكل الاقتصادية في عدد من دول العالم باتجاه القطاع الخدمي.

فضلا عن ذلك ، فإن نمو أو تزايد المؤسسات الخدمية مستمر بشكل سريع و ملفت يوما بعد يوم . كما أن اعتماد المؤسسات على الجودة في تقديم خدماتها سوف يكسبها مزايا تنافسية متعددة ، فضلا عن ضمان و استمرار بقائها و هذا في ظل المنافسة الشديدة بسبب تزايد عدد المؤسسات الخدمية . هذا و لابد للمؤسسات الخدمية من توفير معاملة جيدة لعملائها فضلا عن سعيها على

¹ سليمان مأمون الدراكبة :إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء ، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2006 ، ص 194.

² البنك الدولي : قاعدة بيانات البنك الدولي للفترة الممتدة بين 2007-2015 عبر الموقع : <http://datatopics.worldbank.org/debt/ids/region/LAC> (في 2017/01/14) .

فهمهم و تقدير احتياجاتهم بصفة أكبر ، حيث أن تقديم خدمة ذات جودة و بسعر منخفض يعد أمرا غير كافيا بالنسبة للعميل لأنه يفضل حسن معاملته.

أصبحت المؤسسات الخدمية في الوقت الحالي تركز على توسيع حصتها السوقية لذلك لا يجب على المؤسسات السعي من أجل اجتذاب عملاء جدد ، و لكن يجب كذلك المحافظة على العملاء الحاليين ، و لتحقيق ذلك لابد من الاهتمام أكثر بجودة الخدمة .

كما لا يخفى علينا أن رفع أرباح المؤسسة يعد من أهم الأسباب التي تدفع بالمؤسسة الخدمية بالاهتمام أكثر بجودة خدماتها ، حيث أن تقديم خدمات ذات جودة عالية يعمل على تحسين سمعة المؤسسة و نظرة العملاء إليها ، كما تعمل على تحسين قدرة المؤسسة على الاحتفاظ بعملائها و زيادة قدرتها على جذب عملاء جدد ، و هذا بطبيعة الحال سيؤدي إلى تحسين الأداء المالي للمؤسسة و زيادة مبيعاتها و أرباحها ¹.

3- خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمات.

تؤكد خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمات على مدى نجاح المؤسسة في تحقيق أهدافها باستقرار و استمرار ولاء العملاء لها و لخدماتها المقدمة ، مما يخطو بها نحو مسعى آخر ألا و هو تحقيق تطوير و تجويد خدماتها و الوصول إلى تحقيق ميزة تنافسية ²، و تشمل هذه الخطوات ما يلي ³:

¹ Yonggui Wang, Hing-P. Lo, Yer V. Hui : **The antecedents of service quality and product quality and their influences on bank reputation: evidence from the banking industry in China**, Managing Service Quality, Vol13, Iss1, 2003 , p78.

² زينب حوري : **جودة الخدمة لإرضاء العميل وأثرها في نجاح ونمو المؤسسات الصغيرة والمتوسطة**، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات ، يومي 10-11 ماي 2011 ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري ، قسنطينة ، ص 17.

³ حضير كاظم حمود : **إدارة الجودة** ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان، 2002 ، ص 217.

• إثارة الاهتمام بالعمل و جذب انتباهه :

يتم ذلك من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة عبر الاستعداد النفسي و الذهني لملاقاة العملاء ، حسن المظهر ، الابتسامة الجذابة ، الاصغاء و التركيز ، السلوك الإيجابي الفعال و الثقة بالنفس...إلخ . تعتبر هذه السلوكيات بمثابة مثير يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى العميل من أجل الحصول على الخدمة التي يريدها ، و تعمل أيضا على تعزيز الولاء الدائم له من أجل الحصول على الخدمة و تكرار الحصول عليها باستمرار .

• خلق الرغبة لدى العميل و تحديد حاجاته :

تعتمد على المهارات البيعية و التسويقية لمقدم الخدمة ، كترك فرصة للعميل لكي يفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها و أن يكون مقدم الخدمة مستعدا للرد على تلك الاستفسارات بموضوعية ودقة ، مما يجعل العميل مستعدا لاستكمال إجراءات اقتناء الخدمة . فضلا عن التركيز على الجوانب الإنسانية للخدمة في التعامل كالترحيب و الابتسامة و الشعور بأهمية توفير الحاجات الحالية و المستقبلية للعميل و العرض السليم لمزايا الخدمة بالتركيز على خصائصها و وفرتها مع الالتزام بالموضوعية في التعامل.

• إقناع العميل و معالجة الاعتراضات لديه :

إن عملية إقناع العميل باقتناء الخدمة ليس بالأمر الهين ، إنما تتطلب العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العميل عند تقديم الخدمة و العمل على معالجة الاعتراضات التي يبديها عند الشراء أحيانا. يرى البعض أن عملية البيع لن تتم دون وجود اعتراض من قبل العميل ، الأمر الذي يستوجب طرق للرد على هذا الاعتراض و التي تختلف باختلاف المواقف. لذلك فهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات العميل ، كالتزام مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية في فن التعامل مع العملاء و التي

مفادها أن العميل دائما على حق. كما يجب أن يكون مقدم الخدمة مستمعا جيدا و أن يظهر الاهتمام و اليقظة مع تدوين الآراء و الملاحظات التي يبيدها العميل حتى يتم إرضاء كبريائه ، كما عليه أن لا يأخذ اعتراضاته قضية مسلم بها ، بل يجب عليه أن لا يجعل العميل يشعر بانهمزاه في المناقشة و أنه قد انتصر عليه.

• التأكد من استمرار تعامل العميل مع المؤسسة :

إن عملية التأكد من استمرارية التعامل مع المؤسسة و خلق الرضا حتى الولاء لدى العميل يأتي من خلال بعض الخدمات البيعية و التسويقية التي تشكل ضمانا ، و منها : الاهتمام بشكاوي العميل و ملاحظاته ، بحيث يجب على مقدم الخدمة أن يكون على درجة عالية من الصبر في استيعاب الشكاوي و اتخاذ الإجراءات التي من شأنها معالجة ذلك كالاعتذار و الشكر. بالإضافة إلى توفير خدمات ما بعد البيع ، فتقديم هذه الخدمات بكفاءة عالية يساعد على استمرار العميل في التعامل مع المؤسسة و بالتالي استمرار وجود هذه الأخيرة و استقرارها.

المبحث الرابع : جودة الخدمات الصحية و علاقتها برضا المريض .

أضحت جودة الخدمات جزءا لا يتجزأ من استراتيجيات و فلسفة التغيير التي بدأت تتبناها أغلب المنظمات الخدمية و على رأسها المنظمات الصحية ، باعتبارها أكثر حساسية لموضوع الجودة ، كونها تعنى بتقديم خدمات لأكثر العناصر حيوية و الفاعل الأول في عملية التنمية (العميل أو المستفيد) ، حيث أصبح هو سيد الموقف و الذي يسعى الجميع لإرضائه و تحقيق رغباته .

المطلب الأول : الاطار التاريخي و المفاهيمي للجودة في قطاع الخدمات الصحية .

قبل التطرق إلى مختلف المفاهيم التي قدمت لموضوع الجودة في قطاع الخدمات الصحية ، ارتأينا

أنه لا بد أن نخرج على أهم المحطات التاريخية للاهتمام المتزايد بموضوع الجودة في مجال الخدمات الصحية .

1- الخلفية التاريخية للجودة في قطاع الخدمات الصحية :

تعد الممرضة البريطانية "فلورنس نايتجيل " 1850-1910 أول من استخدم مفهوم الجودة في مجال الطب ، حيث قامت بتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العسكرية الإنجليزية خلال حرب القرم ¹ . و طورت من خلالها مجموعة من المعايير التي أدت إلى خفض معدلات الوفيات بنسبة كبيرة ² . لكن ، إذا ما ألقينا نظرة تاريخية سريعة سنجد أن الاهتمام و الالتزام بتقييم و تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية له تاريخ عريق تشهد به السجلات التاريخية الطبية ، و الذي يمكن أن نورده عبر المحطات التالية :

- 2000 سنة قبل الميلاد : يرجع تاريخ الجودة إلى قانون "حمورابي" في مسلته المشهورة ، الذي جمع من خلالها بين الجودة و تكلفة الخدمات الصحية ³ .
- حوالي 440 سنة قبل الميلاد : وفي عصر الإغريق ، طلب " أبقرط " من تلاميذه أن يقسموا يميناً على أن يقدموا أفضل رعاية صحية لمرضاهم ⁴ .

¹ حميدة بن حليلة : تقييم جودة الخدمات الصحية : دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني -عنا ، مجلة التواصل في العلوم الانسانية و الاجتماعية ، العدد 50 ، جوان 2017 ، ص 154.

² أكرم أحمد الطويل ، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الادارية و الاقتصادية، المجلد 6، العدد 19 ، جامعة تكريت، 2010 ، ص 13

³ يوسف بودة، سيد أحمد حاج عيسى : تطبيقات ادارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية، بحث مقدم من خلال ملتقى وطني حول إدارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة، جامعة د الطاهر مولاي، سعيدة، 13-14 ديسمبر 2010 ، ص 8.

⁴ حنان الأحمدى: تحسين الجودة: المفهوم و التطبيق في المنظمات الصحية ، دورية الادارة العامة ، مركز البحوث بمعهد الادارة العامة ، المجلد 40، العدد 2، الرياض، 2000 ، ص 116.

- **القرن الخامس قبل الميلاد :** احتوت كتب " توث " في الحضارة المصرية القديمة على بعض المعايير المتعلقة بالممارسات الطبية ، و أكد أن أي انحراف عن هذه المعايير يعد جريمة تستوجب العقاب.
- **القرن الرابع قبل الميلاد :** وضع " أرسطو " قانونا يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في معالجتهم للمرضى إلا في الحالات الاستثنائية .
- **سنة 1518 م :** في الحضارة الغربية ، و تحديدا في المملكة المتحدة ، قام المسؤولون عن الكليات الملكية بلندن بتوثيق فكرة أن إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها و لفائدة الجمهور ، بمعنى الاهتمام بجودة الخدمات الصحية المقدمة¹.
- **مطلع القرن التاسع عشر :** تطرقت "إيزابيل ستيوارت " في مطلع هذا القرن إلى طرق قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى و الاستخدام الفعال للموارد ، و قد طورت لائحة من ثمانى نقاط عرفت باسمها "معايير ستيوارت ".
- **سنة 1910 م :** قامت الجمعية الطبية الأمريكية بالتعاون مع مؤسسة "كارنجي" بتبني عملية تقويم المدارس الطبية ، حيث نتج عن هذا التعاون إصدار "تقرير أبراهام فلكسندر" الذي أكد على أهمية تحسين الأداء و رفع مستوى الجودة النوعية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.
- **سنة 1915م :** قامت الكلية الأمريكية للجراحين بتطوير برنامج لمعايير معينة على أداء المنشآت الصحية ، و كان أحد أهداف ذلك البرنامج يكمن في وضع طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات و التحقق من جودة الرعاية الصحية¹.

¹ يوسف بودة، سيد أحمد حاج عيسى، المرجع السابق ، ص 9.

• **سنة 1952 م :** أعقب هذه الحقبة تشكيل هيئة مشتركة لاعتماد المستشفيات و التي يطلق عليها في الوقت الحالي اسم "اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية" - اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات سابقا- و منذ ذلك الوقت و هي تتابع تحسين الممارسات الرائدة لاعتماد مستوى جودة الخدمات الصحية و ذلك بوضع ضوابط محددة للأداء في المؤسسات الصحية².

• **سنة 1953 م :** إصدار اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية لكتيب عن معايير اعتماد المستشفيات ، تبعته الحاجة الملحة لمراقبة الجودة بالنظر إلى الوضعية الحرجة التي شهدتها المؤسسات الصحية آنذاك³.

• **سنة 1965 م :** اقتراح الرابطة الأمريكية للمرضين دليلا للتقييم الذاتي يضم خمسة أبعاد تحوي 600 سؤالاً ، و هي تحديد المريض، حاجات المريض و متطلباته ، تنظيم الخدمة و تنفيذها ، تقييم النتائج⁴.

• **سنة 1966م :** قام Donabedian¹ بإدخال نموذج لقياس الجودة القائم على "نظرية النظم البسيطة " ، حيث و صف جودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاث مكونات مماثلة و هي: البنية أو هيكل الخدمة ، عملية الخدمة و النتائج أو مخرجات الخدمة.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد: إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد ، الرياض، 1997 ، ص 15.

² ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي و الاجتماعي ، دار المناهج للنشر و التوزيع، الأردن ، 2008 ، ص 20.

³ Merry .M.D , Crago.M.G : **The Past the present and futur of health care quality Urgent need for innovative, external review processes to protect patients**, Journal of Occupational and Environmental Medicine, The Physician Executive , vol 27 , N°5 , 2001 , p 32

⁴ أوّشن ريمة : إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية-دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري - ، أطروحة دكتوراه تخصص تسيير المنظمات ، قسم علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة باتنة 1 ، 2018 ، ص 64.

• 1970-1990 م : تتابعتم جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها اتجاه

المؤسسات الحكومية و الخاصة و الجمعيات المهنية ، حيث تبلورت أهم أعمال تلك الحركات في فكرة معايير و ضمان الجودة². هذا و قد تعرضت برامج التحسين المستمر للجودة لانتقادات عديدة لحقبة من الزمن ، حيث رأى بعض الباحثين في مجال الجودة الصحية أن العيب في برامج تحسين الجودة هو صعوبة الوصول إلى التطابق مع المعايير و ذلك لعدم إمكانية التحديد الدقيق لهذه الأخيرة ، الأمر الذي أسفر عن انتشار مفاهيم إدارة الجودة الشاملة سنة 1987 و التي اهتمت بدرجة أكبر بتسيير الموارد البشرية فيما يتعلق بالتكوين و التحفيز. شهدت هذه الفترة أيضا :

✓ سنة 1978 م : ظهور النماذج الكلية المدعمة لنموذج Donabedian ، من بينها

نموذج³ Horn et Swain .

✓ سنة 1984 م : ظهور برامج تأمين الجودة داخل المصالح العلاجية في الولايات

المتحدة الأمريكية ، عن طريق Formelle et Sheder . كما قامت الهيئة الأمريكية

المشتركة بتبني فكرة متطلبات الاعتماد لتطوير الجودة و ملائمة أساليب تقديم و

مراقبة الرعاية الصحية .

✓ 1982-1989 م : ظهور طريقة جودة الخدمات التمريضية و التي تركز في

تقييمها للجودة على النتائج.

¹ Avedis Donabedian : **Evaluating the Quality of Medical Care**, the Milbank Quarterly , vol 83 , N°4, 2005, Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 , p 693.

² عدنان مريزق ، المرجع السابق ، ص 28.

³ أوثن ريمة ، المرجع السابق ، ص 65.

• **سنة 1992 م :** تعديل الهيئة الأمريكية المشتركة لمسمى الجودة النوعية إلى تحسين الجودة و تقويمها و إضافتها لمعايير تشمل الجانب الإداري و القيادي ، إضافة إلى خدمات الرعاية الصحية¹.

• **سنة 2000 م :** خلال الدراسة التي قام بها Walter في مستشفى باريس تحت عنوان « L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé »، خلص هذا الأخير إلى أن برامج ضمان الجودة قامت على مبدئين أساسيين و هما²: القيام بإجراءات المراقبة بصفة روتينية دورية ، و إعداد نموذج لتنفيذ العمل حيث يخضع لمبدأ المطابقة مع المعايير الموضوعة مسبقا.

2- مفهوم جودة الخدمة الصحية :

من خلال التتبع التاريخي لتطور جودة الخدمات الصحية ، يتضح لنا جليا أن تحديد مفهوم الجودة في الخدمات الصحية يعد عملية في غاية التعقيد ، نظرا لتعدد الأطراف المشاركة في عملية انتاجها ، تقديمها ، استهلاكها و تمويلها³. و كذا انتقال نوعية الاهتمام بها عبر الأزمنة ، فقد انتقلت من التركيز على سهولة الحصول عليها (ال إتاحة) إلى التوجه نحو التكلفة وصولا إلى المطالبة بتحقيق أفضل جودة بأقل تكلفة و بإتاحة شاملة كاملة⁴.

الأمر الذي يمكن الاتفاق حوله ، أن لوجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة ، حيث أن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض و تقييمه لها . و بالتالي

¹ Merry .M.D , Crago.M.G , op.cit , pp 31-32.

² Husser Jocelyn : **Le Management stratégique de la Qualité Hospitalière Par L'Encadrement Intermédiaire**, Conférence Internationale de Management Stratégique, Genève, 13-16 Juin 2006 , p 4.

³ دبون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث ، العدد الحادي عشر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012، ص 218.

⁴ سيد أحمد حاج عيسى ، المرجع السابق ، ص 73 .

ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى و لبت احتياجاتهم¹. و في نفس السياق عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال ، منخفضة التكاليف و موثوقة جدا"². و في تعريف آخر أورده خبيري الصحة العالمية " ميلتون روم و كارلوس مونتويا "أن الجودة هي رضا المريض عما قدم له من خدمات صحية و الذي يتوقف على مدى التطابق بين مستوى هذه الخدمات من ناحية و توقعات و احتياجات المريض من ناحية أخرى"³.

يبدو الأمر واضحاً أيضاً من خلال تعريف الجودة في الخدمات الصحية بأنها " السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة"⁴، و هي تشمل ثلاث جهات نظر أساسية "⁵:
 • فالأولى تشمل تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ، ويمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض.

• أما وجهة النظر الثانية فتشمل تحقيق الجودة من وجهة نظر مهنية ، و هي تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبياً ، من حيث التشخيص و الإجراءات و

¹ معزوز نشيدة ، بن عبد العزيز فطيمة : التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة : دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية ، يومي 18 و 19 ماي 2011، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سعد دحلب ، البليدة،ص 16.

² دبون عبد القادر ، المرجع السابق ، ص 218

³ بن نافلة قدور، مزريق عاشور: إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني حول ادارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة ، جامعة الدكتور الطاهر مولاي ، سعيدة ، يومي 13 و 14 ديسمبر، 2010، ص 13.

⁴ فورين حاج قويدر، رضوان أنساعد: أثر رأس المال الفكري على تطبيق ادارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية ، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة ، يومي 13 و 14 ديسمبر 2011، جامعة شلف ، ص 6.

⁵ نجم العزاوي ، فراس ابوقاود : أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 23 ، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، 2010، ص 121.

العلاج.

- في حين تتركز الثالثة على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم و تقديم الخدمات الصحية ، و ذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية.
- وصف "Donabedian" جودة الخدمة الصحية بأنها " تطبيق العلوم و التقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر ، و على هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر و الفوائد ¹ . ميز الكاتب هنا بين ثلاث مكونات لجودة الخدمة الصحية و المتمثلة في ²:
- مكونات البيئة الكلية و التي تشمل انتاج و تقديم الخدمات الصحية و توفير جميع وسائل الراحة للمرضى بما يكفل اطمئنانهم.
- مكونات الخصائص التنظيمية و الهيكلية و المرتبطة أساسا بحسن تطبيق العلوم و المعارف الطبية بهدف التشخيص ، الرعاية الصحية و معالجة المشاكل المتعلقة بها .
- مكونات النتائج و المتعلقة بمدى الاستجابة لاستفسارات و حاجات المرضى ، إضافة إلى الكياسة و إظهار التعاطف و المودة أثناء التعامل و التفاعل معهم.
- من منظور اخر يرى " العنزي " أن جودة الخدمات الصحية تقوم على جملة من العناصر المتكاملة، و المتمثلة في ³ :
- **جودة خدمات التشخيص** : تشمل كل ما يتعلق بالخدمات التي تسبق خدمات العلاج ، و

¹ أكرم أحمد الطويل و اخرون ، المرجع السابق ، ص 14.

² Pierre Louis Bras : **Traité d'économie et de gestion de la santé**, presse de sciences po , Edition de santé , Paris , 2009 , p 47.

³ مختار عطية بن سعد ، حليلة علي امشيرى : **جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين** ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الأول للاستثمار و التنمية في منطقة الخمس ، جامعة المرقب ، ليبيا ، يومي 25-27 ديسمبر 2017 ، ص 9.

تتعلق أساس بسرية المعلومات الصحية للمريض ، أسلوب التعامل معه ، فترة انتظار

التحاليل و الأشعة ، درجة دقة التشخيص ، مهارة الكادر الطبي ...الخ.

• **جودة الخدمات العلاجية :** تقاس بدرجة شفاء المريض ، و هي تقوم على صحة و دقة

العلاج و فترته ، الأداء الصحي ، خدمات التمريض ، الصيدلة و الفندقية ، تعمد اخفاء

الحقائق عن خلفيات الحالة الصحية ، معدل الوفيات ... الخ

يتضح من خلال التعاريف المقدمة بأنها تتفق على أن جودة الخدمات الصحية تشير إلى مدى

مطابقة المعايير القياسية للخدمات الصحية المقدمة و مستوى الخدمات المتوقعة و المطلوبة و

السعي إلى تحسينها بهدف تحقيق احتياجات المرضى بأقل تكلفة ممكنة .

هذا و كان لمختلف الهيئات و المنظمات العالمية دورا كبيرا في تعريف جودة الخدمة في مجال

الخدمات الصحية . فقد عرفت اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية JCAHO على أنها "

درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة

لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة " ¹.

في حين عرفها المعهد الطبي الأمريكي AMC بأنها " المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية

فيما يتعلق بارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد و المجتمع ، و النتائج

المحاسبية و المالية على حد سواء " ².

كما عرفت منظمة الصحة العالمية OMS على أنها " التوافق مع المعايير و الأداء الصحيح

بطريقة آمنة و مقبولة من المجتمع ، و بكلفة مقبولة ، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة

الحالات المرضية و نسبة الوفيات و الإعاقة و سوء التغذية " ¹.

¹ دبون عبد القادر ، المرجع السابق ، ص 218.

² Claude Vilcot, Hervet Leclot : **Indication Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles** ,AFNOR , France, 2006 , p 14.

يتضح من خلال الطرح السابق للمفاهيم التي جادت بها مختلف الهيئات العالمية أن الجودة تحدد و تقاس من خلال الالتزام بجملة المعايير المحددة مسبقا سعيا لتحقيق متطلبات المرضى و بأقل تكلفة ممكنة و هذا بهدف التحسين و التطوير المستمر. و بشكل عام فإن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لابد أن يتوافق مع جملة من الأبعاد و التي تتمثل في "المطابقة مع المواصفات ، المواءمة مع الاستخدام ، الدعم و الاهتمام أو التأثير السيكولوجي (النفسي) " ².

على ضوء ما تقدم يمكن القول أن مستوى جودة الخدمات الصحية يتجسد عبر تعزيز القيم الجوهرية ، و هذا من خلال العمل على خدمة المريض أولا على نحو نظامي و موضوعي و إدراك خصوصياته . و العمل على مقابلة توقعاته و العناية به لتحقيق أقصى رضا لديه . بالإضافة إلى العمل على تأدية الخدمة الصحية بشكلها الملائم و الصحيح من أول مرة و كل مرة، و بالشكل الذي يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المريض و حل المشكلات العارضة بطرق علمية عملية بما يضمن تحقيق أفضل النتائج و بأقل كلفة ممكنة.

3- أهداف الجودة في قطاع الخدمات الصحية :

يمكن الاستدلال عن الفوائد التي يمكن للمؤسسات الصحية أن تحققها جراء تطبيق سياسات و إجراءات الجودة في تقديم خدماتها عبر تبيان الأهمية التي حازها هذا الموضوع من قبل الباحثين و الدارسين له ، و نقصي أهم النتائج التي توصلت لها ، و التي تعتبر أهدافا تسعى إلى تحقيقها مختلف المؤسسات الخدمانية في إطار تطبيق رسالتها . إذ تؤكد دراسة Kanji et al سنة 1999 و

¹ وفاق حلمي الاغا: الجودة الشاملة و طرق اداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، بحث مقدم من خلال المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الادارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة ، الأردن ، يومي 26 و 27 أفريل 2006 ، ص 3.

² صفاء محمد هادي الجزائري ، علي غباش محمد ، بشرى عبد الله شنتيت: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد 4، جامعة البصرة، 2001 ، ص 16.

الموسومة بـ « Total quality management in UK hospitals » ، أن تبني استراتيجية فعالة للجودة يعتبر أحد العوامل الأساسية لتحسين و ترقية الأداء العام في المؤسسة الخدمية عموماً و الصحية على وجه الخصوص¹. و في نفس السياق ، أسفرت الدراسة التي أنجزها Baldwin على مستوى بعض المستشفيات البريطانية غير الهادفة للربح أن الاهتمام ببرامج تحسين الجودة قد ساهم في تخفيض معدل دوران العمالة إلى أقل من 4% ، حيث كان المعدل يتراوح بين 15% و 20%. هذا فضلاً عن زيادة مردود المستخدمين ، خفض حجم المصاريف و النفقات إلى جانب كسب تأييد الرأي العام بسبب الوفاء باحتياجات المواطنين و رفع مستوى الرضا لديهم².

يمكن القول إذاً أن الجودة كأسلوب تتبعه المؤسسات الصحية بغرض التحقق من حسن أداء العمل من مختلف جوانبه .و اتخاذ التدابير و الإجراءات اللازمة من أجل ضمان حسن استمراريته ، و ذلك في إطار تحقيق جملة من الأهداف ، نلخصها فيما يلي³ :

- تلبية حاجات و رغبات المرضى على النحو الذي يتطابق و توقعاتهم ، و يحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم ؛
- تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة؛
- ضمان تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى بما يضمن لهم كرامتهم الشخصية ، و العمل على إشراكهم في خطط الرعاية المبرمجة لهم من قبل

¹ توفيق محمد عبد المحسن: قياس الجودة و القياس المقارن : أساليب حديثة في المعايرة و القياس ، دار الفكر العربي للنشر و التوزيع ، القاهرة ، مصر ، 2006 ، ص 31.

² COUNT Michael A. et al : **Issue in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organization**, Department of Health Administration and Doctoral Program in Health Services Research, , International Journal for Quality in Health Care, Saint Louis University, USA, vol. 13, N° 3, 2001, p 199.

³ طلال بن عايد الأحمدى: إدارة الرعاية الصحية ، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض ، المملكة العربية السعودية، 2004 ، ص 128.

أطبائهم مع ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المستهدفة ؛

- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض و زيادة ولائه للمنظمة الصحية و الذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لها؛
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المرضى الهدف الأساسي من تطبيق الجودة و تطوير و تحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدميها؛
- تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها و جعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم و تعزيز الرضا الوظيفي لديهم و بالتالي الحصول على أفضل النتائج.

المطلب الثاني : التكاليف و العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

قبل التطرق إلى مجموعة العوامل التي من شأنها أن تؤثر في مستوى جودة الخدمات الصحية المنتجة و المقدمة ، ارتأينا أنه من المفيد التطرق إلى عرض مختصر لمفهوم التكاليف المتعلقة بالجودة و أهم أنواعها .

1- تكلفة الجودة :

أظهرت أدبيات الجودة اهتماما بالغا بدراسة الجودة و التكاليف المتعلقة بها ، حيث تعتبر هذه الأخيرة بمثابة مؤشر على مدى فاعلية أنشطة الجودة ، و معرفة هذه التكاليف و العمل على تحديدها يعمل و بلا شك على زيادة فاعليتها ، وذلك عبر التركيز على خفض القيمة الكلية لها و الاهتمام بالأنشطة في مجال الوقاية .

عرف Horngren تكاليف الجودة على أنها "التكاليف التي تنشأ لمنع حدوث انخفاض في جودة

المنتجات بما يساعد على تلبية احتياجات الزبائن¹. كما تعرفها المواصفات البريطانية BS6143 على أنها التكلفة من أجل تأكيد و ضمان الجودة ، بالإضافة إلى فقدان و الخسارة الحاصلة عند عدم الانجاز أو الحصول على الجودة². و في تعريف اخر لها ، فقد وصفها بأنها التكلفة التي تحدث جراء انخفاض الجودة بسبب عدم مطابقة المنتجات أو الخدمات لمعايير الجودة الموضوعة مسبقا أو أنها تعبر عن الفرق بين التكاليف الفعلية و التكاليف التي ستحدث في حالة عدم وجود منتجات معيبة³.

تبعاً لما يبق طرحه من تعاريف يتضح لنا جلياً أنه يمكن التمييز بين نوعين من التكاليف. تمثل الأولى النفقات الاستثمارية و التي تتحملها المؤسسة و تحقق من ورائها عائداً أو قيمة مضافة إلى قيمة مخرجاتها (تكاليف إيجابية) . في حين تعبر الثانية عن التكاليف السلبية و التي تشمل كافة النفقات التي تصرف و لا يتحقق منها عائد ، تتحملها المؤسسة نتيجة الهدر و هي ما يعرف بتكاليف اللاجودة* ، و لهذا الغرض اتفق معظم الباحثين على تقسيم هذه التكاليف إلى :

أولاً : تكاليف الضبط و الرقابة : تشمل كل من تكاليف الوقاية و تكاليف التقييم كما يلي :

- **تكاليف الوقاية :** تتمثل في التكاليف التي تتحملها المؤسسة بهدف الوقاية من حدوث الأخطاء و الأعطال قبل العملية الانتاجية . نذكر منها على سبيل الحصر : تكاليف

¹ جلييلة عيدان حليحل ، مهند عبد الرحمن سلمان : أثر قياس تكاليف الجودة في زيادة الأرباح و تحقيق الميزة التنافسية ، مجلة دنانير ، المجلد 1 ، العدد 8 ، كلية الادارة و الاقتصاد ، الجامعة العراقية ، العراق ، 2016 ، ص 56.

² عدمان مريزق ، المرجع السابق ، ص 73.

³ مصطفى راشد العابدي : إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس و تقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها ، المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة ، العدد 2 ، كلية التجارة ، جامعة عين الشمس ، مصر ، 20 أبريل 2000 ، ص 372.

* تكلفة اللاجودة : هي الفارق بين سعر التكلفة الحالي للمنتج و تكلفته المنخفضة إذا لم يحدث أي خطأ أو عيب أثناء التصميم ، الانجاز ، التسويق و الاستعمال.

الصيانة الوقائية للأجهزة ، تكاليف تصميم و تخطيط الرقابة على الانتاج ، تكاليف مراجعة و تحليل بيانات الجودة... إلخ¹ .

- **تكاليف التقييم :** هي تلك التكاليف المتعلقة بقياس ، تقييم ، تدقيق و فحص المنتج للتأكد من توافقها لمتطلبات الجودة أو للمعايير و المواصفات المتبعة ، و هي تشمل : تكاليف معدات الاختيار و التفتيش ، تكاليف اختبار الأداء الميداني ، تكاليف تقييم المخزون ... إلخ² .

ثانيا : تكاليف الإخفاق : تشمل الإخفاق الداخلي و الإخفاق الخارجي ، و هذا كما يلي :

- **تكاليف الإخفاق الداخلي :** هي تلك التكاليف الناجمة من الأخطاء التي تتسبب بفقدان العائد جراء قيام المؤسسة بإنتاج وحدات غير مطابقة لمواصفات التصميم و معايير الجودة، و التي يتم اكتشافها داخل المؤسسة قبل خروجها للمستهلك . غالبا ما تكون هذه التكاليف مرتبطة بإعادة تفتيش و اختبار المنتج ، تكاليف إعادة التشغيل ، تكاليف الفاقد ، تكاليف حل المشكلة أو تحليل الخطأ ... إلخ³ .
- **تكاليف الإخفاق الخارجي :** هي مجموعة التكاليف التي تتحملها المؤسسة نتيجة المنتجات المعيبة ، و التي يتم اكتشافها بعد تسليمها للمستهلك . تشمل هذه التكاليف كل من تكاليف معالجة الشكاوي ، تكاليف استبدال المنتجات المعيبة ، تكاليف دفع الضمانات و

¹ محمد عبد العال النعيمي ، راتب جليل صويص، غالب جليل الصويص: إدارة الجودة المعاصرة ، دار اليازوري للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2009 ، ص 73.

² ري اتش جاريسون ، إريك نورين : المحاسبة الإدارية ، ترجمة محمد عصام الدين زايد و أحمد حامد حجاج ، دار المريخ للنشر ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2002 ، ص 996.

³ نبيل محمد عبد الحسين الخناق ، جبار جاسم الربيعي: أهمية قياس تكاليف الجودة و الإفصاح عنها في القوائم المالية ، مجلة التقني ، المجلد 18 ، العدد4، هيئة التعليم التقني ، العراق ، 2005 ، ص 180.

التعويضات ... إلخ ¹.

في نفس السياق ، حدد مجموعة من الباحثين في هذا المجال ما تمثله نسبة كل تكلفة من إجمالي تكاليف الجودة ، وهذا حسب ما يمثله الجدول الموالي :

جدول رقم (1-3) : نسب أنواع التكاليف نسبة إلى التكلفة الاجمالية للجودة

نسبة كل تكلفة		نوع التكلفة
Juran and Grgna	Feigenbaum	
5% - 0.5%	10% - 5%	تكلفة الوقاية
50% - 10%	25% - 20%	تكلفة التقييم
40% - 25%	70% - 65%	تكلفة الإخفاق الداخلي
40% - 20%	-	تكلفة الإخفاق الخارجي
100%	100%	إجمالي التكاليف

المصدر : نبيل محمد عبد الحسين الخناق ، جبار جاسم الربيعي ، نفس المرجع السابق ، ص

179.

ما يمكن ملاحظته عبر الجدول أعلاه أن الأهمية النسبية لكل عنصر من عناصر تكلفة الجودة تختلف حسب رأي كل باحث ، كما أنها قد تختلف من وحدة اقتصادية لأخرى ، و ذلك لاختلاف طبيعة أنشطتها .

هذا و تجدر الإشارة إلى وجود علاقة تكاملية بين الأنواع الأربعة سابقة الذكر ، فهي في الأساس خاضعة لقانون (1 ، 10 ، 100) ، بمعنى أن إنفاق وحدة نقدية واحدة على تكاليف الوقاية سيوفر للمؤسسة 10 وحدات نقدية من تكاليف التقييم و 100 وحدة نقدية من تكاليف الإخفاق الداخلي و الخارجي.

¹ Chantal Bussenault , Martine Prétet : **Economie et gestion de l'entreprise** , 4eme édition , Edition Vuibert , Paris , Octobre 2006 , p 16.

2- العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية :

هناك مجموعة من العوامل و التي من شأنها أن تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في جودة الخدمات الصحية المنتجة و المقدمة لطالبيها ، و التي يمكن أن نستعرضها ببعض من الشرح و التحليل كما يلي :

• تحليل توقعات المريض:

يحتاج منتجو الخدمات الصحية إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية ، حيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المريض كونها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة¹ . كما يمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة التي سبق و أن تطرقنا إليها². و عليه ، فعلى المؤسسة الصحية عمومية كانت أم خاصة بحاجة إلى البحث عن توقعات المستفيدين منها و محاولة فهمها و العمل على ترجمتها بما يضمن تقديم خدمات ذات جودة عالية أو مقبولة إلى حد ما.

• تحديد جودة الخدمات:

حالما تفهم إدارة المؤسسة الصحية حاجات المرضى ، يتوجب عليها وضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة . و هذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً بأداء و فعالية المورد البشري و بمستوى و كفاءة

¹ صلاح محمود ذياب: قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى و الموظفين ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 1، كلية العلوم والاقتصاد والإدارة، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، عمان ، الأردن، يناير 2012 ، ص 73.

² ثامر ياسر البكري : تسويق الخدمات الصحية ، نفس المرجع السابق ، ص 204.

الأجهزة و المعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية ، مدعمين بالتزام الادارة العليا بهدف تحقيق الأهداف المرجوة¹ .

• أداء العاملين :

توصيف و تصميم الخدمات الصحية ، إضافة إلى التزام الادارة بمسار الجودة لبلوغ مستوى هذه الأخيرة و التميز وحده غير كاف إذا لم تتوفر الكفاءة و التميز في أداء مقدمي الخدمة الصحية بمختلف تخصصاتهم و مستوياتهم. و لن يتحقق ذلك إلا من خلال عملية التكوين و التدريب بهدف اكتساب معارف جديدة و تطوير مهاراتهم في التعامل مع المرضى. إلى جانب الاهتمام بأساليب تقييم الأداء كنظام الحوافز المادية و المعنوية و تشجيع العاملين على العمل الجماعي القائم على روح الفريق الواحد بهدف تقديم خدمات متميزة لطلابها²

• إدارة توقعات الخدمة:

إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية و الترويج و الإعلان في خارجها .و يكون من الضروري على إدارة المؤسسة أن لا تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك .و هو ما سينعكس على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها³. و عليه ، فمن الضروري للقائمين على شؤون المؤسسة الصحية العمل على الاتصال و التواصل مع المرضى داخل المؤسسة، و كذا مختلف شرائح المجتمع بهدف التنبؤ و استقطاب متطلباتهم و توقعاتهم و العمل على الاستجابة لها . و هو ما

¹ صافي محمد هادي الجزائري و اخرون: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد 4، جامعة البصرة، 2001 ، ص 19.

² بديسي فهيمة ، زويوش بلال ، نفس المرجع السابق ، ص 145 .

³ William M.Pride , O.C.Ferrell : **Marketing : Concepts and Strategies** , 12th ed , Boston : Houghton Mifflin Co , 2003 , p337

يتطلب وضع نظام معلومات فعال ، فضلا عن وجوب توفير نظام اتصال كفاء على المستوى الداخلي و الخارجي للمؤسسة الصحية¹. و الشكل الموالي يلخص ما سبق طرحه :



شكل رقم (13-1) : العناصر المؤثرة في جودة الخدمة

Source : William M.Pride , Ferrell.O.C : Marketing basic concepts and decision , 5th edition , Houghton Muffin Co International INC, Boston , 1987 , p 332

المطلب الثالث : رضا المريض (الزبون)

تهتم المؤسسة الخدمية عموما و المؤسسات الصحية على وجه أخص بمعرفة الخصائص و المؤشرات التي يقع على ضوئها حكم المستفيد، لتتحدد نتيجة الرضا أو عدم الرضا حول ما تقدمه من خدمات . و في الإطار العام فإن مؤشرات الجودة و سرعة التسليم و الثقة المتبادلة بين المؤسسة الصحية و المستفيدين من خدماتها هي من يقرر هذا الرضا و مستواه. بناءا على هذا ، سوف نقوم بتحليل الرضا لدى المريض كونه أهم مؤشر لجودة الخدمة الصحية.

¹ بديسي فهيمة ، زويوش بلال ، المرجع السابق ، ص 146.

1- مفهوم الرضا لدى المريض

تزايد و على مر السنوات الماضية الاهتمام بموضوع رضا المريض باعتباره أحد المؤشرات الأساسية لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية¹ . بالإضافة إلى أن تقييم المريض لهذه الخدمات من شأنه المساعدة على توعية الطاقم الطبي حول إنجازاتهم أو إخفاقاتهم في تقديمهم لخدماتهم فضلا عن مساعدتهم على الاستجابة أكثر لاحتياجات مرضاهم² . هذا ما دفع بالعديد من المؤسسات الفاعلة في هذا المجال ، من القيام بأبحاث و دراسات حول رضا المريض والبحث عن سبل تحسين مستوياته³ .

يأخذ مفهوم الرضا في مجال الخدمات الصحية (رضا المريض) في الغالب طابعا شخصيا قويا. الأمر الذي أدى باستقلال هذا المفهوم عن الجوانب الموضوعية التي تخضع في معظمها إلى قوانين القياس السيكولوجي*.

يذهب كل من Meredith and Wood إلى تعريف رضا المريض على أنه "الشعور الإيجابي أو السلبي النابع من وجهة نظر المريض تجاه الخدمات المقدمة له"⁴ . ويشير Keegan and others أن رضا المريض يعبر عن " موقف شخصي نحو تجربته مع المؤسسة الصحية التي يتعامل معها .

¹ Haya. R. Rubin and others : **Patients' ratings of out patient visits in différent practice settings: Results from the Médical Outcomes Study**, Journal of the American Médical Association JAMA, Vol 270, N°7, 1993 , p 336.

² Ibrahim S Al-Eisa and al : **Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region, Kuwait** , Middle East Journal of Family Medicine,; Vol. 3 ,N°3, 2005, 10.

³ أسامة الفراج : **تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المريض** ، نموذج لقياس رضا المريض ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية ، المجلد 25 ، العدد 2 ، 2009 ، ص 56.

* العلم الذي يسمح بترجمة المتغيرات و الخصائص السيكولوجية (الكيفية) إلى متغيرات كمية قابلة للقياس .

⁴ Meredith J and Wood N : **The development of the Royal College of Surgeons of England's patient satisfaction audit service**, Journal Quality in Clinical Practice, Vol 15, 1995 , 68 .

و هذا الرضا يتضمن كلا من الجوانب المعرفية و العاطفية و المرتبطة بالتجارب السابقة¹. كما يعرفه كل من Asadi,lari and others على أنه "مدى إدراك الفرد بالمقارنة مع ما لديه من توقعات"². و عليه ، فإن الرضا لدى المريض يتعلق بتجربة شخصية تمكن هذا الأخير من مقارنة ما كان متوقعا بما تم تقديمه له من خدمات فعلية ، كما يدخل في تحديد مستوى هذا الرضا بعض العوامل كالتجارب السابقة.

هذا و في نفس السياق ، يعرف "الدكتور أسامة الفراج" رضا المريض على أنه : "شعور المريض بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى :و تشمل :الخدمات الطبية و التمريضية و الخدمات المرافقة (فندقة ، إطعام ، نظافة ، خدمات اجتماعية و نفسية) ، مما يولد إحساساً باهتمام الأطر الطبية و الخدمية به ، و يمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطباء ، و يخلق لديه شعوراً إيجابياً يساعده على تقبل العلاج و التجاوب معه ، و هذا ما يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية"³ .

تبعاً لما تقدم ، يمكن القول أنه إذا كان الرضا عن الخدمات المقدمة عالياً و يلبي متطلبات إيجابية فإنه ينتقل إلى ولاء و أحكام مرضية عن التعامل مع هذه المؤسسة . أما في حالة ما إذا تولد عدم الرضا و الشعور السلبي فإن توقيف التعامل أو العلاقة مع المؤسسة سيكون أمراً طبيعياً لا محال منه في حالة ما إذا توفرت لديه البدائل.

¹ Keegan, O and al : **Community involvement in A/E satisfaction survey** By The Health Board Executive, **Measurement of Patient Satisfaction Guidelines** ,Health Strategy Implementation Project, 2003 , p 10.

² Asadi-Lari M and al : **Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model**, Health and Quality of Life Outcomes, Vol.2 , 2004 , p 131 .

³ أسامة الفراج ، المرجع السابق ، ص 64.

تبعاً للتعريف السابقة يمكن أن نخلص لتعريف رضا المريض على أنه ما يمكن أن ينتج من خلال مقارنة المريض بين الخدمة المدركة التي تحصل عليها فعلاً و الخدمة المتوقعة و هذا على النحو التالي:

- الإدراك > التوقع ← شعور بالاستياء و عدم الرضا و التوجه إلى مؤسسة صحية أخرى.
- الإدراك ≤ التوقع ← شعور بالرضا و زيادة الولاء للمؤسسة الصحية.

كما أن هذه التوقعات تبنى من قبل المريض نتيجة لتفاعل جملة من المتغيرات و المتمثلة في احتياجات المريض و خبرته السابقة ، الأنشطة الترويجية التي تقدمها المؤسسة الصحية ، بالإضافة إلى تأثير الأصدقاء و الأقارب من خلال اتصالات الكلمة المنقولة .

2- أهم الخطوات المتبعة في تحقيق الرضا لدى المريض

يشير الباحث Kotler في كتابه Marketing Management سنة 1991 ، أنه يستوجب على المؤسسة الصحية أن تعامل المستفيدين من خدماتها على أنهم ضيوف لديها ، الأمر الذي يتطلب منها اتباع الخطوات التالية ¹ :

- **تحية المريض و استقباله** : تتضمن هذه الخطوة إبداء كامل الاحترام للمريض و ذويه و الترحيب بهم ، مع فسح المجال المناسب لاستضافتهم بالجلوس و عرض المساعدة الفورية تلبية لطلب المريض بما يناسب حاجته.
- **تفهم مشاعر المريض و حاجته** : ذلك عبر إبداء الاهتمام و الاصغاء لحديث المريض و التكلم معه بلهجة واضحة يفهمها ، مع المحافظة على خصوصية الحالة الصحية للمريض و سرية المعلومات المتعلقة بمرضه .

¹ Philip Kotler : **Marketing Management ; analysis planning implantation and control** , 7th edition, Prentice-Hall edition, 1991 , p 490.

- **التعاطف مع المريض :** هذا من خلال تقدير عمق حاجة المريض للتعاطف معه ، مع إبداء مقدم الخدمة الصحية الموافقة لأراء المريض أثناء استعراضه لشكواه ما يخلق نوع من الثقة بين الطرفين .
- **مساعدة المريض على تجاوز حالته المرضية :** يتم ذلك عبر ابداء مقدم الخدمة لرغبته في تحمل المسؤولية لمعالجة المريض ، و تقديم الدعم المادي و المعنوي له، بالإضافة إلى العمل على إقناعه بأن النتائج ستكون جد مرضية.
- **تقديم الشكر و التقدير للمريض :** هذا عبر تقديم مقدم الخدمة بطاقة للمريض تحوي أرقام الهواتف اللازمة لوقت الحاجة . و العمل على استطلاع رأيه قبل المغادرة عن مدى رضاه عن مستوى الخدمات المستفاد منها. ليقدم مقدم الخدمة في الأخير كل الشكر للمريض و مرافقيه لاختيار خدماته دون غيرها ، و تذكيره بالتواصل معه بعد المغادرة بغية الاطمئنان عليه ، و هو ما يضمن خلق نوع من الولاء بين المريض و المؤسسة الصحية.

المطلب الرابع : دراسة العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا المريض

أثبتت البحوث في مجال الرعاية الصحية على مر العقود القليلة الماضية أن رضا المرضى هو أحد الاستراتيجيات الهامة لتحسين جودة الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية¹ ، فعلى الرغم من أن رضا المريض هو حكم شخصي إلا أنه و مع ذلك يعتبر عنصرا حاسما في نتائج خدمات الرعاية الصحية². و على الرغم من وضوح العلاقة بين جودة الخدمة و رضا العميل ، إلا أنه لم يتحقق الاتفاق بين أغلب الأكاديميين على أرضية عمل مشتركة حول هذين المفهومين لعدم امتلاكهم رؤية واضحة ، فعلية و دقيقة لتفسير طبيعة و نوع هذا الترابط .

¹Frederick F. Reichheld : **The One Number You Need To Grow** , Harvard Business Review , Vol 81, N°12, 2003, p 48.

² Koichiro Otani : **Patient Satisfaction : Focusing on « Excellent »** ,Journal of Healthcahre Management , Vol 54, N°2 ,2009 , p 95

فمن أجل توضيح العلاقة بين كل من جودة الخدمة و رضا العميل قام العديد من الباحثين في هذا المجال بالعديد من الأبحاث. ففي دراسة قام بها كل من **Spreng and Singh** سنة 1993 و التي كانت تحت عنوان «**An Empirical assessment of the Servqual scale and the relationship between service quality and satisfaction**» ، تم من خلالها التوصل إلى عدم وجود اختلاف أو تمايز بين مفهومي الرضا و الجودة¹، في حين يرى اخرون أمثال² **Carman** و **Mackoy** أن هناك اختلاف بين هذين المفهومين ، قد يعزى إلى تحديد معنى التوقعات³ . فالتوقعات في جودة الخدمة المدركة هي عبارة عن رغبات ، بمعنى ما يجب على مورد الخدمة تقديمه . بينما التوقع في رضا العميل فهو عبارة عن تنبؤات ، أي ما سيقدمه مورد الخدمة . و في نفس السياق ، ميز **Bateson** بين مفهومي جودة الخدمة و رضا العميل و حددها كونها اتجاها يتكون لدى العميل من خلال عملية تقييمية لعرض الخدمة ، و هو ما يكون مبنيا أغلب الأحيان على جملة من الخبرات التقييمية المتراكمة للعميل⁴.

إضافة إلى الاختلاف الوارد بين مفهومي رضا العميل و جودة الخدمة من ناحية التوقعات ، يمكن أن نضيف اختلافات أخرى نعرضها ضمن الجدول الموالي :

جدول رقم (1-4) : مقارنة بين جودة الخدمة و رضا العميل

رضا العميل	جودة الخدمة
رضا العميل يمكن أن ينتج عن أي بعد سواء كان على علاقة بالجودة أو لا	أبعاد جودة الخدمة التي تمكننا من الحكم عليها محددة مسبقا
الحكم على رضا العميل قائم على عدة مسائل غير الجودة مثل: الحاجات، العدالة و إدراكات العدل	التوقعات في جودة الخدمة قائمة و مبنية على المثالية
لرضا العميل سوابق مفاهيمية أكثر	جودة الخدمة لها أقل سوابق مفاهيمية

¹ Namkung, Young, Jang, SooCheong (Shawn): **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, 2007 , p 391.

² Carman, James M. : **Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions**, Journal of Retailing, Vol 66, N°1, 1990 , p 35

³ Spreng, Richard A. and Robert D. Mackoy : **An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction**, Journal of Retailing, Vol 72, N°2, 1996 , p 203.

⁴ حميد عبد النبي الطائي ، بشير عباس محمود العلاق : **تسيوق الخدمات : مدخل استراتيجي ، وظيفي ، تطبيقي** ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2009 ، ص 249.

إدراكات جودة الخدمة لا تحتاج إلى التجربة مع مورد الخدمة	الحكم على رضا العميل يحتاج إلى التجربة مع مورد الخدمة

Source : Yap Sheau Fen, Kew Mei Lian : **Service Quality and Customer**

Satisfaction: Antecedents of Customer Re-patronage Intentions, Sunway Academic
Journal, Vol.4, P 62.

رغم كثرة الاستنتاجات و التناقضات ، لم يتفق الباحثون أيضا حول ما إذا كان الرضا سابقا أو لاحقا لجودة الخدمة. و هذا التضارب في الآراء جاء في الدراسة التي قام بها كل من **Cronin and Taylor** سنة 1994، حيث افترض أن الرضا يؤدي إلى تقديم خدمات ذات جودة ، إلا أن نتائج هذه الدراسة آلت إلى عكس ما افترض بداية ، أي أن جودة الخدمة هي التي تحقق رضا العميل ، و أن هناك علاقة سببية بين الجودة و الرضا. حيث أن ارتفاع مستوى جودة الخدمة سيؤدي لا محالة إلى زيادة الرضا لدى العميل و بالتالي تكرار عملية الشراء .

إضافة لما سبق ، يؤكد كل من **Mittal and Issaer** في دراستهما سنة 1998 « **Why do customers switch ? the dynamics of satisfaction versus loyalty** » على وجود علاقة بين جودة الخدمة و رضا العملاء . تلتها بعد ذلك دراسة كل من **Elnan and Anderson** سنة 1999 « **Measuring and monitoring service quality in the bus industry** » حيث توصلا إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الخدمة و رضا العملاء في قطاع النقل بالنرويج ، و

هو ما أكدته الدراسة الحديثة التي أجرتها ¹Ojo في مجال الاتصالات السلكية و اللاسلكية ². إلا أن Shortcake يرى نوعاً من الأرباك و الغموض حول هذه العلاقة ³.

في نفس السياق ، و فيما يخص مجال الخدمات الصحية ، أكدت الدراسات الحديثة و خاصة في جامعة ديوك في كاليفورنيا بأن رضا المرضى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الخدمة الصحية أكثر من ارتباطها بالأداء الطبي عند الأطباء. و في هذا الصدد يقول "Richard Staline" الباحث و المساعد و أستاذ إدارة الأعمال في كلية فيكوا: "يشعر المرضى مباشرة إذا كانت المستشفى تقوم بعملها على أكمل وجه ، فإذا أردت التعرف على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المشفى يجب أن تبحث عن مستوى الرضا لدى المرضى تجاه الخدمات و الرعاية الطبية المقدمة ، و يعد هذا المؤشر الأفضل لقياس الجودة". و في سنة 2002 ، أطلقت عيادة كليفلاند cleveland بأوهايو برنامج غير مسبوق أطلقت عليه اسم " خدمة عالمية المستوى" لنشر ثقافة خدمة عالية الجودة لدى العاملين لديها و تحفيزهم على تقديم آرائهم و اقتراحاتهم بخصوص عملية التحسين ، سواء كان ذلك في الجودة أو الأرباح ⁴.

كما أن نجاح المؤسسة الصحية في خدمة أسواقها يعتمد في الأساس و بدرجة كبيرة على مدى قدرتها على خدمة مرضاها و تحقيق رضاهم ، حيث أثبتت الدراسات أنه في حالة الرضا عن الخدمات المقدمة فإن المريض الراضي سيتحدث عن مدى رضاه إلى أربع أشخاص على الأكثر ،

¹ Olu Ojo :The Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Telecommunication Industry: Evidence From Nigeria, Broad Research in Accounting, Negotiation, and Distribution, Volume 1, Issue 1, 2010 , p 99.

² Gloria K.Q Agyapong : The Effect of Service Quality on Customer Satisfaction in the Utility Industry – A Case of Vodafone (Ghana), International Journal of Business and Management, Vol. 6, No. 5; May 2011, p 206.

³ خثير محمد ، مرايمي أسماء : العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة و رضا الزبون بالمؤسسة ،مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال ،المجلد 3، العدد 4، جامعة حسيبة بن بو علي ، الشلف ، 2017 ، ص 34.

⁴ أسامة الفراج ، نفس المرجع السابق ، ص 61.

أما في حالة ما إذا كان غير راضي فإنه سيتحدث عن عدم رضاه إلى عشرين شخصا على الأقل. و هو دليل على أهمية و مدى تأثير رضا المريض الواحد. و عليه لبد لكل مؤسسة أن تقوم و بصفة دورية من قياس هذا الرضا ، إما من خلال نظام الشكاوي و المقترحات ، أو من خلال القيام ببحوث قياس رضا العميل عن خدماتها و رغبته في الاستمرار في التعامل معها مستقبلا من عدمه.

تبعا للطرح السابق ، نخلص إلى أن رضا العملاء عن جودة الخدمة شغل بال اهتمام الكثير من المؤسسات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي ، و أن الرضا بقي بالنسبة لها مقابلة حاجات و رغبات و توقعات العملاء الظاهرة منها و المخفية¹. و لذلك ، يجب أن تكون جميع أنشطة المؤسسة الصحية موجهة نحو تحقيق هذا الرضا ، لما يحققه لها هذا الأخير من أرباح .

¹ مروان جمعة درويش: أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية حول "نحو أداء متميز للقطاع الحكومي"، يومي 1 و 4 نوفمبر 2009، معهد الإدارة العامة، الرياض ، المملكة العربية السعودية، ص 8.

خلاصة الفصل :

تطبيق الجودة في مجال الخدمات الصحية أمر ضروري و حتمي في الوقت الراهن ، و هو الأمر الذي يؤدي بالمؤسسات الصحية إلى تقديم خدمات تتصف بالصلاحية و بمستوى جيد من القبول تحقيقا لرضا المريض و المجتمع على حد سواء . فمما لا شك فيه أن تطابق مستوى الجودة الفعلي من خلال تقديم خدمات ذات جودة متميزة يعكس مدى توفر أبعاد جودة الخدمة مع توقعات العملاء لهذه الأبعاد . كما يمكن النظر إلى مفهوم الجودة في قطاع الخدمات الصحية أيضا من خلال ثلاث جوانب ، فالأول تقني و هو مفهوم مطلق ، فيما يتعلق الجانب الثاني بمدى تلبية احتياجات و توقعات المرضى ، في حين يشمل الجانب الثالث حتمية توفير العدالة و الكفاءة و الفاعلية ، إضافة إلى الشمولية و التكامل في تقديم الخدمة الصحية . كما يضاف في غالب الأحيان البعد التنظيمي من خلال قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة . و بهذا ، تصدر موضوع جودة الخدمات الصحية و قياسها و تقييمها اهتمام الباحثين و أصبح بذلك شغلهم الشاغل ، فبالرغم من اتفاقهم على ضرورة قياس جودة الخدمة إلا أنهم لم يتفقوا حول كيفية قياسها و تحديد الأبعاد المرتبطة بها ، و هذا نظرا لصعوبة الأمر بسبب الطبيعة الذاتية للخدمة ، و هو ما سنستعرضه فيما يلي بشيء من التفصيل و التحليل و الضبط .

الفصل الثاني

الفصل الثاني

آليات قياس جودة الخدمة في القطاع الصحي و مداخل تحسينها

تنشط المؤسسات الصحية عموماً في بيئة متشابكة و متسارعة التحولات نظراً لمكانة قطاع الخدمات الصحية و صلته المباشرة بصحة الأفراد. بالتالي أصبحت الجودة جزءاً لا يتجزأ من استراتيجيات و فلسفة التغيير التي بدأت تتبناها أغلب هذه المؤسسات ، فقد فاق الاهتمام بنوعية الخدمات الصحية أكثر من الاهتمام بجودة السلع باعتبارها أكثر حساسية لموضوع الجودة ، إذ تعنى بتقديم خدمات لأكثر العناصر حيوية و الفاعل الأول في عمليات التنمية (العمل أو المستفيد) ، حيث أصبح هو سيد الموقف و الذي تسعى جميع الأطراف لنيل رضاه و تحقيق رغباته . بهذا المعنى أصبحت الجودة وظيفة أو مسؤولية كل فرد في المؤسسة بصرف النظر عن موقعه و طبيعته عمله ، و هذا طمعا في زيادة الحصة السوقية لهذه المؤسسات ضماناً لبقائها و استمرارها في ظل التحديات الشرسة و المستجدات المتلاحقة. من هنا جاءت حتمية التوجه نحو اعتماد جملة من الأبعاد و المؤشرات و المقاييس التي يمكن من خلالها تحديد و تقييم و ضبط مستوى جودة الخدمات الصحية ، هذا بالتطبيق العملي لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية.

و عليه ، سنقوم من خلال دراستنا لهذا الفصل باستعراض أربع مباحث حيث ، يمثل المبحث الأول مدخل في قياس جودة الخدمة ، و هذا من خلال إبراز إطارها النظري بهدف إسقاطه على الخدمات الصحية و هذا من خلال المبحث الثاني الذي سنتناول من خلاله أهم النماذج التي تم تبنيها من قبل الباحثين و من خلال دراستنا هذه ، لننتقل بعد ذلك إلى عرض مبسط لأهم

الأساليب الاحصائية التي تعمل على تطوير نموذج قياس ألا و هو التحليل العاملي بنوعيه الاستكشافي و التوكيدي . لننتقل بعد ذلك إلى آخر مبحث ، و الذي سنستعرض من خلاله مدخل من مداخل التحسين التي يمكن اللجوء إليها ، ألا و هي إدارة الجودة الشاملة.

المبحث الأول : مدخل في قياس و تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية

إن قياس جودة الخدمة مازال وليد العصر و موضع جدل بين الباحثين في مجال تسويق الخدمات، فقبل عام 1985 لم يكن هناك إلا عدد محدود من الدراسات التي تناولت مفاهيم جودة الخدمة و أبعادها دون أن تتطرق إلى أساليب قياسها و تقييمها. إلا أنه و بعد تلك الحقبة توالى البحوث حول تحديد تلك الأساليب و تكييفها ، إضافة إلى محاولات تحديد المعايير أو الأبعاد التي يلجأ إليها العملاء للحكم على جودة الخدمة المقدمة لهم . و عليه ، و تبعا للطرح السابق سنقوم فيما يلي بعرض بعض المفاهيم الأساسية المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحية عبر مؤشرات أداء المؤسسات الصحية و أبعاد تقييمها .

المطلب الأول : قياس جودة الخدمات الصحية

تعتبر عملية القياس أحد المحاور الأساسية لتطوير جودة الخدمات حيث أصبح لزاما على المنظمات باختلاف أنواعها أن تقيس نتائج أعمالها بهدف تحسين أدائها و تجويد خدماتها ، حيث يرى Pearson من خلال كتابه « Market leadr » سنة 1999 بأن وجود نظام محكم للقياس هو الخطوة الأولى للتكامل و الإبداع في تطوير جودة الخدمات ، و في نفس السياق يؤكد Oakland من خلال كتابه « Total Quality Management » سنة 1995 أن ما لا يمكن قياسه لا يمكن تطويره.

تتأكد أهمية قياس الجودة أكثر في الخدمات ، كونها غير ثابتة الجودة و متضمنة لأبعاد ذاتية غير مستقرة ، مرتبطة أساسا بالتجارب الشخصية السابقة للعملاء . فغياب مؤشرات محسوسة ظاهرة

أدى إلى تركيز الباحثين على الجودة المدركة للخدمة أكثر من الجودة الموضوعية¹ . ففي حالة غياب العلامات الملموسة و الظاهرة ، يلجأ العميل لتقييم الخدمة إلى مؤشرات أخرى ، كالتسهيلات المقدمة ، مظهر مقدم الخدمة ، سرعة الاستجابة للمتطلبات ...إلخ .

تجد أغلب المؤسسات الخدمية صعوبة في فهم متطلبات العميل و مدى تجاوبه معها ، و كيفية تقييمه لها² . فمما لا شك فيه ، أن تفهم رأي العميل و قياسه يعتبر نقطة البداية نحو عملية تحسين الجودة "فالجودة هي ما يقول عنها الزبون أنها الجودة" .

إن قياس جودة الخدمة في القطاع الصحي يعتبر عملية معقدة إلى حد ما مقارنة مع قياس جودة المنتج ، أين يتم استخدام الأساليب الكمية بكل سهولة . فوصول المؤسسة الصحية إلى أحكام سليمة و دقيقة حول جودة خدماتها يتطلب اعتماد معايير محددة في عملية القياس ، و التي يجب أن تتصف بالموضوعية ، المصادقية و القبول العلمي من أجل الاعتماد على نتائج القياس و الانطلاق في عملية تحسين جودة الخدمة الصحية³ .

تجدر الإشارة إلى أن هناك جانبين أساسيين يتم من خلالهما قياس جودة الخدمة الصحية هما الجانب التقني و الجانب الانساني⁴ :

¹ Langlois Michel, Tocquer Gérard : **Marketing des services : le défi relationnel** , Edition Gaetan Morin, 1998, p39.

² Sureshchandar.G.S & al : **Customer perceptions of service quality ; a critique** , Journal of total quality management , Vol12. 2001 , p 115.

³ سامي أحمد عباس : قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ، دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز / اليمن من وجهة نظر المستفيد ، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العراق ، العدد 39، 2014 ، ص 269.

⁴ دريدي احلام : دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببسكرة (رزيق يونس) ، رسالة ماجستير تخصص الأساليب الكمية في التسيير ، قسم علوم التسيير ،كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة 2014 ، ص 32.

1- الجانب التقني :

يتعلق هذا الجانب بمدى تطبيق المعارف و المعلومات و التقنيات الطبية و غيرها في معالجة المشاكل الصحية . تقاس الجودة في هذه الحالة بمدى القدرة على توفير أقصى المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة درجة المخاطرة.

2- الجانب الإنساني :

يتمثل في إدارة التفاعل النفسي و الاجتماعي بين مقدم الخدمة الصحية و المستفيد منها ، وفق القيم و القواعد الاجتماعية التي تحكم هذه العلاقات. يقاس مستوى الجودة في هذه الحالة بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات

و احتياجات المرضى. إضافة إلى مدى توفير مستلزمات الراحة أثناء الإقامة باعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية النفسية ، مثل نظافة المكان ، حسن التغذية ، توفير خدمات الاتصال و أماكن الانتظار...إلخ.

هذا و من جهة أخرى ، يتضح جليا أن توافر مقياس يتسم بالدقة و الموضوعية يعد أمرا حتميا لتقييم أداء المؤسسة الصحية و تحليل الانحرافات عن المعايير الموضوعية مسبقا ، كونه يقدم للمؤسسة بعض المؤشرات عن مستوى جودة الخدمة التي تقدمها بالإضافة إلى العديد من المزايا ، أهمها ما يلي ¹:

- معرفة احتياجات العملاء ، إضافة إلى مدى ملاءمة الاجراءات و السياسات التي تتخذها المؤسسة الصحية اتجاه المستفيدين من خدماتها ؛

¹ أحمد عبد الله الرشدي : استخدام إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى جودة الخدمة التعليمية في الجامعات اليمنية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص إدارة أعمال ، قسم علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2009 ، ص ص 98-99.

- معرفة الأفراد ذوي معدلات الأداء المرتفع و العمل على مكافأتهم ، و الأفراد ذوي الأداء المنخفض و دفعهم لتحسين أدائهم.

- عملية القياس وفق معيار محدد يساعد على تقييم جودة الخدمة المقدمة ، و تحديد أسباب الفجوة بين الأداء الفعلي و ما كان متوقعا. و يتم على إثر ذلك اتخاذ القرارات المتعلقة بالتغيير أو التطوير بهدف تحسين الخدمة و بأقل تكلفة ؛

- يساعد قياس الجودة على الوصول إلى إحداث التوازن اللازم بين مصالح الطرفين (مقدم الخدمة و المستفيد منها و بين مقدم الخدمة و عملائها) ، سعيا إلى التحسين المستمر؛
- التعرف على أداء الأطباء و كفاءتهم و مهارتهم و قدراتهم في تقديم الخدمات الصحية؛
- التعرف على قناعة العملاء و مدى رضاهم و تقبلهم للخدمات الصحية المقدمة لهم ¹.

ارتبط تحقيق الجودة دائما بعملية القياس و استخدام مختلف الأساليب الإحصائية ، إما بمراقبة المنتج النهائي أو عبر مراقبة العمليات الإنتاجية أو الخدمية ، و تحليل أسباب الانحرافات التي تنتج عنها . لهذا الغرض ، حرصت جمعية العلماء و المهندسين اليابانيين منذ القدم على تدريب القيادات العليا على استخدام هذه الأساليب الإحصائية ² . فإذا ما تحدثنا عن قياس جودة الخدمة لابد من التحدث أيضا عن مختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة. حيث أن تحديد أهم محددات الجودة مثلا ، يتم عادة باستخدام أداة إحصائية مهمة هي "تحليل الانحدار المتعدد" ، كما يتم استخدام "تحليل الانحدار بالخطوة" بهدف تحديد أهم المتغيرات المباشرة و المؤثرة في إجمالي الجودة ، و التي تكون في الأساس مكونة لها. إضافة إلى ما سبق يتم اللجوء أيضا إلى "أسلوب

¹ سامي أحمد عباس ، المرجع السابق ، ص 269.

² بو عبد الله صالح : نماذج و طرق قياس جودة الخدمة، دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر ، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية ، قسم العلوم الاقتصادية ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة سطيف 1 ، 2014 ، ص 50

التحليل العاملي ، و الذي يمكن من تحديد محددات جودة الخدمة و و يعمل على ترتيبها من حيث الأهمية من خلال نسبة التباين المفسر بكل محدد ، و تجميع هذه المتغيرات ضمن مجموعة الأبعاد التي تعبر عنها . كما يستخدم "ميل المتغيرة المركزية أو ما يعرف بقيمة Beta" لنفس الغرض -تحديد المتغيرات- عن طريق المقارنة بين المتغيرات و تحديد أكثرها تأثيرا .

تبعا لما تم طرحه ، يمكن القول أن اختيار مجال و مستوى القياس ليس دائما سهلا أو بديهيا . فكثيرا ما تخطئ المؤسسات خاصة الخدمة منها في تحديد أولويات القياس بما يطابق أولويات و رغبات العملاء . فتترواح في ذلك بين الافراط في قياس كل ما يتم في المؤسسة دون استغلال فعلي للبيانات المجمعة ، و بين التقصير في قياس المؤشرات المهمة و المتيسرة ¹.

المطلب الثاني : صعوبة تحديد قياس و تقييم جودة الخدمة الصحية

تشير بعض الدراسات إلى صعوبة قياس و تقييم مستوى جودة الخدمة ببعض المؤسسات الخدمية ، خاصة المؤسسات الصحية ، لصعوبة تحديد مكونات كل من المدخلات و المخرجات فيها ، و كذا لطبيعة الخدمة المقدمة و ارتباطها بحياة الإنسان . لذا تحول فيها عملية القياس إلى التخمين و التقدير الشخصي ، و يمكن توضيح ذلك كما يلي ² :

1- صعوبة تحديد جودة الخدمة الصحية :

يتعذر تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد بسبب عدم التنبؤ بجودة أدائها قبل تقديمها ، و هذا راجع في الأساس لكون الخدمات الصحية غير ملموسة. و لمواجهة هذه المشاكل الخاصة بتنميط الخدمة فإنه ينبغي أن تعطي المؤسسات الصحية اهتماما خاصا لمرحلة تخطيط خدماتها . و على الإدارة أن تبذل ما في وسعها لكي تضمن نوعا من التناسق في الأداء مع توافر الجودة

¹ المرجع السابق ، ص 50.

² زكي خليل مساعد : تسويق الخدمات الصحية، الأردن ، دار حامد للنشر ، 1998 ، ص 25 .

العالية فيه. و على هذا يمكن أن تكسب مؤسسات الخدمات الصحية ثقة المستفيد ، فتكون بذلك سمعة حسنة للاستمرار و النمو.

2- صعوبة تقييم جودة الخدمة الصحية:

لنفس الاعتبار السابق يصعب تقييم نوعية الخدمة و جودتها ، لأن التقييم يتم على أساس مقارنة ما تم شفاؤهم من المرضى في مدة معينة ، أي ناتج الأداء بين ما حققه النشاط في المؤسسة الصحية و بين الأهداف الموضوعة .و قد اعتادت المؤسسة الصحية عند تقييم خدماتها أن تقيم الكفاءة أي تقييم كفاءة الإمكانيات سواء كانت إمكانيات بشرية كالأطباء و الممرضين و المساعدين الفنيين و العاملين، أو إمكانيات مادية كالمستشفيات و العيادات و الأسرة و التجهيزات و الأموال ، و تقييم الفعالية بين ما تم أدائه فعلا من مدخلات و بين ما كان متوقعا تقديمه في مدة محددة و علاقته بما كان يهدف إليه ، بالإضافة إلى تقييم التكلفة.

3- صعوبة قياس جودة الخدمة الصحية:

قد يكون من السهل قياس ما تم استخدامه من إمكانيات مادية كعدد الأسرة و عدد الأطباء . إنما ليس من السهل قياس جودة الخدمة المقدمة بطريقة القياس المباشر ، و لكن يمكن قياسها بالتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمع و ارتفاع المستوى الصحي وفق تصورين. إما وفق طريقة القياس المباشر حيث يتم قياس الناتج الفعلي للخدمة. أو وفق طريقة القياس غير المباشر ، إذ يتم قياس جودة الخدمة عن طريق المقارنة مع نتائج أخرى (دولية ، محلية ، تاريخية...).

يرى كل من Parasuraman and al¹ أن عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات في غاية الصعوبة قياسا بما هو سائد في المؤسسات الإنتاجية ، و يرجع ذلك إلى العديد من العوامل أهمها²:

- صفة اللاملموسية الملازمة للخدمات خصوصا الخدمات الصحية نظرا لحساسيتها ، حيث لا يمكن الحكم عليها إلا بعد الحصول عليها ؛
- اختلاف احتياجات المستفيدين من الخدمة و مدى إدراكهم لها يتطلب ضرورة تنوع أساليب القياس و بما يتلاءم و ظروف كل مستفيد على حدى؛
- تتسم الخدمات الصحية عموما ببعض الجوانب المهنية و التي تسمح للشخص المتخصص من سهولة تقييمها أكثر من الشخص العادي ؛
- درجة تعاون المستفيد من خلال ما يقدمه من معلومات دقيقة تفيد مقدمي الخدمة بهدف التعرف على حاجات كل مستفيد و العمل على تلبيتها؛
- صفة المشاركة في عملية انتاج الخدمة الصحية ، حيث تلزم هذه الأخيرة الحاجة إلى معلومات دقيقة يقدمها المرضى و محاولة الوفاء بها . لكن عدم وعيهم قد يحول دون ذلك. بالتالي يتطلب الأمر توفر مهارات عالية لمقدمي الخدمة الصحية ، تمكنهم من التنبؤ بهذه الاحتياجات بدقة و تنوع أساليب القياس بما يتلاءم و ظروف كل مستفيد على حدا³؛

¹Valarie.A.Parasuraman et al : **The Behavioural Consequences of Service Quality**,Journal of Marketing,Vol 60, N°2 ,1996 , p 48.

² بن نافلة قدور، مزريق عاشور: **ادارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية**، بحث مقدم في الملتقى الوطني حول ادارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة ، جامعة الدكتور الطاهر مولاي ، سعيدة، يومي 13 و 14 ديسمبر، 2010، ص 31 .

³ قاسم نايف علوان : **إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم - عمليات - تطبيقات** ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2006 ، ص 97.

- عدم وجود معايير موحدة لقياس جودة الخدمة الصحية تتسم بالتكاملية و الشمولية ؛
- تغافل المؤسسات الصحية عن تحديد أولويات القياس بما يتطابق و أولويات و رغبات المرضى ؛

- صغر أغلب المؤسسات الخدمية يبعدها عن استخدام وسائل قياس معقدة ، و اعتمادها على أساليب القياس الظاهري؛

- ضعف المنافسة في قطاع الخدمات الصحية خاصة في البلدان النامية -كون أغلبها ذات طابع حكومي- لا يشجع على الاهتمام بالجودة و التركيز على الكم على حساب الابتكار و التطوير و التغيير ، المبنية أساسا على عملية القياس¹.

المطلب الثالث : مؤشرات أداء المؤسسات الصحية و علاقتها بجودة الخدمة

إن فعالية المؤشرات الممكن استخدامها في المجال الصحي تعتمد و بشكل كبير على متطلبات و احتياجات المريض من جهة و المؤسسة الصحية من جهة أخرى ، حيث أن هذه المؤشرات تبنى أساسا على الأهداف المرجو تحقيقها و على الرسالة التي حددت من قبل القائمين على شؤون المؤسسة الصحية².

هناك مبادئ أو مؤشرات بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الأداء أو النظام الصحي ، بعضها يمكن قياسه بشكل موضوعي و يبقى البعض الآخر خاضعا لوجهات النظر الشخصية و

¹ Ahmet Karav : **An applied stochastic model of the quality _quantity trade-off in the public health care sector** , Quality & Quantity International journal of methodology ,Springer Netherlands , Vol 43 , N°2 , 2009 , p 281.

² بديسي فهيمة، زويوش بلال: **جودة الخدمات الصحية:الخصائص، الأبعاد و المؤشرات**، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري ، قسنطينة ، يومي 10-11 ماي 2011 ، ص 10.

الخلفية التي منها ينطلق التقييم. و من بين هذه المؤشرات ، نذكر على سبيل المثال¹، التقليل من الاختلافات في الممارسة الطبية ، تقليل الأخطاء الطبية ، قصر أوقات الانتظار بين المواعيد ، أوقات الانتظار لإجراء العمليات الاختيارية . بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل عادل و متوازن و الالتزام بالمعايير و الأخلاقيات الطبية و الإدارية . هذا بالإضافة إلى ضرورة توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت و المكان المناسب للمريض كونها تمثل أفضل دليل على مدى جودة النظام الصحي. و لعل أفضل دليل يتم من خلاله الحكم على جودة النظام الصحي ، انطباع المريض و رأيه عن مختلف الخدمات الصحية التي يقدمها هذا النظام.

هذا و من جهة أخرى ، أجرت منظمة الصحة العالمية سنة 2000 دراسة مكثفة حول أداء المؤسسات الصحية استنادا إلى عدد من المؤشرات ، من بينها : العمر المتوقع دون إعاقة ، المساواة الصحية عبر بقاء الأطفال على قيد الحياة ، مستوى التجاوب و توزيعه ، الانصاف في الاشتراكات المالية ، النتائج الصحية ، مجمل أداء المؤسسات الصحية و غيرها².

تظهر مختلف الدراسات في هذا الشأن وجود جدال واضح في تحديد هذه المؤشرات بين مختلف المؤسسات الصحية³. إلا أن أكثرها شيوعا هي تلك التي قامت بتحديد منظمة الصحة العالمية و التي يتم اعتمادها من قبل أغلبية المؤسسات الصحية حاليا . حيث تمكننا من إعطاء معلومات

¹ حنان الأحمدى: تحسين الجودة: المفهوم و التطبيق في المنظمات الصحية ، دورية الادارة العامة، مركز البحوث بمعهد الادارة العامة، المجلد 40، العدد 2، الرياض، 2000، ص 120.

² World Health Organization : **The World Health Report 2000 : Improving Health Systems**. Switzerland ; World Health Organization , 2000 .

³ رجيمة ميلود حوالف ، المرجع السابق ، ص 94 . نقلا عن :

Christine Delagneau , Christelle Ladis Las : **Qualité and Rentabilité**, Université de technologie de compiegne DEES , p19

ذات مصداقية ، دقيقة و حساسة ، غير مكلفة ، فعالة و قابلة للقياس الكمي ¹ . هذه المؤشرات هي نفسها التي قام دونابيديان بالتمييز بينها من خلال دراسة قام بها سنة 1980 ، و التي تستعمل كمعيار لقياس الجودة في المجال الصحي ، نستعرضها فيما يلي ²:

1- مؤشر الهياكل : تمكن من قياس الوسائل و الموارد المستعملة من قبل المؤسسة الصحية تحقيقا للأهداف المسطرة .

2- مؤشر السيورة : تتعلق بمجمل العمليات التي من شأنها أن تعمل على السير الحسن للنظام بمجمله تحقيقا للنتائج المرغوبة .

3- مؤشر النتائج : تعرف على أنها عملية جمع مجمل نتائج الاجراءات و العمليات الطبية ، و العمل على تحليلها ، تقييمها و بثها بهدف تحسين النتائج و الارتقاء بجودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المريض .

4- مؤشر رضا المريض : يعتبر رضا المريض كأهم مؤشر لقياس مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية ، حيث يعتبر عاملا حاسما من عوامل تسويق الخدمات الصحية كونه نتيجة مشروعة و مرغوبة .

سنقوم فيما يلي بحصر بعض المؤشرات في عدد من المجالات و التي يتم من خلالها تقييم أداء المؤسسة الصحية و تحديد مستوى جودة الخدمات التي تقدمها للمرضى ، و هذا كما يبينه الجدول الموالي :

¹ Opcit , pp 21-22

² Hervé Leclerc , Claude Vilcot : **Indicateurs Qualité en Santé : Certification et évaluation des pratiques professionnelles**, 2eme édition , ED AFNOR , 2006, p 40.

جدول رقم (2-1) : مؤشرات جودة الخدمات الصحية

نسبة / متوسط كل مؤشر	طريقة حساب النسبة
1- مؤشرات جودة النشاط و العمليات المنجزة لتقديم الخدمة الصحية	
% الوفيات بالمؤسسة الصحية	(عدد الوفيات بين المرضى المقيمين بالمؤسسة الصحية / العدد الاجمالي للمرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية) $\times 100$
% مكوث المريض	(العدد الاجمالي لأيام الرقود بالمؤسسة الصحية / عدد المرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية) $\times 100$
متوسط أيام الانتظار	(فترة انتظار المريض لإجراء العملية الجراحية / العدد الاجمالي للمرضى المنتظرين)
% الشكاوي	(عدد الشكاوي / عدد المرضى القادمين للمؤسسة الصحية) $\times 100$
% نسبة المطابقة	(عدد العمليات المنجزة وفق المعايير المطبقة / إجمالي العمليات المقارن بالمعايير المطبقة) $\times 100$
2- مؤشرات قياس و تقييم جودة أداء البنية الهيكلية	
% عملية/طبيب	(عدد العمليات الجراحية خلال السنة / عدد الأطباء الجراحين في السنة) $\times 100$
% الأطباء المقيمين	(عدد الأطباء المقيمين / إجمالي عدد الأطباء) $\times 100$
% الأخصائيين	(عدد الأطباء الأخصائيين / إجمالي عدد الأطباء) $\times 100$
% الممرضين	(عدد الممرضين / إجمالي عدد الأطباء) $\times 100$
% ممرض/مريض	(عدد الممرضين / عدد المرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية) $\times 100$
%المرضى المسعفين	(عدد المرضى المسعفين / عدد سيارات الإسعاف) $\times 100$
% الإداريين	(عدد المستخدمين الإداريين / إجمالي عدد المستخدمين في المؤسسة) $\times 100$
% المرضى/سرير	(عدد المرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية / عدد الأسرة المهيأة للرقود) $\times 100$
% الأجهزة الطبية المعطلة	(عدد الأجهزة الطبية المعطلة / إجمالي عدد الأجهزة الطبية) $\times 100$
%نصيب المريض/أدوية	(تكلفة الأدوية المستخدمة / إجمالي عدد المرضى بالمستشفى) $\times 100$
% تكلفة الفحص/حالة	(مجموع تكاليف الفحص المخبري أو الأشعة / مجموع حالات الفحص المخبري أو الأشعة) $\times 100$
% مصاريف الصيانة	(مصاريف الصيانة الفعلية / المبلغ الإجمالي المخصص للصيانة) $\times 100$
3- مؤشرات قياس و تقييم المخرجات	
%تلوث غرف العمليات	(عدد إصابات تلوث غرف العمليات / عدد غرف العمليات) $\times 100$
% الادخال الغير مبرمج	(عدد المرضى غير مبرمجين عند الدخول / عدد سكان المنطقة التابعة لقطاع صحي معين) $\times 100$
4- مؤشرات قياس و تقييم جودة الخدمة الوقائية و الرعاية الصحية الأولية	
%الإصابات	(عدد الإصابات بمرض معين / عدد سكان المنطقة التابعة لقطاع صحي معين) $\times 100$

(عدد الأطفال الملقحين / عدد الأطفال الواجب تلقيحهم في منطقة معينة) $\times 100$	% الأطفال الملقحين
(عدد الفحوصات المخبرية / العدد المخطط للفحص) $\times 100$	% تنفيذ الفحوصات
5- مؤشرات قياس و تقييم أداء أنشطة البحث العلمي	
(عدد البحوث المنجزة من قبل الأطباء / عدد الأطباء في المؤسسة الصحية) $\times 100$	% البحوث / طبيب
(عدد الندوات العلمية و الطبية المنجزة / عدد الندوات المبرمجة) $\times 100$	% إنجاز الندوات
(عدد الاكتشافات العلمية المحققة في المجال الطبي / العدد المخطط للاكتشافات الطبية) $\times 100$	% الاكتشافات العلمية

المصدر : بديسي فهيمة : تفعيل مدخل النظم لتحقيق الجودة الشاملة ، دراسة تطبيقية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة منتوري - قسنطينة ، 2006 ، ص ص 103-119

تجدر الإشارة هنا إلى أن دقة النتائج المتوصل إليها من استخدام هذه المؤشرات و العمل على تقييم الأداء يعتمد بشكل أساسي على دقة و صحة البيانات المستخدمة في ذلك ، و برغبة إدارة المؤسسة الصحية في معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى و العمل على تحسينها .

المطلب الرابع : أبعاد الجودة في قطاع الخدمات الصحية

تعد جودة الخدمة مفهوما مركبا ينطوي على مجموعة من الأبعاد التي تشكل محتواه المفاهيمي . و يقصد بهذه الأبعاد ، المعايير المستخدمة من طرف العملاء للحكم على جودة الخدمة أو التي تشكل إدراكا تهم و التي يبني على أساسها العملاء توقعاتهم ، و بالتالي حكمهم على جودة الخدمة المقدمة إليهم .

مثل ما هو الحال بالنسبة لإيجاد مفهوم موحد للجودة عموما و جودة الخدمات الصحية على وجه الخصوص ، فإنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول تحديد و توحيد الأبعاد التي تحدد مستوى الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية¹. إذ يرى Swan and Comb من خلال دراستهما سنة

¹ بديسي فهيمة ، زويوش بلال ، المرجع السابق ، ص 8.

1976 و التي كانت تحت عنوان «Product Performance and Consumer Satisfaction : A New Concept أن لجودة الخدمة بعدان أساسيان هما : الجودة المادية الملموسة و التي يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة، أما البعد الثاني فيتمثل في الجودة التفاعلية بين العاملين و العملاء¹. بالإضافة للأبعاد السابقة ، يضيف كل من Lehtinen.J.R and Lehtinen.U في دراستهما سنة 1982 « Service Quality : A study of quality dimensions » ، بعدا ثالثا و هو جودة المؤسسة المتعلقة بالإنطباع الذهني عنها². فضلا عن ذلك ، فقد ميز كل من Sasser and al في كتابهم « The Service Managment Cours » سنة 1991 بين ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة و هي: الجوانب المادية ، التسهيلات و الأفراد³. كما أكد Gronroos على وجود ثلاث أبعاد رئيسية تكمن في الجودة الفنية و الجودة الوظيفية و أخيرا الانطباع الذهني عن المؤسسة⁴.

في دراسة أجراها Parasuraman and others سنة 1985 في بداية دراستهم « A Conceptual Model of service quality and its implications for future researchs » ، و في محاولة منهم لتطوير نموذج لقياس جودة الخدمة ، اعتمادا على جملة المقابلات التي أجروها مع أربع أنواع مختلفة من المؤسسات الخدمية (خدمات التجزئة المصرفية ، خدمات بطاقات الائتمان ، السمسرة في الأوراق المالية و صيانة و إصلاح المنتجات) ، توصلت الدراسة إلى تحديد عشرة أبعاد رئيسية

¹ توفيق محمد عبد المحسن: المرجع السابق ، ص 44.

² Wael Hassan El Garaily : **Developing and Validating A Hospitality Service Quality Scale in Saudi Arabia (HOSP-SQ) : A Structural Equation Model** , International Journal of Business and Social Science, Vo 4, N°14 , November 2013, p 225.

³ أزهار نعمة أبو غنيم: قياس جودة خدمات التعليم العالي في جامعة الكوفة من وجهة نظر المستفيدين، دراسة تطبيقية في كلية الآداب ، مجلة الكلية الإسلامية الجامعة ، العدد 14 ، النجف الأشرف ، 2012 ، ص 118.

⁴ Gronroos, C. : **A service quality model and its marketing implication**, European Journal of Marketing, Vol.18, N°4 ,1984 , p 35

لجودة الخدمة نلخصها من خلال الجدول الموالي¹:

جدول رقم (2-2) : أبعاد جودة الخدمة حسب (Parasuraman and others , 1985)

البعد	مفهومه	مضامينه
الاعتمادية Reliability	مدى ثقة العميل و اعتماده على المؤسسة في الحصول على الخدمة	الثقة في الحسابات الحفاظ على السجلات صحيحة تقديم الخدمة في المواعيد المحددة
الاستجابة Responsiveness	مدى رغبة و استعداد مقدمي الخدمة لتقديم خدمة فورية للعلماء	الاستجابة الفورية لاحتياجات العملاء الرد الفوري على الشكاوي و الاستفسارات تقديم خدمة فورية
الكفاءة الفنية Competence	امتلاك المهارات و المعارف و القدرات الفنية اللازمة لتقديم الخدمة	خبرة و مهارة موظفي المكاتب الأمامية خبرة و مهارة موظفي الجهاز التنظيمي قدرة المؤسسة على تقديم خدمات أفضل عبر البحث و التطوير
الوصول إلى الخدمة Access	يقصد به القرب و سهولة الاتصال بمقدمي الخدمة	سهولة الوصول إلى الخدمة عبر خدمات الهاتف مدة الانتظار من أجل الحصول على الخدمة ملاءمة أوقات العمل و مكان تقديم الخدمة
المجاملة Courtesey	تتضمن الأدب ، الاحترام ، مراعاة و صداقة موظفي المكاتب الأمامية للعملاء	التعاطف مع العميل و مراعاة ظروفه حسن مظهر موظفي المكاتب الأمامية
الاتصال Communication	التعريف بخصائص الخدمة و كيفية الحصول عليها عبر الاستماع للعملاء و ابقائهم على اطلاع بأبسط لغة	شرح الخدمة نفسها للعميل توضيح تكاليف تقديم الخدمة طمأنة العميل على إمكانية حل مشكلته
المصداقية Credibility	تعبر عن الثقة ، الصدق ، الأمانة و جعل خدمة العميل	الثقة في اسم و سمعة المؤسسة الثقة في الخصائص الشخصية لموظفي

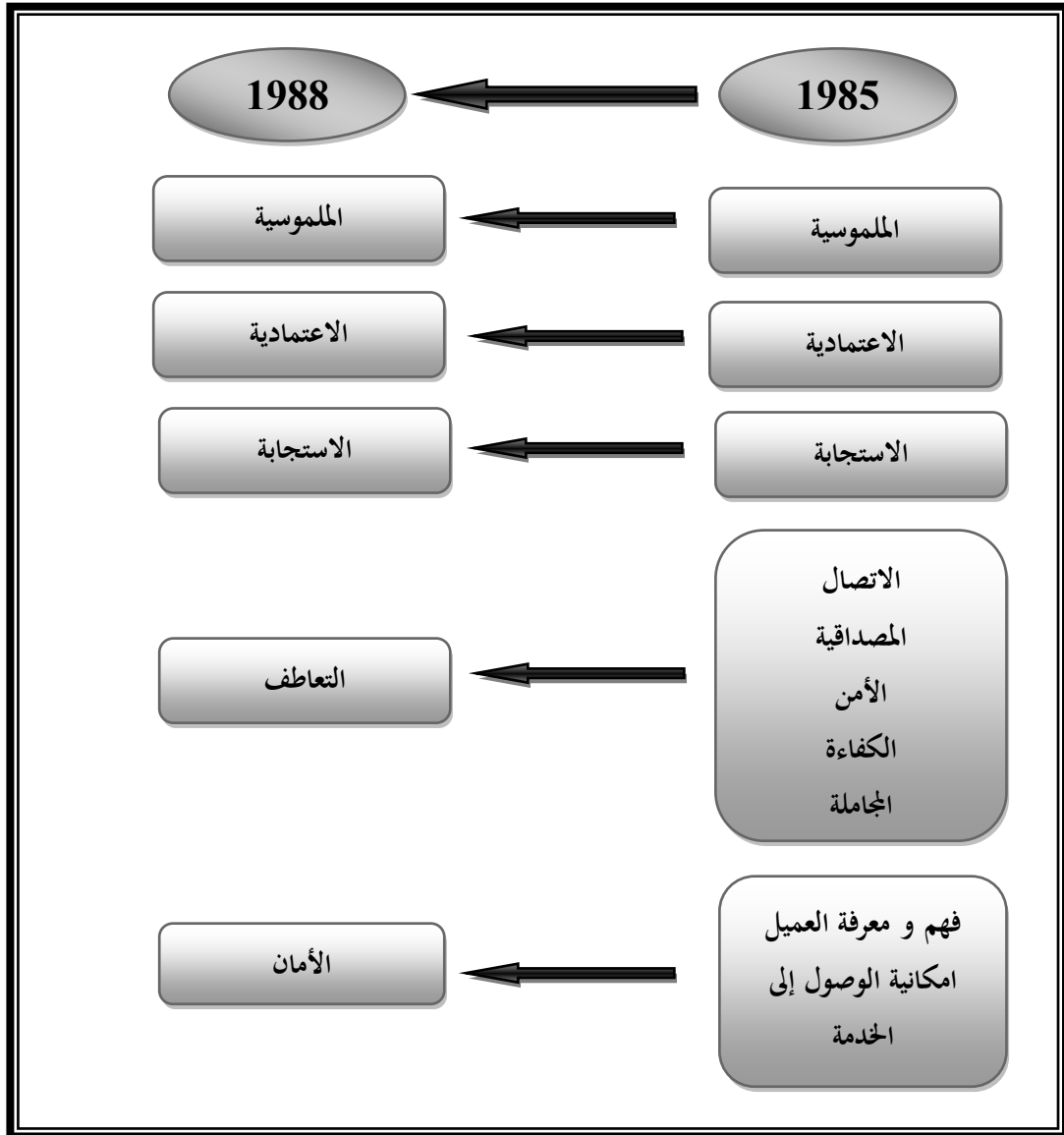
¹ فتحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحياوي: قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى، بحث مقدم من خلال المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان 2006 ، ص 26.

المؤسسة	أهم أولويات المؤسسة	
• درجة الصعوبة أثناء التفاعل مع العميل		
• الأمن المالي و المادي • المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالعميل أثناء التعامل مع المؤسسة	• الخلو من الخطر ، المخاطرة و الشك	الأمان Security
• معرفة حاجات و رغبات العميل بدقة • تقديم الاهتمام الفردي لكل عميل • معرفة العملاء الدائمين للمؤسسة	• يتضمن بذل الجهود اللازمة من أجل فهم حاجات العميل و رغباته	فهم العميل Understanding customer
• التسهيلات المادية • مظهر الموظفين • الأدوات و الأجهزة المستخدمة في تقديم الخدمة • الصورة المادية للخدمة	• تشير إلى الدلائل المادية التابعة للمؤسسة الخدمية	الملموسية Tangibles

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على مجموعة من الدراسات السابقة

في دراسة لاحقة مكملت لنفس الدراسة السابقة قام Parasuraman and others سنة 1988 بالتوصل إلى طريقة تم من خلالها دمج الأبعاد العشرة السابقة الذكر ضمن خمسة أبعاد¹ ، و ذلك كما يوضحه الشكل الموالي :

¹ أحمد بن عبد الرحمن الشميمري : جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة ،



شكل رقم (2-1) : أبعاد جودة الخدمة المعدلة

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على دراسة (Parasuraman et al ,1985,1988)

فيما يلي بيان لهذه الأبعاد و المتغيرات التي تحتويها ، و التي تستخدم كدلائل للجودة في مختلف

الصناعات الخدمية بصفة عامة ، و التي يمكننا اسقاطها على الخدمة الصحية كونها أحد أهم هذه

الخدمات و هذا كما يلي :

جدول رقم (2-3) : أبعاد و معايير تقييم جودة الخدمات الصحية

البعد	التعريف	معايير التقييم
المعلومية	تعرف بوصفها مظهرا خارجيا للتسهيلات المادية و المستلزمات و الأشخاص و موارد الاتصال و كل ما يتعلق بالتجهيزات المادية اللازمة لأداء الخدمة.	-جاذبية المباني و التسهيلات المادية. -التصميم و التنظيم الداخلي. -حداثة المعدات و الأجهزة الطبية. -مظهر العاملين و الأطباء.
الاعتمادية	هي القدرة على تقييم الخدمة في الوقت المحدد و بالدقة المطلوبة و مدى الوفاء بالالتزامات	-الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة -الدقة في الفحص أو التشخيص أو العلاج. -توافر التخصصات المختلفة. -الثقة في الأطباء و الأخصائيين. -الاحتفاظ بسجلات و ملفات دقيقة.
الاستجابة	هي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوي و الاقتراحات و المبادرة في تقديم الخدمة بصدق ورحب.	-السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة. -الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض. -الرد الفوري على الاستفسارات و الشكاوي. -إخبار المريض بالضبط عن وقت تقديم الخدمة و الانتهاء منها.
الأمان	هو الاطمئنان النفسي و المادي ، أي الخلو من الأخطاء أو الشك.	-الشعور بالأمان في التعامل. -الأدب و حسن الخلق لدى العاملين. -استمرارية متابعة حالة المريض. -سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
التعاطف	هو ابداء روح الصداقة و الحرص على العميل و اشعاره بأهميته و الرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته.	-تقهم احتياجات المريض. -وضع مصالح المريض في المقدمة اهتمامات الادارة و العاملين. -ملاءمة ساعات العمل و الوقت المخصص للخدمة المقدمة. -العناية الشخصية بالمريض. -تقدير ظروف المريض و التعاطف معه. -الروح المرحية و الصداقة في التعامل مع المريض.

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لمجموعة من المصادر

هذا و قد أثبتت مختلف الدراسات أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية، إلا أنه تتفاوت أهميتها النسبية من مؤسسة خدمية لأخرى ، فقد أعطى kotler¹ ، من خلال كتابه « Marketing Management » لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة أهمية نسبية و هذا كما يوضحه الجدول الموالي :

جدول رقم (2-4) : الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية

الترتيب	البعد	الأهمية النسبية
01	الاعتمادية	32%
02	الاستجابة	22%
03	الأمان	19%
04	التعاطف	16%
05	الملموسية	11%
	المجموع	100%

المصدر : الطيب جمعة : قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى، دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة-الجزائر ، مجلة رؤى اقتصادية ، العدد السابع ، ديسمبر 2014.

على المؤسسة الصحية السعي لدراسة و تحليل هذه الأبعاد بجميع معاييرها و الأخذ بما يناسبها و ما يهتم و يركز عليه العميل . لكن ما يجب التأكيد عليه أن هذه الأبعاد ليست مستقلة عن بعضها، بل متداخلة و مترابطة فيما بينها و مكتملة لبعضها أحيانا ، لهذا قامت الدراسات اللاحقة بتلخيص هذه الأبعاد لتشكّل مجتمعة مقياسا تعتمد المؤسسات الصحية لتقييم مستوى جودة الخدمات التي تقدمها و تعمل بالتالي على تحسينها ، و هو ما سنتطرق إليه بالتفصيل في المباحث اللاحقة.

المبحث الثاني : مداخل و طرق قياس جودة الخدمات في القطاع الصحي

يعتبر توفر مقياس يتسم بالدقة و الموضوعية أمرا ضروريا لتقييم الأداء و قياس جودة الخدمات المقدمة حيث أصبح هذا الأمر ضرورة لازمة لا سبيل لتجاهلها. و عليه ، فقد وضع عدد من

¹ KOTLER Philip & CLARKE Roberta N : **Marketing for Health Care Organization**, New Jersey, Prentice Hall, 1987 , p 478

الباحثين العديد من النماذج لقياس و تقييم جودة الخدمات ، عددها كل من Nitin Seth and Deshmukh,2005¹ ، بتسعة عشر 19 نموذجا إلا أن أهم هذه النماذج و أشهرها و أكثرها تطبيقا ، نموذج جودة الخدمة و نموذج الأداء ، و هما نموذجان يمكن التعامل معهما من خلال أحد المداخل الرئيسية لقياس الجودة ألا و هو قياس جودة الخدمة من منظور المرضى.

المطلب الأول : مدخل إلى نظرية الفجوة و نموذج الجودة

تعد المدرسة الأمريكية الشمالية أشهر و أوسع المدارس تطبيقا في أغلب المؤسسات الخدمية العالمية بقيادة كل من Parasuraman, Zeithaml & Berry² ، حيث قام هذا الثلاثي سنة 1985 بإجراء دراسة استطلاعية من ثلاث مراحل ، هدفت كل مرحلة إلى ما يلي:

المرحلة الأولى : هدفت هذه المرحلة إلى تحديد مفهوم جودة الخدمة من وجهة نظر العملاء و التعرف على كيفية تقييمهم لجودة الخدمة المقدمة لهم ، و الذي يقوم أساسا على تقديم خدمة تقابل أو تتجاوز توقعات العملاء حول الخدمة المقدمة .

المرحلة الثانية : تم خلال المرحلة الموالية استحداث أداة لقياس و تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر المستفيدين منها (العملاء).

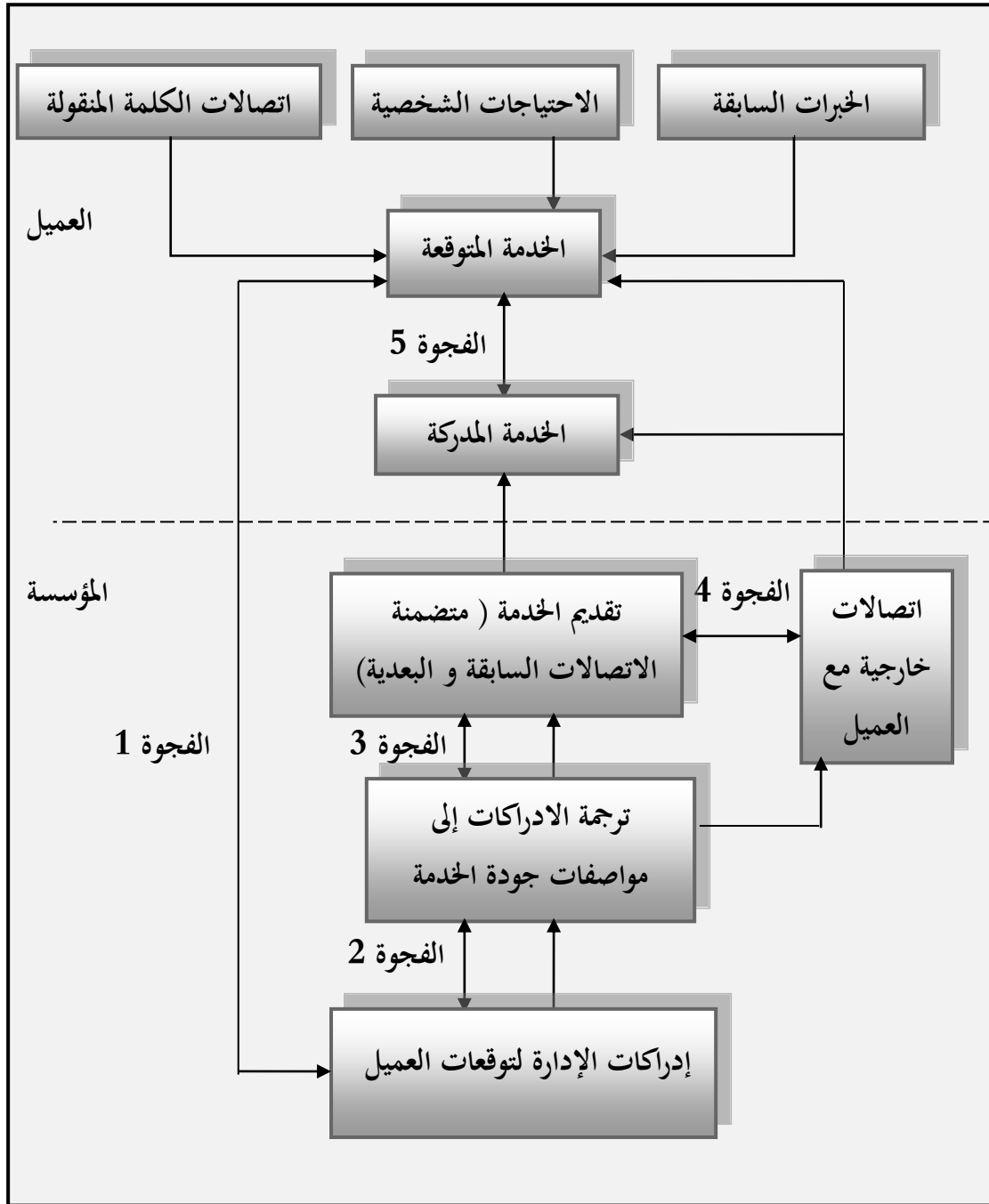
المرحلة الثالثة : سعى الثلاثي * (PZB) من خلال هذه المرحلة إلى التعرف على أسباب الفشل في تقديم خدمة ذات جودة مناسبة.

تمثلت أهم نتائج هذه الدراسة في وضع الإطار النظري لجودة الخدمة أو ما يعرف بنظرية الفجوة ، و التي يمكن أن نوضحها من خلال الشكل الموالي :

¹ Nitin Seth ,S.G. Deshmukh : **Service quality models: a review**, International Journal of Quality & Reliability Management , Vol. 22 No. 9, 2005.

² مصطفى وليد نور الله : **فجوة جودة الخدمة في مصارف القطاع الخاص في محافظة اللاذقية ، سورية ، مجلة الباحث ، العدد 14 ، 2014 ، ص 359.**

* PZB : اختصار لأسماء الثلاثي الشهير Parasuramana , Zeithaml and Berry (مطورو نموذج الجودة)



شكل رقم (2-2) : نموذج نظرية الفجوة

Source: Parasuraman, Zeithaml, Berry : **A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**, Journal of Marketing , (Fall) ,1985 , p 44.

سنقوم فيما يلي بتقديم نبذة عن هذا النموذج و الطريقة العملية التي طورها كتابة للقياس الفعلي.

كما سنقوم بعرض بعض الانتقادات و التحفظات التي وجهت لهذا النموذج.

1- تطور نموذج جودة الخدمة Servqual

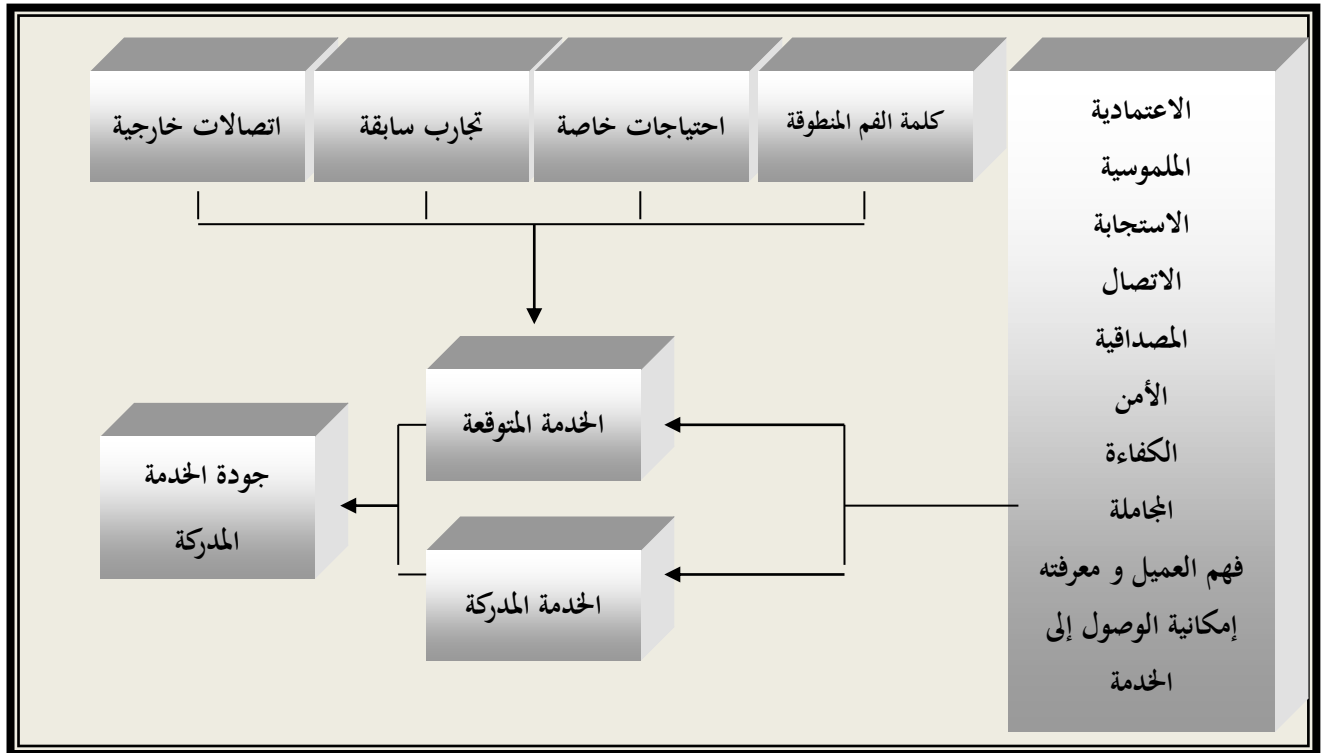
نشير في البداية إلى أنه يطلق على نموذج جودة الخدمة و الذي يعرف اختصارا بـ Servqual تسميات أخرى كنموذج الفجوات ، الإدراكات ناقص التوقعات و فرق النتيجة.

بدأت أبحاث الثلاثي الأمريكي PZB بإجراء دراسة استطلاعية كان الهدف منها فهم أفضل لطبيعة جودة الخدمة من وجهة نظر كل من الإدارة و العميل ، و العمل على تحديد أسباب الفشل في تقديم الخدمة و اقتراح استراتيجيات لحلها. شملت الدراسة أربع قطاعات خدمية مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية : البنوك ، خدمات بطاقات الائتمان ، سماسرة الأوراق المالية، الصيانة و التصليح . حيث قام الباحثون من خلالها بإجراء مقابلة معمقة مع اثني عشر مجموعة نقاش متجانسة من حيث الجنس (منفذين، مدراء تسويق ، مدراء مصلح ، مدراء تنفيذيين) . تتكون المجموعة من ثمانية إلى اثني عشر عميلا ، تضمنت المقابلات نفس الأسئلة المفتوحة لكل مجموعة ، ناقش عبرها المشاركون تجاربهم الشخصية و قدموا آراءهم . توصلت الدراسة من خلالها إلى جملة من النتائج أهمها :

- تحديد الجودة المرتفعة و الجودة المنخفضة ؛
- التمكن من تحديد الكيفية التي من خلالها يقيم العميل جودة الخدمة ؛
- يقوم مفهوم جودة الخدمة على أساس تقديم خدمة تقابل أو تتجاوز توقعات العملاء حول الخدمة المقدمة ؛
- الحكم على ارتفاع أو انخفاض الجودة مرتبط بكيفية إدراك العملاء . فإذا ما كان الفرق بين الإدراك و التوقعات إيجابيا تكون الجودة مرتفعة ، أما إذا كان الأداء كما يدركه العملاء أقل من توقعاتهم ، فإن الجودة تكون منخفضة ؛

- أظهرت الدراسة أن توقعات العملاء حول جودة الخدمة تتأثر إما بتجاربهم السابقة أو احتياجاتهم الخاصة ، تأثير الأقارب و الأصدقاء أو الحملات الدعائية ؛
- أظهرت الدراسة أيضا أنه يتم تقييم الجودة عبر مجموعة من المعايير (الأبعاد) و التي كنا قد تطرقنا إليها سابقا .

يمكن تلخيص ما سبق من نتائج عبر الجدول الموالي :



شكل رقم (2-3) : العوامل و الأبعاد المؤثرة في توقعات العملاء و تقييم مستوى جودة الخدمة حسب نظرية الجودة

Source : Valarie.A. Parasuraman et al : Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations , Edition Illustrée , The Free Press , New York , 1990, p 44.

2- بناء المقياس :

بناء على النتائج التي سبق و أن توصل إليها الباحثون PZB ، قاموا بإجراء دراسة كمية تهدف أساسا إلى استحداث أداة أو نموذج لقياس و تقييم جودة الخدمات من طرف العملاء . لذا قاموا بمقابلة مجموعة من عملاء خمس قطاعات خدمية : " البنوك ، خدمات الهاتف الدولية ، خدمات التوصيل و الصيانة ، خدمات بطاقات الائتمان و سمسرة الأوراق المالية" . نتج عن هذه الدراسة

الكمية ، استحداث أداة قياس لجودة الخدمة Servqual و اعتبر كنموذج مفاهيمي يعرف جودة الخدمة على أساس خمس فجوات أهمها الفجوة بين الأداء الذي يتوقعه العميل و الأداء الفعلي للمؤسسة الخدمية المدروسة¹ (أنظر الشكل 2-2) و ذلك طبقا للمعادلة التالية:

$$\text{الجودة} = \text{الإدراكات} - \text{التوقعات}$$

$$Q_i = \sum_{j=1}^l (P_{ij} - E_{ij}) \quad i = 1, \dots, n \quad j = 1, \dots, l$$

حيث :

Q: الجودة المدركة لدى العميل i ؛
 Eij: التوقع لدى العميل في البند j
 Pij: الأداء المدرك لدى العميل i في البند j ؛
 n : عدد العملاء المستجوبين ؛
 i, j : عدد البنود في المقياس
 و بالتالي تتحدد الجودة حسب هذا النموذج بدرجة و اتجاه الفرق بين الأداء الفعلي للخدمة و بين ما يتوقعه إذ :

- إذا كانت $E < P$ ← جودة مرتفعة
- إذا كانت $E = P$ ← جودة مرضية أو مقبولة
- إذا كانت $E > P$ ← جودة منخفضة

و بالتالي فإن المحور الأساسي في مقياس جودة الخدمة هو الفجوة الخامسة ، بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة و توقعاته حول جودة هذه الخدمة². و من أجل تحديد سبب هذه الفجوة الناتجة عن فشل المؤسسة الخدمية في تقديم خدمات ترقى إلى توقعات العملاء ، قام الباحثون PZB بإجراء الجزء الثاني من دراستهم (1988) ، و التي شملت موظفي و مسؤولي مؤسسات أربع قطاعات خدمية ، و هي نفس القطاعات الأربعة التي قام الباحثون بإجراء الجزء

¹ Valarie.A.Parasuraman et al : **A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research** , Journal of Marketing , Vol.49 , 1985 , p p 43-44 .

² Hollis Landrum and others : **Measuring IS System Service Quality with SERVQUAL: Users' Perceptions of Relative Importance of the Five SERVPERF Dimensions**, International Journal of an Emerging Transdiscipline, Vol 12, 2009 , P 18.

الأول من دراستهم عليها. حيث تم من خلال هذه الدراسة تقليص أبعاد جودة الخدمة العشرة سنة 1985 (كما تم الإشارة إليها سابقاً) إلى خمسة أبعاد سنة 1988 ، و هي (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف). و من هذه الأبعاد قاموا باستنباط اثنين و عشرين بندا من محددات الجودة ، لقياس توقعات العميل عن المؤسسة ، و اثنين و عشرين بندا آخر لقياس إدراكات العميل ، و بطرح الفرق بين الإجابات (الأداء-التوقعات) ، يتم تحديد خمس فجوات، أربعة منها من جهة مقدم الخدمة ، و فجوة من جهة العميل و التي يمكن أن تؤدي إلى تدني مستوى جودة الخدمة و القصور في تحقيقها¹. يمكن توضيح هذه الفجوات كما يلي :

الفجوة الأولى : "فجوة البحث"

تنتج هذه الفجوة نتيجة الفرق بين إدراك أو فهم إدارة المؤسسة الصحية لتوقعات المرضى (العملاء) و توقعاتهم . قد تحدث هذه الفجوة بسبب عدم تفهم مديري المؤسسة الخدمية (الصحية) الملامح التي تدل على الجودة العالية للخدمة التي يرغبها (العملاء) المرضى².

قد يتسبب وجود هذه الفجوة ثلاث عوامل رئيسية هي :

- نقص بحوث التسويق ؛
- عدم مناسبة عمليات الاتصال الخارجي ؛
- تعدد المستويات الإدارية .

الفجوة الثانية : " فجوة التصميم "

تمثل الفرق بين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى (العملاء) و قدرة الإدارة على ترجمة ذلك الإدراك

¹ عيسى مرازقة ، سهام مخلوف : أهمية جودة الخدمة في تحقيق الرضا لدى العميل ، مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد 12 ، جوان 2017، ص 391.

² مصطفى محمد : التسويق الاستراتيجي للخدمات ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2003 ، ص 98 .

إلى معايير¹. و من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر² :

- عدم وجود التزام حقيقي من قبل الإدارة اتجاه جودة الخدمة ؛
- عدم وجود اقتناع لدى الإدارة على إمكانية مقابلة توقعات العملاء ؛
- انعدام الكفاءة في وضع المعايير الخاصة بتقديم الخدمة ؛
- عدم وجود رابط بين أهداف المؤسسة و جودة الخدمة .

الفجوة الثالثة : "فجوة التسليم "

هي تلك الفجوة التي تنتج نتيجة الفرق بين مواصفات جودة الخدمة و تقديم تلك الخدمة . لدى على مقدمي الخدمة الالتزام بتقديم معايير مناسبة للجودة مما يضمن تقديم خدمة وفقا للمعايير الصحيحة الموضوع³.

يرجع هذا الفرق في الأداء إلى⁴:

- عدم قدرة أو رغبة الموظفين في تقديم الخدمات بالأسلوب المحدد من قبل إدارة المؤسسة ؛
- عدم وضوح الأدوار بين العاملين و الصراع من أجلها ؛
- ضعف العاملين و التكنولوجيا المستخدمة ؛
- وجود نظام رقابي غير ناجح ؛
- عدم العمل ضمن فرق العمل.

¹ Hans Kasper , Piet Van Helsdingen et al : **Service Marketing Management , A Strategic Perspective** , 2nd Edition , John Wiley & Sons , USA, 2006 , p 232.

² عاشور يوسف حسبن ، طلال عثمان العبادلة : **قياس جودة الخدمات التعليمية** ، مجلة الجودة في التعليم العالي ، وحدة الجودة ، الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين ، المجلد 1 ، العدد 1 ، سبتمبر 2004 ، ص 75.

³ Christian Gronroos : **Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition**, 3rd Edition , John Wiley & Sons , England , 2007 , p117.

⁴ عاشور يوسف حسبن ، طلال عثمان العبادلة ، المرجع السابق ، ص 77.

الفجوة الرابعة : "فجوة الاتصال"

تتمثل فجوة الاتصال في الفرق بين الخدمة المقدمة بالفعل و الوعود التي قطعتها المنظمة على نفسها من خلال اتصالات بالعملاء ، أي أن هناك فرق بين الخدمة المعلن عنها عبر وسائل الاتصال المتعددة و بين الخدمة المقدمة فعلا ¹.

تحدث هذه الفجوة بسبب ² :

- عدم توفر وسائل اتصال فعالة داخل المؤسسة بين الإدارة العليا و الإدارات التنفيذية؛
- إعطاء وعود مبالغ فيها لجمهور العملاء من خلال الإعلانات ؛
- زيادة المبالغة في الإعلانات الكاذبة بسبب حدة المنافسة ؛
- تشكل صورة كاذبة عن الخدمات التي تقدمها المؤسسة في أذهان العملاء مما يزيد من توقعاتهم اتجاهها ، و بالتالي إحباطهم بعد التعامل معها .

الفجوة الخامسة : " الفجوة الحقيقية "

تعتبر الفجوة الخامسة محصلة الفجوات السابقة ، و هي تمثل الفرق بين الخدمة المدركة و الخدمة الفعلية ، حيث يتم تقييم جودة الخدمة بناء على إدراك المرضى (العملاء) للأداء الفعلي للخدمة ³، و هي تعد سببا في تقديم خدمة لا ترقى إلى توقعات المرضى (العملاء) . و بالتالي و مما لا شك فيه أن علاج الفجوات الأربعة السابقة سيؤدي إلى عدم ظهور الفجوة الخامسة ، الأمر الذي ينتج عنه تقدير عالي للجودة من وجهة نظر المرضى .

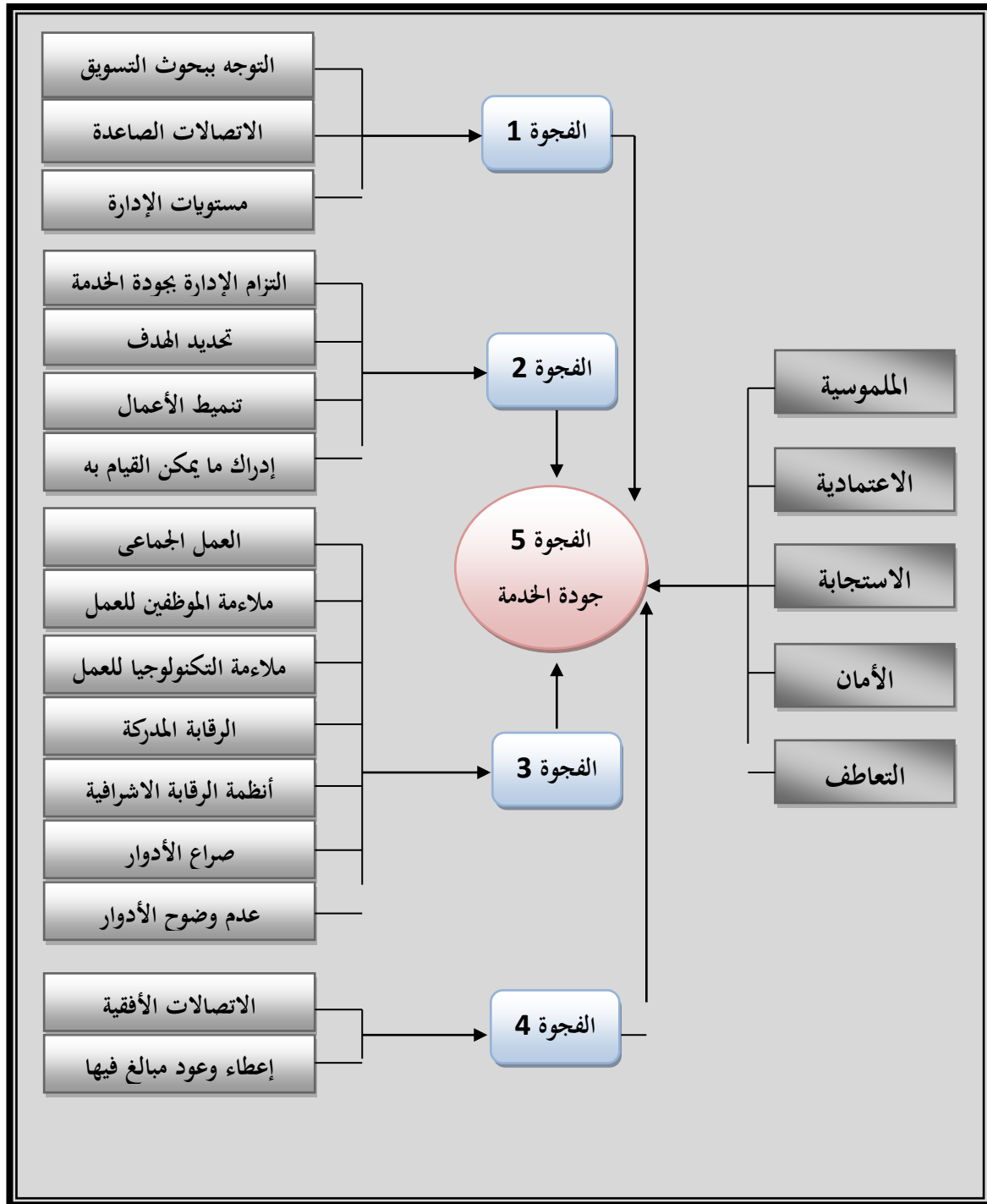
تبعاً لهذا الغرض ، قدم PZB سنة 1988 نموذجاً موسعاً لجودة الخدمة يضم مختلف الأسباب

¹ Wieslaw Urban : **Service Quality Gaps and Their Role in Service Enterprises Development** , Journal of Technological and Economic Development of Economy , Vol 15 , N° 4 , 2009 , p 634.

² Valarie.A. Parasuraman et al , **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations** , Edition Illustrée, op cit , p 116.

³ محمد عبد العظيم أبو النجا : **التسويق المتقدم** ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع ، مصر 2008 ، ص 115.

المؤدية لظهور الفجوات الأربع السابقة كمتغيرات مستقلة و الفجوة الخامسة كمتغير تابع ، و الشكل الموالي يوضح ما سبق طرحه ¹:



شكل رقم (3-4) : النموذج الموسع لجودة الخدمة

Source : Stephen W Brown, Evert Gummeson et al , Op Cit, p 256.

¹ Stephen W Brown, Evert Gummeson et al : **Service Quality : Multidisciplinary and Multinational Perspectives**, Lexington Books , New York , 1991 , p 265.

تجدر الإشارة إلى أنه من المستحيل أو من الصعب الوصول إلى المثالية ، حيث تكون الجودة المقدمة مطابقة لكل رغباتنا و بالتالي ألحت الضرورة إلى التقليل من هذه الفجوات داخل المؤسسة و العمل على تقديم خدمة ذات نوعية لائقة و هذا من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم (1-5) : الية تقليل الفجوات بين مختلف أنواع الجودة في الخدمات الصحية.

الفجوة	الإجراء
الفجوة 01	• التأكد من كون إدارة المستشفى ملتزمة بمستوى النوعية المدركة . • التحديد الواضح لأهداف الجودة للخدمة الصحية بما يمكنها أن تعبر عن طابع التحدي و الرفع في التنفيذ لمواجهة ما ينتظره المرضى. • توعية العاملين في تقديم الخدمة بأن ما يقدمونه من عمل له أثر كبير في تحقيق الجودة المطلوبة و هو ما يجب أخذه بعين الاعتبار . • ضرورة القيام بقياس الأداء المحقق.
الفجوة 02	• الاستجابة للطرق و الأساليب و الجديدة في العمل الصحي و الذي يقود إلى تقديم خدمة صحية بنوعية جيدة. • مكافأة الأطباء و الإداريين الذين يسعون بجد لتحقيق أهداف الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. • تدريب المدراء لزيادة مهارتهم في قيادة الرؤوسين نحو تقديم الخدمة الصحية بالشكل المتوقع و المسطر من الإدارة. • إيجاد أسباب الانحراف و الخلل الناتج و إيجاد السبل الكفيلة بمعالجته
الفجوة 03	• ضرورة تطوير الخطط و البرامج بما يتوافق و جودة الخدمة . • تحسين ثقافة العاملين في المستشفى و تحفيزهم بخلق علاقة وثيقة بينهم و بين المريض لتعزيز الجوانب النفسية لدى هذا الأخير. • ضرورة إعلام و إطلاع المرضى بالخطط و البرامج الجديدة للتأكد من مطابقتها و حاجات المرضى • معالجة الانحرافات الناتجة عن التوقعات الخاطئة للسنوات السابقة بما يتوافق و رضا الزبون.
الفجوة 04	• توضيح الأدوار و المهام لكافة العاملين في المؤسسة الصحية بأن ما يؤدونه من عمل ينصب في تحقيق رضا المريض • زيادة مهارة العاملين و قدراتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم • وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في إنجاز العمل • تطوير أساليب و طرق الاستقطاب و جذب العاملين من خلال إشراكهم في وضع معايير الجودة للخدمة الصحية باتجاه زيادة ولائهم للمستشفى.

المصدر : العلواني عديلة : أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية ، مجلة افاق للعلوم ، المجلد 04 ، العدد 13 ، جامعة زيان عاشور ، الجلفة ، سبتمبر 2018 ، ص 223.

هذا و في دراسة لاحقة قام كل من Mohd and al¹ سنة 2013 بإضافة فجوتين إلى الفجوات السابقة الذكر ، فالفجوة السادسة تتمثل في الفرق بين الخدمة المتوقعة و إدراكات الموظفين لتوقعات العميل. في حين تتمثل الفجوة السابعة في الفرق بين كل من إدراكات الادارة لتوقعات العميل و إدراكات الموظفين لتوقعاته.

• انتقادات و تحفظات موجهة لنموذج الجودة

قدمت عدة انتقادات و تحفظات على نموذج Servqual من طرف عدة باحثين قاموا باختبار المقياس على عدد من القطاعات الخدمية و في بيانات اقتصادية مختلفة . لذلك قدم Parasuraman and al²، سنة 1991 تنقيحا له ، و ذلك بإضافة الأهمية النسبية لوزن جودة الخدمة في كل بعد من الأبعاد الخمسة من أجل تحقيق دقة أكبر للمقياس³. و من أهم و أبرز الانتقادات التي وجهت لنظرية الفجوة و نموذج القياس Servqual الخاص بها ، أشار Carman⁴ سنة 1990 إلى أن النموذج بحاجة إلى إضافة بعض التعديلات لتتناسب القطاعات التي قام باختبارها في دراسته ، حيث خلص إلى أنه لا يمكن تطبيق نموذج Servequal على جميع القطاعات الخدمية. كما أشار أيضا إلى أن الأبعاد الخمسة غير كافية لتلبية احتياجات قياس جودة الخدمة. كما يرى كل من Bouman and Van der wiele⁵ أن ضرورة الإجابة على أسئلة استبيان

¹ Mohd. Adil and others : **SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research** , Global Journal of Management and Business Research Marketing, Vol13, Issue 6, Version 1.0, 2013 , p 68.

² Parasuramn,A., Zeithaml,V.A and Berry,L.L , **Refinement and Reassessment of the Servqual Scale** , Journal of Retailing , Vol.67 , N°4 , 1991 , p 424.

³مروان جمعة درويش: أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية " نحو أداء متميز للقطاع الحكومي"، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، يومي 1 و 4 نوفمبر 2009 ، ص 07.

⁴ Carman J.M : **Consumer perceptions of service quality : an assessment of the SERVQUAL dimensions** , Journal of Retailing , Spring, 1990.

⁵ Bouman M. et Van der Wiele T: **Measuring Service Quality in the car service industry, Building and testing an instrument** , International Journal of Service Industry management, vol 3 ,1992.

جودة الخدمة بشقيه ، التوقعات و الإدراكات يؤدي إلى ملل العملاء و خلط إجاباتهم ، الأمر الذي سيؤثر على جودة البيانات المحصل عليها. أما وفقا لـ Peter, Churchill and Brown¹ فإن اللجوء إلى الفروقات بين الخدمة المتوقعة و المدركة يسبب عددا من المشاكل الإحصائية في النموذج و المتعلقة أساسا بمعامل الارتباط و التباين.

هذا و يرى Teas²، أن التعريف التقليدي للجودة هو مكن الضعف الأساسي في نموذج Berry و زملائه ، و هو ما أكده Yong سنة 2000 من خلال دراسته حيث ذكر أن توقعات العملاء تتقلب بشكل كبير عبر الوقت ، و بالتالي فإن استخدام الفرق بين ما كان متوقعا و ما أدرك من خدمة لقياس الجودة لا يخضع لشرط الصحة و الثبات. كما أشار كل من Vandamme and Leunis³ إلى أنه لا يمكن تطبيق نموذج جودة الخدمة على جميع خدمات المستشفى أو خدمات الرعاية الصحية ، بسبب تغلب الطابع الشخصي في تقديم الخدمات⁴ .

لعل أهم الانتقادات التي جاءت في هذا الصدد ، تلك التي قدمها كل من Cornin and Taylor⁵، حيث رأوا أنه من غير الضروري إدماج توقعات العملاء عند قياس جودة الخدمة و إنما يمكن الاكتفاء بإدراكاتهم ، و هو ما أيده العديد من الباحثين و من بينهم Iacobucci and al⁶ من خلال دراستهم التي كانت حول «The calculus of service quality and customer satisfaction» سنة

¹ Tom.J.Brown, Gilbert.A.Churchill Jr , J.Paul Peter : **Improving the measurement of Service Quality**, Journal of Retailing, Vol.69, Issue.1 , 1993 , p131.

² R.Keneth Teas : **Expectation, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality** , Journal of Marketing , Vol 59 , October 1993, p 19.

³ R.Vandamme, J.Leunis : **Development of a Multiple ItemScale for Measuring Hospital Service Quality** , International Journal of Service Industry Management, Vol 4 , N°3 , 1993 , p 35.

⁴ Figen Yesilada, Ebru Direktör : **Health care service quality: A comparison of public and private hospitals**, African Journal of Business Management, Vol 4, N°6 ,2010 , p 964.

⁵ Cronin,J.Joseph, ,Taylor Steven A. : **Measuring service quality : A Re-examination** , Journal of Marketing, Vol.56, N°3, 1992 , p 66 .

⁶ Coulthard,Lisa J.Morisson : **Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual**, International Journal of Market Research , Vol 46,N° 4, 2004 , p 484.

1994، و على هذا الأساس اقترحوا نموذجا اتجاها لقياس جودة الخدمة و أطلقوا عليه إسم "نموذج أداء الخدمة".

فضلا عن ما سبق ، قام Mcalexandr et al¹، بمقارنة أربع طرق مختلفة لقياس جودة الخدمة من خلال التطبيق في العناية الصحية ، و قد طابقت نتائج هذه الدراسة ما حدده Cronin and Taylor سنة 1994 و خصوصا النتائج التي أظهرت أن النماذج تقيس جودة الخدمة كأداء بدون اعتبار للتوقعات². و في دراسة أخرى قام بها Ramsan,Fowdar³ سنة 2005 بعد أن تم إجراء بعض التعديلات في نموذج جودة الخدمة و تطبيقه لقياس رضا المرضى ، أشارت نتائج البحث أن أبعاد جودة الخدمة لا يمكن تطبيقها بشكل كامل على خدمات الرعاية الصحية⁴.

هذا ، و بالرغم من الانتقادات التي وجهت لهذا النموذج إلا أنه ظل الأكثر شيوعا ، قبولا و استخداما بين الباحثين و الأكاديميين حول العالم ، حيث يوفر هذا النموذج أداة لقياس و إدارة جودة الخدمة . و تأكيدا على ذلك فقد قام Mangkolrat في دراسته التي قام بها سنة 2008 تحت عنوان « Foreign patient customer satisfaction with private hospital service » باستخلاص سبعة فوائد لنموذج Servqual في قياس رضا المريض⁵، حيث تمثلت هذه الفوائد في قدرة النموذج الجيدة في استنباط وجهات نظر الزبائن فيما يتعلق بمقدمي الخدمات كالأهمية النسبية

¹ McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O & Koenig, H. F: **Service quality measurement: Examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction, and purchase intentions in a health care setting** , Journal of Health Care Marketing, Vol14, N°1, 1994, p36 .

²رعد حسن الصرن : تطوير نموذج الفجوة في قياس جودة الخدمات المصرفية الى المستوى العالمي، مجلة العلوم الانسانية، العدد 6 ، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2004 ، ص 06.

³ Ramsaran Fowdar : **Investigating service quality dimensions through exploratory factor analysis in a Health care setting** , paper presented to the international conference on services management, New Delhi , 11-12 march ,2005.p 5

⁴ Ranajit Chakraborty, Anirban Majumdar : **MEASURING CONSUMER SATISFACTION IN HEALTH CARE SECTOR: THE APPLICABILITY OF SERVQUAL**, Journal of Arts, Science & Commerce, Vol 2, N° 4, 2011 , p 154.

⁵ Op.cit , p 153.

للمرضى ، التوقعات و الرضا . بالإضافة إلى قدرته على تنبيه الإدارة للأخذ بعين الاعتبار إدراكات الإدارة و المرضى على حد سواء . كما يرى الباحث أن معالجة فجوات الخدمة يمكن لها أن تكون بمثابة أساس أو قاعدة لصياغة استراتيجيات وتكتيكات من أجل ضمان تحقيق التوقعات . هذا و قد خلص في دراسته أيضا إلى أن لنموذج Servqual القدرة على تحديد مجالات معينة للتميز و كذا تحديد نقاط الضعف فضلا عن قدرته على تحديد المناطق التي لها الأولوية في تحسين نقاط ضعفها ، بالإضافة إلى تقديمه لتحليل المقارنة المرجعية Benchmarking *

للمؤسسات التي تعمل في نفس القطاع . كما أن تطبيق هذا النموذج بشكل دوري ، يمكن المؤسسة من تتبع التوجهات الخاصة ب : الأهمية النسبية للزبائن ، التوقعات و الإدراكات .

المطلب الثاني : نموذج الأداء الفعلي كأفضل بديل لقياس الجودة « SERVPERF »

يطلق على نموذج الأداء الفعلي « Servperf » الذي ظهر سنة 1992 بفضل مجهودات كل من الباحثين Joseph Cronin and Steven Taylor عدة تسميات أخرى : نموذج الإدراكات فقط ، التركيز على الأداء . و عليه سنحاول فيما يلي تقديم عرض تعريفي مبسط للنموذج إضافة إلى أهم الانتقادات التي وجهت إليه .

1- التعريف بنموذج الأداء الفعلي Servperf

يمكن القول أن نموذج الأداء الفعلي أو نموذج الاتجاه هو عبارة عن عصارة لجملة الانتقادات التي تعرض لها مقياس Servqual من قبل عدة باحثين ، من أبرزهم ¹ Cronin and Taylor . حيث رأى كلاهما أنه من غير المناسب الاعتماد على الفرق بين توقعات و إدراك العملاء في قياس جودة

* Benchmarking : قدمت عدة مصطلحات لهذا المفهوم منها "المقارنة المرجعية، القياس المقارن، المعايير، مقارنة الأداء، العلامات المرجعية"، و هي عملية مستمرة لتقييم أداء المؤسسة مقارنة مع المؤسسات ذات الأداء العالمي الأفضل.

¹ Cronin, J. Joseph, Taylor Steven A. : **Servperf versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality**, Journal of Marketing, Vol.58, 1994 , p 125.

الخدمة ، و عليه قدما نموذجهما Servperf الذي يقوم أساسا على رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة¹. و يركز على أن جودة الخدمات تمثل مفهوماً إتجاهيها يتصل بالرضا و لكنه ليس مرادفاً له ، كما أنه يرتبط بإدراك العملاء للأداء الفعلي للخدمة المقدمة و الذي يمكن التعبير عنه من خلال المعادلة التالية²:

$$SQ_i = \sum_{j=1}^k P_{ij}$$

SQ_i : تمثل جودة الخدمة المدركة للعميل i ، k : تمثل عدد البنود أو العبارات

P_{ij} :و يمثل إدراك العميل فيما يتعلق بأداء الخدمة نحو كل عبارة

يستند هذا المقياس إلى التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة اعتمادا على الأبعاد الخمسة للجودة و الإثنتين وعشرون عبارة التي اقترحها Parasuraman and al. هذا و قد توصل Cronin and Taylor إلى أن مقياس الأداء (غير المرجح) يعد أفضل مقياس لجودة الخدمة و أكثرها مصداقية³، و ذلك بعد الدراسة التي قاموا من خلالها باختبار أربع بدائل من مقاييس جودة الخدمة كما يلي⁴:

- مقياس جودة الخدمة : الأداء الفعلي - التوقعات.
- مقياس جودة الخدمة المرجح : الأهمية × (الأداء الفعلي - التوقعات).
- مقياس أداء الخدمة : جودة الخدمة = الأداء الفعلي.
- مقياس أداء الخدمة المرجح : جودة الخدمة = الأهمية × الأداء الفعلي.

¹ Nitin Seth ,S.G. Deshmukh , Op.cit , P920.

² Mohd. Adil and others , Op.cit , 69.

³ Kalthom Abdullah et al : **A Structural Equation Modelling Approach To Validate The Dimensions Of Servperf In Airline Industry Of Malaysia**, International Journal of Engineering and Management Sciences , VOL.3, N°.2, 2012 , p 134.

⁴ Miguel Morales and al, **La Validité De La Mesure De La Qualité Des Services : Une Évaluation De 10 Ans D'Utilisation De Servqual**, Document De Travail 014, Université Laval, Québec, Canada 1998 , p 03.

يرى Brady and al¹ أن هذا المقياس لم يلق العناية التي يستحقها من طرف كتاب التسويق ، و يؤكد أن دراسة Cronin and Taylor الميدانية و التي شملت قطاعات خدمية مختلفة ، أظهرت أفضليته و مصداقيته و حتى واقعيته² ، و هو ما أكدته الدراسة الحديثة لـ Brochado³ ، سنة 2009 حيث قامت بمقارنة خمسة نماذج لقياس جودة الخدمة « Servqual, Servperf, Importance_Weighted Servqual, Importance_Weighted Servperf , Hedperf » و توصلت إلى أن لمقياس Servperf قدرة أكبر على القياس ، إذ يتفوق على بقية النماذج في كل من المصدقية و العيانية و المفاهيمية و كذا القدرة التفسيرية . و لعل أفضل دليل لـ Cronin and Taylor و الذي يدعم أفضلية نموذجهم المقترح ، الدراسة التي أجراها عدد من الباحثين Boulding, Kalra, Staeli⁴ ، و من بينهم الباحثة Zeithaml أحد الباحثين اللذين قاموا باقتراح نموذج جودة الخدمة ، حيث توصلوا إلى أن جودة الخدمة تحددها إدراكات العملاء فقط⁵.

• انتقادات موجهة لنموذج الأداء .

بالرغم من أن نموذج أداء الخدمة أو نموذج الاتجاه حظي بقبول واسع لدى العديد من الباحثين ، إلا أنه لم يسلم من الانتقادات ، حيث يرى Coulthard and Morisson⁶ أن مقياس جودة الخدمة أكثر منطقية و ذلك بسبب كون العملاء عند تقييمهم للأداء ، سيقومون بحساب الفرق بين

¹ Michael.K.Brady, and al : **Performance-only measurement of service quality : A replication and extension** , Journal of Business Research, Vol 55, N°1, 2002 , p 19.

² صالح بو عبد الله : قياس أبعاد جودة الخدمة :دراسة تطبيقية على بريد الجزائر ، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، العدد 10، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2010 ، ص 96.

³ Brochado Ana, Rui Cunha Marques : **Comparing alternative instruments to measure service quality in higher education**, Quality Assurance in Education, Vol 17, N°2, 2009 , p 189.

⁴ Boulding Willam and al : **A Dynamic Process Model of Service Quality : from expectations to behavioral intentions** , Journal of Marketing Research, 30 February 1993 , p p 24-26

⁵ Cronin,J.Joseph, ,Taylor Steven A , Op.cit , P 126.

⁶ Coulthard,Lisa J.Morisson :**Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual**, International Journal of Market Research,Vol 46,N° 4, 2004, p 484.

الإدراكات و التوقعات بصرف النظر لفهمهم لمدلول التوقعات من عدمه .كما يرى Parasuraman and al¹ ، أيضا أن نموذج جودة الخدمة يتفوق على نموذج الأداء في قيمته التشخيصية ، حيث يسمح للمؤسسة الخدمية من اكتشاف مواطن الضعف في الخدمة من وجهة نظر العملاء و العمل على تصحيحها.

ان التحفظات العملية المقدمة على مقياس الجودة تتأكد بنقل استمارة الاستبيان بـ 44 بنداً ، أضف إلى ذلك أن الأهمية يمكن قياسها بطريقة غير مباشرة من خلال طريقة احصائية بحتة ، هي تحليل الانحدار دون الاضطرار لإثقال الاستبيان². لهذا الغرض ، و بسبب اختيارنا لإجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسات الصحية و نظرا للحالة الحرجة للمرضى ، اخترنا اعتماد نموذج الأداء الفعلي لوضوحه و سهولته.

هذا و بالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج Servperf في تقييم جودة الخدمة إلا أنه لا يقلل من أهمية و ملاءمة نموذج Servqual في هذا الصدد³ . بهذا يعتبر كلا المقياسين أكثر و أوسع المقاييس تطبيقا في قياس جودة الخدمة حتى الان . إلا أن الجدل ما يزال قائما حول الوصول إلى تفضيل قطعي لأي منهما ، الأمر الذي أدى إلى انقسام الباحثين بين مؤيد و معارض. و الجدول الموالي يوضح بعض الدراسات التي قارنت بين المقياسين على أساس معامل التحديد R^2 .

¹ Parasuraman, A. and al : **Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research**, Journal of Marketing, Vol 58, 1994a , p 114.

² بوعبد الله صالح ، نفس المرجع السابق ، ص 69

³ Michael K. Brady, J. Jr. Cronin, Richard R. Brand : **Performance-only measurement of service quality: a replication and extension**, Journal of Business Research, Vol 55, N°1, Elsevier, 2002 , p 17 .

جدول رقم (2-6) : مقارنة مقياس جودة الخدمة و أداء الخدمة على أساس معامل التحديد

الدراسة	طبيعة الخدمة	R ² لمقياس جودة الخدمة	R ² لمقياس أداء الخدمة	النتائج
Cronin and Taylor,1992	الخدمات المصرفية	0.47	0.48	كان تفسير التغير
	مكافحة الآفات	0.37	0.39	لمقياس أداء الخدمة
	التنظيف الجاف	0.42	0.45	أكبر و هذا في كل
	للملابس	0.35	0.48	القطاعات
	الوجبات السريعة			
Babakus and Boller,1992	المرافق السكنية	0.35	0.44	توصلت الدراسة الى أن تفسير التغير لجودة الخدمة الكلية كان أكبر في مقياس أداء الخدمة.
Brown, Curc hill and Peter,1992	المؤسسات المالية	0.45	0.40	بينت الدراسة أن مقياس جودة الخدمة فسر تغير أكثر في جودة الخدمة الكلية من نموذج أداء الخدمة
PZB,1994	صناعة الحواسيب	0.51	0.74	توصلت الدراسة الى أن
	سلاسل التجزئة	0.55	0.73	مقياس أداء الخدمة
	التأمين على السيارات	0.54	0.72	فسر تغير أكثر من
	التأمين على الحياة	0.60	0.86	مقياس جودة الخدمة
Dabholkar,S hepherd And Thorpe,2000	دليل الكنيسة	0.48	0.81	توصل الباحثون من خلال هذه الدراسة الى أن مقياس أداء الخدمة قد تفوق على مقياس جودة الخدمة ، حيث تم استخدام أربعة أبعاد فقط

Source :Thomas J. Page Jr , Richard A. Spreng : Difference Score versus Direct Effects in Service Quality Measurement, Journal of Service Research, Vol 4, N°3 , 2002 , p 185.

المطلب الثالث : نماذج أخرى في عملية قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية

بعد مراجعتنا لبعض الأدبيات المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحية ، وقع اختيارنا على بعض

التصنيفات و المداخل التي قدمت في هذا الصدد ، و التي نوردتها فيما يلي :

1-الطريقة التقليدية لقياس جودة الخدمة الصحية

تشمل الطريقة التقليدية ثلاث أنواع من المقاييس هي :

• المقاييس الهيكلية أو قياسات البنية :

يطلق عليها أيضا اسم قياسات الجودة بدلالة المدخلات . يعتبر هذا المدخل أن المدخلات أو الموارد تمثل جوهر الجودة في تقديم الخدمة¹. بمعنى كل ما يرتبط بالأفراد و التسهيلات المادية المقدمة و المتوفرة لتزويد الخدمات الصحية و الطريقة التي تنظم بها ، لذا فإن أبعاد قياسات البنية تشمل : التنظيم ، الأفراد و التسهيلات المتاحة في المؤسسة الصحية². يمكن أن نشير إلى أنه لاستخدام هذا المقياس يشترط هيئة مؤهلة ، هيكل مادي معتبر و تنظيم رسمي حتى يعطي دلالاته العلمية³.

يرحب بعض الباحثين بهذا المدخل نظرا لمنطقيته ، في حين يرى البعض الآخر أنه لا يفي بالغرض ، على أساس أن عنصر المدخلات في جودة الخدمة غير كافية لضمان الجودة في

¹ عياد ليلي :أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك : دراسة أميريكية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية لولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015-2016 ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسويق ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، 2015-2016 ، ص 58.

² شبوطي حكيم ، خليفة أحلام : تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية ، مجلة الاقتصاد الصناعي ، العدد 12 ، جوان 2017 ، ص 74.

³ فوزي شعبان مذكور : مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العاملة المصرية لطرق إدارة الجودة و رعاية المريض ، المجلة العلمية للاقتصاد ، كلية التجارة ، جامعة عين الشمس ، مصر ، العدد 3 ، 1997 ، ص 233.

المؤسسة الصحية .

• مقاييس الإجراءات أو مقاييس العمليات

يدل هذا المفهوم على تتابع خطوات العمل لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة و الذي ينطوي على مجموعة من المؤشرات التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة التي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر ليتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة¹.

لم يلقى هذا المقياس قبولا من قبل بعض الباحثين باعتباره غير دقيق كونه يركز على جزء من عملية إنتاج الخدمة (العمليات) بدلا من التركيز على الأبعاد الكمية التي يمكن قياسها لهذه الخدمة².

• مقاييس النواتج

يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنواتج للرعاية الصحية³، و هو يقيس الجودة بدلالة المخرجات و يتعلق ذلك بالنتائج النهائية عند تقديم الخدمة الصحية . يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق التالية⁴:

✓ **القياس المقارن** : أي إجراء مقارنة كمية بين الأداء المسطر و الأداء الفعلي بغرض اكتشاف مواطن الضعف و العمل على تجنبها مستقبلا .

✓ **إجراء استقصاء لرضا المرضى** بخصوص الخدمة الصحية المقدمة من حيث الأبعاد الخمسة RATER و التي تم التطرق إليها سابقا.

¹ دبون عبد القادر ، المرجع السابق ، ص 219 .

² عياد ليلي ، المرجع السابق ، ص 59.

³ عدمان مريزق ، المرجع السابق ، ص 33 .

⁴ مختار عطية بن سعد ، حليلة علي امشيرى : **جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين** ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار و التنمية في منطقة الخمس ، 25-27 ديسمبر 2017 ، ص 12.

من بين المؤشرات المعتمد عليها في هذا المقياس ما يلي¹ :

✓ **الحالة الصحية العامة** : تشمل مجموعة من المقاييس ، كمعدلات الوفيات ، معدل تكرار

مرض معين خلال فترة محددة ...الخ.

✓ **مؤشرات النواتج لأمراض محددة** : يشمل معدل الوفيات جراء أمراض معينة ، أو وجود

أعراض مصحوبة بمرض معين ، بعض المعوقات السلوكية الناتجة عن مرض ما ...الخ

مقارنة بباقي المقاييس السابقة ، يعتبر هذا المقياس مثالاً في الهدف الذي صمم من أجله ، أي

لقياس جودة الخدمة الصحية ، إلا أنه يتسم بالصعوبة في عملية القياس لعدم وجود علاقة ارتباطية

أكيدة بين النواتج و العمليات التشخيصية و المعالجة ، كون هذه النواتج يمكن أن تتدخل فيها

بعض العوامل الأخرى (اجتماعية ، نفسية ، مادية ...الخ)² .

و عليه ، يمكن القول أنه لا يمكن حصر عملية تقييم جودة الخدمة الصحية في مجرد البنية و

العمليات أو النواتج ، و بالتالي لا يمكن الاعتماد على أحد هذه المقاييس بمفرده كونه لا يفسر

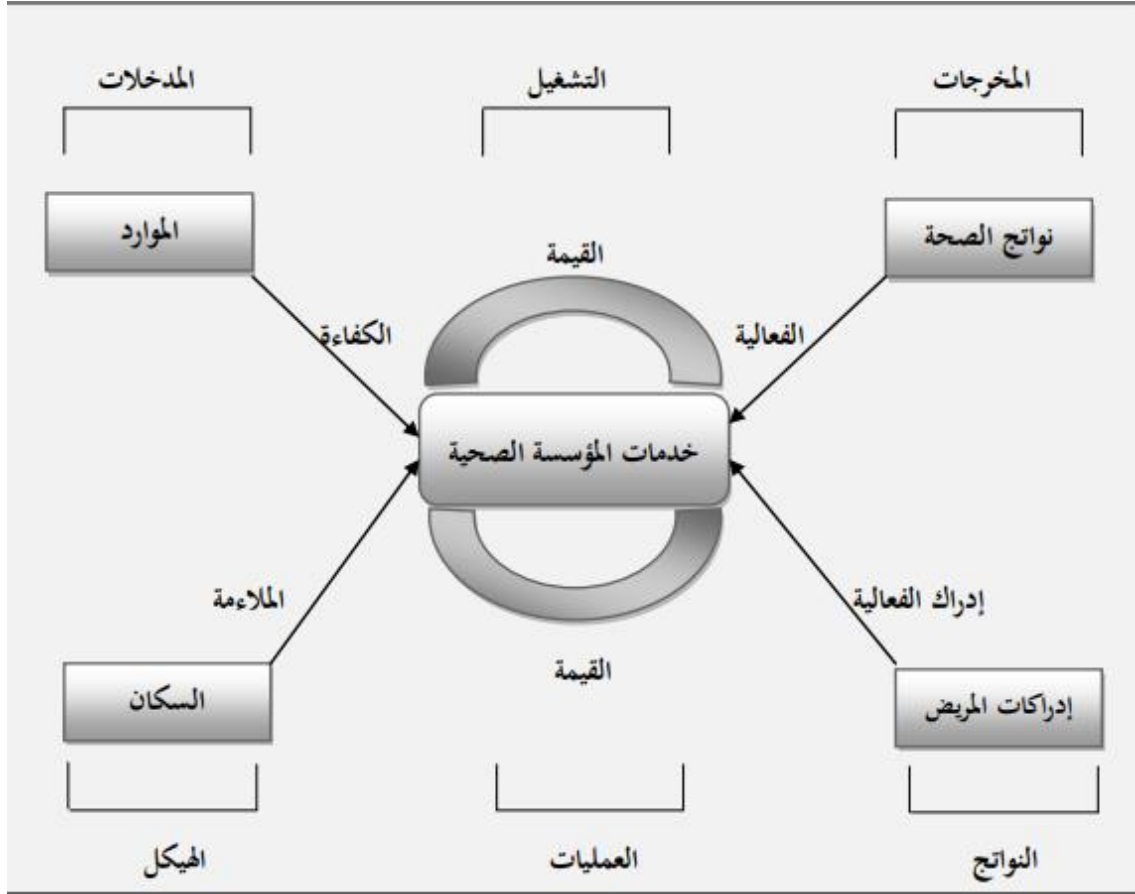
القيم الناتجة عن التطبيق . لذا وجب اختيار مقياس يشمل الأنواع الثلاثة استناداً إلى بعض

المبادئ الحديثة الشاملة في عملية التقييم ، التحسين و الضبط . و الشكل الموالي يعطي لنا نظرة

شاملة توضيحية للطريقة التقليدية لقياس الجودة في قطاع الخدمات الصحية :

¹ فوزي شعبان مذكور ، المرجع السابق ، ص 234.

² عباد ليلي ، المرجع السابق ، ص 59 .



شكل رقم (2-5) : الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمة الصحية

المصدر : فوزي شعبان مذكور ، نفس المرجع السابق ، ص 23 ، بتصرف

2- قياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى :

يمكن أن نلخص طرق قياس جودة الخدمة الصحية ضمن هذا المدخل فيما يلي :

• مقياس عدد الشكاوي :

يعتبر عدد الشكاوي الذي يتقدم به المرضى خلال فترة زمنية معينة أهم مقياس عن مدى جودة

مستوى الخدمات المقدمة لهم و ذلك بما يتناسب و توقعاتهم ، و هو يمكن المؤسسة الصحية من

اتخاذ الاجراءات المناسبة عند حدوث أي انحراف تجنباً لحدوث المشاكل مستقبلاً¹. ينقسم العملاء

من حيث الشكاوي إلى عدة أنواع نذكر منها¹:

¹ قاسم نايف علوان : إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم ، عمليات و تطبيق ، المرجع السابق ، ص 97

✓ **العميل الصامت** : هذا النوع و بالرغم من معاناته من الأخطاء إلا أنه لا يقدم على تقديم

أي شكوى ، لذى يجب العمل على إغرائه من أجل تقديمها.

✓ **العميل دائم الشكوى** : هذا النوع من العملاء دائم الشكوى بحق أو بدون حق ، و لا يكون

راضيا أبدا عن الخدمات المقدمة له، و حسب نظره هناك دائما أخطاء

✓ **العميل الموضوعي** : هذا النوع يهتم بالنتائج و حل المشاكل ، لا تهمه الأعذار و بالتالي

فهو لا يشكو إلا إذا كان هناك سبب يستدعي الشكوى.

✓ **العميل المستقل** : لا يسعى هذا النوع إلى حل المشاكل و إنما الحصول على مزايا إضافية

من تقديم شكواه.

• مقياس الرضا :

هو اكثر المقاييس شيوعا و استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية

المقدمة لهم . و من بين أهم الطرق المستخدمة في جمع المعلومات عن المريض هي قائمة

الاستقصاء ، الذي يتم تصميمها على شكل مقياس مدرج يمثل مستويات جودة الخدمة . و يأخذ

في العادة خمس أو سبع مستويات تتدرج من راض بشدة إلى غير راض بشدة².

تتميز هذه الطريقة كونها تمد المؤسسة الخدمية بمعلومات تتعلق بشعور و اتجاهات العملاء ،

الأمر الذي يساعد المؤسسة (الصحية) على تحسين جهودها لمقابلة احتياجات المرضى و تحقيق

أقصى رضا لديهم .

¹ محفوظ أحمد جودة : إدارة الجودة الشاملة : مفاهيم و تطبيقات ، الطبعة الثانية ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2006 ، ص 98

² فريد زين الدين : تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح و مخاطر الفشل ، دون ذكر دار النشر ، القاهرة ، مصر ، 2002 ، ص 185.

بالرغم من أهمية هذا المقياس في تقديم معلومات واضحة عن مستوى الخدمات المقدمة ، إلا أن بعض المؤسسات الصحية لا تعتمد هذا الأسلوب للدلالة على جودة خدماتها بسبب غياب الثقافة الطبية و المعرفة الكافية لدى المريض ، و كذا خوفه من الإدلاء بتصريحات حقيقية قد تؤثر على علاقته بالأطباء ، عدم قدرة المرضى على قياس عناصر الكفاءة في منظومة توصيل الخدمات الصحية ، تأثر المريض بالعديد من العوامل...الخ¹ .

• مقياس القيمة :

ترتكز الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة الصحية للمستفيدين من خدماتها تعتمد أساسا على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب المستفيد و التكلفة المقابلة للحصول على هذه الخدمات . فالعلاقة " سعر-منفعة" هي التي تحقق القيمة ، و هو ما يدفع بالمؤسسات الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للعملاء بأقل تكلفة و هو ما يزيد من مستوى الطلب على خدماتها بزيادة القيمة المحققة لهم² .

3- بعض المقاييس المصنفة حسب Nitin Seth and SG.Deshmukh

قام الباحثين من خلال دراستهما بتجميع بعض المقاييس الخاصة بمقياس جودة الخدمات و التي بلغ عددها تسعة عشر نموذجا نستعرض البعض منها فيما يلي :

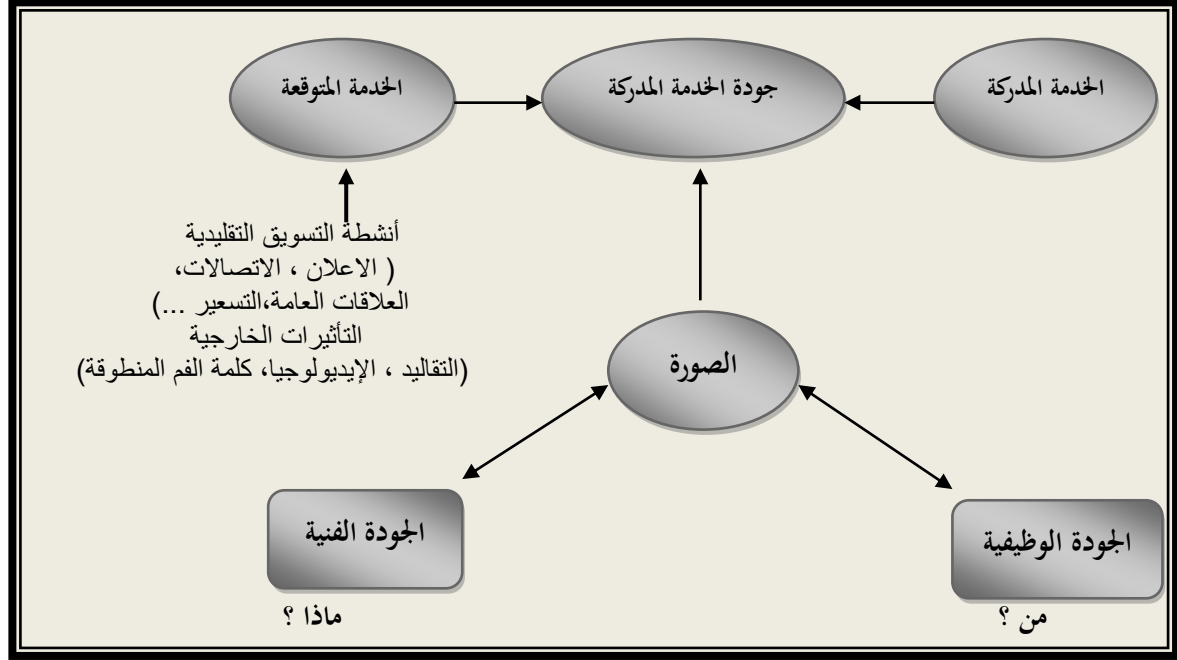
• نموذج الجودة الوظيفية و الجودة الفنية لـ « Gronroos 1984 »

يرجع هذا النموذج إلى الباحث Gronroos ، 1984 الذي اقترح الأبعاد الثلاثة لجودة الخدمة و المتمثلة في : الجودة الوظيفية ، الجودة الفنية و الصورة الذهنية للمؤسسة و التي سبق و أن تطرقن إليها ، و التي على أساسها يتم تقييم مستوى جودة الخدمة .

¹ فريد النجار : إدارة المستشفيات و شركات الأدوية ، الدار الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2007، ص 477.

² قاسم نايف علوان ، المرجع السابق ، ص 43

يتيح النموذج الذي اقترحه الباحث تقييم الجودة الفنية التي تتوافق مع النتيجة و الجودة الوظيفية التي تتوافق و العمليات¹، هذا كما يوضحه الشكل الموالي :



شكل رقم (2-6) : نموذج الجودة الوظيفية و الجودة الفنية (Gronroos, 1984)

Source : C.Gronroos , Op cit , p 40.

وفقا لهذا النموذج ، فإن الجودة المدركة لخدمة معينة هي نتيجة لعملية تقييم يقارن فيها العميل (المريض) توقعاته و إدراكاته للخدمة المقدمة .

تتأثر الخدمة المتوقعة من ناحية الأنشطة التسويقية للمؤسسة ، حيث تهدف هذه الأنشطة إلى تقديم الوعود و تؤثر بدورها على توقعات العملاء و يكون لها تأثير على الخدمة المتوقعة .من ناحية أخرى تؤثر العوامل الخارجية أيضا على الخدمة المتوقعة. هذا و يتم بناء صورة المؤسسة من خلال الجودة الفنية و الجودة الوظيفية لخدماتها . هذه الصورة هي نتيجة لكيفية إدراك العملاء للمؤسسة .

¹ Grace-Blanche NGANMINI-ASATSOP : La Mesure de la qualité perçue d'un dispositif de e-learning , Thèse de doctorat en science de gestion ,Institut d'administration des entreprises , Université NANCY 2 , p 119.

• نموذج الأداء المقيم و الجودة المعيارية لـ (Teas , 1993)

قام الباحث بدراسة كل القضايا المفاهيمية و الوظيفية المرتبطة بنموذج جودة الخدمة أو كما أسماه (P-G) نموذج الإدراكات ناقص التوقعات. توصل من خلالها الباحث إلى انتقاد بعض الجوانب في النموذج السابق و شكك في الإطار العملي للنموذج نظرا لوجود مجموعة من المشاكل المفاهيمية¹ و التي تتضمن : الجانب الأول يتعلق بالتعريف النظري للتوقعات ، الجانب الثاني : التبرير النظري لعنصر التوقعات في إطار (الإدراكات - التوقعات) ، أما الجانب الثالث فيتعلق بمدى صلاحية كل من نموذج الجودة و نموذج الجودة غير المرجح (الربط بين جودة الخدمة و رضا العميل /عدم الرضا) المحددة و المنشورة في أدبيات جودة الخدمة² . و بذلك قام الباحث باقتراح نموذجين لقياس جودة الخدمة " نموذج الأداء المقيم و نموذج الجودة المعيارية " .

يقوم النموذج الأول على فرضية قدرة المنتج/ الخدمة على خلق الرضا و التي يمكن تفسيرها بمدى التطابق النسبي بين الخدمة و الموصفات المثالية للخدمة التي يحددها العميل ، و هي ما يعرف "بالنموذج الاتجاهي الكلاسيكي المبني على النقطة المثالية " ، أين التوقعات (E) وضعت لتساوي النقطة المثالية (I) . تمت نمذجة هذا الاتجاه (الجودة المدركة) كما يلي³:

$$Q_i = -1 \left[\sum_{j=1}^m w_j |(A_{jk} - I_j)| \right]$$

حيث أن :

Q_i : الجودة المدركة الفردية للغرض i

W_j : أهمية الخاصية j كمحدد للجودة المدركة

¹ Suzana Markovic : **An Application of the multivariate Statistical Analysis to Service Quality Measurement in Higher Education** , Journal of Hospitality and Tourism Management , Vol 9 , N° 1 , p 99.

² R.Kenneth Teas : **Expectations , Performance Evaluation , and Consumers perceptions of quality** , Journal of Marketing , Vom 57 , October 1993 , p 18.

³ Nitin Seth , SG.Deshmukh , op cit , p 922

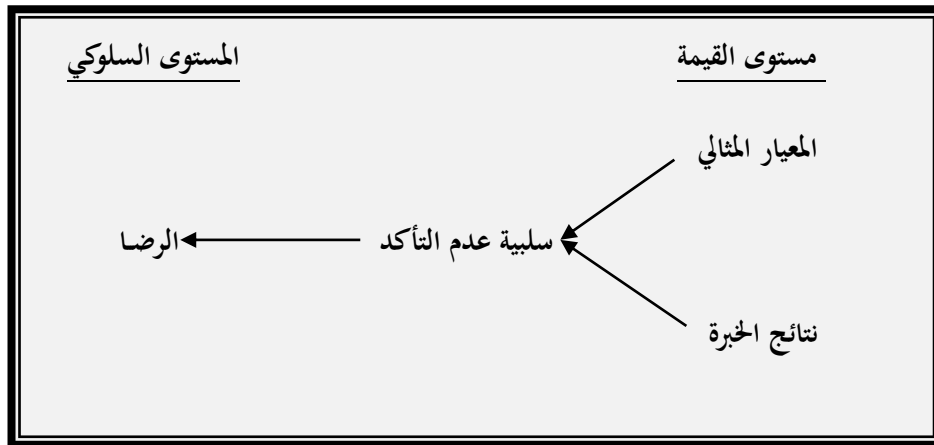
A_{ij} : مقدار الادراك الفردي من الخاصية z المملوكة من طرف الغرض i

z : المقدار المثالي للخاصية z كما حدد في النماذج الاتجاهية للنقطة المثالية الكلاسيكية

m : عدد الخاصيات

إن ضرب طرف المعادلة في (-1) ينتج عنه قيم كبيرة لـ Q_i و المرتبطة بمستويات عالية من الجودة المدركة.

في حين يقوم النموذج الثاني لقياس جودة الخدمة "نموذج الجودة المعيارية " على افتراض أن (I) هو معيار الامتياز أو التفوق في مفهوم نموذج الجودة المنقح . فيمكن استخدام المعادلة المذكورة أعلاه لتحديد الجودة المدركة لمعيار الامتياز Q_e ، شرط أن يتشابه معيار الامتياز و الغرض المثالي أخذا بعين الاعتبار m صفة .



شكل رقم (2-7) : القيمة و السلوك في عدم التأكد السلبي

Source : Nitin Seth , SG.Deshmukh , op cit , p 922

يمكن عرض الجودة المعيارية وفق المعادلة التالية :

$$NQ = [Q_i - Q_e]$$

حيث :

NQ : مؤشر الجودة المعيارية

Q_e : الجودة المدركة الفردية لمعيار الامتياز

من أجل عدد غير محدود من النقاط المثلى ، فإنه تمثيل الجودة المعيارية يكون وفق المعادلة التالية :

$$NQ = \sum_{j=1}^m w_j (A_{ij} - A_{ej})$$

A_{ej} تمثل المقدار المدرك للفرد الخاص بالصفة j المملوكة من طرف معيار الامتياز e .

تجدر الإشارة إلى أن نموذج الأداء المقيم (EP) يقوم على أساس المقارنة بين الجودة المدركة و المثالية ، في حين أن نموذج الجودة المعيارية يقوم على أساس المقارنة بين القيمة المدركة فعليا و مستوى الامتياز ، و هو ما يحدد قيمة الجودة من الناحية العملية.

• نموذج السمة المحورية ، الأساسية و المحيطية لـ (Philip and Hazlett ; 1997)

يقترح الباحثين نموذجا يأخذ شكل هرمي - يعتمد على ثلاث فئات رئيسية من السمات - محورية ، أساسية و محيطية. تتألف كل خدمة من ثلاث مناطق متداخلة حيث الغالبية العظمى من الأبعاد و المفاهيم التي استخدمت حتى الان ، استخدمت لتحديد مفهوم جودة الخدمة ¹ . و الشكل الموالي يوضح ذلك :

¹ Philip .G , Hazlett .S.A : **The Measurement of service quality : a new P-C-P attributes model** , International Journal of Quality & Reliability Management , Vol 14 , N°3 , 1997 , p 266.



شكل رقم (2-8) : نموذج السمات المحيطة ، الأساسية و المحورية

Source : Philip .G , Hazlett .S.A , Op.cit , p 266

يمكن تعريف هذه المستويات بصيغة أخرى ، حيث يطلق على السمات المحورية بالمخرجات ، في حين تمثل كل من السمات الأساسية و المحيطة المدخلات و العمليات. تعتبر السمات المحورية التي تقع في قلب النموذج مجتمعة الأكثر تأثيرا في تحديد سبب قرار المستهلك في التعامل مع

مؤسسة معينة و ممارسة التأثير الأكبر على مستويات الرضا . يتم تعريفها على أنها المنتج النهائي أو المخرجات لقاء تلقي الخدمة، بعبارة أخرى ، ما يتوقع العميل تحقيقه و تلقيه و ربما الاستغناء عنه عند اكتمال عملية إنتاج و تلقي الخدمة على أحسن وجه.

من جهة أخرى ، يمكن وصف السمات الأساسية التي تتمحور حول السمات المحورية على أنها دمج الأشخاص و العمليات و البنية التنظيمية للخدمة التي من خلالها يجب على العملاء التفاعل/التفاوض معها حتى يتمكنوا من تحقيق و اكتساب هذه السمات المحورية.

يركز المستوى الثالث من النموذج على السمات المحيطة التي يمكن تعريفها بـ (الإضافات العرضية) أو الزخرفات أو الروتوشات المصممة لإضافة ميزة إلى الخدمة و جعل التجربة متعة بالنسبة للعميل ¹.

عندما يقوم العميل بإجراء تقييم للخدمة المتلقاة فإنه يشعر بالرضا إذا ما تحققت السمات المحورية، لكن مع تكرار عملية الشراء و تلقي الخدمة قد تكتسب السمات الأساسية و المحورية أهمية أكبر بالنسبة له.

المطلب الرابع : الطرق و الأساليب الإحصائية لقياس الجودة

" إذا أمكنك قياس ما تتحدث عنه و التعبير عنه رقميا ، فإنك تعلم ما تريد " ، انطلاقا من هذه المقولة و علما أن إدارة الجودة تستعين بالوسائل الإحصائية التي تعمل على تكميم البيانات و تحويلها إلى أرقام ، و التي من شأنها أن تعبر عن مكامن الضعف و القوة في تقديم الخدمة (أو المنتج) ، إضافة إلى بعض الأساليب الإحصائية التي لا تستدعي استخدام الأرقام و التي أثبتت كفايتها في تشخيص المشكلات ، ارتأينا أنه من المناسب التعرّيج على بعض أدوات و أساليب القياس الإحصائية التي تتعامل مع الكم الهائل من البيانات و المعلومات المتدفقة في المؤسسة

¹ Nitin Seth , Op.cit , p 925.

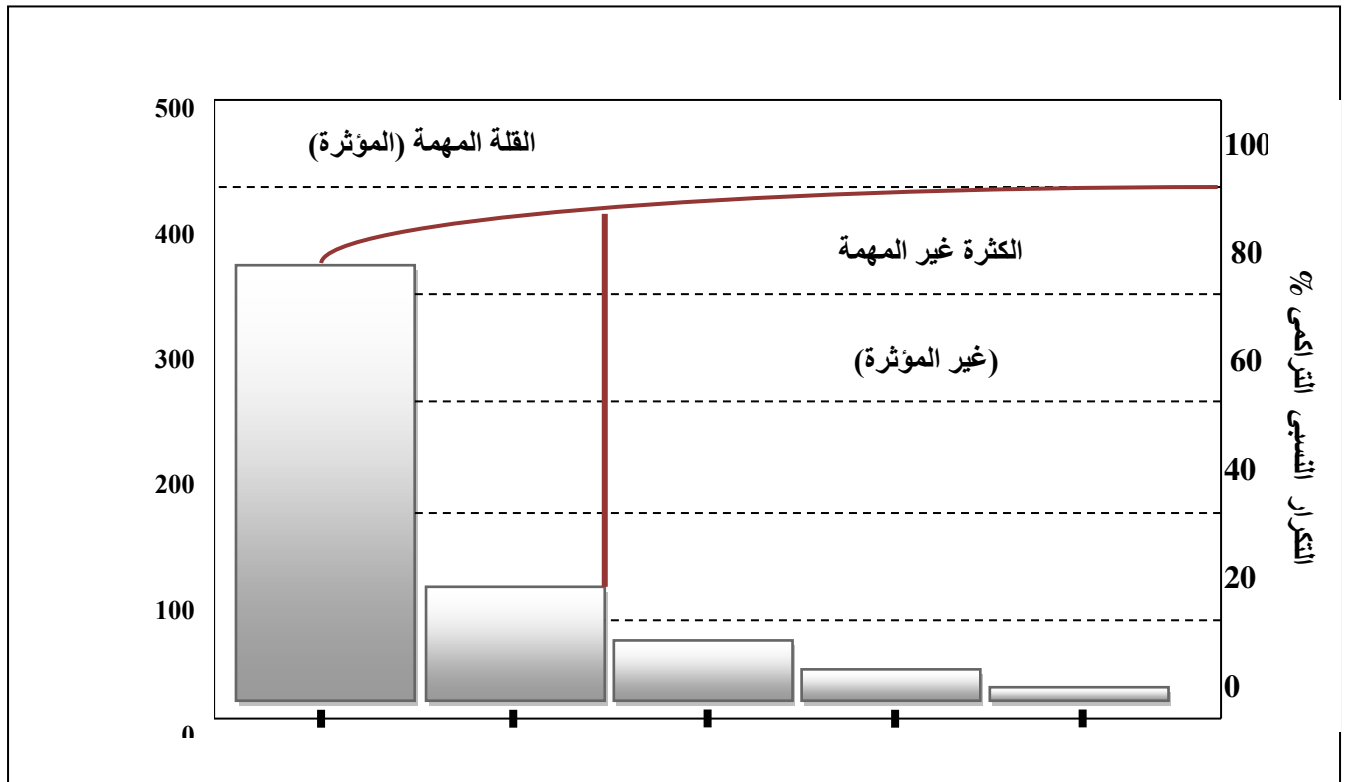
الخدمية ، نعددها فيما يلي :

• **مخطط باريتو :**

يعتبر مخطط أو تحليل باريتو أو كما يعرفه البعض بطريقة abc تمثيلا بيانيا للمشاكل الموجودة في العملية الخدمية و التي على أساسها يتم ترتيب المشاكل تنازليا ، من الأكثر حدوثا إلى الأقل حسب أهميتها و تكرار حدوثها.

يرتكز هذا التحليل على قاعدة أساسها أن 80% من المشاكل ترجع إلى 20% من الأسباب ، و بالتالي فإن 20% من المشكلات ترجع إلى 80% من الأسباب و هو ما أطلق عليه العالم جوران "القلة المؤثرة و الكثرة قليلة التأثير " ، لهذا فإن أفضل وسيلة لتحسين الخدمة بعد اكتشاف أسباب الانحرافات في عملية انتاجها و تقديمها يكمن في عملية تحديد القلة الحيوية 20% و التركيز عليها بهدف الحصول على الحلول و التخلص من 80% من المشاكل¹. و الشكل الموالي يوضح كيفية عمل المخطط :

¹ Seddiki Abde : **Management de la qualité** , Edition OPU , Alger , Algérie , 2004 , p 262.



شكل رقم (2-9) : مخطط باريتو

Source : Zainab Allawi Ibrahim : **Diagnose and Analyze the defect cause for the production process for an industrial product using quality tools**, The Iraqi Journal of Mechanical and Material Engineering , Vol 13 , N°3 , 2013,p 650

يتبين و حسب الشكل الموضح أعلاه أن مخطط باريتو يتكون من محورين أحدهما أفقي و الآخر عمودي ، حيث تتوزع أنواع العيوب على المحورين الأفقي في حين يمثل المحور العمودي النسبة المئوية لكل عيب . كما يتم ترتيب أنواع العيوب و أسباب الرفض تسلسليا من اليسار إلى اليمين حسب النسب المئوية من الأعلى إلى الأقل أهمية ، و بذلك يسهل علينا إيجاد الحلول للمشاكل التي تسبب أكبر نسبة عيوب .

يمكن أن نشير إلى أنه لهذا المخطط عدة استعمالات في مجال حل المشاكل و تحسين العمليات

يمكن أن نلخصها في النقاط التالية¹:

- ✓ تحليل المشاكل و الأسباب عن طريق البيانات ؛
- ✓ تحليل و دراسة العملية الخدمية قبل و بعد إجراء عمليات التحسين عليها ؛
- ✓ التركيز على الحالات الحرجة و المؤثرة على جودة الخدمة و هذا بترتيبها حسب أهميتها و تكرارها، قصد التركيز عليها في برامج التحسين . فعلى سبيل المثال يمكن تحديد أنواع شكاوي المرضى الأكثر وقوعاً في الخدمات الصحية .

• مخطط التبعر أو الانتشار :

يستعمل مخطط التبعر في تحليل بيانات العمليات بطريقة بيانية يمكن من خلالها البحث عن علاقة محتملة أو متوقعة بين متغيرين أو أكثر ، و يساعد هذا التخطيط على معرفة التوجه و قوة الارتباط لهذه العلاقة سواء كانت علاقة إيجابية أو سلبية أو لا يوجد علاقة أساساً². لذا فإن خرائط التبعر تستخدم في تحسين جودة العملية الإنتاجية بدراسة العلاقة الممكنة بين متغير و متغير آخر من متغيرات العملية الخدمية ، حيث تساعد في التحقق من أسباب حدوث المشكلة لعملية إنتاج الخدمة و تقييم فعالية حل المشكلة .

تتمثل الخطوات العملية لتطبيق مخطط التبعر فيما يلي³:

أولاً : يتم جمع مجموعة من البيانات على شكل أزواج (X,Y) عن كل متغيرين يشتبه وجود علاقة بينها و يتم تسجيلها .

¹ محمد أحمد عيشوني : ضبط الجودة : التقنيات الأساسية و تطبيقاتها في المجالات الإنتاجية و الخدمية ، دار الأصحاب للنشر و التوزيع ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2007 ، ص 82.

² شرين سيد عثمان : رؤية جديدة لآليات تطبيق أدوات و نظم جودة المنتجات النسيجية و بعض المؤسسات الصناعية ، مجلة العمارة و الفنون ، العدد 13 ، 2018 ، ص 247. نقلاً عن مات سيفر : المرجع العالمي لإدارة الجودة ، ترجمة خالد العمري فاروق ، دار الفاروق للنشر و التوزيع ، القاهرة ، 2007.

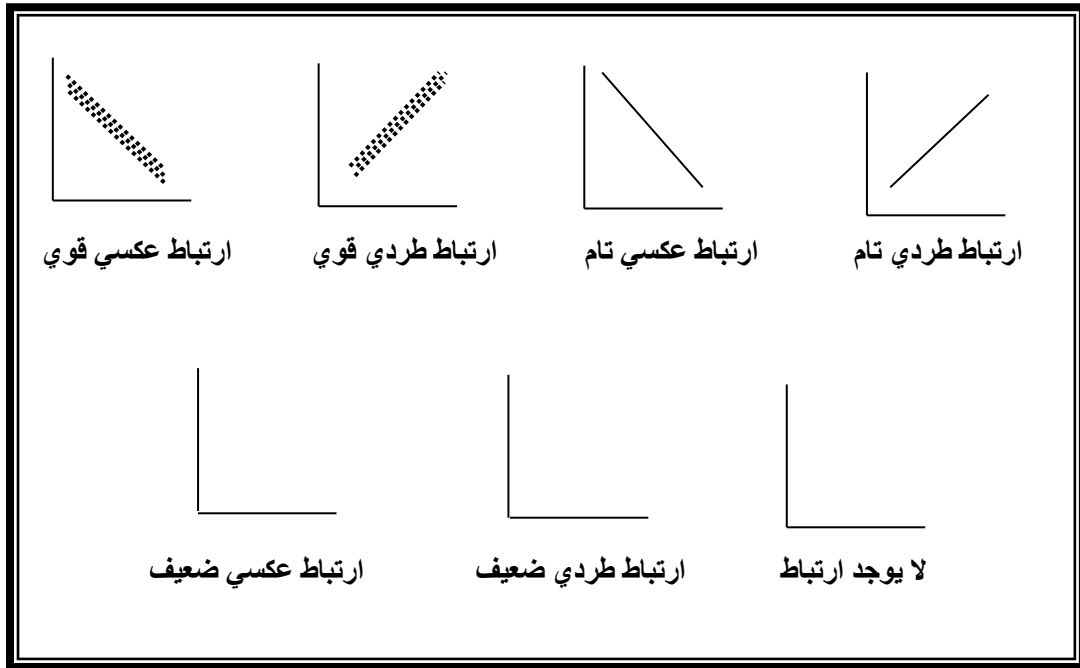
³ المرجع السابق ، ص 254 .

ثانيا : يتم رسم محورين يمثل أحدهما (X) المتغير المستقل و الآخر Y المتغير تابع .

ثالثا : يتم تمثيل الثنائيات (X,Y) المجمعة في البداية على المحورين X و Y لنحصل بذلك على مخطط التشتت.

رابعا : تحليل المخطط و البحث عن وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين (X,Y) و نوع و قوة الارتباط بينهما.

يمكن أن نتحصل على الخرائط التالية :



شكل رقم (2-10) : مخططات التبعر (التشتت)

المصدر : مؤيد عبد الحسين الفضل : إدارة الجودة الشاملة إلى المستهلك ، دار الوراق للنشر و التوزيع ، عمان، الأردن ، 2004 ، ص 147.

يمكن أن نخلص إلى أن خرائط التبعر تستخدم في تحسين جودة العملية الخدمية بدراسة العلاقة الممكنة بين متغيرين ، و توضح مدى التغير الذي يحدث في أحد المتغيرين (Y: التابع) و ذلك تبعا لتغير المتغير المستقل (X : المستقل) ، مما يساعد في التحقق من أسباب حدوث المشاكل (اتجاه و قوة) و العمل على معالجتها و تحسين العملية الخدمية.

• خرائط المراقبة :

تعد خرائط المراقبة الإحصائية أحد أهم تقنيات الضبط الإحصائي المستعملة في المجال الصناعي و الخدماتي ، و هي أحد أهم التقنيات المستخدمة لقياس خصائص (متغيرات) الجودة. و هي تعد بمثابة السجل البياني لجودة خاصية معينة ، إذ توضح فيما إذا كانت العمليات ضمن حدود السيطرة من عدمه ، فهي بذلك ذات طبيعة تشخيصية و ليست علاجية¹.

خرائط مراقبة الجودة هي عبارة عن رسم بياني يعطي صورة مستمرة لموقف التغيير في جودة العملية الانتاجية حيث²:

✓ يمثل المحور الرأسي للخريطة خصائص الجودة ؛

✓ يمثل المحور الأفقي الزمن أو العينة المحددة .

توجد على الخارطة ثلاثة خطوط أفقية تحدد ما يجب أن تكون عليه خصائص الجودة ، و هذه الخطوط هي :

✓ خط الوسط : أو الخط المركزي الذي يمثل معدل خصائص الجودة ؛

✓ خط الحد الأعلى للمراقبة الذي يمثل الحد الأقصى من التغير العشوائي المقبول ؛

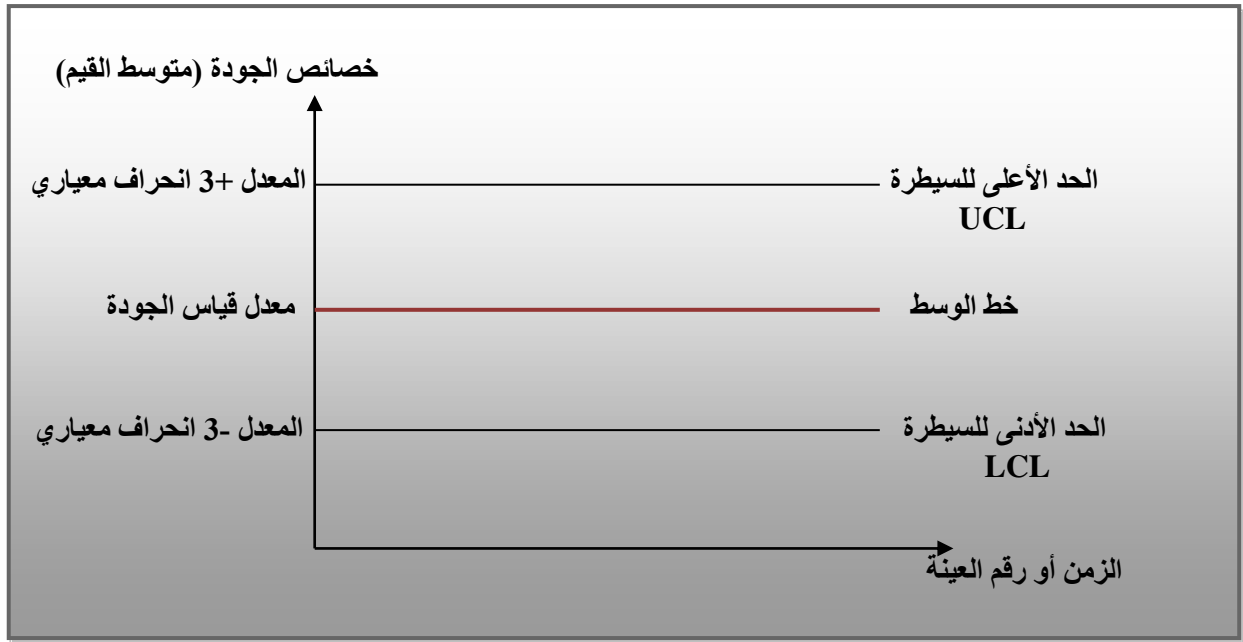
✓ خط الحد الأدنى للمراقبة الذي يمثل الحد الأدنى من التغير العشوائي المقبول .

تحدد حدود الرقابة الأدنى و الأعلى بشكل عام على أساس ± 3 انحرافات معيارية من الوسط

(20) و هذا كما يوضحه الشكل الموالي:

¹ شربين سيد عثمان ، المرجع السابق ، ص 244

² طارق الخير : استخدام خرائط الرقابة على الجودة في شركات القطاع العام الصناعي في سورية (حالة تطبيقية على الشركة السورية للألبسة الجاهزة في دمشق) ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 17 ، العدد 2 ، 2001 ، ص 64 .



شكل رقم (2-11) : الشكل العام لخريطة المراقبة على الجودة

المصدر : طارق الخير : نفس المرجع السابق ، ص 66.

تجدر الإشارة إلى أن الجودة التي تراقبها خرائط مراقبة الجودة هي جودة المطابقة للمواصفات التي يضعها المنتج و ليست تلك التي يأملها الزبون .

يمكن أن تصنف خرائط الرقابة على العملية من فحص و اختيار الجودة إلى نوعين رئيسيين هي :

أولاً : خرائط الرقابة على المتغيرات :

يتم بموجب هذه الخرائط السيطرة على عملية الإنتاج عندما يتعلق فحص العينة بقياس متغيرات مثل : الوزن ، الحجم ، الطول ... الخ¹. و من الخرائط الشائعة الاستخدام : خريطة الوسط الحسابي (X-chart) و خريطة المدى (P-chart) ، حيث تختص الأولى بالرقابة على جودة المنتج أو الخدمة الذي يمكن قياسه كمياً . في حين أن خريطة المدى فهي تعتبر مكملية لخرائط الوسط الحسابي لأنها تقيس تشتت الخصائص كالوزن ، الطول ، الحجم ... الخ ضمن مدى معين.

¹ طارق الخير : المرجع السابق ، ص 65

لابد أن نشير إلى أنه غالبا ما تستخدم خارطتي المتوسط المدى (P-X) بشكل مزدوج على أنها خارطة واحدة¹.

ثانيا : خرائط الرقابة على المواصفات :

يتم اعتماد هذه الخرائط عندما يتم تصنيف الوحدات المنتجة إلى وحدات معيبة أو غير معيبة ، حيث لا يتضمن هذا التصنيف أية قياسات للانحراف و لكن بأشياء يمكن عدّها مثل عدد المعيبات. و من الخرائط الشائعة الاستخدام ، خارطة نسب المعي (P-chart) للسيطرة على نسبة الوحدات المعيبة الناتجة عن عملية الإنتاج ، و خارطة العيوب (C-chart) للسيطرة على عدد العيوب في الوحدة المنتجة².

المبحث الثالث : التحليل العاملي كآلية لتحديد العوامل المؤثرة في جودة الخدمة

يعتبر التحليل العاملي كأسلوب إحصائي يهدف إلى اختزال عدد المتغيرات (البُنى) المتعلقة بظاهرة معينة و إيجاد مجموعة من العوامل التي تكون مسؤولة عن توليد الاختلافات في مجموعة مكونة من عدد كبير من متغير الاستجابة . هذا يعني أن هذا الأسلوب الإحصائي يهدف في الأساس إلى إجراء اختبار أولي لهيكلية المقياس ، و لتفقد فيما إذا كانت البنى الخاصة بكل بعد ترتبط بمكون خاص أم لا . لهذا الغرض و بهدف اعتمادنا على أسلوب التحليل العاملي في الجانب التطبيقي لدراستنا ، ارتأينا أنه من الأنسب التعرّيج على هذا المفهوم و بعض المفاهيم الأخرى المتعلقة به تبسيطا للمفاهيم و التحليلات التي سندرجها من خلال اختبارنا للفرضيات.

¹ Nigel Slack et al : **Opérations Management**, 7th edition , Edition Pearson , 2013 , p 659

² Lee J .Krajewski, Larry P.Ritzman : **Operations Management :Strategy and Analysis** , 5th edition , Addison – Wesley , 1999 , p 261.

المطلب الأول : مفهوم التحليل العاملي

تتجلى أهمية التحليل العاملي في ايجاد العلاقات الارتباطية بين المتغيرات الداخلة في التحليل .
بمعنى أنه يهدف أساسا إلى وصف المتغيرات في صورة عدد من العوامل لها أوزان ذات أهمية نسبية يمكن تفسيرها كمياً¹.

يعرف التحليل العاملي على أنه أسلوب إحصائي يهدف إلى تفسير معاملات الارتباط التي لها دلالة احصائية بين مختلف المتغيرات الداخلة في التحليل وصولاً إلى العوامل المشتركة التي تصنف العلاقة بين المتغيرات و تفسيرها . أي يهدف إلى تقليص حجم المتغيرات المتعددة (البُنى) المترابطة فيما بينها و جمعها في مجموعات يطلق عليها اسم العوامل أو الأبعاد² (Factors) ، حيث أنها تعتبر متغيرات افتراضية أو كامنة مشتقة من مجموعة من المتغيرات التي تم قياسها قياساً مباشراً .

كما يعرف التحليل العاملي أيضاً على أنه أسلوب إحصائي متعدد المتغيرات ، يسعى إلى تحديد العوامل التي تساعد في وصف ظاهرة معقدة ، عن طريق تحليل مصفوفة الارتباط بين المتغيرات المختلفة الداخلة في وصف الظاهرة وصولاً إلى مجموع من العوامل المحددة و التي تكمن وراء طبيعة العلاقات الداخلية بين مجموعة المتغيرات ، و في سبيل ذلك يسعى هذا الأسلوب إلى تقليل البيانات بتحديد عدد العوامل القليلة التي تفسر معظم التباين في عدد كبير من المتغيرات³.

¹ محمد جاسم الياسري و اخرون : الاحصاء التحليلي بين النظرية و التطبيق ، دار الكتب الكتب و الوثائق ، بغداد، العراق ، 2011 ، ص 120-124.

² مصطفى حسين باهي و اخرون : التحليل العاملي (النظرية -التطبيق) ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة ، مصر ، 2002 ، ص 17.

³ محمد حسن محمود فرج ، فائزة محمد الحسن خليل : استخدام التحليل العاملي في تحديد أهم العوامل التي تؤثر في هجرة الكفاءات العلمية السودانية : دراسة اقتصادية احصائية لحالة الكفاءات العلمية السودانية بالمملكة العربية السعودية ، مجلة أمارباك ، المجلد 5 ، العدد 12 ، 2014 ، ص 73.

إن اختلاف طبيعة المتغيرات المقاسة أدى إلى ظهور طرق مختلفة للتحليل العاملي كطريقة المكونات الأساسية و الطريقة المركزية و غيرها و التي سنتطرق إليها لاحقاً بشيء من التفصيل¹. كما يمكن التمييز بين نوعين من التحليل العاملي هما :

1- التحليل العاملي الاستكشافي :

يعتبر من الأساليب الاحصائية التي تهتم بتحليل مجموعة من البيانات من عدة زوايا ، و هو ما يزودنا بمعلومات تؤدي إلى تحليلات أكثر دقة ما يساهم في إلقاء الضوء على الظاهرة المدروسة². و بتعبير اخر ، يستخدم هذا النوع في الحالات التي تكون فيها العلاقات بين المتغيرات و العوامل الكامنة غير معروفة ، و بالتالي يهدف التحليل العاملي في هذه الحالة إلى اكتشاف العوامل التي تصنف إليها المتغيرات ن و بالتالي فهو يستخدم كاستراتيجية لتقليص عدد المتغيرات التي تستعمل لجمع البيانات مثل الاستبيان ، و الكشف عن المساحة المشتركة من الدلالة (العلاقة) التي تشترك فيها (القاسم المشترك) . كما يعمل التحليل العاملي الاستكشافي على تقدير الصدق العاملي للكشف عن البنية العاملية للمقياس المستعمل³.

2- التحليل العاملي التوكيدي :

يستخدم التحليل العاملي التوكيدي للتأكد من الصدق البنائي للمقياس المراد بناءه ، التأكد من فروض البنية العاملية و اثبات صحة النموذج و صلاحيته و التأكد من مطابقته لبيانات

¹ Jean François Durand : **Eléments de calcul Matriciel et d'analyse Factorielle de Données** , Université Montpellier 2 , France , 2002 , p 89.

² T.W.Anderson : **An Introduction to Multivariate Statistical Analysis** , 3rd Edition , Willey Series in Probability and Statistics , 2003, p 83.

³ أحمد بوزيان تيغزة : اختبار صحة البنية العاملية للمتغيرات الكامنة في البحوث منحنى التحليل و التحقق ، بحث علمي محكم ، مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، 2011 ، ص 281.

الدراسة¹ . فالهدف من التحليل العاملي التوكيدي حسب ستيورت هو اختبار مدى مطابقة نموذج اشتق من نظرية ما لمجموعة من البيانات ، ما يتطلب وجود أساس نظري يساعد الباحث على تحديد الطريقة التي تنتسب بها المتغيرات على العوامل².

أشار Eyzanck سنة 1953 أن للتحليل العاملي ثلاثة أهداف أساسية يقوم بتحقيقها و التي ترتبط بها وجهات نظر و عدد كبير من طرق استخراج العوامل و التدوير ، و هي ذات الأهداف التي تتعلق بأي فرع من فروع الاحصاء و المتمثلة في : الوصف ، البرهنة على الفروض و اقتراح فروض من البيانات الأولية³. في حين يرى البعض الآخر أن أهمية التحليل العاملي تتضح في إيجاد العلاقات الارتباطية ما بين جميع المتغيرات الداخلة في التحليل ، و هو في هذا يميز بين المتغيرات التابعة و المتغيرات المستقلة . كذلك فإن التحليل العاملي مختلف عن استخدام الانحدار المتعدد (كأسلوب إحصائي) للتنبؤ بقيمة أحد المتغيرات باستخدام متغيرات أخرى ترتبط بذلك المتغير و المصحوبة في قياسها⁴.

¹ نوال سعيد بركات : إختبار صلاحية النموذج المقترح لقياس فاعلية الإدارة باستخدام التحليل العاملي التوكيدي -دراسة تطبيقية على موظفي وزارة العمل و التأهيل بليبيا ، المجلة الدولية للإدارة و العلوم الإنسانية ، العدد 1 ، 2017 ، ص 04.

² عبد العباس حسن كاظم : دور التحليل العاملي في تحديد أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى (مستشفى الفرات الأوسط التعليمي نموذجاً) ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية ، المجلد 16 ، العدد 4 ، 2014 ، ص 245.

³ عطية لعون ، صباح عاش : استخدام التحليل العاملي الاستكشافي و التوكيدي في تقنين المقاييس النفسية و التربوية ، مجلة العلوم النفسية و التربوية، المجلد 3 ، العدد 2 ، 2016 ، ص 96.

⁴ محمد جاسم الياسري و اخرون ، نفس المرجع السابق ، ص 124 .

تبعاً للطرح السابق نتوصل إلى أن التحليل العاملي ما هو إلا قياس تعيين العامل أو العوامل الرئيسية التي يرغب اختيارها لوصف الظاهرة و التي يجري عليها التحليل العاملي من الدرجة الثانية¹، و الدالة بين المتغيرات الأصلية و العوامل المكونة لها هي :

$$\begin{aligned}
 F_1 &= a_{11}X_1 + a_{12}X_2 + a_{13}X_3 + \dots + a_{1n}X_n \\
 F_2 &= a_{21}X_1 + a_{22}X_2 + a_{23}X_3 + \dots + a_{2n}X_n \\
 F_3 &= a_{31}X_1 + a_{32}X_2 + a_{33}X_3 + \dots + a_{3n}X_n \\
 &\vdots \\
 &\vdots \\
 &\vdots \\
 F_m &= a_{m1}X_1 + a_{m2}X_2 + a_{m3}X_3 + \dots + a_{mn}X_n
 \end{aligned}$$

2 ... m > n

يمكن كتابة المعاملات السابقة على الشكل المصفوفي و التي تعرف بمصفوفة الارتباط أو مصفوفة

التباين المشترك ، و هي تقوم على الافتراضات التالية :

3- العامل الأول هو الأكثر ارتباطاً بالمتغيرات ؛

4- تتواجد المعاملات الصفرية في كل عامل ؛

5- سهولة تفسيرها بعلاقاتها مع المتغيرات الأصلية.

إذا كان لدينا n من المتغيرات يصبح لدينا $n(n-1) / 2$ معامل ارتباط . فوجود سبعة متغيرات

مثلاً يعطي $21 = (7*6)/2$ معامل ارتباط .

هذا و يشترط:

¹ شلال حبيب الجبوري ، عبد صلاح حمزة : تحليل متعدد المتغيرات ، دار الكتب للطباعة و النشر ، بغداد ، العراق ، 2000 ، ص 87.

² لحسن عبد الله باشيويه : الإحصاء و تطبيقاته على الحزمة الإحصائية SPSS ، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2011 ، ص 327.

- أن تكون المتغيرات موزعة توزيعاً طبيعياً وألا يكون توزيعها ملتوياً التواءاً شديداً أو متعدد المنوال ؛

- ينبغي ألا تكون العينة صغيرة الحجم أو غير ممثلة للمجتمع المستهدف ، وألا تكون متحيزة أيضاً ؛

- يجب أن تعتبر العوامل الناتجة من التحليل العاملي عن متغيرات واقعية يستطيع الباحث تفسيرها في ضوء إطار نظري أو نظرية معينة وُتكد وجود عوامل في الواقع ؛

- تجنب استخدام متغيرات غير مستقلة (متداخلة) من الوجهة التجريبية و المتغيرات التي لا تتميز بالبساطة بالتحليل العاملي.

يجدر الذكر أن التحليل العاملي للمصفوفة الارتباطية يؤدي إلى استخلاص عوامل معينة ، و هي عبارة عن محاور متعامدة تمثل أحمال (تشبعات) المتغيرات ، (و هو ما سنتطرق إليه في النقاط اللاحقة). و أن عملية تفسير العوامل تعتمد على عدد المتغيرات المتشعبة تشعباً إحصائياً والتي يجب أن لا يقل عددها عن ثلاثة متغيرات ، حيث أن جميع برامج الإحصاء تشير إلى أن التشعب الدال إحصائياً لا يقل عن 0.6¹.

المطلب الثاني : طرق التحليل العاملي و شروط استخدامه

هناك عدة طرق مستخدمة في التحليل العاملي ، يمكن أن نوجز أهمها فيما يلي :

1- الطريقة القطرية :

سميت بهذا الاسم كون هذه الطريقة تستخدم القيم القطرية في المصفوفة الارتباطية المباشرة ، وهي تعد من الطرق المباشرة و السهلة الاستعمال التي يتم اللجوء إليها في حالة وجود عدد محدود -

¹ أحمد أبو فايد : التحليل العاملي : مفهومه ، أهدافه ، شروطه و أنواعه ، بحث علمي محكم ، جامعة الأزهر ، غزة ، فلسطين ، 2016 ، ص 4.

قليل - من المتغيرات . حيث تؤدي إلى استخلاص أكبر عدد ممكن من العوامل ¹ ، و تتطلب هذه الطريقة معرفة سابقة و دقيقة بقيم شيوخ المتغيرات .

تقوم الطريقة القطرية على مبدأ استخلاص القيمة بكاملها في العامل الأول ، ليكون بذلك جذر هذه القيمة هو تشعب المتغير الأول على العامل الأول . حيث يطلق عليه اسم التشعب القطري ².

2- طريقة المكونات الأساسية أو المركبات الرئيسية :

قام Hottelling سنة 1933 بوضع طريقة المكونات الأساسية و التي أضحت من أكثر طرق التحليل العاملي دقة و شيوعا و استخداما ، نظرا لدقة نتائجها بالمقارنة ببقية الطرق ³. أكثر ما يميز هذه الطريقة هو أن كل عامل يستخلص أقصى تباين ممكن و يؤدي إلى أقل قدر من البواقي، كما أن المصفوفة الارتباطية تختزل إلى أقل عدد من العوامل المتعامدة ⁴.

تعرف هذه الطريقة على أنها أسلوب إحصائي يهدف إلى إيجاد مجموعة عوامل تسمى بالمركبات الأساسية ، يكون عددها أقل من عدد المتغيرات الأصلية حيث تكون مؤهلة لتفسير معظم التباين الكلي للقيم الأصلية ، و تكون هذه المركبات متعامدة معدومة الارتباط .

يبدأ تحليل المركبات الأساسية ببيانات عن مجموعة من المتغيرات (p متغير و n مشاهدة) ، و

¹ صفوت فرج : التحليل العاملي في العلوم السلوكية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر ، 1999 ، ص 157.

² علي عبد عباس العزاوي : الأساليب الكمية الإحصائية في الجغرافية ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2017 ، ص 309.

³ علي عبد عباس العزاوي ، المرجع السابق ، ص 310.

⁴ أحمد عبد الخالق : الأبعاد الأساسية للشخصية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 1994 ، ص 103.

التي يمكن التعبير عنها عبر المصفوفات التالية¹:

$$Z = X A$$

$$\begin{bmatrix} Z1 \\ Z2 \\ \vdots \\ Zn \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} X11 & X12 & \dots & X1p \\ X21 & X22 & \dots & X2p \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ Xn1 & Xn2 & \dots & Xnp \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} a11 & a12 & \dots & a1p \\ a21 & a22 & \dots & a2p \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ an1 & an2 & \dots & anp \end{bmatrix}$$

حيث :

Z : تمثل متجه التراكيب الخطية

X : مصفوفة المتغيرات الأصلية

A : مصفوفة معاملات التراكيب الخطية.

يمكننا القول أن هذه المصفوفة هي عبارة عن عملية ربط كل مجموعة من المتغيرات بأحد العوامل بشرط أن تظهر هذه المتغيرات نوع من الترابط فيما بينها ، و أن لا يقل معامل الارتباط بينها عن 0.5 . و في حالة ما إذا تبين أن أحد المتغيرات غير مرتبط مع باقي المتغيرات يتم استبعاده و يهمل في عملية التحليل².

3- الطريقة المركزية و الطريقة المركزية باستخدام الارتباطات :

تعد الطريقة الأولى أكثر طرق التحليل العاملي شيوعا إلى وقت قريب نظرا لسهولة حسابها، فضلا عن استخلاص عدد قليل من العوامل العامة ، لكن ما يعيب هذه الطريقة أنها غير قادرة على استخلاص إلا قدر محدود جدا من التباين الارتباطي ، ما يؤدي إلى خفض رتبة المصفوفة . أما بالنسبة للطريقة الثانية فهي لا تختلف كثيرا عن سابقتها إلا في استخدامها

¹ محمد عبد الحسين محمد : استخدام التحليل العاملي من الدرجات العليا في تحديد أهم العوامل المؤثرة في التنشئة الاجتماعية للأطفال دون سن السادسة، مجلة القادسية للعلوم الإدارية و الاقتصادية ، المجلد 13 ، العدد 4 ، 2011 ، ص 111.

² علي عبد عباس العزاوي ، المرجع السابق ، ص 311.

لتقدير متوسط ارتباطات المتغير ببقية المتغيرات في المصفوفة ثم حساب العوامل بعد وضع المتوسط الخاص بارتباطات كل متغير في خليته القطرية¹.

4- طريقة العوامل المتعددة :

تقوم هذه الطريقة على فكرة استخلاص عدد من العوامل في وقت واحد بدل استخلاص كل عالم على حدا و كل مرة . تستخدم هذه الطريقة عادة مع المتغيرات التي يكون لدينا عنها قدر كاف من المعرفة ، و هذا بهدف تحديدها في مجموعات مستقلة ، لتحصل على تشعبا تعاملية تقترب من تشعبات العوامل المدارة. ما يعيب هذه الطريقة أنها تستغرق وقتا طويلا و يجب تحديد مجموعات الاختبار من البداية².

إن التحليل العاملي و كغيره من الأساليب الاحصائية يستند إلى صيغ رياضية مجردة ، لذا فإن الاستخدام المناسب لهذا الأسلوب يتطلب بعض الشروط التي يجب أن تتوفر في البيانات المراد تحليلها و كيفية معالجتها ، من بينها ما يلي³:

- التوزيع الاعتدالي للمتغيرات ، بمعنى أن تكون المتغيرات موزعة توزيعا طبيعيا و ألا يكون توزيعها ملتويا للتواءا شديدا أو متعدد المنوال ؛
- وجود علاقة خطية بين المتغيرات مما يمكننا من استنتاج المكونات المشتركة بين هذه الأخيرة و التي تفسر تلك العلاقات ؛

¹ سوسن اسماعيل عمر : التحليل العاملي لأسس التنمية بولاية جنوب كردفان باستخدام طريقة المكونات الرئيسية (دراسة حالة محلية الدنج في الفترة 2009-2011 ، أطروحة دكتوراه في الاحصاء ، كلية الدراسات العليا ، جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا ، 2016 ، ص 45.

² مصطفى حسين باهي و اخرون ، المرجع السابق ، ص 17.

³ أحمد أبو فايد ، المرجع السابق ، ص 04.

- أن تكون العينة المختارة عشوائية و كبيرة و ممثلة للمجتمع (لكل متغير 10 أفراد على الأقل) ، كما ينبغي أن لا تكون متحيزة أو تكونت نتيجة ضم مجموعتين متميزتين في البنية العاملية للمتغيرات ؛
- على العوامل الناتجة من التحليل العاملي أن تعبر عن متغيرات واقعية يستطيع الباحث تفسيرها في إطار نظري أو نظرية معينة تؤكد وجود عوامل في الواقع ؛
- لابد أن لا يقل التشبع الدال إحصائياً عن 0.6 ، حيث تعتمد عملية تفسير العوامل على عدد المتغيرات المتشعبة تشعباً إحصائياً، و التي يجب أن لا يقل عددها على ثلاثة متغيرات¹؛
- الاعتماد على استخدام معامل الارتباط المناسب ، حيث يفضل استخدام معامل الارتباط التتابعي لـ Pearson لحساب مصفوفة الارتباط بين المتغيرات المطلوب تحليلها ؛
- تجنب استخدام متغيرات غير مستقلة (متداخلة) من الوجهة التجريبية و المتغيرات التي لا تتميز بالبساطة ؛
- يقوم هذا الأسلوب على افتراض إمكانية تجميع المتغيرات بناءً على معاملات الارتباط ، ما يعني أن المتغيرات المتواجدة في مجموعة معينة يكون الارتباط بينها قوياً لكن ارتباطها بمتغيرات المجموعات الأخرى يكون ضعيفاً².

¹ إدريس ثابت عبد الرحمن : بحوث التسويق : أساليب القياس و التحليل و اختبار الفروض ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع ، الاسكندرية ، مصر ، 2002 ، ص 83.

² عبد المجيد أحمد محمد المالكي : شروط و معايير استخدام التحليل العاملي ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية ، 2000 ، ص 44.

المطلب الثالث : خطوات التحليل العاملي الاستكشافي

يعتبر التحليل العاملي و كما تمت الإشارة إليه سابقا كاستراتيجية منهجية لتقليص عدد المتغيرات و اختزالها إلى متغير كامن* أو متغيرين، أو إلى عدد من المتغيرات موضحا بذلك جل المعلومات التي تتطوي على العلاقات البينية للمتغيرات المقاسة . و هو ما يتطلب سلسلة من الخطوات المدروسة التي سنأتي على ذرها فيما يلي :

1-فحص حجم العينة

إن دقة التقديرات و القدرة على تعميم النتائج يتطلب حجم عينة أكبر كونها تتفوق على حجم العينة الأصغر بسبب انخفاض الأخطاء الاحتمالية¹ . و التحليل العاملي أحد الأساليب الذي تتطلب حجم عينة كبير ، إلا أن هذا الأمر لم يفصل فيه بسبب اختلاف آراء المتخصصين في هذا المجال . فبعض المراجع تنصح بأن العينة التي حجمها مائة (100) فرد تعتبر مقبولة ، و إن كان يفضل أن تكون العينة الاجمالية مائتين (200) فرد فأكثر. كما أن البعض الآخر يوصي باستعمال قاعدة عشرة أو خمسة عشر فردا لكل متغير مقاس . هذا و من جهة أخرى يرى بعض الباحثين أن العينة المناسبة للتحليل الاستكشافي الأولي ينبغي أن لا تقل عن مائة و خمسون (150) ، مع الأخذ بعين الاعتبار كل من التشعبات و عدد المتغيرات المرتبطة بكل عامل. و بالتالي كلما كانت الارتباطات ضعيفة احتجنا لحجم عينة أكبر² .

و الجدول الموالي يوضح لنا بعض المعايير لتحديد حجم العينة حسب عدد من الباحثين :

*المتغير الكامن هو متغير لا تتوفر عنه بيانات ظاهرة ، بل يعبر عنه عبر طرح جملة من الأسئلة بهدف قياسه .

¹ Treiblmaier H , Filzmoser P : **Exploratory Factor Analysis Revisited : How Robust Methods Support the Detection of Hidden Multivariate Data Structures in IS Research**, Journal of Information and Management , Vol 47 , N°4 , 2010, p 202.

² Amy S Beavers et al : **Practical Considerations for using exploratory analysis in educational research** , Journal of practical assesment research & evaluation , Vol 18 , N°6 , 2013 , p 03.

جدول رقم (2-7) : معايير تحديد حجم العينة

المعيار	الباحث
واحد و خمسون (51) فردا (حالة) أكثر من عدد المتغيرات .	Lawley & Maxwell (1971)
على الأقل 200 حالة أو فرد بغض النظر عن النسبة بين عدد الأفراد إلى عدد المتغيرات.	Gorsuch (1983)
عشرة (10) أفراد على الأقل لكل متغير (بند) و أن تكون النسبة بين عدد الأفراد إلى عدد الفقرات لا تقل عن خمسة أفراد لكل متغير.	Brayant & Yarnold (1995)
حجم العينة يتراوح بين 150 و 300 فرد أو حالة.	Hutcheson & Sofroniou (1999)
على الأقل 300 حالة (فرد).	Norusis (2005)
على الأقل حجم العينة يبلغ 100 حالة و أن تكون النسبة بين عدد الأفراد إلى عدد المتغيرات لا يقل عن 5.	Sulu (2006)

Source : Amy S Beavers et al , op.cit , p 02.

للتأكد من كفاية حجم العينة يقدم لنا برنامج الحزم الإحصائية SPSS طريقة أسرع تتمثل في اختبار (كايزر-ماير-أولكين) (KMO test)، حيث يعتبر حجم العينة مقبولا إذا ما كانت قيمة الاختبار أكبر من (0.5) .

2- فحص قابلية مصفوفة الارتباطات لإجراء التحليل العاملي

يتم تقييم قوة العلاقات الخطية من خلال مراجعة مصفوفة الارتباط الناتجة من البيانات¹ . و بالتالي فإن دراسة مدى صلاحية التحليل لمصفوفة الارتباطات بين المتغيرات المقاسة التي تعتبر

¹ Tabachnick Barbara G , Fidell Linda S : Using multivariate statistics , 4th ed , Needham Heights , Mass Allyn and Bacon , 2001 , p 269.

في هذه الحالة فقرات الاستبيان ، أين سيتم التعامل مع كل محور رئيسي من محاور الدراسة على أنه نموذج لوحده تتطلب ما يلي¹ :

- ينبغي أن تكون جميع معاملات الارتباط في المصفوفة أكبر من (0.30) ، فإذا ما احتوت مصفوفة الارتباط متغيرا لا يرتبط بالمتغيرات الأخرى أو بمعظمها ، فيمكن حذفه قبل إجراء التحليل على المصفوفة . أما في الحالة المعاكسة فيمكن حذف المتغير الذي يبدي ارتباطات مرتفعة (معامل الارتباط أكبر من 0.9) ببقية المتغيرات الأخرى .
- يجب أن تكون القيم المطلقة التي تحدد مصفوفة الارتباطات أكبر من (0.00001) و ذلك للدلالة على عدم وجود ارتباطات مرتفعة جدا أو وجود اعتماد خطي بين المتغيرات المقاسة ، أي يجب أن لا تكون القيمة المطلقة لمحدد مصفوفة الارتباطات تساوي الصفر تماما².

- يجب أن تكون مصفوفة معاملت الارتباط مختلفة عن مصفوفة الوحدة . بمعنى تحقيق الدلالة الاحصائية لاختبار بارتلليت Bartlett's test of sphericity ($\alpha < 0.05$) . فإذا ما تحقق هذا الاختبار فذلك يدل على خلو المصفوفة من الارتباطات الصفرية .
- ينبغي أن تكون معاملات الارتباط الجزئية منخفضة . أي أن يكون اختبار KMO لكافة مصفوفة الارتباط أكبر من 0.5 ، و هو مقياس عام لملاءمة التعيين ، كما يشير إلى أن الارتباطات كانت في المستوى . مع العلم أن مقياس KMO يتراوح بين (0-1) ، حيث يدل الصفر و القيم القريبة منه (الصغيرة) على أن التحليل العاملي غير مناسب. لهذا الغرض

¹ العربي فراح : أثر العدالة و الثقة التنظيمية على الالتزام التنظيمي "نموذج مقترح" دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص إدارة أعمال ، قسم علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و التسيير ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، 2017 ، ص 110.

² أحمد بوزيان تيغزة ، المرجع السابق ، ص 27.

اقترح Kaiser قبول قيم هذا المؤشر التي لا تقل قيمته عن 0.5 واضعا المحكات التالية للحكم على مستوى ملاءمة المعاينة:

جدول رقم (2-8) : قيم مؤشر KMO و الحكم على المستوى

مدى ملاءمة المعاينة	قيمة KMO
أقل من 0.50	مستوى غير مقبول
0.50 - 0.59	مستوى سيء جدا
0.60 - 0.69	مستوى متوسط
0.70 - 0.79	مستوى معتدل
0.80 - 0.89	مستوى جيد
أكبر من 0.90	مستوى ممتاز

المصدر : كريش أحمد : التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام برنامج (R) ، بحث مقدم من خلال اليوم الدراسي حول الأسس المنهجية لإنجاز البحوث الأكاديمية باستخدام البرامج الإحصائية الجاهزة ، جامعة البويرة ، يوم 17 فيفري 2016، ص 09.

- يجب أن يكون مقياس MSA (Measure of Sampling Adequacy) لكل فقرة من فقرات الاستبيان أكبر من 0.5 و هو ما يشير إلى مستوى الارتباط لكل متغير بالمتغيرات الأخرى في المصفوفة . اقترح Kaiser سنة 1974 أنه يجب أن يزيد هذا المقياس عن 0.8 لتكون النتائج مرضية، و هو ما يدل على أن مستوى الارتباط بين كل متغير و المتغيرات الأخرى في مصفوفة الارتباط كاف لإجراء التحليل العاملي .

3- استخراج أو اشتقاق العوامل

بعد تحديد حجم العينة و التأكد من صلاحية مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي ، ننقل خطوة إلى تطبيق إحدى طرق التحليل العاملي للكشف عن البنية العاملية التي تلخص العلاقات الارتباطية البينية بين المتغيرات المقاسة ، حيث أن نوع التباين المستعمل هو الذي يحدد الطريقة الأنسب لاستخراج تلك العوامل ، تبعا لذلك تطرح الدراسات في مجال الاحصاء العديد من الأساليب في

هذا الجانب. و لقد تم الاعتماد من خلال دراستنا هذه على تلك الأكثر شيوعا في هذا الصدد، أي
 قمن باعتماد طريقة المكونات الرئيسية PCA إضافة إلى :

• محك كايزر "Kaiser ، 1974"

يعد هذا الأسلوب صالحا و مناسباً على وجه الخصوص لطريقة المكونات الرئيسية و العوامل
 الدالة في هذه الطريقة هي العوامل التي يساوي أو يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح ، بمعنى
 أن التباين الذي يستوعبه كل عامل هو (1-0) بشرط أن يوضع في الخلايا القطرية واحد صحيح
 . تعد هذه الطريقة من الطرق الأكثر شيوعا و استخداما كونها تعطي نتائج متقاربة تماما مه عدد
 العوامل المستخرجة عادة ، إضافة إلى سهولة حسابه¹ .

• محك اختبار المنحدر لكاتيل "Kattell ، 1966"

يكون على شكل رسم بياني يمثل محوره العمودي الجذور الكامنة و المحور الأفقي هو عدد
 العوامل الكامنة المستخرجة ، و النقطة الفاصلة لاختيار العوامل تكون عند نقطة الانعطاف² . أما
 الطريقة المستخدمة لاستخراج العوامل هنا هي الأخذ بعين الاعتبار تلك النقاط على المنحنى التي
 تسبب النقطة التي يتباطأ عندها انحدار المنحنى و ذلك كدلالة على عدد العوامل التي ينبغي
 استخراجها³ .

• طريقة التحليل الموازي "Horn ، 1965 "

اقترح Horn هذه الطريقة و الذي يدل من خلالها اللفظ "الموازي" على أن البيانات العشوائية يجب
 أن تكون متكافئة مع بيانات البحث الواقعية ، بمعنى أن تكون متوازية من حيث حجم العينة و عدد

¹ محمد حسن محمود فرج ، فائزة محمد الحسن خليل ، المرجع السابق ، ص 75.

² كريش أحمد ، المرجع السابق ، ص 11.

³ سميرة ميسون : تقنين مقياس البيئة الابتكارية للفصل المدرسي على عينة من الأساتذة بولاية الوادي ،مجلة
 العلوم الانسانية ، المجلد أ ، العدد 44 ، ديسمبر 2015 ، ص 506.

المتغيرات المقاسة و غيرها.

تقدم نتائج هذا التحليل ما يشبه منحنى المنحدر مضاف إليه منحنى آخر لقيم الجذور الكامنة ، كما يمكن إظهار نتائج هذا التحليل على شكل جدول يخصص عموده الأول لترتيب الجذور الكامنة تنازليا ، أما الأعمدة الأخرى لرصد الجذور الكامنة المتحصل عليها من تطبيق التحليل العاملي على عينة من البيانات العشوائية الغير واقعية ، في حين يخصص العمود الثالث لتمثيل قيم الجذور الكامنة لبيانات البحث الواقعية¹.

• محك نسبة التباين المفسر الكلي

هذه الطريقة على الأهمية التطبيقية لمدى قدرة العوامل المستخرجة على تفسير التباين في البيانات و أن استخدامها يحدد من النتائج عدد العوامل التي تفسر نسبة تباين تصل إلى 70 % أو 80%. و أفضل طريقة هي استخراج أقل عدد من العوامل التي تفسر أكبر قدر ممكن من التباين يشير بعض الباحثين إلى أن نسبة التباين المفسر المقبولة عند استخدام طريقة المكونات الأساسية تتراوح غالبا بين 50 % و 60² % .

• محك المعنى و الدلالة النظرية

على الفقرات أو المتغيرات التي تتشعب على العامل أن تشترك في دلالة نظرية ذات معنى ، و أن تكون تسمية العوامل المختارة ذات دلالة نظرية أو ذات مغزى علمي بالنسبة لموضوع البحث³.

• طريقة قيم الشيوخ أو الاشتراكات

تدل قيم الشيوخ على نسبة التباين في فقرة معينة أو متغير معين التي تم تفسيرها من قبل العوامل المستخرجة . ففي حالة ما إذا كانت قيم الشيوخ قريبة من الواحد الصحيح (مرتفعة) ، فذلك يدل

¹ أحمد بوزيان تيغزة ، المرجع السابق ، ص 54.

² العربي فراح ، المرجع السابق ، ص 111.

³ أحمد بوزيان تيغزة ، المرجع السابق ، ص 61.

على أن العوامل المستخرجة نجحت في تفسير معظم التباين في الفقرات أو المتغيرات ، أما في حالة العكس فمعنى ذلك أن الفقرات التي قيم شيوعها منخفضة تتطوي على نسب تباين كبيرة غير مفسرة من طرف العوامل المستخرجة . هذا دليل على لزوم اللجوء إلى عوامل أخرى لتمثيل التباين غير المفسر الموجود في بعض الفقرات أو المتغيرات¹.

4- تدوير المحاور

القصد من عملية تدوير المحاور هو التوصل إلى تشكيل مناسب للعوامل له معنى و يمكن تفسيره²، و الهدف من هذه العملية هو جعل العلاقات بين المتغيرات و بعض هذه العوامل أقوى ما يمكن، حيث لا يمكن تفسير العوامل إلا بعد عملية التدوير و تبسيط كل عمود قدر الإمكان³ . هناك نوعين من التدوير ، التدوير المتعامد و التدوير المائل :

- ففي التدوير المتعامد يتم تدوير المحاور مع الاحتفاظ بالتعامد بينهما حيث يمتاز هذا النوع بالاستقلالية ، أي انعدام الارتباط بين المحاور بالإضافة إلى سهولة و بساطة العمليات الحسابية و التمثيل البياني لهذه الطريقة⁴ . و من بين الطرق العملية للتدوير و أكثرها شيوعا ، طريقة الفارماكس Varimax الذي قدمها Kaiser سنة 1958، حيث يميل أغلب الباحثين لاستخدام هذه الطريقة و التي تؤدي إلى أفضل الحلول التي تستوفي خصائص البناء البسيط⁵ (و هو ما قمنا بتبنيه من خلال دراستنا التطبيقية).

¹ منور أحمد رمضان : البناء العاملي لرائز القدرات المعرفية CogAt باستخدام التحليل العاملي التوكيدي و الاستكشافي ، رسالة ماجستير في القياس و التقويم النفسي و التربوي ، كلية التربية ، جامعة دمشق ، 2014 ، ص 49.

² محمد شامل بهاء الدين فهمي : الاحصاء بل معاناة ، المفاهيم مع التطبيقات باستخدام برنامج SPSS، الجزء الثاني ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 2005 ، ص 774.

³ محمد عبد الحسين محمد ، المرجع السابق ، ص 113.

⁴ محمد شامل بهاء الدين فهمي ، المرجع السابق ، ص 77.

⁵ Jean Stafford et al : L'analyse multivariée avec SPSS , PUQ , Québec , 2006 , p 85 .

- أما التدوير المائل ففيه تدار المحاور دون الاحتفاظ بالتعامد ، فنترك لنتخذ الميل الملائم لها. فالتدوير المائل يريد أن يعكس وضع المتغيرات في الواقع التي تكون عادة مرتبطة و غير مستقلة ، حيث يفضل بعض الباحثين هذه الطريقة كونها أكثر واقعية في تمثيل العلاقات الارتباطية البينية للعوامل¹. و من الطرق المعروفة في مجال التدوير المائل نذكر: طريقة الكوارتمين « Quartmin » ، الأوبليمين « Oblimin » ، الكوفاريمين « Covarimin » و البروماكس « Promax » و غيرها².

5- تفسير العوامل

بعد عملية التدوير ننقل خطوة إلى تفسير هذه العوامل و الذي يجب أن يتناول نقطتين أساسيتين هما ، مناقشة طبيعة و أصل العوامل و ارتباط العوامل ببعضها . كما أن أفضل تفسير للعوامل خلال التشعبات يفترض وجود ثلاثة تشعبات على الأقل ، كما أن نسبة التباين الكافية لقبولها لعامل ما لا تقل نسبته عن 10% من حجم تباين المصفوفة الارتباطية³. يعتمد تفسير العوامل على المتغيرات التي ترتبط بالعامل و تلك التي لا ترتبط به . و تحديد التشعبات ذات الدلالة الجوهرية و التي تعني أن هناك علاقة بين المتغير و العامل و تسمى بالتشعبات البارزة⁴ .

إن الهدف الأساسي من خطوات التحليل العاملي الاستكشافي هو الوصول إلى جملة العوامل التي تعمل على تمثيل المتغيرات المترابطة ، و ماهية تلك الفقرات التي سينطوي عليها في حين يسعى التحليل العاملي التوكيدي إلى التأكد من نتائج التحليل الاستكشافي ، و ذلك عبر مقارنتها مع نتائج الدراسات السابقة ففي حالة ما إذا تطابقت النتائج يتم توكيد و اعتماد تلك العوامل التي تم

¹ Alvin C Rencher : **Methods of multivariate analysis** ,2nd ed, John Wiley & Sons Edition , 2002 , p 431.

² مصطفى حسين باهي و اخرون ، المرجع السابق ، ص 29.

³ سوسن إسماعيل عمر ، المرجع السابق ، ص 54 .

⁴ محمد حسن محمود فرج ، فائزة محمد الحسن خليل ، المرجع السابق ، ص 76.

استخراجها . لهذا الغرض ارتأينا أنه من الأنسب التطرق إلى خطوات التحليل العاملي التوكيدي أيضا .

المطلب الرابع : خطوات التحليل العاملي التوكيدي

أحدث هذا الأسلوب الإحصائي نقلة نوعية في مجال التحليلات الإحصائية . إذ أنه نقل الباحث من الاعتماد على الأساليب الاستكشافية في مجال بناء المقاييس إلى الاعتماد على تلك المتعلقة باختبار هذه المقاييس من أجل التأكد من صدقها البنائي ، حيث أصبح يعرف على أنه نوع من أنواع نمذجة المعادلات الهيكلية و الذي يتعامل تحديداً مع ما يعرف بـ "نموذج القياس"¹. استخدمت الدراسة التحليل العاملي التوكيدي و ذلك وفق خمسة خطوات محددة تتمثل في :

1-تحديد النموذج :

تعد هذه المرحلة أهم مرحلة في بناء و اختيار نموذج القياس العاملي التوكيدي²، و من أهم الاعتبارات التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد النموذج هي الشكل الذي سيتم تبنيه و المتغيرات التي يضمها³. بمعنى تحديد النظريات و الأطر النظرية و النماذج التنظيرية المناسبة⁴. من أهم المسائل التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد نموذج القياس هو تحديد طبيعة المعلمات و التي تنقسم إلى ثلاثة أنواع : المعلمات الثابتة ، المعلمات الحرة و المعلمات المقيدة⁵.

¹ أحمد يونس السبعوي : اختبار نموذج قياس لجودة تصميم نظام المعلومات الإدارية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي ، الخطوات التفصيلي في إطار دراسة تطبيقية ، مجلة المثنى للعلوم الإدارية و الاقتصادية ، المجلد 9 ، العدد 2 ، جامعة المثنى ، 2019 ، ص 10.

² Schumacker R E , Lomax R G : **A beginner's guide to structural equation modeling** , 3rd ed, Routledge , New York, 2010, p 236.

³ Hoyle Rick H : **Model specification in structural equation modeling** , In R H Hoyle ed handbook of structural equation modeling , New York , US , 2012 , p 127.

⁴ العربي فراح ، المرجع السابق ، ص 113.

⁵ أحمد يونس السبعوي ، المرجع السابق ، ص 12.

2-تعيين النموذج :

بعد تحديد النموذج و معرفة مدى مطابقته لافتراضات التحليل العاملي التوكيدي ، لابد من تعيين النموذج قبل البدء بتقدير المعلمات .

تتلخص قضية التعيين في مدى التوصل إلى تقديرات وحيدة محددة للمعالم الحرة للنموذج المفترض و ذلك بناءا على حجم البيانات المتوفرة في العينة المدروسة و على النموذج العاملي المفترض الذي تمثله مصفوفة التباين و التغاير¹ .

وفقا لمدى كفاية المعلومات لتعيين أو الوصول إلى حل فريد للمعلمات في النموذج التوكيدي قيد الدراسة . يمكن ان نحدد ثلاثة أنواع من تلك النماذج كما يلي² :

- **النموذج غير المعين :** هذا في حالة ما إذا كان عدد المعلمات الحرة المطلوب تقديرها في النموذج أكبر من عدد المعلمات في مصفوفة التباين و التغاير للمتغيرات المقاسة ، أما بالنسبة لقيمة درجة الحرية $df < 0$ فإنها ستكون سالبة.

- **النموذج المعين فحسب :** يكون النموذج معين فحسب إذا ما كان عدد المعلمات الحرة للنموذج مساويا تماما لعدد العناصر غير المتكررة لمصفوفة التباين و التغاير للعينة التي تمثل حجم المعلومات التي توفرها البيانات المتاحة . و تكون درجة الحرية في هذه الحالة مساوية للصفر³ $df = 0$. في هذه الحالة ستكون جميع مؤشرات حسن مطابقة النموذج مثالية ، قد يكون ذلك جيد نظريا إلا أنه في الواقع العميل لا يسمح باختبار النموذج⁴.

¹ العربي فراح ، المرجع السابق ، ص 113.

² أحمد يونس السبعوي ، المرجع السابق ، ص ص 15-16.

³ المرجع السابق ، ص 16.

⁴ Joseph F Hair et al : **Multivariate data analysis** , 7th ed , Pearson New International edition , USA , 2014 , p 601.

• **النموذج متعدي التعيين :** نجد هذا النموذج في حالة ما إذا كان عدد العناصر في

مصفوفة التباين و التغاير يفوق عدد العناصر في مصفوفة التباين و التغاير يفوق عدد

المعلومات الحرة المقدرة في النموذج و يكون في هذه الحالة إذا كانت درجة الحرية موجبة

$df > 0$ ¹. ما يميز هذا النموذج هو تزويد الباحث بعدد من مؤشرات حسن المطابقة و

التي يتم من خلالها تقييم قدرة النموذج على إنتاج مصفوفة التباين و التغاير مع وجود عدد

محدود من المجاهيل².

تجدر الإشارة إلى أن التعرف على طبيع التعيين للنموذج يستوجب شرطين أساسيين هما :

• اعتماد قاعدة (t-rule) لـ (Bollen,1989) و ذلك عن طريق تحقيق المعادلة التالية :

$$t \leq \frac{1}{2} (p+q) (p+q+1) .$$

$p+q$: تمثل عدد المتغيرات المقاسة

t : تمثل عدد المعلومات الحرة .

• فحص و تدقيق مصفوفة المعلومات بعد تأكيد الشرط الأول ، و ذلك بالاعتماد على أحد

البرمجيات في مجال التحليل العاملي التوكيدي .

3-تقدير المعلمات :

بعد الانتهاء من عملية تعيين النموذج ، ننقل خطوة أيضا نحوى تقدير معلماته ، بمعنى إيجاد قيم

عددية لهذه المعلمات الحرة في النموذج.

و من بين الطرق المستخدمة في تقدير هذه الأخيرة يمكن أن نذكر : طريقة الاحتمال الأقصى

(ML) ، المربعات الصغرى المعممة (GLS) ، المربعات الصغرى غير الموزونة (ULS) و التوزيع

¹ أحمد يونس السبعواوي ، المرجع السابق ، ص 16.

² Timothy A Brown : **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research** , 2nd ed , The Guilford Press , USA , 2015, p 67.

التقاربي (ADF). حيث تعتمد هذه الطرق على إجراء عملية التقدير أكثر للوصول إلى أفضل تقدير للمعاملات ، حيث تكون الانطلاقة من خلال قيم أولية للمعاملات و تستمر لتنتهي بالوصول إلى معيار للمطابقة يكون مرضي¹ .

تمتاز طريقة الاحتمال الأقصى (ML) عن باقي الطرق كون دالة المطابقة الخاصة بها من الممكن أن تستخدم في حساب الكثير من مؤشرات حسن المطابقة. إضافة إلة أنها من الممكن أن تحتسب الخطأ القياسي لكل معلمة مقدرة عبر احتساب مستوى المعنوية و فترات الثقة². هذا و يشترط لاستخدام هذه الطريقة أن يكون حجم العينة كبيراً و أن تكون البيانات موزعة توزيعاً طبيعياً ، إضافة إلى وجوب كون مؤشرات النموذج ذات مستوى قياس متصل أو قريبة جداً منه. بعد عملية تقدير معاملات النموذج لابد من التأكد أن النموذج المفترض يمثل بيانات العينة أم لا ، لهذا الغرض ننتقل إلى المرحلة الموالية و التي يتم من خلالها تقدير مؤشرات جودة المطابقة لاختبار النموذج بنوعيه القياسي و البنائي .

4-تقويم جودة مطابقة النموذج :

تعتبر هذه الخطوة من أهم مراحل بناء نموذج القياس كونها تزودنا بمؤشرات عن مدى مطابقة النموذج النظري لبيانات العينة³. فنظراً لمدى أهمية هذه الخطوة ، تعددت الدراسات في هذا الشأن منذ أربعين سنة خلت و لا زالت مستمرة في البحث حول أفضل الطرق لتقويم حسن مطابقة النموذج . في هذا الصدد قدم عدد من الباحثين عدة مؤشرات في إطار تصنيفات حسب طبيعة

¹ أحمد يونس السبعوي ، المرجع السابق ، ص 20.

² Donna Harrington : **Confirmatory factor analysis** , Oxford University press , New York , 2009 , p 29.

³ عماد عبد الجليل علي إسماعيل : **مدى نجاح الاندماج بين شركات التأمين التعاوني السعودية** ، مجلة الاقتصاد و المالية ، العدد 1 ، 2015 ، ص 38.

استخدامها ، لتقسم إلى ثلاثة أصناف نوردتها فيما يلي¹ :

- أولاً : مؤشرات المطابقة المطلقة : تعمل هذه المؤشرات بالحكم على مطابقة النموذج دون المقارنة مع أي نموذج آخر كأساس أو مرجع ، و من أمثله²: مربع كاي X^2 ، مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي (RMR)، مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR)، مؤشر جودة المطابقة المصحح (AGFI) ، مؤشر حسن المطابقة الاقتصادي (PGFI).

- ثانيا : المؤشرات التزايدية (النسبية أو المقارنة) : هي تلك المؤشرات التي تعمل على قياس التحسن النسبي في تطابق النموذج المفترض مقارنة بالنموذج الأساس أو النموذج المستقل أو ما يطلق عليه باسم نموذج العدم، و الذي يقوم على افتراض أن قيمة التغير بين المتغيرات الداخلية هي صفر (0) . أي أن جميع المتغيرات المقاسة غير مرتبطة فيما بينها ، حيث تتراوح قيمة المؤشرات التزايدية بين 0 و 1³. إذ يشير الصفر (0) إلى أن النموذج المفترض أقل شأنا من النموذج المستقل و بالتالي يتم رفضه أو تعديله . في حين يشير الواحد (1) إلى أن النموذج حقق تطابقا تاما . من أمثلة تلك المؤشرات يمكن أن نذكر⁴: مؤشر المطابقة المقارن (CFI) ، مؤشر تاكر-لويس (NNFI or TLI) ، مؤشر

¹ Timoth Teo et al : **Applying structural equation modeling (SEM) in educational research : An Introduction in application of structural equation modeling in educational research and practice** , Vol 7 , Sense Publishers , Rotterdam , The Netherlands , 2013 , p 14.

² عبد الله صحراوي ، عبد الحكيم بو صلب : **النمذجة البنائية (SEM) و معالجة صدق المقاييس في البحوث النفسية و التربوية ، نموذج البناء العاملي لعلاقات كفاءات التسيير الإداري بالمؤسسة التعليمية** ، مجلة العلو النفسية و التربوية ، المجلد 3 ، العدد 2 ، 2016 ، ص 70.

³ عبد الناصر الهاشمي عزوز : **استخدام النمذجة بالمعادلة البنائية في العلوم الاجتماعية** ، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية و الاجتماعية، المجلد 15، العدد 1 ، جامعة الشارقة ، 2018 ، ص 309.

⁴ Philip Holmes-Smith et al : **Structural equation modelling : from the fundamentals to advanced topics** , Melbourne , SREAMS , 2006 , p 53.

المطابقة المعياري (NFI) ، مؤشر المطابقة المعياري الاقتصادي (PNFI) و غيرها .

• ثالثا : المؤشرات الاقتصادية : هو ما يطلق عليها بمؤشرات تصحيح الافتقار للاقتصاد

في المعلومات الحرة . تعمل هذه المؤشرات الاقتصادية على تقييم التناقض بين مصفوفة

المتغيرات المقاسة و مصفوفة النموذج المقترح مع الأخذ بعين الاعتبار مدى تعقيد

النموذج. إن النموذج الأكثر اقتصادية هو النموذج الأكثر احتمالية للتعميم على المجتمع¹.

من بين هذه المؤشرات²: الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (RMSEA)، الدلالة

الاحصائية للمطابقة القريبة (P-value for close fit)، مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ،

محك المعلومات لأيكيك (AIC) ، محك المعلومات المتسق لأيكيك (CAIC) ...إلخ.

الأمر الذي ينبغي الإشارة إليه ، هو أن هذه الخطوة لا تنتهي بجودة مطابقة النموذج المفترض

بشكل عام ، بل ينبغي الوقوف على بعض الاستراتيجيات المتبعة لتقويم فعالية المكونات الفردية ،

نذكرها كما يلي³ :

• فحص المعالم التي تم تقديرها كفحص الخطأ المعياري لقيم المعالم ، فحص الشذوذ في

الإشارة و القيمة للمعالم ، فحص الدلالة الاحصائية لقيم تقدير المعالم ، مستوى قيم

المعاملات و مستوى العلاقة بينها و اتجاه تلك العلاقات بعد حساب المعاملات.

• فحص مكون القياس للنموذج ، أي مدى دقة المؤشرات و اتساقها في قياس العوامل التي

تنسب إليها (الثبات) ، مدى صلاحيتها ، كفايتها ، ملاءمتها ، تمثيلها و استيعابها للدلالة

النظرية للعوامل أو ما يعرف بالصدق التمايزي .

¹ أحمد يونس السباعوي ، المرجع السابق ، ص ص 22-23.

² العربي فراح ، المرجع السابق ، ص 119.

³ أحمد بوزيان تيغزة ، المرجع السابق ، ص 266.

5-تعديل النموذج :

تعد هذه العملية كخطوة أساسية في بناء و اختبار نماذج التحليل العاملي التوكيدي و نمذجة المعادلات البنائية ، حيث أن أهم أسباب تعديل نماذج التحليل العاملي التوكيدي هو تطوير جودة مطابقة هذه النماذج ، في حين يرى البعض أن الغاية منه هو التأكد من صدق النموذج ¹.

يمكن من خلال المعاينة لقيم البواقي و مؤشرات التعديل أن تساهم بشكل كبير في الكشف عن مواطن الخلل التي يضمها النموذج المفترض عبر اقتراح بدائل لحل الاشكاليات التي تتخلل بعض أجزاء النموذج ². فإذا ما كانت المطابقة ضعيفة بين النموذج النظري المقترح و البيانات الميدانية ، ما العمل في مثل هذه الحالة ؟ . يمكن أن يجد الباحث نفسه أمام خيارين ³:

- إما أن يقوم برفض النموذج المقترح إذا ما كانت استراتيجيته هي مجرد التحقق من صدق النموذج .

- إما أن يقوم باقتراح نموذج ينطبق على البيانات الميدانية و هو ما يطلق عليه "استراتيجية توليد النموذج" ، فيقوم الباحث بفحص كل مؤشر يقترحه البرنامج للتعديل ، و عليه أن يختار المؤشرات التي تتفق مع المنطق النظري للبحث.

أما فيما يتعلق بمسببات سوء تحديد النموذج فيشير (Brown,2015) إلى ثلاثة عوامل أساسية تتمثل في ⁴:

- عدد العوامل المستخدمة في التحليل (عدد كبير جدا أو قليل جدا)؛

¹ أحمد يونس السبعواوي ، المرجع السابق ، ص 23.

² أحمد بوزيان تيغزة ، المرجع السابق ، ص 285.

³ عبد الناصر الهاشمي عزوز ، المرجع السابق ، ص ص 315-316.

⁴ أحمد يونس السبعواوي ، المرجع السابق ، ص 31.

- خلل في اختيار مؤشرات القياس و التعيين الغير صحيح لنمط العلاقات بين مؤشرات القياس و العوامل ؛

- الخلل في تحديد أخطاء القياس المترابطة مقابل الأخطاء غير المترابطة .

إن عملية إعادة تحديد النموذج و تعديله ليست بالسهلة خاصة فيما يتعلق بمسألة إضافة معلمات جديدة للنموذج و حذف بعض مؤشرات القياس ، لذلك من الضروري أن يمتلك الباحث منهجية يستند عليها في تنفيذ هذه الخطوة¹ .

المبحث الرابع : تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن مدخل إدارة الجودة الشاملة.

يرى رجال الفكر الإداري المعاصر إدارة الجودة الشاملة كفلسفة ، منهج و مدخل حديث يضم مجموعة من المبادئ و الأسس الإدارية ، التي إذا ما اعتمدتها المؤسسة و طبقتها فإنها تساعدها على تحسين مستوى أدائها ، و ذلك بتحسين مستوى الخدمة و توفير الخدمات التي يرغبها في الزمان و المكان المناسب². و عليه ، بعد أن تقوم المؤسسة الصحية بقياس جودة الخدمات التي تقدمها من خلال اختيار أحد المقاييس ، ثم تقييمها استنادا على المعايير التي سبق و أن تطرقنا إليها ، يتم اكتشاف النقائص و عليه تقوم المؤسسة بالعمل على تحسين جودة خدماتها من خلال تبني أحد مداخل التحسين و من أهم و أشهر هذه المداخل ، مدخل " إدارة الجودة الشاملة " .

المطلب الأول : مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة كمصطلح اقتصادي فرضته ظروف التقدم التقني في العصر الحديث ، فهي من المفاهيم الحديثة التي تهدف في الأساس إلى تحسين و تطوير الأداء بصورة مستمرة عبر الاستجابة لمتطلبات العميل . إن اسقاط هذا المفهوم في قطاع الخدمات الصحية لا يختلف عن ما

¹ Timothy A Brown , Op.cit , p 75.

² العابد محمد ، حامد نور الدين : أهمية تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مجلة رؤى اقتصادية ، العدد الثالث ، ديسمبر 2012، ص 66.

قدمه كل من روادها في باقي القطاعات الأخرى إلا أن له خصوصيته في المؤسسات الصحية. فقد أشار **Greenberg** و **lezzoni** سنة 1995 إلى أكثر من مفهوم لإدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية من بينها أنها " محاولة التعرف على مصادر الانحراف و العمل على التغلب عليها ، و العمل على تصميم نظام صحي قائم على احتياجات المرضى"¹. كما عرفها كل من **Robbins and Coulter** من خلال كتابهما « **Management** » سنة 2005 على أنها "فلسفة إدارية موجهة على أساس التحسين المستمر، و الاستجابة لاحتياجات و توقعات العميل "².

في حين يرى كل من **Haar and Spell** على أنها " الالتزام التنظيمي في التحسينات المستمرة و الإيفاء باحتياجات العميل "³. فمن الملاحظ أن هذا التعريف لم يختلف عن سابقه ، فكلا التعريفين اتفق على أن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة تلتزم بها الإدارة و توجهها بهدف إحداث تحسينات مستمرة ، استجابة لحاجات العملاء.

هذا و تعرف "حنان عبد الرحيم الأحمدى"⁴ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية على أنها " إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية و العاملون فيها بمراقبة و تقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات و العمليات إضافة الى المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر ". ما يمكن ملاحظته من خلال هذا التعريف أن الكاتبة اعتبرت التحسين المستمر كمفهوم مرادف لإدارة الجودة الشاملة.

¹ عبد الحق سايشي ، يوسف بودلة : أهمية تطبيق الادارة الاستراتيجية للموارد البشرية في تحسين الجودة الشاملة الصحية المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس -الجزائر- ، مجلة معارف ، السنة التاسعة ، العدد 17 ، ديسمبر 2014، ص ص 414-415.

² فالح عبد القادر الحوري: تشخيص واقع تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية " دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة"، مجلة البصائر العلمية ، المجلد 12 ، العدد 1 ، 2008 ، ص 149.

³ Mohamed Noor et al : **The effect of total equality management implementation on employees performance to achieve competitive advantage**, International Journal of Management and Business Studie, Vol 5 ,Issue December, 2012, p 06

⁴ حنان الأحمدى ، المرجع السابق ، ص 413.

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها " الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص و الصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون ،الأطباء و كوادر التمريض ،الفنيون و المرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق و أساليب الجودة ، بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف ، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى و العملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية"¹ . يتضح من هذا التعريف أن إدارة الجودة الشاملة تسهم في بناء الاستراتيجيات القائمة على المريض و تطبيق برامج التخطيط الفعالة، بالإضافة إلى الحرص على تنفيذ البرامج التدريبية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة القطاع الصحي.

تبعاً لما تم رصده من تعاريف ، يمكن أن نخلص إلى تحديد رباعية مفاهيمية لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، إذ يمكن اعتبارها كفلسفة إدارية تعتمد على التزام الإدارة العليا و تقوم على مفهومي الشمولية و التكاملية بهدف الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة ، هدفها الأسمى جعل المريض (حاجاته و رغباته) المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى و تسعى في جميع أعمالها على تعظيم الرضا لديه.

المطلب الثاني : مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إن اختلاف الكتاب و الباحثين حول عدد هذه المبادئ إنما هو أمر ظاهري فقط ، إذ يرجع في الأساس إلى دمج بعضها أو التركيز على البعض منها. أما فيما يخص هذه المبادئ في المؤسسات الصحية فإنها لا تختلف في الجوهر عن ما هو معروف و معتمد ، و التي يمكن أن ندرجها فيما يلي:

¹ زينب مهداوي ، عبد القادر بودي: أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات : دراسة المؤسسة الاستشفائية ،مجلة مجاميع المعرفة ، العدد 5، أكتوبر 2017، ص 242.

1- التركيز على العميل (المريض):

يرتكز هذا المبدأ أساساً على بناء الأهداف المتعلقة بعملية تحسين الجودة على متطلبات و توقعات المرضى و القيام بتحسين نشاطات إدارة الجودة الشاملة لمقابلة متطلباتهم و توقعاتهم. بالإضافة إلى اعتبار رضا المريض إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المؤسسة الصحية، و الذي تسعى المؤسسة الصحية إلى بلوغه عبر تحقيق بعض الشروط التي تعمل بدورها على تحقيق النجاح المتميز¹. يتم تحديد مدى هذا الرضا عبر تحليل البيانات المجمعة من خلال الإجابة على أسئلة الاستبيانات الموجهة للمرضى².

2- الالتزام بمبدأ التحسين المستمر:

إن التحسين المستمر للأداء الكلي للمؤسسة الصحية يجب أن يكون هدفاً ثابتاً و مستمراً ، حيث أثبتت نتائج الدراسات التطبيقية على أن نجاح مبادرات إدارة الجودة الشاملة يتطلب التغيير في أسلوب الموظفين في ترجمة عملهم ، الأمر الذي يتوجب على المؤسسات القائمة على أساس الجودة أن تكافح من أجل تحقيق الإلتقان التام و ذلك من خلال الاستمرار في تحسين العمل و العمليات الخدمية³ . بالإضافة إلى تقديم فرص كافية للتدريب و التثقيف في مجال الجودة وصولاً لتجويد المهارات اللازمة للأداء العملي و الاهتمام بصحة وسلامة و الرضا الوظيفي للعمال ، وكذلك بيئة العمل⁴.

¹ عوفي مصطفى ، عاشوري شكري : علاقة الإدارة بجودة الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة : دراسة ميدانية بالعيادة الكبرى مزدوات بولاية خنشلة ، مجلة الحقيقة ، العدد 39 ، 2017 ، ص 302.

² ثورين حاج قويدر، رضوان أنساعد ، نفس المرجع السابق ، ص 09.

³ فالح عبد القادر الحوري ، المرجع السابق ، ص 153.

⁴ زيني فريدة و اخرون : دور القيادة الإدارية في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات خدمات الرعاية الصحية بالجزائر - دراسة حالة مستشفى مستغانم - خروبة - مجلة الباحث ، المجلد 19 ، العدد 01 ، ص 486.

3- دعم الإدارة العليا :

تقع مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى على عاتق الإدارة العليا ، حيث أن هناك اتفاق عام على أهمية دعمها و التزامها في إنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية ، و يظهر التزام و دعم الإدارة العليا في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في توفير المواد اللازمة لتدريب العاملين على أدوارها و أساليبها ، و كذا تقديم التسهيلات اللازمة لهم¹ ، تعزيز ثقافة الجودة داخل المؤسسة و توفير رؤية استراتيجية واضحة المعالم للمنظمة و أهدافها وكذلك تعزيز و تطوير إمكانيات العاملين لتحسين أدائهم . و عليه ، يمكن القول أن الإدارة العليا تمثل القدوة و المثل الأعلى للالتزام بمبادئ و أهداف التحسين².

4- اتخاذ القرارات بناءا على المعلومات :

يتم تحقيق هذا المبدأ من خلال تحقيق مستوى عال من المشاركة و الذي يتم من خلاله إشراك المرضى و الممرضين في اتخاذ القرارات . كما يتم الإعلان عن أي معلومة جديدة تتعلق بجودة العمل المنجز بالإضافة إلى ضرورة استخدام أساليب عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة . هذا فضلا عن حتمية اتخاذ القرارات بناءا على تحليل جيد للبيانات و التحسين المستمر في تقديم الخدمات الصحية لطلابها³.

5- التعاون الجماعي بدلا من المنافسة :

يركز نظام الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المؤسسة ، حيث أنه من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من الموارد المادية ،

¹ معزوز نشيدة ، بن عبد العزيز فطيمة ، المرجع السابق ، ص 19.

² عوفي مصطفى ، عاشوري شكري ، المرجع السابق ، ص 302.

³ أنساعد رضوان : أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية ، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال ، المجلد 01 ، العدد 01 ، جوان 2015 ، ص 57 .

المالية و الفنية و غيرها من المستلزمات الأخرى التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر¹.

6- مشاركة العاملين و تمكينهم :

تعني ضرورة مشاركة كافة العاملين بهدف تحسين الجودة و إدارتها و تفويض اتخاذ القرارات و السلطات و المسؤوليات لهم ، و كذا تشجيع الثقة و الإبداع و المجازفة لدى كافة العاملين².

المطلب الثالث : مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية

تؤكد العديد من الدراسات على أهمية تبني المؤسسات الصحية لأسلوب إدارة الجودة الشاملة ، و ذلك لمواكبة الأدوار التي أصبحت تلعبها هذه المؤسسات في العديد من المجالات³. و سعيا منها لإنجاح تحقيقه لابد على المؤسسة التي تسعى إلى تبني هذا النظام أن تتبع الخطوات التالية :

1- مرحلة الإعداد :

هي بمثابة مرحلة التهيئة و التجهيز للمراحل الأخرى ، يتم خلالها تعميق الإحساس بأهمية التطوير ، و اتخاذ القرار بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، و صياغة الرؤية التي تعتمد على متطلبات إدارة الجودة الشاملة ، يشارك في هذه المرحلة كبار المسؤولين بالمؤسسة بالتعاون مع محترفين مهنيين و تشمل على سبع خطوات⁴ :

- اتخاذ قرار تطبيق إدارة الجودة الشاملة: حيث يقرر المديرون التنفيذيون ما إذا كانوا

سيستفيدون من التحسينات الشاملة الممكنة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة أم لا؛

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد ، المرجع السابق ، ص 95 .

² معزوز نشيدة ، بن عبد العزيز فطيمة ، المرجع السابق ، ص 19.

³ محمد عبد الفتاح محمد : إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 2008 ، ص 194.

⁴ مهديد يمينية : التوجه نحو إدارة الجودة الشاملة كالية لعصرنة المرفق العام و تحسين الخدمة العمومية في الجزائر - الخدمات الصحية العمومية نموذجا ، المجلة الجزائرية للمالية العامة ، العدد 08 ، ديسمبر 2018 ، ص 117.

- تدريب المديرين التنفيذيين الرئيسيين: يفضل أن يكون التدريب خارج المؤسسة لكل المديرين و مشاركتهم في وقت واحد و ذلك حتى يمكنهم أن يفهموا بشكل أفضل فوائد إدارة الجودة الشاملة إضافة إلى التفاعل بينهم أثناء التدريب؛
- صياغة كل من رؤية و رسالة المؤسسة صياغة مختصرة و دقيقة توضح سبب وجود هذه المؤسسة في مجال الأعمال؛
- تحديد أهداف المؤسسة ، إذ يجب أن تتبع أهداف المؤسسة من رسالتها؛
- رسم سياسة المؤسسة منها على سبيل المثال لا الحصر سياسة البحث و التتقيب عن الموارد البشرية ، السياسات الإنتاجية و التسويقية؛
- اتخاذ القرار بالاستمرار و تخصيص الموارد المادية اللازمة؛
- الخطاب الافتتاحي ، إذ لا بد من أن يكون هناك من يجيد التحدث إذا أرادت المؤسسة وصول رسالتها.

2- مرحلة التخطيط :

تأتي بعد مرحلة الإعداد و تهيئة الظروف الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة و تتضمن القيام بعدة نشاطات من أهمها¹ :

- تحليل البيئة الداخلية بما فيها عناصر القوة و مواطن الضعف
- تحليل البيئة الخارجية سواء الفرص المتاحة أو التهديدات المتوقعة و ذلك بهدف الاستعداد لها مسبقا؛

¹ محفوظ أحمد جودة : إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الأردن ، 2004 ، ص ص 215 - 216.

- صياغة الرؤيا القيادية التي تعكس طموحات المؤسسة خلال الفترة المستقبلية لفترة تتراوح عادة بين خمسة إلى عشرة سنوات؛
- وضع رسالة المؤسسة من خلال تحديد سبب وجود المؤسسة أي النشاطات التي تؤديها و الأسواق المستهدفة؛
- وضع الأهداف الاستراتيجية بعيدة المدى لتكون متوافقة مع رسالة المؤسسة بالإضافة إلى وضع الاستراتيجيات الكفيلة بالوصول إلى هذه الأهداف ؛
- اختيار مدير الجودة في المؤسسة ليكون مسؤولاً عن كافة النشاطات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة؛
- تنفيذ برامج تدريبية لفرق العمل المختلفة في موضوعات الجودة و التعاون و عمل الفريق ؛
- دراسة توقعات العملاء و متطلباتهم فيما يتعلق بخصائص الجودة المطلوبة؛
- تصميم خطط التنفيذ المتعلقة بالمرحلة التالية مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد المالية و البشرية المتاحة.

3- مرحلة الرقابة و التقويم :

تتطلب عملية الرقابة و التقويم ضرورة تدريب العاملين المعنيين على كيفية استخدام أساليب الرقابة و بالذات الأساليب الإحصائية في الرقابة بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية اكتشاف الانحرافات و تحليلها و اتخاذ الإجراءات التصحيحية لتعديل المسار¹

تتضمن هذه المرحلة تقويم واقع المؤسسة المعنية من حيث¹ :

¹ محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحان : إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي و المكتبات و مراكز المعلومات ، الطبعة الثانية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان ، الأردن ، 2009 ، ص 36.

- دراسة الوضع الحالي المؤسسة من ثم تقويمه بهدف تحديد ما يمكن اعتباره قوة داعمة لتنفيذ مداخل (TQM) ؛

- دراسة و تقييم آراء و اتجاهات الزبائن حول التغيرات في بيئة عمل المؤسسة أي تقييم لما تم تنفيذه من خطط.

4- مرحلة التطبيق :

تختص هذه المرحلة بالتطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة و معالجة المشاكل و أوجه القصور التي أفرزتها المرحلة السابقة و تتضمن الخطوات التالية² :

- تفعيل عمل فريق الجودة الشاملة ؛
- تحديد المسؤوليات و تعريف جميع العاملين بدورهم في عملية التغيير ؛
- المراجعة الدورية للجهود المبذولة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

5- مرحلة التحسين المستمر :

تستهدف هذه المرحلة التعرف على أفضل الممارسات و الأدوات من أجل استثمارها مرة أخرى في العمليات و للتطوير المستمر ، تتضمن العناصر التالية :

- الاستعانة بخبراء الجودة الشاملة في تقويم برنامج التطبيق ؛
- إجراء مقارنة مرجعية للأداء (Benchmarking) لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مع مؤسسات خدمة مماثلة؛

- دعوة جميع الأطراف المعنية بتطوير عمل المؤسسة في عملية التطبيق؛
- تزويد جميع العاملين في المؤسسة بالتغذية العكسية عن نتائج التقويم.

¹ قاسم نايف علوان : إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001 : 2000 ، نفس المرجع السابق ، ص 111.

² المرجع السابق ، ص 111.

المطلب الرابع : مزايا تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

لعل من أهم الأسباب الداعية لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي ، هو قدرته على تجنبها التكلفة المترتبة عن تقديم الخدمات الصحية بجودة متدنية ، و قدرته على تحسين الأداء المالي و تخفيض مصروفات الرعاية الصحية ، و كذا تقليل الأخطاء و تحسين العمليات¹. هذا و تحقق المؤسسات الصحية بعض المزايا جراء تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة ، و التي يمكن أن نستعرضها فيما يلي²:

1- تبسيط إجراءات العمل :

هذا من خلال اختصارها أو تحسينها ، حيث تمكن مستشفى جامعة " ميشغن " بالولايات المتحدة الأمريكية من تخفيض تكلفة و مدة الإقامة و كذا أجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنويا ، هذا نتيجة لتبسيط بعض إجراءات الدخول و تخفيض فترة انتظار المرضى قبل تحويلهم إلى غرفهم الخاصة.

2- تحسين الإجراءات :

حيث أن الهدف الأساسي من تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة هو السعي نحو تحسين الإجراءات من خلال تقصي فرص التحسين و اغتنامها ، تبعا لهذا تمكن مستشفى جامعة "ميشغن" أيضا من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة تحسين جدول استخدامها.

3- رفع الكفاءة التشغيلية :

تعد من أهم المزايا التي يحققها تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة ، ذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات و ارتفاع مستوى مهارة العاملين . هذا و قد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" بولاية

¹ يوسف بودة، سيد أحمد حاج عيسى ، المرجع السابق ، ص 10.

² حنان الأحمد ، المرجع السابق ، ص ص 418-420.

إلينيوي الأمريكية من توفير 73.000 دولار أمريكي سنويا من خفض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ ، نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل.

4- القضاء على اختلافات الممارسات الإكلينيكية :

إن اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم يعد مشكلا في حد ذاته بالنسبة للمؤسسات الصحية ، حيث ينعكس ذلك بالسلب على مستوى الجودة و الكفاءة. و بالتالي فإن تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة سوف يسهم في القضاء على هذه الاختلافات في الممارسات الإكلينيكية ، فضلا عن اختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة و الحقائق العلمية.

5- الحد من تكرار العمليات :

يساعد تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة على تحديد أفضل الطرق لأداء العمل ، بالتالي الحد من تكراره و ما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة و رضا المرضى على حد سواء .
تبعاً لما سبق و تأكيدا على أهمية تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة و المزايا التي يحققها للمؤسسات الصحية ، فقد قامت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات بتبني هذا المفهوم و وضعته كمعيار أساسي من معايير الاعتراف بالمستشفيات منذ سنة 1994 ، الأمر الذي دعى معظم مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية و بعض الدول المتقدمة الأخرى من تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة ¹ .

¹ بن نافلة قدور، مزريق عاشور ، نفس المرجع السابق ، ص 08.

خلاصة الفصل :

من خلال دراستنا لمختلف المفاهيم المتعلقة بالجودة عموماً و جودة الخدمات الصحية على وجه الخصوص ، يمكن أن نخلص إلى أن المتتبع لموضوع جودة خدمات الرعاية الصحية سيدرك أن الاهتمام بهذا الموضوع ليس وليد العهد ، و هذا أمر لا اختلاف و لا جدل فيه . إنما تكمن مواطن الاختلاف فيه في تحديد مفهوم دقيق و موحد لهذا الموضوع ، و الذي يرجع في الأساس إلى نظرة و موقع الفرد من النظام الصحي الذي تعددت زواياه . و عليه ، فقد تبلور الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال ، بتحديد أبعادها و التي تعد بمثابة معايير أو مؤشرات لقياس و تقييم جودة الخدمات التي تقدمها الجهات المعنية . و لكي يتم الوصول إلى جودة الخدمة الصحية كمنتج نهائي للمريض ، لا بد من العمل على تخفيض الفوارق بين الخدمة الصحية المقدمة فعلاً و تلك المرغوب فيها من قبل المريض ، أو قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة و العمل على تحسينها بهدف تحقيق أعلى رضا ، فالمتعارف عليه أنه تتحدد نقطة الانطلاق من تحديد الحاجات الصريحة و الضمنية للمريض و تنتهي بتقييمه لها . تحقيقاً لذلك ، يتم اعتماد أحد المقاييس أو النماذج من أهمها و أشهرها نموذج جودة الخدمة و نموذج الأداء الفعلي - و هو المقياس الذي سنعمل على تبنيه من خلال دراستنا التطبيقية- .

إن تحقيق المستوى المطلوب من جودة الخدمة الصحية و ضمان استمراريته لا يتوقف على تقييمها فقط و إنما بالعمل على تبني أحد مداخل التحسين ، و من بينها مدخل إدارة الجودة الشاملة الذي يعد مدخلاً واسع التنظيم ، يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمات الصحية التي تقوم المؤسسة الصحية بتقديمها.

الفصل الثالث

الفصل الثالث

تقديم عام لواقع المنظومة الصحية في الجزائر

اهتمت السياسة الصحية بالجزائر غداة الاستقلال بضرورة إنشاء الطب المجاني و ضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي و مكانتهم الاجتماعية ، و جسدت مختلف الدساتير الجزائرية هذه القضية و اعتبرتھا حدث ضروري و مشروع تكفله الدولة بمختلف أجهزتها . حاولت الجزائر الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع ، و سعت لأجل هذا المبدأ جاهدة بالرغم من الظروف الصعبة التي عاشتها و الأزمات التي توالى عبر الأزمنة السابقة . و قد أشارت بعض المؤشرات الصحية إلى تراجع عدد الوفيات بصفة عامة ، و ارتفاع متوسط العمر المأمول عند الولادة و ذلك في فترة التسعينات.

بالرغم من مختلف الجهود الساعية إلى تحسين الوضع الصحي الجزائري ، إلا أن الأساليب المستخدمة ، و طرق التمويل و الإنفاق قبل مشروع الإصلاح لم تحقق الهدف الذي وضعت لأجله، و لهذا السبب قامت الجزائر بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات ، هدفه إرساء مبدأ العدالة الاجتماعية ، وكفاءة الإنفاق الصحي و الارتقاء بجودة الخدمات الصحية و ضمان الاستمرارية على المستوى الاستراتيجي .

سنقوم من خلال هذا الفصل بعرض موجز لواقع النظام الصحي الجزائري و أهم الرهانات و التحديات التي تواجهه ، من خلال عرض أهم المحطات التاريخية التي مر بها وصولا إلى تحقيق مشروع الإصلاح الذي تبنته الوزارة الوصية ، مع إجراء دراسة تحليلية لعرض الخدمة الصحية في الجزائر .

المبحث الأول : تطور المنظومة الصحية في الجزائر

باعتبار أن المنظومة الصحية هي مجموعة من الهياكل و المؤسسات الإدارية و الخدماتية ، يقوم على تسييرها أفراد ذوي مهارات و تخصصات مختلفة ، و يعتبرون المحرك الرئيسي لها ، أصبحت هذه المنظومة تواجه مشاكل و صعوبات في تحقيق الأهداف الرامية إلى تحسين الخدمات الصحية التي يستفيد منها المواطن الجزائري ، و هذه الصعوبات تخص التنظيم الإداري و البيروقراطي و التسبب الذي أصبح يميز معظم المنظمات الصحية في الجزائر ، إضافة إلى صعوبة الاتصال بين مختلف الشرائح المكونة لهذه المؤسسات و المحيط الخارجي لها ، و هذا ما وسع في الهوة بين المواطن و المؤسسات الصحية بكل أشكالها المكونة للمنظومة الصحية .

المطلب الأول : التطور التاريخي للمنظومة الوطنية للصحة

شهدت المنظومة الصحية في الجزائر عدة تغييرات نتيجة للإصلاحات العميقة التي بادرت بها الحكومة منذ الاستقلال بهدف تكوين نظام صحي فعال و ذلك على أساس مخططات ، برامج و سياسات صحية تضمن احتياجات و أولويات الفرد و تعمل على تحقيق التنمية الشاملة . و عليه ، ارتأينا أن نقوم بعرض موجز لمختلف المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر ، منذ الاستقلال وحتى بداية الألفية الثالثة ، و ذلك بتقسيم الجانب التاريخي إلى المراحل التالية:

1- المرحلة الأولى : مرحلة إعادة تنظيم و بروز نظام صحي جزائري "1962-1973"

وضعية صحية مزرية ، تفشي الأمراض المعدية ، غياب الوقاية ، قلة الوعي ، ضعف المستوى المعيشي ، تدني متوسط أمل الحياة للفرد و هجرة أغلبية الممارسين الطبيين و غيرها هي الوضعية التي ورثتها الجزائر غداة الاستقلال . و على هذا الأساس تعتبر سنة 1962 سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي في الجزائر و التي عرفت بمرحلة التصحيحات و البناء التدريجي لنظام وطني

للصحة¹ و الذي كان يلبي احتياجات نسبة ضئيلة من السكان المتمركزين في كبريات المدن كالجزائر ، وهران ، و قسنطينة ، يتمثل أساسا في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات و العيادات التي تشرف عليها البلديات² و التي تقدم المساعدات الطبية المجانية . إضافة إلى مراكز الطب المدرسي النفسي التي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم . و من جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 100 طبيب يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب³.

كانت الجزائر في تلك الفترة تملك 5000 طبيب (50% منهم فقط جزائريو الجنسية) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان ، الذي بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن⁴. في هذه الفترة لم يكن نظام العلاج موحدا ، بل كان متكونا من أنظمة متوازية متمركزة في المستشفى العمومي ، و قد شهدت هذه الفترة ظهور المراكز الصحية الاجتماعية OMG في الشركات الوطنية لتقريب العامل من العلاج⁵ . و قد كانت الجزائر تمر بمرحلة إنشاء و بناء اقتصاد منتج ، نظام تعليمي ، نظام صحي ، و ذلك في ظروف اقتصادية و اجتماعية حرجة أين 80% من السكان أميون.

¹Ministere de la santé , de la population et de la reforme hospitaliere : **Les Réformes en santé , Evolution et perspectives , Les acquis des réformes** , Alger , Décembre 2015 , p 12, Par le site http://www.sante.dz/Rencontre_evaluation_alger_2015/ , Consulté le 23/04/2018 (22h50).

² عرابوي خديجة ، بلعراي عبد الكريم : أزمة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية، مجلة الحقيقة، المجلد 17 ، العدد 02 ، 2018 ، ص 98.

³ حاروش نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، دار كتامة للكتاب ، الجزائر ، 2008 ، ص 132
⁴ عدمان مريزق ، المرجع السابق ، ص 168.

⁵ سنوسي علي : تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010 ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر 03 ، الجزائر ، 2009-2010 ، ص 105.

جدول رقم (3-1): عدد العاملين في القطاع الصحي مباشرة بعد الاستقلال

العاملين في القطاع الصحي	العدد الكلي غداة الاستقلال
الأطباء	600
جراحي الأسنان	135
الصيدالة	266
الشبه طبي	1380

المصدر : حوالمف رحيمة : واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات و الصعوبات ، مجلة

المؤسسة ، العدد 03 ، 2017 ، ص 223.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم ، حيث كان يوجد قرابة 39000 سريراً بالمستشفيات قبل سنة 1967، أما ما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962¹.

تميزت هذه المرحلة أيضاً بما يلي² :

- ارتفاع في عدد السكان و الذي كان يبلغ عددهم 10.5 مليون نسمة أغلبيتهم من الشباب بنسبة 50% أقل من 15 سنة ، مع نسبة زيادة في الولادات كانت من أكبر النسب العالمية و كانت تمثل 48.5 في الألف ؛
- متوسط طول الحياة يتعدى 50 سنة ، و وفاة الطفولة كان في حدود 200 وفاة لكل 1000 طفل ؛
- نسبة 22.5% من تعداد السكان لا يملكون سكنات ملائمة للعيش فيها؛

¹ حاروش نور الدين ، المرجع السابق ، ص 133.

² عياد ليلي، هلالى أحمد : قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، مجلة البديل الاقتصادي ، المجلد 03 ، العدد 01 ، جوان 2016 ، ص 154.

- نسبة 36% من السكنات فقط مزودة بالمياه الصالحة للشرب ، كما أن نسبة 23% من السكان يملكون قنوات صرف المياه ، وهذا ما أدى إلى ظهور الأمراض المعدية المتنقلة¹؛
- بلغ معدل وفيات الرضع 500 لكل 100.000 مولود حديث سنة 1962 ؛
- أمام هذه الأرقام اتخذت الجزائر الاجراءات المناسبة كتنفيذ بعض البرامج التي سطرت في هذا الشأن و التي تعتبر ذات أولوية مثل التكفل الطبي المجاني للأطفال ، إلزامية التلقيح و مجانيته . مع بداية المخطط الوطني من جهة (المخطط الثلاثي و الرباعي الأول)² ، و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964 و بصدر الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيدالة عام 1966 من جهة ثانية ، أخذت الأمور تتحسن شيئاً فشيئاً من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و الشبه الطبي ، و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية سنتي 1967-1969³.
- لمواجهة هذه الوضعية و في ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما⁴:
- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام و الخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج ؛
- مكافحة الأمراض المتنقلة و التقليل من الوفاة ؛
- تأميم المجال الطبي وإعادة تنشيط معهد باستور الجزائري ؛
- خلق الصيدلية المركزية الجزائرية و كذا المتاجر العامة للمستشفيات ؛

¹ أو شن ريمة ، المرجع السابق ، ص 203 .

² غرابية فضيلة : إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر - تحديات و إنجازات - ، مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية ، المجلد 07 ، العدد 01 ، جوان 2016 ، ص 246 .

³ حاروش نور الدين ، المرجع السابق ، ص 135.

⁴ عدمان مريزق ، المرجع السابق ، ص 168

- التزام الدولة بتغطية 60% من نفقات الصحة على مستوى الهياكل الصحية الاستشفائية المجانية ؛

- تعويض تكاليف العلاج للأجراء من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، كما يشارك هذا الأخير في تمويل القطاع الصحي الاستشفائي بنسبة 30 % .

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها ، و كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنايات و الهياكل التي خلفها الاستعمار ، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان ، و من جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية (المرسوم التنفيذي رقم 69-96 الصادر في جويلية 1969) لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية¹. بعد إصلاحات سنة 1971 التي حاولت توفير الموارد البشرية اللازمة للتكفل بالطلبات الصحية للمواطنين ، جاء الأمر المتعلق بمجانية العلاج الخاص بسنة 1973 لرفع الحواجز المالية عن المواطنين بغرض تلبية احتياجاتهم العلاجية الذي يمثل منطلق المرحلة الموالية² .

2- المرحلة الثانية : مرحلة مجانية العلاج "1974 - 1989"

يعتبر الأمر رقم 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 و المتعلق بمجانية العلاج نقلة هامة و نقطة تحول في المنظومة الوطنية³، حيث تم تكريس هذا الحق في الميثاق الوطني سنة 1976 و الذي نص على ما يلي " الطب المجاني مكسب ثوري و قاعدة لنشاط الصحة العمومية و تعبير عن

¹ Ministère de la santé , de la population et de la reforme hospitaliere : **Les Réformes en santé , Evolution et perspectives , Les acquis des réformes** , Op.cit , p 14.

² عيساوي نصر الدين ، براهيمية إبراهيم : نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الانسانية ، المجلد ب ، العدد 41 ، جوان 2014 ، ص 360.

³ المرجع السابق ، ص 360.

التضامن الوطني و وسيلة لتجسيد حق المواطن في العلاج¹ . فالإعلان عن السياسة الجديدة يعد من المكاسب التي أقرتها الدولة الجزائرية ، حيث و بإرسائها لهذا المبدأ كانت الجزائر تصبو نحو وجهة جديدة . صدور القانون الجديد كان بسبب التوجهات السياسية الجديدة التي تبنتها الدولة الجزائرية ، كما توافق مع بداية المخطط الرباعي الثاني الذي من أهدافه الأساسية إعطاء الأهمية القصوى للحالة الاجتماعية . بالإضافة إلى رؤية صانعي هذا القرار في أن الحالة الصحية للمواطن لا و لن تتحسن إلا من خلال تدليل الصعوبات المتعلقة بالحصول على العلاج ، و أهمها الحاجز المالي الذي كان العائق الأكبر أمام أغلبية المواطنين في تلك الفترة .

عرفت هذه الجرة السياسية في بداياتها صعوبات مالية و تسييرية عند تطبيقها على أرض الواقع كونها تناقض المبادئ و الميكانيزمات التي كان يتميز بها القطاع الصحي آنذاك . غير أن ارتفاع المداخل الريعية البترولية غطى على هذه النقائص .

سجلت هذه الفترة ثلاث قرارات أساسية على مستوى السياسة الصحية تمثلت في² :

- تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية ، بداية من شهر جانفي من سنة 1974 مما يسمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية ؛
- إصلاح النظام التربوي و بالأخص الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم و تدعيم التأطير ، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين في كل التخصصات الطبية ؛
- تأسيس القطاع الصحي و اعتباره كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي ، لتنظيم النظام الوطني للصحة و ذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة

¹ غرابية فضيلة ، نفس المرجع السابق ، ص 247.

² la République Algérienne Démocratique Populaire, Ministère de la santé et de la population : **Développement du système national de santé , stratégie et perspectives**, Alger , Mai 2003, p 3.

من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي و المتكونة من الهياكل الصحية العمومية و الخاصة بالوقاية ، التشخيص ، العلاج ، الاستشفاء و إعادة التكيف الطبي .

في المقابل ، لم يتم التخلي عن الطب الليبرالي الذي اقتصر أساسا على قاعات الفحص ، و تسويق المواد الصيدلانية ، حيث اتخذت الدولة منحنيات أخرى باتخاذها لعدة إجراءات تخص القطاع الخاص ، منها القرارات المتخذة سنة 1976 التي تترك المجال مفتوحا لممارسة الطب الحر ، و الاختيار بين الوقت الكامل و نظام نصف الوقت¹ . بالإضافة إلى إصدار القرارات الناتجة عن حركات الإضراب سنة 1977 و التي أسفرت عن السماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الاستشفائية الاختيار بين القطاع العام و الخاص . كما قامت اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980 بفتح المجال أمام الممارسة الخاصة للطب بالنسبة للأطباء الذين استجابوا للخدمة الوطنية².

أما فيما يخص هياكل و مؤسسات النظام الصحي في هذه الفترة ، فقد عرفت تطورا نسبيا من حيث العدد بفضل الاستثمارات المعتبرة التي خصصتها الدولة للنهوض بالقطاع ، حيث سجلت³ :

- ارتفاع في عدد الأسرة من 42450 سرير سنة 1973 إلى 62500 سنة 1986 ؛
- ارتفاع عدد المراكز الصحية من 558 سنة 1974 إلى 1147 سنة 1986 ؛
- تطور عدد المستخدمين في القطاع من 57872 عامل سنة 1973 إلى 124728 سنة 1987 ؛

- ارتفاع عدد الهيئة الطبية سنة 1979 إلى 3761 مقابل 2320 طبيبا أجنبيا .

¹ حوالم رحيمة ، نفس المرجع السابق ، ص 225.

² Lamri Larbi , **Le système de santé Algérien, Organisation, Fonctionnement et tendances** , mémoire de magistère , Institut des sciences économique, Université d'Alger , Novembre 1986, p 182 .

³ عياد ليلي، هلاي أحمد ، المرجع السابق ، ص 155.

- ارتفاع عدد أعوان الشبه الطبي إلى 46669 ممرضا و عونا بمختلف التخصصات و الفروع¹؛

- تم إنشاء 13 مركزًا استشفائيا جامعيا بمهام ثلاثة و هي : الرعاية ، تقديم العلاج ، التكوين و البحث² ، كان ذلك في سنة 1986³ .

شهدت هذه الفترة تراجعاً في نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال ، و هذا بفضل البرامج الوطنية للصحة كبرنامج محاربة مرض السل و نقص التغذية و برنامج التلقيح الإجباري والمجاني . كما سجلت هذه المرحلة تراجع ملحوظ للأمراض المتقلة ، و أمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962 إلى 65 سنة في سنة 1987. أما من الناحية القانونية و التشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1405 هـ الموافق ل 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.

بالرغم من الوضعية الصحية التي ال إليها القطاع ، إلا أنه لم يغير من الوضع الصحي كثيرا رغم مجانية العلاج التي أقرته الدولة ، و هذا لارتباطه بالوضع الاجتماعي و الاقتصادي للسكان ، الأمر الذي دفع بالسلطات المعنية إلى ضرورة إعادة النظر في واقع المنظومة الصحية و العمل على بعث منظومة وطنية تخضع للتخطيط المركزي و التي انبثق عنها إعداد الخريطة الصحية

¹ حوالمف رحيمة ، المرفف السابق ، ص 225.

² la République Algérienne Démocratique Populaire, Ministère de la santé et de la population : **Développement du système national de santé , stratégie et perspectives** , Op.Cit , p 03.

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 02 جمادى الثاني 1406 هـ الموافق لـ 02 فبراير 1986 و المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية ، الجريدة الرسمية ، العدد السادس ، السنة الثالثة و العشرون ، الصادرة في 02 فبراير 1986، ص 115.

الوطنية سنة 1981 . إضافة إلى ذلك تم وضع جملة من القرارات المتعلقة بقطاع الصحة ، من بينها توحيد المنظومة الصحية اعتمادا على منهج التنمية المخططة لهذا القطاع ¹.

3- المرحلة الثالثة : مرحلة السياسة الصحية الجديدة في ظل البرامج الإصلاحية " 1990

– 2000 " .

مع انتهاج سياسة الطب المجاني و زيادة التكاليف الصحية من جهة و انخفاض عائدات البترول من جهة أخرى ، وجدت الجزائر نفسها أمام مشكل مالي و الذي تفاقم سنة بعد أخرى . و عليه ، لم يعد هناك أمام الدولة من خيار إلا أن تقوم بتحفيز القطاع الخاص* عبر رفع كامل العراقيل التي تقف دون تأسيس هياكل صحية خاصة. بالرغم من إيجابيات هذا الإجراء إلا أنه ساهم و بشكل سلبي من خلال تسرب نسبة معتبرة من الأطباء الأخصائيين الذين فضلوا مواصلة تقديم خدماتهم في القطاع الخاص المتمركز بالمدن الكبرى .

هذا و قد عرفت الجزائر خلال فترة التسعينيات أزمة اقتصادية و سياسية خانقة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة و غير مسبوقة نتج عنها تخريب مجمل للهياكل الصحية الأمر الذي جعلها خارج الخدمة ²، فضلا عن استفحال بعض الظواهر كالبطالة و المحسوبية و بروز طبقة برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور أجيال ³ .

في المقابل ، عرفت هذه الفترة أيضا جملة من التغييرات مست القطاع الصحي عن طريق إصدار جملة من المراسيم التنفيذية و التي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر

¹ Oufriha Fatima Zohra : **Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie** , Office des Publications Universitaires , Alger , 1992 , p 17.

* من خلال إصدار القانون 15/88 المعدل و المتمم للقانون 05/85 المتعلق بحماية و ترقية الصحة الذي فتح المجال أمام فتح العيادات الخاصة وفق شروط تحددها وزارة الصحة .

² Organisation Mondiale de la santé , Bureau régional pour l'Afrique : **Algérie Plan de travail 2004-2005** , novembre 2003, p 01.

³ ديدان مولود: **مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية** ، دار النجاح للكتاب، 2005 ، الجزائر ، ص

إنسانية على الهياكل الاستشفائية الوطنية و عصرنتها¹ ، نذكر منها :

- مرسوم تنفيذي رقم 276/92 المؤرخ في 06 يوليو 1992 المتعلق بإنشاء المجلس الوطني أو المجالس الجهوية للأدب الطبية ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 267/92 المؤرخ في 06 يوليو 1992 المتعلق بإنشاء مدونة أخلاقيات مهنة الطب ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 204/88 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 المعدل و المتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 380/92 المؤرخ في 13 أكتوبر 1992 المحدد لشروط إنجاز العيادات الخاصة و فتحها و عملها ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 14 جوان 1993 المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 09 فبراير 1994 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للأدوية ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 122/96 المؤرخ في 06 أبريل 1996 المتعلق بإنشاء المجلس الوطني لأخلاقيات العلوم الطبية ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة ؛
- مرسوم تنفيذي رقم 192/98 المؤرخ في 03 جوان 1998 المتعلق بإنشاء المركز الوطني

¹ حوالم رحيمة ، المرجع السابق ، ص 227 .

لليقظة بخصوص الأدوية و العتاد الطبي .

رغم بقاء مجانية العلاج ، و فتح العيادات الطبية الخاصة و مع تحسين مجال الوقاية الطبية ، بالإضافة إلى اعتماد نظام اتصال للتقرب من المواطن بقصد اشراكه في التكفل بمشاكله الصحية¹. إلا أن هذه المرحلة تميزت بتراكم المشاكل ، و التي تطورت منذ الثمانينات ، و التي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي². أما فيما يتعلق بالتغطية من حيث الهياكل الصحية فيمكن الاستدلال على ذلك من خلال الأرقام التالية :

جدول رقم (3-2) : تطور عدد الهياكل القاعدية الصحية "1991-2000"

الهياكل	السنوات	1991	1997	1999	2000
عيادات متعددة الخدمات		445	462	482	497
مراكز صحية		1112	1110	1185	1252
قاعات علاج		3618	3601	3851	3964
مراكز طبية اجتماعية		582	428	448	515
عدد السكان لكل هيكل صحي قاعدي		4493	5366	5347	5324

المصدر : عيساوي نصر الدين ، براهيمية إبراهيم ، المرجع السابق ، ص 364.

من خلال القراءة السطحية للجدول المبين أعلاه ، نلاحظ مدى سعي الدولة من أجل توفير الخدمات الصحية للمواطنين و ذلك عبر تطوير شبكة الهياكل الصحية القاعدية و خاصة تلك التابعة للقطاع الخاص و الذي شهدت نموا متسارعا خلال الفترة الممتدة بين 1999 و 2000. يعود السبب في هذا التطور السريع إلى اعتماد اقتصاد السوق و تطبيق برنامج إعادة الهيكلة ، و بداية التخلي عن تمويل العلاج و استرجاع التكاليف ، تاركة بذلك المجال أمام الضمان الاجتماعي

¹ سنوسي علي ، المرجع السابق ، ص 106.

² عدمان مريزق ، المرجع السابق ، ص 169.

و مشاركات الأسر. أما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة فكانت كما يلي¹:

- نسبة الزيادات 25,3 % ؛
- نسبة الوفيات العامة 6,04 % ؛
- نسبة وفيات الأطفال 44 % ؛
- متوسط أمل الحياة 68 سنة .
- في حين كان تطور عدد المستخدمين كما يلي² :
- عدد الأطباء الجزائريين 28274 ؛
- عدد أطباء الأسنان 7966 ؛
- عدد الصيادلة 4022 ؛
- عدد التقنيون السامون 41657 ؛
- عدد التقنيون في الصحة 30048 ؛
- عدد أعوان الصحة 14206 ؛
- طبيب أسنان واحد لكل 4033 نسمة ؛
- صيدلي واحد لكل 7818 نسمة ؛

عملت الوزارة الوصية على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي بهدف مراقبة و تحسين

الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية و يمكن حصر هذه الهياكل كما يلي³:

- إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCPP في سنة 1993 ، بهدف

¹بقاش وليد ، بلواضح فاتح : خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر و أثره على جودة الخدمات الصحية ،مجلة المشكاة في الاقتصاد التنموية و القانون، المجلد 05 ، العدد 09 ، 2019 ، ص 147.

² أوشن ريمة ، المرجع السابق ، ص 239.

³عياد ليلي ، هلال أحمد ، المرجع السابق ، ص 155.

المراقبة الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق؛

- إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH في سنة 1994 ، و هذا لضمان تمويل

المؤسسات الصحية بالمنتجات الصيدلانية؛

- إنشاء الوكالة الوطنية للدّم ANS سنة 1995 و هذا لتطبيق السياسة الوطنية للدّم ؛

- إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي ANDS سنة 1995 و التي تتكفل بتطوير الإعلام

و الاتصال في المجال الصحي.

- إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل و المنتجات الصيدلانية CNPM سنة 1998 ؛

- إنشاء المركز الوطني للتسمم 1998 سنة CNT ، و هذا للتكفل بدراسة و تقويم كل ما

يخص أخطار التسمم ؛

- إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي INPFP سنة 1996 و ذلك للتكفل

بالتعليم و التكوين و البحث في المجال الشبه الطبي .

رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة في سبيل تطوير القطاع الصحي و تحسين الخدمات في هذا

المجال ، إلا أن ذلك لم يغير من الحالة المزرية التي شهدها قطاع الصحة في الجزائر ، حيث

أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا . فنقص الموارد المالية تسبب في تقليص أداء القطاع

في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية ، خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية . على إثر

ذلك طرحت الجزائر المنشور الوزاري "1995" المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء .

هذا إضافة إلى قانون المالية لسنة 1993 الذي يقضي بضرورة تكفل الدولة بالمعوزين ، الوقاية و

البحث ، أما تكاليف العلاج الأخرى فتكون وفق نظام تعاقدى مع هيئات الضمان الاجتماعي

بالربط مع وزارة الصحة و السكان و التي حددتها المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 .

4- المرحلة الرابعة : مرحلة تجديد الثقة و مواصلة الإصلاح "من سنة 2000 إلى يومنا

هذا"

تعد هذه المرحلة كقفزة نوعية لاسترجاع الاستقرار و الأمن للبلاد بعد العشرية الدامية التي أضعفت أغلبية مؤسسات الدولة و التي حالت دون ممارستها لأدوارها المنوطة لها دستوريا . فمع تفاقم مشكل الارتفاع المفرط لنفقات الصحة الناتجة أساسا عن تطبيق العلاج المجاني التي انتهجتها الدولة و تدهور نوعية الخدمات الصحية المقدمة ، أدى بالدولة إلى انتهاج جملة من الإصلاحات بهدف انعاش القطاع الصحي و التي تمثلت في ¹:

- إعداد خريطة صحية تساهم في تعزيز الهيكل الصحية و تعمل على تقريب الصحة من المواطن عبر ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية و العلاج و ظهور مواقع جديدة بالعلاقة مع مستويات العلاج ؛
- إدراج التدابير اللازمة لتحرير القطاع و رفع الحواجز التي تعترض دخول القطاع الخاص، و تقليص التفاوت في مجال التغطية الصحية ، إضافة إلى العمل على دمج الطب الوقائي و سلامة البيئة في مراكز الصحة الأولية كوسيلة عمل أساسية لسياسة الصحة ؛
- التكفل بالانتقال الوبائي و الفوارق الجغرافية من خلال 21 برنامجا وقائيا و 9 برامج علاج و برنامجي دعم بتكلفة إجمالية قدرها 52 مليار دج ؛
- إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية و ترقية الأدوية الجنيسة و محاربة الأدوية المزيفة ؛

¹ سنوسي علي ، المرجع السابق ، ص 136-141.

- في سنة 2007 تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007¹ المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، و الذي تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية ، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية و مؤسسات استشفائية متخصصة . تم بذلك إلغاء المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات علاج ، حسب الوضعية المادية الخاصة بها²؛
 - تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي و التكوين المستمر، من أجل ترقية القطاع و الرفع من أداء المؤسسات الطبية و تحديثها لاستيعاب و تقريب المؤسسة الصحية من المواطن؛
 - استقاد القطاع الصحي في الفترة الممتدة ما بين 2005-2009 من استثمارات من أجل إنشاء ما مجموعه 800 منشأة صحية³؛
 - إنشاء مديرية مستقلة تتولى أمر التجهيزات و الصيانة مع وضع خريطة وطنية للتجهيزات الثقيلة و الخاصة ؛
 - تجسيد النظام التعاقدى عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بشكل نهائي سنة 2009 ، حيث توزع النفقات على الصحة العمومية عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي CNAS و
- CASNOS¹.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم تنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ، الجريدة الرسمية ، العدد 33، الصادرة في 20 مايو 2007 ، ص 10.

² عياد ليلي ، هلاكي أحمد ، المرجع السابق ، ص 157.

³ Chachoua Louiza : **le système national de santé 1962 à nos jours**, intervention au Colloque international sur les politiques de santé , Alger , 18-19 janvier , 2014 , P 13 .

هذا و من جهة أخرى فقد تميزت هذه المرحلة ببعض الظروف الخاصة و التي نوجزها فيما يلي :²

- تدعيم النظام الوطني للصحة خاصة فيما يتعلق بمبادئه و تمويله "المرحلة الثالثة من الإصلاح" ؛
- سعي الحكومة لضمان كل من الوفرة ، الاتاحة ، الوقاية ، التكوين ، و البحث في مجال الخدمات الصحية ؛
- تميزت الظروف السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية بالتحسن و الاستقرار، و شهدت استقرارا في أسعار النفط في الفترة الأولى؛
- توفر الرغبة السياسية للتغيير مع وضع سياسة صحية عن طريق مخطط خماسي يهدف إلى تحسين المستوى العام للخدمات الصحية .

أما فيما يخص المؤشرات الصحية التي سجلت خلال هذه الفترة فقد سجلت الأرقام التالية :

جدول رقم (3-3) : تطور المؤشرات الصحية خلال فترة الإصلاحات

المؤشرات / السنة	2000	2008	2025 (متوقع)
متوسط العمر المتوقع	72.5	73.7	80
انخفاض وفيات الرضع	43	28.75	4.5

المصدر : حوالف رحيمة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، سلسلة أطروحات الدكتوراه ، المنظمة

العربية للتنمية الإدارية ، 2016، ص ص 134-303 .

تم تسجيل العديد من المؤشرات الصحية و لو كانت متباينة إلا أنها تعكس التقدم الحقيقي على

¹ علي دحمان محمد : تقييم نفقات الصحة و التعليم (دراسة حالة ولاية تلمسان) رسالة ماجستير ، تخصص تسيير المالية العامة ، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية و علوم التسيير ، كمدسة الدكتوراه ، جامعة أبي بكر بلقايد ، تلمسان ، 2010-2011 ، ص 37.

² la République Algérienne Démocratique Populaire, Ministère de la santé et de la population : **Développement du système national de santé , stratégie et perspectives** , Op.cit , p 30.

الصعيد الصحي ، كتسجيل انخفاض محسوس في معدلات الوفيات و ارتفاع معدل العمر المتوقع، و ذلك كما يبينه الجدول أعلاه.

أما بالنسبة لتطور الهياكل الصحية القاعدية خلال هذه المرحلة ، فقد تم إحصاء 205 مؤسسة عمومية استشفائية ب 40322 سرير خلال سنة 2017 ، 15 مركز استشفائي جامعي بعدد أسرة قدر ب 12799 سرير ، 77 مؤسسة صحية متخصصة ب 11818 سرير و 273 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية و 11385 صيدلية ، و هذا خلال نفس السنة (2017) . كما ارتفع عدد الأطباء العاملين بالقطاع الصحي سنة 2017 إلى 105438 ، (78838 منهم طبيب ، 14263 جراح أسنان و 12337 صيدلي) . في حين تم إحصاء حوالي 127623 مستخدم في المجال الشبه طبي و ذلك في نفس السنة 2017¹.

رغم الجهود المبذولة في سبيل تحقيق الأهداف المرجوة من اتخاذ جملة الاجراءات و البرامج و المراسيم التنفيذية من قبل الجهات المعنية ، إلا أن القطاع الصحي الجزائري لازال يعاني من بعض المشاكل التي حالت دون تقديم خدمات صحية ترقى إلى توقعات المرضى . كضعف الاتصال و عدم وجود ترابط بين أطراف السلك الطبي و الشبه الطبي و الطاقم الإداري، و كذا ضعف التنظيم و التسيير الداخلي و التوزيع الغير العادل للمصالح الصحية عبر الوطن . أضف إلى ذلك عدم وجود تنسيق بين الوزارة الوصية و الهيئات المعنية بالشؤون الاجتماعية، و التوزيع الغير عقلاني للأطباء خاصة في المناطق النائية. و عليه ، يمكن القول أن مجمل مشاكل النظام الصحي لا تنحصر في الجانب المالي ، بل هي أعمق من ذلك و تتعلق أساسا بالتنظيم و التنسيق بين مكونات المنظومة الصحية .

لهذا الغرض ، تواصلت بذلك الإصلاحات من خلال وضع الدولة برامج لإصلاح المؤسسات

¹ Office National des Statistiques : **L'Algérie en quelques chiffres** ,Resultats :2015-2017 , N°48 , Edition 2018, pp 21-22

الصحية و ذلك خلال الفترة الممتدة بين "2009-2025" ، - من بينها المخططين الخماسيين الأول (2005-2009) و الثاني (2010-2014) - ما يكلف الخزينة العمومية جزءا لا يستهان به من ميزانية الدولة و الذي قدر بـ 2000 مليار دينار جزائري ، أطلق عليه اسم "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" تبحث من خلاله الجزائر عن تغيير جذري في عملية تسيير المؤسسات الصحية .

المطلب الثاني : مؤشرات تطور المنظومة الصحية في الجزائر

لم يعرف قطاع الصحة في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا استقرارا ملحوظا ، و أكبر دليل على ذلك ، التباين في مستوى المؤشرات الصحية المسجلة خلال تلك الفترة و المتمثلة أساسا في مختلف الموارد المادية ، الهياكل القاعدية و الموارد البشرية . و عليه سنقوم فيما يلي بعرض موجز لهذه المؤشرات خلال الفترة الممتدة بين 1962 إلى يومنا هذا .

المرحلة الأولى : "1962 - 1973" .

كانت مؤشرات هذه المرحلة كما يلي¹:

- تميزت بوجود عجز في الهياكل القاعدية ، حيث وصل عدد المؤسسات الصحية العمومية إلى 148 مؤسسة بـ 42787 سرير ، أما العيادات المتعددة الخدمات فلم يكن لها وجود في سنوات الستينيات إلى غاية 1972 أين تم إنجاز 16 عيادة لتغطية الطلب المتزايد و ارتفع عدد المراكز الصحية من 256 سنة 1966 إلى² ما يقارب 308 سنة 1969 ، ليصل سنة 1973 إلى 307 مركزا صحيا . إضافة إلى ذلك تم تسجيل 1016 قاعة

¹ عدنان مريزق ، المرجع السابق ، ص 56.

² غرابية فضيلة ، المرجع السابق ، ص 247.

فحص و علاج ، 130 مستوصف و قاعة اسعاف ، 5 مراكز للحفاظ على البيئة و المحيط و 20 مستوصف خاص بمكافحة السل .

- كانت الجزائر غداة الاستقلال و تحديدا قبل سنة 1965 تفتقر إلى الموارد البشرية المؤهلة إذ لم تتوفر إلا على 1319 طبيبا، منهم 285 طبيب جزائري فقط ، ما يعادل طبيب لكل 8092 مواطن . أما عدد الصيادلة فوصل إلى 264 صيدلي ، أي صيدلي لكل 52323 مواطن . و 151 طبيب أسنان بمعدل طبيب لكل 70688 مواطن .
- وصل معدل الحياة في هذه المرحلة إلى ما يقارب 53 سنة في حين ارتفعت نسبة الوفيات العامة لتصل إلى 15.6 % سنة 1966 و إلى 16.3% سنتي 1972-1973 مع انخفاض في نسبة الوفيات لدى الأطفال من 180% سنة 1966 إلى 141.5% سنة 1970 .

- ابتداء من سنة 1963 عملت الجزائر على الحد من التشريعات القائمة على أسس و تنظيمات المنظومة الصحية الفرنسية و إدخال نوع من الاستقلالية في التسيير ، أدت هذه المبادرة إلى ظهور ثلاث مصادر لتمويل النفقات الصحية¹ :

← 60% من النفقات الصحية يتم التكلّف بها من طرف الدولة و الجماعات المحلية؛

← يغطي الضمان الاجتماعي نسبة 30% من النفقات العامة للهياكل العمومية

التابعة لقطاع الصحة و التي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء ؛

← ما تبقى يتم تغطيته عن طريق المساهمة المالية للأفراد الميسورين و أصحاب

¹ عياد ليلي : أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2015-2016) ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسويق ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة أبة بكر بلقايد ، تلمسان ، 2015-2016 ، ص 126.

المهن الحرة .

المرحلة الثانية : " 1974 - 1989 "

تطورت مؤشرات هذه المرحلة كما يلي ¹:

- عرفت الجزائر خلال هذه الفترة تطورا هاما فيما يخص إنجاز المنشآت القاعدية الصحية خاصة المستشفيات العامة و التي بلغ عددها سنة 1989 ، 261 مستشفى بـ 55265 سرير ، 433 عيادة متعددة الخدمات و 1089 مركز صحي بهدف توسيع التغطية الصحية ، 6932 قاعة علاج² و قد تم أيضا إنشاء 13 مركزا استشفائيا جامعيا مكلف بالرعاية و التكوين و البحث .
- تمت إعادة هيكلة الصيدلية المركزية الجزائرية PCA سنة 1983 ما نتج عنها ظهور المؤسسات التالية : المؤسسة الوطنية للمعدات الطبية ، مؤسسات التموين بالأدوية و مؤسسات إنتاج الأدوية ؛
- تطور عدد المستخدمين في القطاع الصحي إلى 124728 سنة 1987 بمعدل طبيب واحد لكل 1124 نسمة³ ؛
- بلغ عدد الصيادلة 1051 منهم 1001 جزائري وعدد أطباء الأسنان 1426 منهم 1305 جزائري ؛
- وصل عدد عمال سلك الشبه طبي إلى 85082 موظف وزعوا إلى 36641 ذوي شهادات دولة و 30648 ذوي شهادة ؛
- تراجع معدل الوفيات من خلال تحسن المستوى المعيشي للأفراد ، و كذا تجسيد البرامج

¹ حاروش نور الدين ، المرجع السابق ، ص 110.

² حوالمف رحيمة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، المرجع السابق ، ص ص 134-303.

³ عرابوي خديجة ، بلعراي عبد الكريم ، المرجع السابق ، ص 99 .

الوطنية للصحة كمكافحة أمراض سوء التغذية ، ولوحظ تراجع محسوس في معدل الإصابة بالأمراض المتتقلة ؛

- تحسن المستوى المعيشي للأفراد أدى إلى تراجع معدل الوفيات و ارتفع معدل الحياة ، حيث وصل إلى حدود 56 سنة ؛

- تم تجسيد البرامج الوطنية للصحة كمكافحة أمراض سوء التغذية ، كما تم تسجيل تراجع محسوس في معدل الإصابة بالأمراض المتتقلة ؛

- في المقابل ، بقيت الأمراض المتعلقة بنظافة المحيط (المياه الصالحة للشرب ، قنوات صرف المياه) على حالها .

المرحلة الثالثة : " 1990 إلى يومنا هذا "

جاءت المؤشرات كما يلي :

جدول رقم (3-4) : تطور عدد الهياكل الصحية في الجزائر (1998-2017)

الهيكل / السنوات	1998	2006	2013	2015	2017
مستشفيات عمومية	187	231	282	300	307
عيادات متعددة الخدمات	478	520	1615	1659	1615
مراكز صحية	1126	1248	غ م	غ م	غ م
قاعة علاج	3780	4684	5634	5762	5957
صيدلية	4447	7708	10438	10865	11385
منها خاصة	3348	6689	9520	9962	10516

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات عبر الموقع

<http://www.ons.dz/spip.php?rubrique14> (في 2018/11/12).

وصلت التغطية من حيث الهياكل الصحية سنة 2017 ما يعادل 307 مستشفى بعدد أسرة بلغ

67162 سرير بعدما بلغ هذا العدد سنة 1998 ما يعادل ¹ 187 مستشفى بـ 33319 سرير، كما بلغ عدد العيادات متعددة الخدمات 1615 ، أي بمعدل عيادة لكل 25833 نسمة ، قاعة علاج لكل 7003 نسمة ، في حين سجلت سنة 1998 معدل عيادة لكل 60731 نسمة ، و مركز صحي لكل 25454 نسمة ، قاعة علاج لكل 60731 ، إلا أن الفترة الممتدة ما بين 1999 إلى غاية 2017 عرفت تعزيزا في مجال الهياكل الصحية حيث تم إنجاز 120 مستشفى ، 2177 قاعة علاج و 1137 عيادة . في حين بلغ عدد الصيدليات سنة 2017 قرابة 11385 صيدلية منها 10516 تابعة للقطاع الخاص أي بمعدل 92.73 % . كل هذه التطورات تعزى إلى الجهود الجبارة المبذولة من طرف الدولة ، بهدف رفع مستوى التغطية الصحية و ترقية صحة المواطن عبر تقديم خدمات ذات نوعية ترقى إلى توقعات و احتياجات المواطن من جهة ، و محققة لأهداف السياسة العامة الصحية من جهة أخرى .

هذا و من جهة أخرى تم تسجيل ارتفاع ملحوظ في المكاتب الطبية العامة و المتخصصة التابعة للقطاع الخاص ، و الجدول التالي يوضح هذا الارتفاع خلال الفترة الممتدة بين 2015 و 2017 :

جدول رقم (3-5) : تطور عدد مكاتب الأطباء التابعة للقطاع الخاص (2013-2017)

الهيكل / السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
مكتب طب عام	7226	7742	8350	9042	9795
مكتب طب متخصص	6482	6654	6910	7298	7803
مكتب طب أسنان	5587	5928	6144	6514	6952

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات عبر الموقع
<http://www.ons.dz/spip.php?rubrique14> (في 2018/11/12).

استمر عدد المستخدمين في قطاع الصحة بكل اختصاصاتهم في الارتفاع من سنة لأخرى تزامنا مع التطور الحاصل في جميع الجوانب الاقتصادية و الاجتماعية ، و الجدول الموالي يوضح عدد

¹ Lamri Larbi , **le Financement du Système de Santé Algérienne Réalités en Jeux et Perspectives , le Gestionnaire** , Revue de l'école Nationale de sante publique N Spécial , juillet , Alger , 1998 , p 28.

العاملين في القطاع الصحي :

جدول رقم (3-6) : تطور عدد المستخدمين في القطاع الطبي (2013-2017)

المستخدمين / السنوات	2013	2014	2015	2016	2017
طبيب	66236	69076	73431	74937	78838
جراح أسنان	12782	13168	13645	13747	14263
صيدلي	10538	11078	11475	11888	12337
المجموع	89556	93322	98555	100572	105438

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات عبر الموقع

<http://www.ons.dz/spip.php?rubrique14> (في 2018/11/12).

بلغ عدد الأطباء العاملين في القطاع الطبي سنة 2017 ما يعادل 105438 طبيب ، 65951 منهم يعملون في القطاع العام في حين بلغ عدد العاملين في القطاع الخاص حوالي 39487 عامل تشمل أطباء ، جراحو أسنان و صيادلة . إذا سجل الديوان الوطني للإحصائيات سنة 2017 ما يعادل طبيب واحد لكل 529 نسمة ، جراح أسنان واحد لكل 2925 نسمة و صيدلي لكل 3382 نسمة . من جهة أخرى ، نلاحظ أن نسبة التطور في عدد العاملين في القطاع الطبي صاحبها تطور ملحوظ في عدد العاملين في القطاع الشبه الطبي و هذا لتكاملهما ، حيث بلغ عدد مستخدمي هذا الأخير 127623 عامل سنة 2017 بعد ما كان عددهم مباشرة بعد الاستقلال حوالي 484 عامل فقط .

هذا و تم تسجيل تطور في المؤشرات الحيوية خلال هذه الفترة كما يلي ¹ :

¹ الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار ، عبر الموقع

<http://www.andi.dz/index.php/ar/statistique/demographie-algerienne-2017> في 2018/11/17 .

- انخفاض في نسبة الوفيات العامة التي انتقلت من 4.72 لكل 1000 نسمة سنة 1999 إلى 4.55 لكل 1000 نسمة 2017 ؛
- زيادة نسبة الولادات التي انتقلت من 19.82‰ سنة 1999 إلى 25.40 ‰ سنة 2017؛
- ارتفاع معدل الحياة من 72 سنة في 1999 إلى 77.7 سنة في 2017¹ ، و ذلك بسبب المساعي الرامية نحو تحسين مستوى الصحة بالمقارنة مع المؤشر العالمي الذي بلغ 70 سنة .

تساهم هذه المؤشرات في تحديد نوعية النظام الصحي المأمول مستقبلا ، و بالتالي تحسين و توفير خدمات صحية تتناسب و هذه المؤشرات من خلال تحيين النظام القائم و إيجاد نظام صحي يغطي تلك الاحتياجات .

لكن ، بالرغم من أهمية هذه المؤشرات إل أنها وحدها لا تكفي لوصف و تحديد الحالة الصحية على نحو كامل ، خاصة فيما يتعلق بالحالة الصحية خلال الحياة . فرغم ارتفاع معدل الحياة إلى 77.7 سنة ، إلا أنه يبقى بعيدا كل البعد عن المستويات المحققة في بعض الدول المتقدمة ، لتسجل بذلك الجزائر المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة . كما احتلت المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي ، و المرتبة 81 في مجال النظام الصحي فقط. إنما يتعدى ذلك ليرتبط بالمتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية².

المطلب الثالث : تنظيم النظام الصحي في الجزائر .

بعد استعراضنا لتاريخ المنظومة الصحية في الجزائر و مؤشرات تطورها ، سنحاول فيما يلي

¹ Algérie 1999 -2008 une Décennie De réalisation , **synthèse du rapport de L'Algérie sur l'état de mise En oeuvre du Programme d'Action en matière de gouvernance** , Novembre 2008, p 27.

² بومعروف إلياس ، عماري عمار : من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر ، مجلة الباحث ، المجلد 07 ، العدد 07 ، 2009-2010 ، ص 32.

باستعراض هيكله أو تنظيم هذا النظام و الذي يشمل المستويات الرئيسية التالية :

1- على المستوى المركزي : يشمل ما يلي ¹:

أولا : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات : يتمثل المستوى المركزي في الوزارة الوصية ، يشمل عشر وحدات مؤسسة عبر مرسوم تنفيذي و يتم تنسيقها من قبل الأمين العام . كما تحوي لجان وطنية و قطاعية تستمد سلطتها من الوزارة الوصية . أضف إلى ذلك ، تشمل الوزارة على عشر هيئات يتم تسييرها من طرف مجالس الإدارة ². يمكن استعراض أهم مكوناتها كما يلي :

- الوزير : يكلف وزير الصحة و السكان بوضع الاستراتيجيات التنموية الخاصة بقطاعه .
- ديوان الوزير : يكلف مدير الديوان بمساعدة المكلفين بالدراسة و الملحقين بالديوان ، بجميع أشغال الدراسات و الأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم و تحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة و في علاقته مع الخارج .
- الأمانة العامة : تكلف الأمانة العامة بالاتصال و التنسيق بين الهياكل المركزية و المصالح التابعة لها و تقييمها و توجيهها.
- المفتشية العامة : يشرف عليها ستة مفتشين ، مكلفين بالوقاية من كل أنواع التقصير و تسيير المصالح الصحية ، توجيه المسيرين و إرشادهم لمراعاة القوانين و الأحكام التنظيمية، العمل على الاستعمال المحكم للوسائل و الموارد و ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل .
- المديريات المركزية : تتضمن مجموعة من المديريات لكل منها اختصاص معين و تشمل:

¹ Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique : **Evaluation du système national d'information sanitaire ;Rapport final** , Algérie 2011 , p 22.

² عياد ليلي ،هاللي أحمد ، قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، المرجع السابق ، ص 157.

مديرية الوقاية ، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلانية و الدواء ، مديرية السكان ، مديرية التكوين ، مديرية التخطيط و مديرية التقنين و المنازعات.

ثانيا : **الهيكل الداعمة** : و تشمل : المعهد الوطني للصحة العامة (INSP)، معهد باستور الجزائر (IPA) ، الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) ، المدرسة الوطنية للإدارة و الإدارة الصحية (ENMAS)، المخبر الوطني لعلم السموم (CNT) و الوكالة الوطنية للتوثيق لصحي (ANDS) .

ثالثا : **الهيئات الاستشارية** : ممثلة ب 24 لجنة وطنية طبية و اللجان أو المجموعات المتخصصة.

2- على المستوى الجهوي : تم تقسيم المؤسسات الصحية جهويا كما يلي :

أولا : المجلس الإقليمي (الجهوي) للصحة : تأسست الجهوية للصحة سنة 1995 بهدف تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية بين المواطنين . يعتبر هذا المجلس كهيئة فاحصة متعددة القطاعات مكلفة بترشيد القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد المحدودة و تدعيم التشاور حول تحديد التوجهات الاستراتيجية بين المجتمع المدني و المتدخلين. كما تمارس مهنة خاصة مرتبطة بجمع المعلومات الصحية .

شكلت هذه الجهوية بخمس مناطق صحية ، لكل جهة أو إقليم مدينة رئيسية نذكرها كما يلي ¹:

- منطقة الوسط وتضم 11 ولاية ، المدينة الرئيسية الجزائر ؛
- منطقة الشرق و تضم 14 ولاية ، المدينة الرئيسية قسنطينة ؛
- منطقة الغرب و تضم 11 ولاية أيضا ، المدينة الرئيسية وهران ؛
- منطقة الجنوب الغربي و تضم 05 ولايات ، المدينة الرئيسية ورقلة ؛
- منطقة الجنوب الشرقي و تضم 07 ولايات ، المدينة الرئيسية بشار .

¹ عياد ليلي ، هلاي أحمد ، قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، المرجع السابق ، ص 158.

تجدر الإشارة إلى أن هذه المؤسسات الجهوية لا تتمتع بأي استقلالية مالية و ليس لها إطار قانوني محدد ، و بالتالي تبقى مجرد مؤسسا افتراضية .

ثانيا : المرصد الإقليمي للصحة : تم إنشاؤه بموجب الأمر 43 المؤرخ في 22 يوليو 1995 ، و هو مرفق تابع للمعهد الوطني للصحة العامة . تحتوي الجزائر على خمسة مرافق لكل منطقة صحية و التي تم التطرق إليها سابقا ، و هي تشكل البنية المحورية للمنطقة الصحية من حيث جمع المعلومات الصحية ، ضمان الوقاية الصحية و تعزيزها ، السيطرة على الأمراض و التكوين و البحث في مجال الصحة العامة ¹.

ثالثا : مديرية الصحة و السكان : تم إنشاء مديرية الصحة بمقتضى المرسوم التنفيذي 97-261 المؤرخ في 14 يوليو 1997 ، المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية و تشغيل مديرية الصحة و السكان الوارد بالجريدة الرسمية رقم 47².

لكل ولاية من الولايات الجزائرية مديرية للصحة و السكان ، أي 48 ولاية مكلفة بمجموعة من المهام من بينها ، جمع و تحليل المعلومات ، وضع الإطار اللازم لتنفيذ البرامج القطاعية لأي نشاط صحي ، بالإضافة إلى التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية ³. كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات و الشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال و عائلاتهم . تمارس وصايتها و مراقبتها لهياكل القطاع الخاص ، من مكاتب طبية ، عيادات خاصة، مخابر و صيدليات ...إلخ ، و مكلفة أيضا بتنظيم المؤسسات

¹ Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique , Op.cit, p23

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم تنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418 الموافق 14 يوليو سنة 1997 يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة و السكان الولائية و سيرها ، الجريدة الرسمية ، العدد 47 ، الصادرة في 16 يوليو 1997 ، ص 12.

³ Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique , Op.cit, p23.

الصحية المتخصصة و القطاعات الصحية و كذا المراكز الاستشفائية الجامعية¹. كما أنها لا تنهون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية

3- على المستوى المحلي : يعتمد النظام الصحي الجزائري على مجموعة الهياكل الطبية ،

التقنية و الإدارية . حيث ينقسم عرض الخدمة الصحية إلى ثلاث قطاعات متساوية

الأهمية ، قطاع عام مهيم ، قطاع خاص سريع التوسع و قطاع شبه عام .

أولا : القطاع العام : تم انشاء القطاعات الصحية بموجب المرسوم 97-466 المؤرخ في 02

ديسمبر 1997 و المتضمن قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها . حيث يتكون

القطاع الصحي من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية و التشخيص و العلاج و

الاستشفاء و إعادة التكييف الطبي ، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات التابعة للوزارة

الوصية . و في هذا الإطار يقوم بالمهام التالية²:

- تنظيم توزيع الاسعافات و برمجتها ؛
- تطبيق نشاطات الوقاية و التشخيص و العلاج و إعادة التكييف الطبي ؛
- تسيير النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية و التخطيط العائلي ؛
- تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة و السكان ؛
- المساهمة في ترقية المحيط و حمايته ، إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية و تحسين مستواهم .

¹ عياد ليلي ، هلاي أحمد ، قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، المرجع السابق ، ص 158.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، مرسوم تنفيذي رقم 466/97 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها ، ص 19 .

يغطي كل قطاع تجمعا سكانيا يتراوح بين 100.000 و 300.000 نسمة ، و يشمل : مستشفى عام ، مصلحة علم الأوبئة و الطب الوقائي ، و الهياكل الأخرى المتمثلة أساس في العيادات متعددة الخدمات ، المراكز الصحية و غرف العلاج ، مقسمة إلى قطاعات فرعية و وحدات فحص و الرعاية المدرسية¹.

تم تعديل النظام الصحي تبعا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007 ، و الذي تم من خلاله تحويل 185 قطاعا صحيا إلى 190 مؤسسة عمومية استشفائية -205 مؤسسة حاليا- ، 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية -273 مؤسسة حاليا-. يتمتع كلا النوعين الجديدين بذات السياق القانوني للقطاع الصحي ، إلا أنه تختلف من حيث الهياكل المادية و نوعية الخدمات لمقدمة . إذ تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية بعمليات التشخيص ، العلاج ، الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي ، و تغطي بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات . في حين أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان².

هذا و يتضمن القطاع العام أيضا 77 مؤسسة استشفائية متخصصة -حاليا- و التي تم انشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 و الذي يغطي عدة تخصصات كما يلي : " أمراض المسالك البولية و الكلى ، الطب الرياضي ، أمراض القلب و الأوعية ، طب الأطفال ، جراحة القلب ، طب النساء و التوليد ، طب الأطفال ، الاستعجالات

¹ Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique , Op.cit, p23.

² بن فرحات عبد المنعم : إنعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات - دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة- ، أطروحة دكتوراه ، تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسة ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة محمد خيضر - بسكرة ، 2017-2018 ، ص ص

الطبية و الجراحية ، الحروق و الجراحة الترقيعية ، الجهاز الحركي ، الأمراض العقلية أمراض السرطان ، جراحة الأعصاب ، طب العيون ، الأمراض المعدية وإعادة تربية الأعضاء و التكيف الوظيفي¹ .

إضافة إلى ما سبق ، يحوي القطاع على 15 مركز استشفائي جامعي و الذي تم إنشاؤه بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي² . يحوي القطاع حاليا أيضا 09 مؤسسات استشفائية و مؤسسة استشفائية جامعية ، و الجدول الموالي يلخص ما سبق طرحه :

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، مرسوم تنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها ، ص 12 .

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، مرسوم تنفيذي رقم 97/467 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها ، ص 28 .

جدول رقم (3-7) : توزيع الهياكل الصحية التابعة للقطاع العام

الهيكل / السنة	2008	2015	2017
مركز استشفائي جامعي	13	15	15
مؤسسة استشفائية جامعية	01	01	01
مؤسسة عمومية استشفائية	190	200	205
مؤسسة استشفائية	04	09	09
مؤسسة استشفائية متخصصة	57	75	77
مؤسسة عمومية للصحة الجوارية	271	271	273
عيادة متعددة الخدمات	1419	1659	1695
قاعة علاج	5077	5762	5957
الأمومة (عام)	419	415	409

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على احصائيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنتي 2016 و 2018.

ثانيا : القطاع الخاص : بدأ القطاع الخاص بالتوسع منذ سنة 1988 ، و يشمل أساسا المكاتب الطبية ، مكاتب طب الأسنان ، مراكز التصوير ، مخابر التحليل الطبي ، الصيدليات و العيادات الطبية و الجراحية ¹. و هي مؤسسات ربحية تقع مسؤولية تنظيمها على عاتق الوزارة الوصية الذي تضمن قواعد تنظيمها و تسييرها² . الجدول الموالي يوضح تطور هياكل القطاع الخاص حديثا (2013-2017):

¹ Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique , Op.cit, p24.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 67 ، الصادرة في 24 أكتوبر سنة 2007 ، مرسوم تنفيذي رقم 321/07 المؤرخ في 10 شوال عام 1428 الموافق 22 أكتوبر سنة 2007 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة و سيرها ، ص 12 .

جدول رقم (3-8): تطور الهياكل الصحية التابعة للقطاع الخاص (2013-2017)

الهياكل / السنوات	2013	2015	2017
مكاتب طب متخصص	7226	8352	9795
مكاتب طب عام	6482	6910	7803
مكاتب طب أسنان	5587	6144	6951
مكاتب جماعية	446	600	821
صيدليات	9520	9962	10516
الأمومة (خاص)	107	114	127

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على احصائيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنتي 2016 و 2018.

تجدر الإشارة إلى أن المشرع الجزائري قد اشترط في إطار تقديم الخدمات الصحية من طرف الخواص ، على ضرورة استغلال هذه المؤسسات الخاصة و وضعها تحت المسؤولية الفعلية و الدائمة لمدير تقني طبيب و تزود بلجنة طبية . بالرغم من وضع المشرع للخطوط العريضة و فتح المجال للمستثمرين الخواص من أجل استحداث مستشفيات إلا أن الجزائر و ليومنا هذا لا تحتوي على مستشفيات ضخمة ذات طابع خاص .

ثالثا : القطاع شبه العام : يوجد اليوم حوالي 600 مركز طبي اجتماعي ، تم انشاؤها و تمويلها من قبل مؤسسات الضمان الاجتماعي و 23 مركز من قبل المؤسسات العامة ، إلا أنها انهارت تقريبا بسبب الصعوبات التي يعاني منها عدد كبير من المؤسسات الوطنية¹ .

يمكن تلخيص ما سبق طرحه من خلال الشكل الموالي :

¹ Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique , Op.cit, p25.



شكل رقم (3-1) : الهرم الصحي الجزائري

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا للطرح السابق

المطلب الرابع : الاختلالات المميزة للنظام الصحي الجزائري .

تعرف هياكل المنظومة الصحية في الجزائر نوعا من اللاتوازن و اللااستقرار من حيث عدم الملاءمة و إجحاف القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية و عدم ملاءمتها ، ظروف عمل صعبة، نظام كفاءات متدهور ، تكاليف صحية خيالية بدون مقابل مقبول من طرف طالبي الخدمة الصحية الذين أصبح مطلبهم الوحيد هو الجودة . هذا فضلا عن التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات حول كافة المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر ، قام بحوصلة جملة من العقبات و المشاكل الأكثر بروزا والتي تمس جوانب حساسة. و بالتالي سنقوم فيما يلي بعرض بعض الاختلالات التي عان منها النظام الصحي في الجزائر كما يلي :

1- اختلالات متعلقة بالتمويل :

لا تعاني الجزائر من نقص حاد في تمويل نفقاتها الصحية إذ أنها تستهلك ما يقارب 50% من

النفقات الحكومية ، إنما تشكو ضعف و سوء تسيير الموارد المالية المتاحة الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد على خدماتها ، إضافة إلى هذا تواجه المنظومة جملة من المعوقات الأخرى نذكر منها ¹ :

- سوء توزيع و تكييف الموارد المالية المتاحة ، فهيكلة النفقات و الإيرادات غير مرتبة حسب الأولويات ؛
- غياب التحكم في النفقات و عدم التصريح الدقيق بالمعطيات و المعلومات المتعلقة بالتكاليف الحقيقية للمصالح و النشاطات الصحية ، هو ما يفسر الوضعية المزرية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة الصحية التي تتجاوز في بعض الأحيان 25% مما جعلها تفقد مصداقيتها ²؛
- ضعف النظام الرقابي ساهم في تشجيع بعض الممارسات الغير أخلاقية من قبل مسيري القطاع كالاختلاس ³ ؛
- عجز القطاع الصحي خاصة القطاع العام عن تأدية مهامه على أحسن وجه ، بسبب زيادة الطلب على الخدمات الصحية كونها مجانية ⁴ ؛
- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى زيادة الانفاق على الصحة ، و يرجع ذلك

¹ لوحادية علي: محاضرات في تسيير المصالح الصحية، أقيمت على طلبة السنة رابعة تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة ، 2005 ، ص26.

² سعيدان رشيد ، بوهنة علي : واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات ، مجلة البشائر الاقتصادية ، العدد 01 ، سبتمبر 2014 ، ص 4.

³ خدير نسيم : إدارة تكلفة الخدمة الصحية كوسيلة للتحكم و ترشيد النفقات الصحية ، مجلة المقار للدراسات الاقتصادية ، العدد 02 ، جوان 2018 ، ص 179 .

⁴ Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie , par le site : <http://www.unpanl.un.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.pdf> consulté le 17/10/2017.

في الأساس إلى ارتفاع تكاليف اقتناء المعدات الطبية الحديثة ، إضافة إلى تكاليف استيراد الأدوية¹؛

- انخفاض كفاءة نظام التأمين الصحي ؛
- ضعف تكوين المستخدمين المكلفين بالتسيير المالي في المؤسسة الصحية ، مما يجعل منهم منفقين غير مسيرين².

2- اختلالات متعلقة بالتنظيم :

- خرجت أشغال مجلس إصلاح المستشفيات بعدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع الصحي، سنبرزها فيما يلي³:
- عدم وضوح العلاقات الوظيفية أدى إلى تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما جعل الوصاية شديدة الثقل و غير فعالة؛
 - الخضوع التام للوزارة الوصية فيما يتعلق بتخطيط و تسيير الأنشطة الصحية ؛
 - طول فترات الانتظار المرضى لتلقي الخدمة الصحية ، خاصة فيما يتعلق ببعض الخدمات كإجراء عملية جراحية⁴؛
 - انعدام تحفيز المستخدمين بسبب قوانين أساسية مجحفة و ظروف ممارسة غير ملائمة و أجور جد منخفضة مقارنة بالقطاع الخاص؛

¹ مديوني جميلة : تحليل مكامن القوة و الضعف التي تواجه الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة ، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا ، المجلد 14 ، العدد 19 ، 2018 ، ص 102 .

² إيمان العباسي : تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية - دراسة حالة الجزائر - ، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية ، المجلد 05 ، العدد 01 ، جوان 2018 ، ص 269.

³ دريسي أسماء ، المرجع السابق ، ص ص 145-146.

⁴ مديوني جميلة ، المرجع السابق ، ص 103 .

- نفاذ الموارد الصيدلانية الأساسية و عدم القدرة على سد الاحتياجات بسبب احتكارها من قبل الصيدلية المركزية للمستشفيات ؛
- قلة أو عدم صلاحية التجهيزات بسبب تقادمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة كون معظم الأجهزة مستوردة من الخارج ؛
- غياب المراجعة الدورية لمدونة الأعمال و الأنشطة الطبية و ضعف تقييمها بسبب غياب اللجان المتخصصة في ذلك¹؛
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية و المادية بين جهات الوطن و حتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب².
- غياب استراتيجية شاملة ومتوازنة لإدارة الموارد المادية و البشرية و تباين توزيعها بين المناطق و داخلها ؛
- انتشار التسبب و المحسوبية و عدم احترام القوانين و الأنظمة التي ينص عليها القانون الداخلي للمؤسسة الصحية³.

3- اختلالات متعلقة بالنظام الإعلامي :

اصبح النظام الإعلامي في المنظومة الصحية يعاني الأمرين جراء الانتقال من الطرق التقليدية في جمع المعلومات الصحية إلى الطرق الحديثة التي تعتمد في الأساس على تكنولوجيا الاعلام و الاتصال ، و هو الأمر الذي أدى إلى ضياع سنوات من الخبرة للمكلفين بالإعلام¹.

¹ سعيدان رشيد ، بوهنة علي ، المرجع السابق ، ص 4 .

² mohamed khadir,une algérie à deux collèges,une médecine à deux vitesses,el watan, n° 5890 ,13mars 2010 , p19

³ بولفعة منال :التنمية الصحية في الجزائر - قراءة في السياسة الصحية الجزائرية - ، مجلة دراسات حول الجزائر و العالم ، المجلد 02 ، العجج 05 ، ص52.

يعتبر سوء التسيير أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية ، و الناتج أساسا عن نقائص في النظام الإعلامي الصحي . فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي و الواقع الواسع لطالب العلاج و كذا نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان . و يرجع ذلك إلى²:

- سوء تناول الملفات و التقارير الطبية ؛
 - عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية ، و انعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز و التصنيف الدولي للأمراض ؛
 - عدم أخذ النظام التكويني في المجال الصحي بعين الاعتبار للحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي و بالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي ؛
 - اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة .
- بالرغم من كل الجهود المبذولة في سبيل أتمتة المعلومات الصحية ، إلا أن المؤسسات الصحية لا تزال تتبع الطرق التقليدية رغم توفر برامج متطورة في حفظ المعلومات الخاصة بالمرضى أو ما يسمى بـ " نظام المعلومات الصحي الالكتروني " ، و الذي له دور بالغ الأهمية في التقليل من النفقات الصحية³.

لهذا الغرض سعت الدولة نحو اتخاذ مجمل التدابير الكفيلة بإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، و اتخذت بذلك عدة إجراءات ، قوانين و مبادئ و التي سنتناولها بشيء من التفصيل من خلال المبحث اللاحق⁴.

¹ عياد ليلي ، هلاي أحمد ، قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، المرجع السابق ، ص 170.

² بن فرحات عبد المنعم ، المرجع السابق ، ص 105.

³ خدير نسيم ، المرجع السابق ، ص 179.

⁴ بن فرحات عبد المنعم ، المرجع السابق ، ص 104.

4- الاختلالات المتعلقة بعملية التكوين :

تمثلت أهم الاختلالات المتعلقة بمجال التكوين في القطاع الصحي فيما يلي ¹:

- عدم أخذ النظام التكويني و التعليمي بعين الاعتبار احتياجات القطاع الصحي و بالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي و ما هو مطلوب في المؤسسات الصحية ؛
- عدم قدرة القطاع في حد ذاته على تحديد حاجياته الحقيقية و الواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية و النوعية و هذا بسبب عدم الدراية الكافية للطلب الحقيقي للسكان ؛
- عدم التوافق الأكاديمي في العديد من المجالات الوظيفية المطلوبة بسبب ضعف التكوين أو اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة ؛
- غياب المحفز المادي كالعلاوات أو الشهادات الخاصة يؤدي إلى نفور الموظفين و رفضهم للحصص و البرامج التكوينية و اعتبارها مضيعة للوقت و المجهود ؛
- تقديم معلومات ليست في المستوى المطلوب بسبب تماطل و تهاون الأساتذة المؤطرين ، كون المجهودات التي يتطلبها هذا النوع من التكوين لا تعود عليهم بالمنفعة المادية و العلمية و العملية ؛
- عدم تطابق برامج التكوين في مؤسسات التعليم العالي الخاص بعملية التسيير و المواصفات المحددة للعملية التسييرية في المؤسسات الصحية ؛
- ارتفاع نسب التغيب في الحصص التكوينية دليل على نقص وعي الموظفين بأهمية هذه الحصص و البرامج التكوينية ².

5- اختلالات متعلقة بانعدام الشراكة بين القطاع الخاص و العام :

يتخذ القطاع الصحي الخاص مكانة مرموقة ضمن مؤسسات النظام الصحي الجزائري ، فقد أصبح ينافس المؤسسات العمومية و يستنزف أغلب قدراتها البشرية و كفاءاتها الطبية ، الأمر الذي أدى بالمؤسسة العمومية تلعب دور المساعد الاجتماعي و هو الأمر الذي خلق معضلة عدم التوازن

¹ سعيدان رشيد ، بوهنة علي ، المرجع السابق ، ص 05.

² عياد ليلي ، هلاي أحمد ، قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، المرجع السابق ، ص 171.

بين القطاعين . هذا راجع في الأساس إلى الغموض الذي يسود القوانين الخاصة بالقطاع الخاص وكذا غياب الرقابة على نشاطاتها¹.

فبالرغم من ما يقدمه القطاع الخاص من تحسين لظروف العاملين خاصة المادية ، وكذا تقديم خدمات صحية ذات نوعية لطالبيها ، إل أن هذه الازدواجية خلقت بعض الاختلالات لكل من القطاعين الخاص و العام . نذكر منها²:

- تخلي الأطباء ذوي الاختصاص خاصة العاملين بالمستشفيات الجامعية عن القطاع العام ، و التوجه نحو القطاع الخاص الذي يوفر لهم كل الامتيازات ، و هو ما أثر سلبا على نوعية الخدمات الذي تقدمها المؤسسات العمومية التي تعتبر بمثابة العمود الفقري للمنظومة الصحية الوطنية ؛

- غموض القوانين الأساسية التي تحكم المؤسسات الصحية الخاصة ، بالإضافة إلى غياب المعايير التطبيقية فيما يخص تنظيم النشاطات الصحية للقطاع الخاص ؛
- انعدام مراقبة رقابة تقنية و علمية لطرق و أساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص ، خاصة فيما يخص استيراد الأدوية و الأجهزة الصحية ، هذا فضلا عن شلل بعض النشاطات العلاجية بسبب التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية و تقلص الموارد من العملة الصعبة مما أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات³؛
- عدم المشاركة في أنظمة الإعلام الصحي للأنشطة الوقائية ، بالإضافة إلى عدم احترام دفتر الشروط المتعلق بهذه المؤسسات ؛

¹ سعيدان رشيد ، بوهنة علي ، المرجع السابق ، ص 05.

² المرجع السابق ، ص 05 .

³ عرباوي خديجة ، بلعراي عبد الكريم ، المرجع السابق ، ص ص 104-105.

- عدم احترام مدونة الأسعار و تحديد التكاليف الخاصة بالأنشطة ، بالإضافة إلى الاستفادة من الخدمات الصحية بالنسبة للطبقة المعدومة ؛
- تفاوت غير عادل في توزيع الأطباء الأخصائيين عبر التراب الوطني ، حيث أن المناطق الشمالية تستفيد من تغطية صحية كبيرة، في حين هناك مناطق شبه محرومة كما هو الحال في بعض المدن الجنوبية و المناطق انائية .

6- اختلالات متعلقة بالأطر القانونية :

- تتمثل الاختلالات في هذه الحالة في غياب الأطر القانونية أو عدم التصريح بها مثل :
- عدم مراجعة القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة باتجاه تحسين ظروف ممارسة النشاط و تعظيم المسار المهني ، و إدخال نظام تعويض أكثر تحفيزا ؛
- عدم ظهور أي قانون منذ تشكيل لجنة من أجل إعداد مشروع قانون جديد للصحة سنة 2010 ؛
- العمل بالقانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها إلى يومنا هذا ، بالرغم من أن هذا القانون جاء في ظروف اقتصادية و اجتماعية أقل تعقيدا مما هي عليه الحال يومنا هذا¹ ؛
- وجود صعوبة في التفرقة بين الحق في الصحة و قانون الصحة ؛
- وجود عقبات مرتبطة بالظروف الاقتصادية و المالية التي تعترض تطبيق القانون و مدى التحكم في مصاريف الصحة ؛
- بالرغم من تكفل المشرع الجزائري بالمهنة الطبية ، إلا أنه لم يعرف العقد الطبي ، بل اكتفى بذكر أهداف العلاج التي حصرها في نص المادة 8 من القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها².

تجدر الإشارة إلى أن جملة العراقيل و الاختلالات التي هدرت المنظومة الصحية الوطنية غداة

¹ بولفاعة منال ، المرجع السابق ، ص 51.

² قندلي رمضان : الحق في الصحة في القانون الجزائري - دراسة تحليلية مقارنة -، مجلة دفاتر السياسة و القانون، العدد 06 ، جانفي 2012 ، ص 226.

الاستقلال إلى يومنا هذا ، كانت أهم دافع لعملية التغيير . الأمر الذي أوجب السلطات المعنية البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع و التكيف مع الأوضاع الراهنة ، لينبثق بذلك مشروع الإصلاح برعاية وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات . و هو ما سنقوم باستعراضه من خلال دراستنا اللاحقة.

المبحث الثاني : إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من بعض الاختلالات و العراقيل التي غالبا ما تقابل بالنقد و التذمر من قبل المواطنين ، إلا أن هذا الأمر لا ينفي الجهود الجبارة التي بذلتها الدولة و التي لازالت تبذلها في سبيل تحسين نوعية الخدمات التي تقدمها المنظومة الصحية استجابة للمعطيات الصحية المتغيرة . و عليه ، بعدما قمنا باستعراض النظام الصحي الجزائري ، تطوره التاريخي و ما ارتبط بذلك من تجديد على مستوى هياكله التنظيمية ، سنهتم فيما يلي بملف الإصلاح الذي اعتمدته الدولة و تقييم أهم انجازاته من خلال التحليل عبر المطالب التالية .

المطلب الأول : أهداف مشروع الإصلاح

نتيجة للترابط بين النظام الصحي و باقي الجوانب الاقتصادية و الاجتماعية ، يعتبر إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر كضرورة حتمية ، حيث أشار ميثاق "الصحة" الذي وضع سنة 1998 إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية و التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية عبر تحديد المبادئ الرئيسية و الأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة¹ ، و عليه ارتكزت الإصلاحات على الأهداف التالية :

¹ فريحة نجا ، غيدة فلة :مدى تحقيق التنمية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية بمساهمة الممارسات التسويقية الصحية - دراسة تطور التغطية الصحية للجزائر - ، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال ، المجلد 04، العدد 02 ، 2018 ، ص 204.

1- الأهداف العامة لعملية إصلاح المنظومة :

طرحت الوزارة الوصية من خلل التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة

من الأهداف و التي يسعى المشروع الإصلاحي إلى تحقيقها ، تمثلت في ¹:

- إحصاء عروض العلاج و الاستشفاء و تكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال ؛

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية ؛

- التأكيد على الحقوق و الواجبات للمستعملين ، و حماية المرضى على وجه الخصوص ؛

- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن ؛

- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة ، مهما كانت مسؤولياتهم ، و ذلك قصد

الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية ؛

- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الوزارة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية ؛

- التحكم في نظام المعلومات الصحي و تحسين جودة الخدمات المقدمة.

يتضح من خلال هذه الأهداف أن المجلس أكد على هدفين رئيسيين ألا و هما تعزيز النظام

الإعلامي الصحي و تحقيق الجودة من خلال التحكم و ترشيد النفقات الصحية.

2- الأهداف الرئيسية لمشروع الإصلاح

في حين تمحورت الأهداف الرئيسية للمشروع الإصلاحي و الخاص بميثاق الصحة أفاق 2005

الذي أنجز خلال الجلسات الوطنية للصحة سنة 1998 حول الالتزام المؤكد بالصحة الوقائية ، لا

سيما فيما يخص صحة الأم و الطفل ، صحة الشباب ، الصحة العقلية ، الصحة في الأوساط

¹ وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات ، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات و الأنشطة المستعجلة، الجزائر ، 17 جانفي 2003 .

الخاصة ، الأمراض المزمنة ، الحوادث و الإعاقات ¹. هذا إضافة إلى ما يلي ²:

- إعادة الاعتبار للمراكز الصحية و قاعات العلاج ، و تزويدها بكافة الوسائل و المعدات الطبية و الموارد البشرية للتكفل بالعلاج القاعدي الأولي و تطويره ، و ذلك لتخفيف الضغوطات التي تعرفها المراكز الاستشفائية الجامعية ؛
 - تحسين المؤشرات الصحية للسكان و تزويدهم بالمياه الصالحة للشرب ، حماية المحيط ، معالجة المياه القذرة ؛
 - التخفيض من المخاطر التي من شأنها أن تخل بالمحيط ، كالتلوث و محاربة الآفات الاجتماعية ؛
 - التخلص من التبعة عبر تدعيم و تطوير صناعة وطنية في مجال التجهيزات و المواد الصيدلانية ؛
 - التحكم في التكاليف مع إعادة تأكيد مبدأ مجانية العلاج في إطار قانوني مجدّد ³.
- هذه الأهداف و إن كانت طموحة لدرجة ما ، إل أنها لازالت تتعثر أمام المطالب المعقدة و المتزايدة التي أفرزتها متغيرات تسابق خطاها خطى الحلول و الأجوبة المقترحة التي أثبتت قصورها على أرض الواقع ⁴.

إضافة إلى ما سبق ، رمت الأهداف التي سطرته السلطات العمومية أفق 2009 من خلال إصلاح المنظومة الصحية إلى ما يلي ¹ :

¹ حاروش نور الدين : السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع ، مجلة دراسات استراتيجية ، العدد 7، 2009 ، ص 165.

² عياد ليلي ، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2015-2016) ، نفس المرجع السابق ، ص 141.

³ حاروش نور الدين ، المرجع السابق ، ص 166.

⁴ سيدهم ذهبية : المسألة الصحية في الجزائر مقارنة نقدية سوسيوصحية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 24، جوان 2017 ، ص 271.

• تحسين قدرات المنظومة الصحية : من خلال :

- ✓ تحديث الخريطة الصحية الهادفة إلى ترشيد توزيع الموارد ، في إطار توحيد المنظومة الصحية ، التي تعمل على إدماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك و متكامل لاسيما القطاع الخاص ؛
- ✓ ضمان الشمولية في تحصيل العلاج و تلقي الخدمات الصحية ، عن طريق تعيين الأطباء ذوي الاختصاصات في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الأولوية ، إعادة تأهيل و تعزيز مؤسسات الصحة الجوارية و الفرق الطبية المتنقلة ، و كذا تحسين التجهيزات و صيانتها ؛
- ✓ مواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات.
- ✓ تطوير و تعزيز الصحة الوقائية : عبر بذل الجهود الرامية لمحاربة الأوبئة و الأمراض المعدية باتباع الإجراءات اللازمة من خلال²: تعزيز الوسائل و الأطر الملائمة لليقظة الوبائية ، و الوحدات الصحية الأساسية من أجل إعادة تأهيل شبكة المراقبة الصحية و خدمات العلاج الأولي ؛
- ✓ تعزيز و دعم البرامج الوطنية للوقاية التي تتدرج ضمن أهداف القضاء على الأمراض المعدية³؛
- ✓ تفعيل برامج الوقاية ، الفحص و الرصد المتعلقة بمرض السرطان و الأمراض المعدية ؛

¹ مجلس الأمة الجزائر : برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة ، مجلة الفكر البرلماني ، العدد 06 ، الجزائر ، جويلية 2004 ص ص 65 - 67. عبر الموقع <http://www.majliselouma.dz/index.php/ar/2016-07-19-12-56-20/2016-07-19-13-37-57>

في 12/06/2016 (10:15) .

² مجلس الأمة الجزائر : برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة ، المرجع السابق ، ص ص 65-67.

³ أوشن ريمة ، المرجع السابق ، ص 222.

✓ مواصلة حملات التطعيم و تحسيس المواطنين ، خاصة تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.

✓ برامج تحسيس و تربية تشمل مخاطر الأمراض المتنقلة.

• **تحسين العلاج الاستشفائي:** من خلال ترتيب مستويات العلاج ، الذي سيسمح بتحقيق

تغطية طبية و صحية أساسية أو تخصصية محسنة ، و في هذا الإطار ستقدم ضروب

العلاج عالية المستوى ضمن مؤسسات الصحة على أساس توافقات علاجية تبادر بها

لجان طبية ، و يتم اعتمادها في ندوات وطنية ، و الالتزام كذلك بأعمال قصد تحسين

التكفل بالعلاج النوعي¹ و ذلك من خلال² :

✓ تحسين نوعية الخدمات التي يقدمها الأطباء و الممرضين و الإداريين لكل مؤسسة

استشفائية ؛

✓ تحقيق مبدأ التدرج في العلاج عبر تعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية الصحية

نحو المستشفيات مع التأكد من متابعة الحالة بصفة مستمرة ؛

✓ تحسين ظروف الاستقبال عبر إعطاء الأولوية لجانب العلاقات الانسانية ، و تعزيز عملية

الاتصال عبر الاستغلال الأمثل لتكنولوجيا الإعلام و الاتصال ؛

• **التنسيق بين المؤسسات الصحية :** يتم ذلك من خلال³ :

✓ توحيد المعايير و المواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية ؛

✓ وضع سياسة صحية وطنية شاملة مع التنسيق بين جميع المؤسسات الاستشفائية ؛

✓ تفادي الازدواجية في تقديم الخدمة الصحية من خلال تحديد صلاحيات و مهام كل جهة ؛

¹ مجلس الأمة الجزائر : برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة ، المرجع السابق ، ص ص 65-67 .

² سعيدان رشيد ، بوهنة علي ، المرجع السابق ، ص 13.

³ أوثن ريمة ، المرجع السابق ، ص 221 .

- ✓ تطبيق معايير موحدة للجودة و تقييم الأداء .
- إصلاح و ترقية المستشفيات : من خلال ¹:
- ✓ تحسين ظروف استقبال المرضى و إقامتهم ، و ديمومة أعمال الرعاية الصحية
الاستشفائية؛
- ✓ دعم ترتيب التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية عن طريق توفير الموارد المادية و
البشرية الملائمة ؛
- ✓ تدعيم القدرات الاستيعابية الاستشفائية ²؛
- ✓ تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة ، خاصة الخدمات التي
تتلقى الحالات الحرجة و التي يستوجب تحويلها نحو الخارج ؛
- ✓ البحث عن بدائل للاستشفاء عبر تطوير الاستشفاء نهارا ، العلاج المتنقل و المقدم في
المنزل و بعث التطبيب عن بعد ؛
- ✓ إدخال المحاسبة التحليلية ضمن العملية التسييرية للمستشفيات ؛
- ✓ تعزيز قدرات تقييم النشاط و الأداء ؛
- ✓ تأسيس " مشروع المؤسسة " من أجل التسيير الاستشراقي ؛
- ✓ مراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة خاصة تلك المتعلقة بالقطاع الخاص ؛
- ✓ تحسين إدارة المصالح الصحية علما أن عملية إصلاح المستشفيات ما هي إلا وجه العملة
الذي يعكس سياسة التحكم في النفقات و تسخير ترشيد الموارد ³.

¹ مجلس الأمة الجزائر : برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة ، المرجع السابق ، ص ص 65-67 .

² أوشن ريمة ، المرجع السابق ، ص 223 .

³ بوشلاغم عميروش ، شرفي منصف : واقع افاق المنظومة الصحية في الجزائر ، مجلة دراسات اقتصادية ،
المجلد 04 ، العدد 03 ، ديسمبر 2017 ، ص 13.

• **إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية :** أهم أهداف سياسة الإصلاح ، تحقيق ترشيد

الانفاق و التسيير الجيد للموارد المحدودة في سبيل احتواء التكاليف ، و يتم ذلك عبر :

✓ إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة و هيئات الضمان الاجتماعي إلى التعاقد مما

يعطي للمؤسسة الصحية نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة

التكاليف¹؛

✓ العمل على إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة ؛

✓ تحديث مدونة تسعير الأعمال الطبية خاصة الخاصة ؛

• **التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية :** يتم إعداد و تطوير القوى العاملة من خلال تكفل

الدولة بعملية التكوين في المجال الصحي و تحملها لنفقات تدريب الأطباء و إقامة المعاهد

و الكليات مما يضمن² :

✓ تنفيذ سياسة المواءمة بين المقبلين على التكوين و الاحتياجات الضرورية ؛

✓ تنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداء ؛

✓ التدريب على التخصصات الطبية و اكتساب المهارات اللازمة و التقنيات الحديثة ؛

✓ تعزيز التربصات عبر التكوين الخارجي و الاستفادة من التجارب الدولية و تبادل الخبرات

بهدف زيادة عدد المؤهلين ؛

✓ زيادة عدد العاملين في المجال الصحي وفق المعدلات و المؤشرات المقدمة من قبل

المنظمة العالمية للصحة ؛

✓ وضع البرامج التدريبية لكافة فئات العاملين في المجال الصحي و ضمان التدريب و

¹ سعيدان رشيد ، بوهنة علي ، المرجع السابق ، ص 10.

² المرجع السابق ، ص 14.

التكوين المستمر ؛

✓ تنظيم و تطوير البحث في مجال الصحة.

تجدر الإشارة هنا إلى أن الإصلاح الحقيقي للمنظومة لن يكتمل إلا عبر رسم سياسة وطنية خاصة بالمنتجات الصيدلانية . لهذا الغرض تم مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية من خلال مراجعة المدونة التي ستخضع لمنطق الصحة العمومية ، و في هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية¹ :

✓ تسهيل و تحسين الحصول على الأدوية الأساسية و الجهرية ؛

✓ تعزيز عمليات التفتيش و الرقابة على الأدوية من أجل ضمان نوعية المنتجات الدوائية ؛

✓ ترشيد الإنفاق بفضل ترويج استخدام الأدوية الهجينة ، و ضمان التعويض تبعاً للخدمة

الطبية المقدمة ؛

✓ تطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات ، و الصناعة الصيدلانية .

المطلب الثاني : المبادئ الأساسية و ملفات إصلاح المنظومة الصحية

سنحاول من خلال ما يلي عرض المبادئ الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية و الملفات التي تناولها المشروع .

1- المبادئ الأساسية لمشروع الإصلاح

تمحورت المبادئ الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية حسب "ميثاق الصحة" سنة 1998 حول ضرورة تكييف المنظومة الصحية و التغيرات الحاصلة في كافة المجالات ، حيث يهدف إلى تحديد

¹ خروبي بزاره عمر : إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير ن تخصص رسم السياسات العامة ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، كلية العلوم السياسية و الإعلام ، جامعة الجزائر 3 ، الجزائر ، 2010-2011 ، ص 76 .

المبادئ الرئيسية التي ينبغي أن تعكس البعد التمويلي و التنظيمي للعملية الاصلاحية . تمثلت هذه المبادئ في ¹ :

- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية و الاجتماعية التي تعرفها البلاد ؛
- المحافظة على القطاع العمومي و تحسين مردوديته ، و هذا تأكيدا لما جاء به قانون 1973 الخاص بمجانية العلاج ؛
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية مع إقامة جسور بينه و بين القطاع العمومي و الشبه عمومي ؛
- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها ؛
- تطوير و تدعيم السند القانوني للمنظمة الصحية ؛
- خلق وظائف التقييم و مراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة ؛
- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي ؛
- ترتيب و توزيع العلاجات و الاستعجالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية ؛
- تطوير بدائل صيغ لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع ؛
- تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات و المواد الصيدلانية و ضمان توفير المواد الضرورية ؛
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية و أمن حقن الدم ؛
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية ؛
- إنشاء مجلس وطني للصحة ؛

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة الصحة و السكان : **ميثاق الصحة** ، الجلسات الوطنية للصحة ، قصر الأمم ، الجزائر ، في 28/27/26 ماي 1998 ، ص 07.

- تحسين الظروف و الوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ؛
- حماية الصحة و ترقيةها بهدف الحد من اللامساواة و إعطاء الأولوية للصحة في البرامج التنموية¹؛

- إزالة الفوارق الجهوية من خلال استحداث المناطق الصحية الجهوية الخمسة ؛
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب و التربة و السكن و حماية المحيط ، مع إعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين.

هذا و قد اعتبر إصلاح المنظومة الوطنية للصحة كأحد المتطلبات السياسية و التي تركز على سبعة وسائل أساسية تمثلت في²:

- إصلاح التمويل ، تقدير التكاليف الحقيقية و فورة جميع النشاطات الصحية ؛
- مراجعة القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية خاصة تلك التابعة للقطاع الخاص ؛
- أتمتة نظام المعلومات ؛
- الانتقال إلى ما يعرف بالنظام التعاقدى ؛
- اعتماد نظام الجدارة ؛
- الحوار الاجتماعي و اشراك المواطن في عملية إصلاح المنظومة الصحية .

2- ملفات إصلاح المنظومة الصحية

فيما يخص ملفات الإصلاح ، فقد توصل المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات من خلال أبحاثه التي طرحت عبر المؤتمر إلى تحديد ستة ملفات ، تمثلت في³:

¹ دريسي أسماء ، المرجع السابق ، ص 147.

² بوشلاغم عميروش ، شرفي منصف ، المرجع السابق ، ص ص 14-15 .

³ République Algérienne Démocratique et Populaire ، Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Les 6 dossiers de la réforme hospitalière** , Conseil National de la Réforme Hospitalière, Réunion du Mardi 1^{er} Octobre 2002 . par

• ملف الاحتياجات الصحية و طلب العلاج :

تمثل الهدف الرئيسي لهذا الملف في ضرورة مواءمة البرامج الصحية مع الاحتياجات و الطلب العلاج. تمحور هذا الملف حول :

- ✓ تحديد الاحتياجات الصحية المصرح و غير المصرح بها ؛
- ✓ تحليل الطلب على العلاج تبعا للمناطق الجغرافية و وفقا للنمو الديمغرافي ؛
- ✓ دراسة برنامج الوقاية الأولية و التربية الصحية (التطعيم ، التغذية ، التلوث الكيميائي و الميكروبيولوجي للمياه ، الجو ، الأسواق ، المطاعم ، النفايات المنزلية و غيرها؛
- ✓ تكييف البرامج المحلية و الوطنية حسب الأولويات و الانتشار الوبائي ؛
- ✓ تخصيص الميزانيات ، تسيير و تقييم الهياكل الصحية ؛
- ✓ دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة و منظومته الاستشفائية الفرعية ؛
- ✓ تقادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي ، الوبائي ، المالي و التنظيمي ؛
- ✓ تحديد كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية و مستشفى القطاع ؛
- ✓ دراسة حيثيات التنسيق بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى ؛
- ✓ تحديد الإجراءات اللازمة لجمع المعلومة و نقلها .

• ملف الهياكل الاستشفائية :

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية ، و ذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

✓ تقييم مدى ملائمة النظام الحالي و العمل على تكييف ، تنظيم و سير عمل المؤسسات الصحية و توقعات المستخدمين الصحيين من حيث جودة الرعاية الصحية ، المرونة و عقلنة الإدارة ؛

✓ تحديد الأدوات المناسبة للتنظيم و التشغيل و التقييم و الرقابة ؛

✓ التعريف بتنظيم الرعاية بين الخدمات في نفس المؤسسة و بين المؤسسات نفسها و ذلك على المستوى المحلي ، الإقليمي و الوطني؛

✓ تحديد النظام الأساسي للمؤسسات الاستشفائية (طبيعة التأسيس ، نوع و مستوى التنظيم ، الهياكل التنظيمية ، اللوجستيك ، نظام المعلومات ، نظام التقييم ، التدقيق الداخلي ، المورد البشري ، ضمان الجودة ... إلخ .

✓ تحديد أولويات الرعاية ، شبكات الرعاية ، البطاقة الصحية ؛

✓ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة ؛

✓ المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج و جودة أدائها ؛

✓ ضرورة وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي .

• ملف الموارد البشرية :

اهتم هذا الملف بأهم عنصر في النظام الصحي ألا و هو المورد البشري ،حيث تطلب تشخيص الوضع القائم ، لاسيما فيما يتعلق بمختلف المهن الممارسة في القطاع الصحي و تحديدا على مستوى المؤسسات الصحية . تناول الملف عدة محاور تتعلق ب :

✓ مراجعة القانون الأساسي الخاص بالمستخدمين الصحيين خاصة في القطاع العام و ذلك

من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية ، شروط و ظروف عملهم ، علاواتهم و

أجورهم ، ترقيةهم في المسار المهني ؛

✓ تحديد الإطار القانوني للعمال المتعاقدين ؛

✓ تحديد الأنماط و الشروط المختلفة للممارسين الصحيين خاصة الأطباء و المساعدين

الطبيين ؛

✓ تحديد سياسة وطنية تخص إعادة توزيع المستخدمين من خلال رسم خريطة وطنية

لاحتياجات المؤسسات الصحية ؛

✓ تطوير خطط التدريب و التكوين ، حيث يعد هذا الأخير ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات

المستخدمين الطبيين ، شبه الطبيين ، المسيرين و التقنيين ، و هذا بالاشتراك مع قطاعات

أخرى كالتعليم العالي و التكوين المهني على وجه الخصوص .

• ملف الموارد المادية :

تمثل الهدف الرئيسي لهذا الملف في وضع توصيات لضمان تكييف الموارد المادية و الاحتياجات

الصحية بما يضمن تحقيق جودة الخدمة الصحية و هذا عبر :

✓ ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج ، مما يستدعي إحداث توازن بين

الوسائل و مستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و تقييس الوسائل ؛

✓ إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية ؛

✓ التكفل بالجوانب المرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية و الخاصة بالأمن و النوعية .

• ملف التمويل :

اهتم هذا الملف بـ :

✓ دراسة طرق توسيع مصادر تمويل المؤسسات الصحية (الدولة ، الضمان الاجتماعي ،

الأسر... الخ) ؛

✓ إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي ، كإعادة النظر في عدم إشراك مجلس الإدارة في تحديد و إعداد الميزانية؛

✓ السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات ،

✓ التخطيط الاستراتيجي لكل من الأنشطة ، الخدمات و المؤسسات الصحية¹ ؛

✓ تحديد الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات و الفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى .

• ملف الاشتراك مع باقي القطاعات :

نظرا لكون القطاع الصحي من القطاعات الحيوية و العمود الفقري لباقي القطاعات الأخرى ، فإن نشاطاته ترتبط إلى حد بعيد بنشاطات هذه الأخيرة ، كقطاع المالية ، العمل و الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي ، التضامن ، التعليم العالي ، التكوين المهني ، الجماعات المحلية و البيئية ، الصناعة و الفلاحة... إلخ ، و عليه وجب ضمان الاتساق بين السياسة الصحية و السياسات العامة الأخرى. لذا ، كان من الضروري و في سياق هذا الملف التفكير في الاستراتيجيات و الاجراءات المشتركة و العمل على إنشاء و تعزيز اليات تضمن تنسيق الأنشطة المتعلقة بالصحة من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة . لهذا الغرض ، تضمن هذا الملف دراسة بعض الإجراءات التي من شأنها أن تعزز عملية الاشتراك القطاعي مثل :

✓ التكوين الأكاديمي و المهني ، حيث أنه و في مجال البحث العلمي ، من الضروري

¹ République Algérienne Démocratique et Populaire , Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Les 6 dossiers de la reforme hospitalière** , Op.cit .

التأكيد على حتمية اتخاذ تدابير مشتركة لتعزيز التعاون في مجالات البحوث الصحية بكل

أبعادها العلمية ، التقنية ، القانونية ، الأخلاقية و الاجتماعية ؛

✓ تطبيق نهج تعاقدى بين هيئات الضمان الاجتماعي و المؤسسات الاستشفائية العمومية

بهدف الوصول إلى شفافية أكبر بين أطراف التمويل و مقدمي الخدمة الصحية و إعطاء

المؤسسة الصحية نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي ، إضافة إلى كون هذه الشراكة

تلتزم مراعاة الجودة في تقديم الخدمة الصحية .

نشير و في هذا الصدد ، أنه و بالرغم من أهمية الملفات التي تم التطرق إليها في إطار الاستثمار

في قطاع اجتماعي حيوي و من خلال مشروع الإصلاح الذي كبد خزينة الدولة ميزانية ضخمة إلا

أنه لازال يعاني فشلا و قصورا ذريعين في الاستجابة لتطلعات مستخدمي القطاع من جهة و

المرضى من جهة أخرى ، خاصة في مناطق الجنوب و الهضاب العليا ، حيث يسجل انعداما شبه

كليا للمستشفيات و المراكز الصحية ، حتى و إن توفرت الهياكل القاعدية الأساسية فبنقص فادح

في الكوادر الطبية ، و هو ما يكبد المرضى من سكان هذه المناطق عناء التنقل طلبا للعلاج

المجاني المكفول بالعدل بين كل المواطنين بنص الدستور .

المطلب الثالث : مخططات عملية الإصلاح

مرت سياسة التنمية الاقتصادية و الاجتماعية التي اتبعتها الحكومة الجزائرية في سبيل النهوض

بقطاعها الحيوية خاصة القطاع الصحي بعدة مراحل كلل بعضها بالنجاح و تحقيق الأهداف

المسطرة ضمن البرامج المتبناة ، و الجدول الموالي يوضح أهم هذه البرامج ذلك :



شكل رقم (3-2) : برامج إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمجموعة من المراجع

1- المرحلة الأولى : مرحلة افاق التخطيط : عرفت هذه المرحلة ببداية التخطيط للإصلاح و

تضمنت ما يلي :

• المخطط الثلاثي "1967-1969" : و الذي خصص من خلاله مبلغ 772 مليون دينار

جزائر لقطاع الصحة¹، و تضمن إنجاز 10 مستشفيات ، 109 عيادة متعددة الخدمات و

82 مركز صحي ، إلا أنه لم يتم إنجاز سوى 40% من المشاريع المسطرة خلال هذا

البرنامج ، في حين ما تبقى من المشاريع المخططة حولت للإنجاز في المخططات

¹ بوسالم فاطمة ، قدي عبد المجيد : محاولة تقييم مدى مساهمة إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في افاق 2015، مجلة التكامل الاقتصادي ، المجلد 04 ، العدد 04 ، الصفحة 77.

التموية اللاحقة¹.

2- المرحلة الثانية : مرحلة بداية المخططات التتموية الكبرى : عرفت هذه المرحلة ثلاث

مخططات كبرى و هي :

• **المخطط الرباعي الأول "1970-1973"** : و الذي خصص 1.249 مليار دينار

جزائري لقطاع الصحة². تضمن هذا المخطط مشاريع تنموية مكملية للبرنامج السابق

الخاصة بالمخطط الثلاثي الأول ، حيث تضمن ضرورة انجاز 600 سرير ، منها 200

سرير خاصة بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية ، إضافة إلى انشاء 100 عيادة متعددة

الخدمات ، 100 مركز صحي و 10 مراكز للولادة³.

• **المخطط الرباعي الثاني "1974-1977"** : من بين الأهداف التي سعى إلى تحقيقها

هذا المخطط ، تطوير القاعدة المادية عن طريق تنمية القوى الانتاجية للمجتمع أهمها

توفير العلاج المجاني من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما بلغ دخلهم و

مهما كانت وضعيتهم الاجتماعية ، بالموازاة مع هذا القرار السياسي الهام . فقد تم توحيد

النظام الوطني للصحة و تطبيقه ، و كذا تحويل هياكل التعااضديات الفلاحية إلى مصالح

صحية . هذا فضل عن تحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق

الضمان الاجتماعي و التعااضديات إلى وزارة الصحة⁴.

¹ غرابيية فضيلة ، المرجع السابق ، ص 246 .

² بوسالم فاطمة ، قدي عبد المجيد ، المرجع السابق ، ص 77.

³ غرابيية فضيلة ، المرجع السابق ، 246.

⁴ علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسيير المالية العامة ، قسم العلوم الاقتصادية ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، 2016-2017 ، ص ص 112-113.

• **المخطط الخماسي الأول " 1980-1984 " : خصصت له الدولة ما يعادل 13.6 مليار**

دينار جزائري لقطاع الصحة . عقد المؤتمر الاستثنائي للحزب في جوان 1980 و صادق على المخطط الخماسي الذي هو جزء من استراتيجية التنمية الشاملة لتعويض ما عرف سابقا بسياسة تقشف أفضل ، إلا أنه كلل بالفشل بسبب توجيه الميزانية المخصصة للقطاع إلى الاستهلاك بدلا من الانتاج ¹ ، و استنادا إلى حقيقتين تمثلتا في العجز المالي للمؤسسات الصحية و عدم قدرتها على التحكم في انتاجها للخدمة و كذا ارتفاع أسعار البترول . و للخروج من هذه الوضعية الصعبة لجأت السلطات إلى جملة من الاصلاحات تمثلت في إعادة الهيكلة و منح الاستقلالية لمؤسساتها العمومية .

لا بد من الإشارة إلى أن كل المخططات السابقة ببرامجها و مشاريعها لم تتجح في معالجة الاختلالات التي أصابت المنظومة الوطنية للصحة في تلك الفترة أدى إلى تبني و انتهاج خطط بديلة للإصلاح ضمن مقاربة جديدة للتنمية الاقتصادية لتأتي بذلك مرحلة الاصلاحات الكبرى .

3- المرحلة الثالثة : مرحلة الاصلاحات الكبرى : إن البرامج التي سطرت من طر الحكومة

منذ سنة 2000 إلى سنة 2014 تعكس الإرادة القوية و الملحة لتحقيق التنمية الشاملة و الصحية و الذي تجسد في البرامج التنموية التالية :

• **برنامج دعم الانعاش الاقتصادي " 2001-2004 " : خصص ما يعادل 16.28% من**

الحصة الاجمالية للنشاطات الموجهة للتنمية البشرية و الذي خصص منها 14.7 مليار دينار جزائري لقطاع الصحة من الحصة الإجمالية التي بلغت 525 مليار دينار جزائري².

¹ حمادي عياش : السياسة الصحية و الأسرة في الجزائر الواقع و الافاق ، مجلة الحقيقة ، العدد 23 ، ديسمبر 2012، ص 346 .

² بوسالم فاطمة ، قدي عبد المجيد ، المرجع السابق ، ص 77.

سعت من خلالها السلطات العمومية إلى تحقيق أهداف الألفية و من بينها تحسين المستوى المعيشي للمواطنين ، إصلاح و توسيع شبكة التزويد بالمياه الصالحة للشرب و تطوير المنشآت الصحية .

من بين الملفات الأساسية و الأولويات الوطنية في مجال الصحة و السكان ضمن البرنامج المسطر خلال هذه الفترة ضمان الصحة الانجابية و حماية الأمومة و الطفولة و الذي تضمن بدوره تأمين ما يلي ¹:

- ✓ برنامج وطني لمكافحة أمراض الأطفال و التقليل من الوفيات ، يركز هذا البرنامج على عشر 10 برامج فرعية أهمها البرنامج الوطني للتلقيح إضافة إلى البرامج التي تتكفل ببعض الأمراض كالإسهال و التنفس و تحسين التغذية ؛
- ✓ توفير الصحة المدرسية بالتنسيق مع وزارة التربية ، و من بين الخدمات الموفرة في هذا الإطار ، التلقيح ، صحة الانسان ، التربية الصحية ؛
- ✓ برامج موجهة لفئة الشباب على مستوى مركز الإعلام و التنشيط عبر الوطن ؛
- ✓ برامج موجهة لفئة الشباب على مستوى مركز الإعلام و التنشيط عبر الوطن ؛
- ✓ برنامج مكافحة السرطان ، خاصة سرطان عنق الرحم ؛
- ✓ عرفت سنة 2000 بداية تطبيق برنامج خاص "بالولادة بدون مخاطر" على المستوى الوطني ؛
- ✓ تسطير برنامج شراكة و تعاون بالتنسيق مع UNICEF موضوعه بقاء و حماية و تطوير الطفل .

¹ وثيقة اختتام الدورة الاستثنائية 23 للجمعية العامة ، رد الجزائر على الاستبيان الموجه للحكومات بشأن تنفيذ منهاج بيجن 1995 و نتائج الدورة الاستثنائية الثالثة و العشرين للجمعية العامة 2000 ، الجزء الأول : استعراض عام للإنجازات المحققة و التحديات المصادقة في تعزيز المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة .

• **مخطط دعم النمو الاقتصادي "2005-2009" :** هو البرنامج التكميلي لدعم النمو

الاقتصادي أو ما عرف "ببرنامج الاستثمارات العمومية " الذي طرحته السلطات العمومية

يوم 07 أبريل 2005 ، و المتعلق بالفترة 2005-2009 في إطار استكمال ما تبقى من

البرامج التي بدأت مع برنامج الانعاش الاقتصادي ، و الذي خصصت له حصة مالية قدرة

ب 85 مليار دينار جزائري لقطاع الصحة، بغية تحقيق الأهداف التالية¹:

✓ تحسين المستوى المعيشي للأفراد عبر تحسين الجوانب المؤثرة على نمط معيشة

الأفراد سواء كان الجانب صحي أو تعليمي أو أمني ؛

✓ تحديث و توسيع الخدمات العامة المقدمة للمجتمع خاصة الصحية منها كونه

القطاع الأكثر حساسية ؛

✓ توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم خدمات صحية

عالية التخصص (الأمراض السرطانية ، أمراض القلب ، نقل الأعضاء ،

الأمراض العصبية)² ؛

✓ تكييف بعض المصالح الصحية للوقاية ، و التكفل بالأمراض المرتبطة بكبار

السن ؛

✓ تدعيم مخططات الحماية و الوقاية من أمراض الإيدز .

يمكن القول في هذا الشأن أن معظم المشاريع تم انجازها ، إل أن المشكل الأساسي يكمن في

نوعية الخدمات المقدمة خاصة في هذا القطاع نظرا لنقص التأطير في بعض المؤسسات الصحية

و بعض التخصصات³.

¹ محمد صلاح : أهداف السياسة الاقتصادية الكلية في الجزائر حسب المربع السحري لكالدور - دراسة تحليلية
تقييمية للبرامج التنموية مع إشارة للبرنامج الخماسي 2010-2014 -، مجلة كلية العلوم الاقتصادية و التسيير

و العلوم التجارية ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ، العدد 16 ، 2016 ، ص 271.

² La République Algérienne Démocratique et Populaire , Ministère de la Santé de la
Population et de la Réforme Hospitalière : **Bilan du système national de santé et
programme d'action 2005-2009** , novembre 2004 , p 72.

³ بشيكر عابد : دراسة تحليلية تقييمية لبرامج التنمية الاقتصادية في الجزائر لفترة 2001-2014 ، مجلة
الاقتصاد و الإحصاء التطبيقي ، المجلد 13 ، العدد 02 ، 2016 ، ص 24 .

أهم النتائج المسجلة و الخاصة بالبرنامج التكميلي لدعم النمو في المجال الصحي كانت كما يلي :

تم إنجاز 23 مستشفى و 83 عيادة متعددة الخدمات و 120 مركز صحي ، 11 عيادة ولادة ، 402 قاعة علاج.

مما لا شك فيه أن هذه الانجازات أعطت دفعة قوية لتنمية القطاع الصحي و النهوض به في ظل التغيرات في تلك الفترة . في حين أن النقائص المسجلة و المشاريع التي عرفت تأخرا و لم يتم استلامها ، تم تحويلها ضمن البرامج المتبقية في البرنامج الخماسي 2010-2014 .

• برنامج التنمية الخماسي أو برنامج توطيد النمو الاقتصادي "2010-2014" : يندرج

هذا البرنامج ضمن ديناميكية إعادة الإعمار الوطني التي انطلقت قبل عشر سنوات ببرنامج دعم الانعاش الاقتصادي ، حيث تم استحداث هذا البرنامج استكمالاً للمشاريع المبرمجة سابقا و التي تأخر إنجازها. تم تخصيص مبلغ 619 مليار لقطاع الصحة ، وجه خصوصا لإنجاز أكثر من 1500 منشأة قاعدية صحية ، منها 172 مستشفى ، 45 مركزا صحيا متخصصا ، 377 عيادة متعددة الاختصاصات ، 1000 قاعة علاج ، 70 مؤسسة خاصة بغئة المعاقين إلى جانب تحديث التجهيزات الطبية¹.

بحلول سنة 2012 تم التقدم في وتيرة إنجاز المشاريع و الهياكل الصحية ، حيث تم استلام جملة من الهياكل الصحية خلال نفس السنة و التي قدرت ب²:

✓ 14 مستشفى جامعي ؛

✓ 68 مؤسسة استشفائية متخصصة ؛

✓ 200 مؤسسة استشفائية عمومية ؛

✓ 778 مؤسسة استشفائية تابعة للقطاع الخاص ؛

¹ فرحات عباس ، سعود وسيلة : عرض عام لبرامج التنمية الاقتصادية في الجزائر خلال الفترة 2001-2014، مجلة الاقتصاد و القانون ، العدد 01 ، جوان 2018 ، ص 73.

² غرايبي فضيلة ، المرجع السابق ، ص 249 .

✓ 1513 عيادة متعددة الخدمات ؛

✓ 5836 قاعة علاج .

أما بالنسبة للعيادات التابعة للقطاع الخاص ، فقد تم انجاز :

✓ 5904 عيادة تابعة لأطباء مختصين ؛

✓ 6206 عيادة تابعة لأطباء عامين ؛

✓ 4909 عيادة جراحة أسنان ؛

✓ 9000 وكالة صيدلانية خاصة .

أقرت المنظمات الدولية ضمن دليل التنمية البشرية لسنة 2010 أن الجزائر قد سجلت تقدما ملحوظا في كافة قطاعات التنمية البشرية خلال السنوات المنصرمة ، إذ تحصلت بذلك على المرتبة 84 و التي صنفت بها الجزائر ضمن الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة .

تجدر الإشارة إلى أن جملة الإصلاحات توالى بوضع برنامج لإصلاح المؤسسات الصحية خلال الفترة الممتدة بين 2009-2025 يكلف الخزينة العمومية 2000 مليار دينار جزائري ، أطلق عليه اسم "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" ، و هي عبارة عن إصلاحات تخص تحديث نظام المؤسسات الصحية بدل بناء مؤسسات أخرى¹.

المطلب الرابع : تقييم مشروع الإصلاح و أهم إنجازاته

حققت البرامج التنموية في ظل إصلاح المنظومة الصحية نتائج و إنجازات مهمة إلا أنه يمكننا القول أن السياسة المنتهجة من طرف الدولة تقتقر إلى عنصر الفعالية بالرغم من توفير حصص مالية ضخمة لإنجاح هذه البرامج التنموية و الحصول على نتائج إيجابية ، يرجع ذلك أساسا إلى:

- تركيز اهتمام السلطات العمومية نحو إصلاح الجوانب المالية المتعلقة بالصحة على

¹ حوالف رحيمة: واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات و الصعوبات ، نفس المرجع السابق ، ص

حساب الاهتمام بطرق تحسين تسيير و تنظيم المؤسسات الصحية ، فقد أولت السلطات المعنية عناية كبيرة للجوانب المالية من خلل سعيها نحو انتهاج نظام تعاقدى مع مؤسسات و هيئات الضمان الاجتماعي ، وضع نظام لتسيير الخدمات الصحية ، البحث عن طرق و مصادر تمويل المؤسسات الصحية و تحديد العلاقة بين صناديق التأمين و مقدمي الخدمة الصحية ... إلخ ؛

- عدم احترام رزنامة الإصلاحات و ضعف الأساليب و الطرق المستخدمة ؛
- غياب العقلانية في تسيير و استخدام الموارد المالية المتاحة ، فبالرغم من ضخامة الحصص المالية المخصصة لعملية الإصلاح إلا أن الخدمات المقدمة لا تعكس ما تم انفاقه ؛
- انعدام القدرات على التخطيط الصحيح و التدرج في تطبيق سياسة الإصلاح المنتهجة ذات القدرات المالية الهائلة ؛
- مركزية القرارات السياسية الخاصة بسياسة الإصلاح و بعدها عن واقع القطاع الصحي ؛
- تمركز عملية الإصلاح في المناطق الشمالية و إهمال المناطق الجنوبية و الهضاب العليا، و بالتالي لم يتم القضاء على الفوارق في توزيع الخدمات الصحية ؛
- عدم التطرق إلى ملف تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب و ما يحتويه من عراقيل مرتبطة بالظروف المناخية الصعبة و خاصة تعيين المستخدمين لاسيما الأطباء المتخصصين¹ ؛
- التغافل عن ملف الاستعجال على المستويين الجهوي و الوطني ؛
- واقع المؤسسات الصحية بعد ستة سنوات من تبني مشروع الإصلاح إلا أنه يبقى دون طموحات المواطن الذي لازال يعاني من سوء تقديم الخدمة الصحية من جهة و معاناة

¹ عياد ليلي ، هلاي أحمد ، المرجع السابق ، ص 168 .

عمال القطاع ، خاصة فيما يخص تدني الأجور و سوء ظروف العمل مقابل عدم الاستجابة لمتطلباتهم¹؛

• غياب هندسة تسييرية شاملة اتي لا تقف عند الاصلاحات الترقية للقطاع فقط .

في حين تمثلت أهم إنجازات الاصلاح في² :

- ✓ تطوير الوقاية الصحية ، التشخيص العام للرعاية الأولية و المتخصصة ؛
- ✓ تدعيم العلاج الخارجي (الفرق المتنقلة بهدف علاج المرضى في المنازل) ؛
- ✓ تدعيم التكوين عن طريق إنشاء مدارس للتكوين شبه الطبي ENMAS ، كليات الطب و التكوين المتخصص ؛
- ✓ تدعيم و تعزيز القدرات التشخيصية و العلاجية لمجموع المنشآت الصحية ؛
- ✓ التوفير المستمر للعلاج و الأدوية ؛
- ✓ ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و المؤسسات العمومية الاستشفائية قام بالتخفيف من حدة المشاكل التي لا طال ما عانت منها المنظومة العمومية للصحة³؛
- ✓ ارتفاع الميزانيات الصحية سنة بعد سنة استجابة للطلب المتزايد ؛
- ✓ انشاء و وضع مخطط وطني لمرضى السكري و مخطط وطني لمحاربة عوامل الخطر الخاصة بالأمراض غير المعدية سنة 2015 ؛
- ✓ اقتراح خطة عمل في سنة 2003 و انطلق التنفيذ و التطبيق سنة 2015 حول السرطان للفترة 2015-2019 ؛

¹ سعيدان رشيد ، بوهنة علي ، المجمع السابق ، ص 16 .

² Ministère de la santé , de la population et de la reforme hospitaliere : **Les Réformes en santé , Evolution et Perspectives , Les acquis des réformes** , Op.cit , p p 38-39 .

³ بقاش وليد ، بلواضح فاتح ، نفس المرجع السابق ، ص 156 .

✓ برنامج زراعة الأعضاء و الذي عرف تطورا هاما في بعض الأنواع و توقفا مفاجئا للبعض الآخر منها ؛

✓ انشاء منشآت و مراكز خاصة بمرض السرطان و جراحة القلب و بدعم من القطاع الخاص في مجال تصفية الكلى؛

✓ توفير تجهيزات و معدات تشخيص عالية الجودة : **IRM, Scanners, accélérateurs** ، **salles de cathétérisme linéaires** ،

✓ تم في سنة 2015 على مستوى 189 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية من أصل 273 تطوير أنشطة العلاج في المنزل حيث تم انجاز 23240 زيارة و التكفل بـ 61908 مريض¹ ؛

✓ تطوير عملية الاتصال المستمر مع الوزارة عن طريق البريد الخاص و بواسطة مراسل الإعلام الآلي الجهوي الموجود على مستوى كل مؤسسة ؛

✓ العمل على تطبيق مشروع الطب عن بعد "télémédecine" و التصوير بالأشعة عن بعد Téléradiologie ، حيث تشمل هذه التقنية مختلف التخصصات على غرار تبادل الخبرات و التشخيص عن بعد ، المراقبة عن بعد ، متابعة المرضى عن بعد ، المساعدة عن بعد ، إعداد تقارير طبية عن بعد ، فضلا عن الإجابة الطبية فهو ضمن المخططات المبرمج إنجازها و التي تسعى الدولة جاهدة لتفعيله تحقيقا لتقليص الجهد و الوقت و التكلفة إضافة إلى تحسين نوعية الخدمة المقدمة ؛

¹ أوشن ريمة ، المرجع السابق ، ص 226 . نقلا عن :

✓ تفعيل ما يسمى بالملف الإلكتروني للمريض (DEM: le dossier électronique du)

(malade) من قبل بعض العيادات الخاصة و المكاتب الطبية العامة و المتخصصة و

مخابر التحليل ، بمعنى متابعة المريض إلكترونيا ، بهدف تخفيف الأعباء على المريض و

تحقيق توازن في ميزانية الدولة . فكلّ مريض سيكون له ملف إلكتروني خاصّ به يتضمن

(دخول المريض ، نتائج التحاليل المخبري ، الأشعة ، الاتصال بين الأطباء...إلخ) ؛

✓ العمل بتطبيق الانترنت منذ بداية سنة 2015 ، حيث أصبح التعامل مع المؤسسات

الاستشفائية إلكترونيا بواسطة نظام المعلومات ، بمعنى أنّ في كلّ ولاية خلية وداخل كلّ

خلية مراسل الإعلام الآلي الجهوي ¹.

بالرغم من ثقل عملية الاصلاح التي أسفرت عن نتائج إيجابية فيما يخص تطور عدد الهياكل

الصحية ، تراجع في معدلات الخصوبة و الوفيات ، انخفاض انتشار الأمراض المتنقلة...إلخ ،

إلا أن تسارع النمو الديمغرافي من جهة و تزايد تطور الحاجيات الصحية للسكان طرح إشكالية

تمويل هذه النفقات التي أثقلت كاهل الدولة ، الأمر الذي استدعى البحث عن مصادر أخرى

لتمويل النفقات الصحية .

المبحث الثالث : النفقات الصحية و تحديات التمويل

إن الهدف الرئيسي من عملية الاصلاح المنتهجة هو التحكم في النفقات و ترشيد استخدام الموارد

المالية المحدودة لمواجهة عبء الأمراض المزمنة التي أصبحت تشكل عبئا ثقيلا على المنظومة

¹ زنفوي فوزية : السياسة الصحية بين الماضي و الحاضر و المستقبل - إجراء مقابلات ميدانية مع الطاقم الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة الجزائر ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني الأول حول الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير و رهانات التمويل ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير جامعة 8 ماي 1945 ، قالمة ، 10-11 أفريل 2018 ، ص 11.

الصحية نظرا لتزايد النفقات المتعلقة بها ، حي أن التكفل بها أصبح يهدد توازن صناديق الضمان الاجتماعي و يطرح إشكالية تمويل المنظومة الصحية .

المطلب الأول : تطور نظام تمويل القطاع الصحي في الجزائر

سنحاول فيما يلي التعرف على المراحل التي مر بها نظام التمويل في قطاع الصحة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ، و هذا في سبيل ترقية الصحة العمومية و التكفل و الارتقاء بصحة السكان.

1- المرحلة الأولى : مرحلة التمويل المختلط "1963 - 1973"

تميزت هذه الفترة بضعف الجهاز التمويلي ، حيث كان على عاتق السلطات العمومية آنذاك إعادة تأهيل و تنظيم مخلفات الاستعمار من المؤسسات الصحية من أجل توفير الحد الأدنى من الخدمات الصحية لمواطنيها .

اعتمد القطاع العام في هذه المرحلة على ثلاثة مصادر متميزة و لكن متكاملة في تمويل قطاع الصحة ، تتمثل هذه المصادر فيما يلي¹ :

• التسبيقات :

تمثلت في مساهمة الهيئات العمومية و التي قدرت بـ 60% من موارد المؤسسة الصحية ، شملت الشريحة المستفيدة من هذه المساعدات الطبية المجانية فئة الأشخاص المعوزين و بمعنى آخر تمثل هذه التسبيقات تمويل الخدمات المقدمة للأشخاص المنخرطين في نظام الإعانة الصحية المجانية . حيث تغطي الخزينة نسبة 85 % من نفقاتهم ، و النسبة الباقية أي 15 % فتوزع كما يلي: 8% على حساب المحافظات ، و 7 % على حساب البلديات².

¹ عدنان مريزق ، : واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، نفس المرجع السابق ، ص 177.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 8 الصادرة في أول محرم عام 1394 هـ الموافق لـ 25 يناير سنة 1974 ، مرسوم رقم 1-74 المؤرخ في 22 ذي الحجة عام 1393 الموافق لـ 16 يناير سنة 1974 و المتضمن مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية و الاجتماعية ، ص 80.

• عائدات تسديد المصاريف :

أي أن مؤسسة الضمان الاجتماعي تتحمل نسبة 30% من النفقات الصحية الإجمالية لصالح المنخرطين ، أو المؤمنين و ذويهم ، يتم حساب هذه التسديدات على أساس تسعيرة تعتمد على سعر اليوم في المستشفى ، المحدد سنوياً من طرف السلطات العمومية الوصية.

• العائدات الخاصة :

تأتي هذه المساهمة من دفعات المرضى الذين يدفعون ثمن علاجهم مباشرة عند مغادرتهم المؤسسة الصحية ، بحكم أنهم يفتقدون للتغطية الاجتماعية بأي نظام تأمين كان ، حيث تشمل هذه الفئة ذوي المهن الحرة ، التجار ، الحرفيين ، ... إلخ ، و لا تمثل هذه العائدات سوى 10 % من دخل المستشفيات .

بالرغم من تعدد المزايا الناتجة عن نظام التمويل السائد خلال تلك الفترة ، إلا أنه و في المقابل عرف مظاهر عجز بسبب الأوضاع التي سادت البلاد آنذاك ، كعدم تحصيل الفواتير التي ترسل للمستفيدين من الخدمة الصحية نتيجة تغير السكن بصفة متواصلة بعد الاستقلال أو التصريح بعناوين خاطئة من قبل المرضى . أضف إلى ذلك نظام التسعير القائم على أساس التسعيرة لليوم الواحد الذي يمثل مؤشراً جدياً سيئاً للنتائج رغم فعاليته في تتبع أنواع النفقات . و عليه ، فإن الحالة الصحية الغير مستقرة ، تراكم حجم الديون العامة و عدم القدرة على تغطيتها ، إضافة إلى الحواجز المالية التي حالت دون تلبية الحاجيات الصحية المتزايدة للمواطنين... و غيرها ، كلها عراقيل دفعت بالسلطات العمومية نحو إعادة التفكير في نظام جديد أكثر فعالية و مرونة لتمويل مؤسساتها الصحية .

2- المرحلة الثانية : مرحلة التمويل العمومي و الشبه عمومي "1974 - 1991"

مع صدور الأمر الوزاري رقم 73-65 سنة 1974 و الذي أقر مبدأ مجانية العلاج ، لجأت

السلطات الوصية إلى إدخال نظام تمويل جديد ، حيث تم بموجب ذلك إحداث ما يعرف بنظام الدفع الجزافي بعد إلغاء نظام التسعيرة الاستشفائية¹، الذي حمل بذور فشله مع بداية تطبيقه ، أين أصبح النظام الصحي يزود بميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية ، و تعتبر الدولة وكذا صندوق الضمان الاجتماعي الممول الأساسي لهذه الميزانية² .

• مساهمة الدولة :

كانت مساهمات الدول موجهة أساسا نحو النشاطات الوقائية ، التكوين و البحث ، تغطية نفقات العلاج الذي يستفيد منه الأشخاص المعوزين وكذا تغطية الاحتياجات الصحية للسكان . تعتبر مساهمة الدولة خلال السنوات الأولى من إقرار العلاج المجاني جد مهمة ، إلا أنها عرفت تراجعا خلال الفترة الممتدة بين 1979-1988 و ذلك بحلول الأزمة الاقتصادية التي تزامنت مع سياسة إعادة الهيكلة التي تبنتها الدولة تلك الفترة . كل هذه الأمور ساهمت في انخفاض مساهمة الدولة في تمويل القطاع إلى أقل من 20% سنة 1989 بعد ما بلغت نسبتها 71% سنة 1974 و 34% سنة 1987³.

• مساهمة الجماعات المحلية:

دامت مساهمة الجماعات المحلية إلى غاية سنة 1979 ، لتتوقف بعد ذلك بصفة نهائية عن تمويل قطاع الصحة نظرا للمشاكل التي عرفتتها و المتعلقة أساسا بعجزها ، حيث قدرت مساهمتها في تمويل قطاع الصحة بـ 6% من المجموع الكلي في سنة 1975 . فبالرغم من أن هذه

¹ بوسالم فاطمة ، قدي عبد المجيد ، المرجع السابق ، ص 79 .

² خلاصي عبد الاله : إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017 ، مجلة المشكاة في الاقتصاد التنمى و القانون ، المجلد 01 ، العدد 06 ، 2017 ، ص 204 .

³ علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، نفس المرجع السابق، ص 172 .

المساهمة لم تكن معتبرة إلا أنها ساهمت في تغطية جزء من تكاليف القطاع ¹ .

• مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي :

مشاركة صناديق الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي كان عن طريق نظام الدفع الجزافي ، و التي يتم تحديدها عن طريق تقديرات قطاع الصحة مقابل مقارنة حجم مساهمة الدولة .
لعل الأمر الملاحظ خلال هذه الفترة هو أن مساهمة الضمان الاجتماعي عرفت نموا مستمرا ، حيث كلما تناقصت مساهمة الدولة زادت مساهمة الضمان الاجتماعي ، حيث وصلت نسبة مساهمة الصناديق سنة 1962 ، 62.4% بقيمة مالية قدرت بـ 5000 مليون دينار جزائري ، في حين انخفضت نسبة مشاركة الدولة في نفس السنة إلى 36.5% أي بقيمة 2979 مليون دينار جزائري . وجهت هذه المساهمة أساسا نحو تمويل بعض الهياكل الصحية الثقيلة كتلك المتعلقة بأمراض القلب و العلاج بالخارج ، إضافة إلى تمويل الاستثمارات المنجزة في قطاع الصحة ² .

• مساهمة طب العمل:

يعد طب العمل من بين المصادر التي لعبت دورا هاما في تمويل القطاع الصحي خلال هذه الفترة، حيث تقدم هذه المساهمة من قبل إدارات و المؤسسات العمومية . يغطي هذا الدفع الجزافي مصاريف التسيير و كذا المبالغ الموجهة للاستثمارات . يمثل هذا النوع من المساهمات تجديدا فيما يخص تغطية التكاليف العلاجية متجاوزا بذلك مرحلة مجانية العلاج ، فبالرغم من مساهمة هذا النوع في تغطية بعض النفقات الصحية التي أثقلت كاهل ميزانية الدولة ، إلا أن نسبة هذه المشاركة لم تتعد 02% من الميزانية الاجمالية للمؤسسة الصحية .

بالرغم من إيجابيات نظام التمويل الجزافي خاصة من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشريحة كبيرة من المجتمع ، إلا أنه يعتبر كتجريد للمسيرين من المسؤولية و خاصة مسؤولية

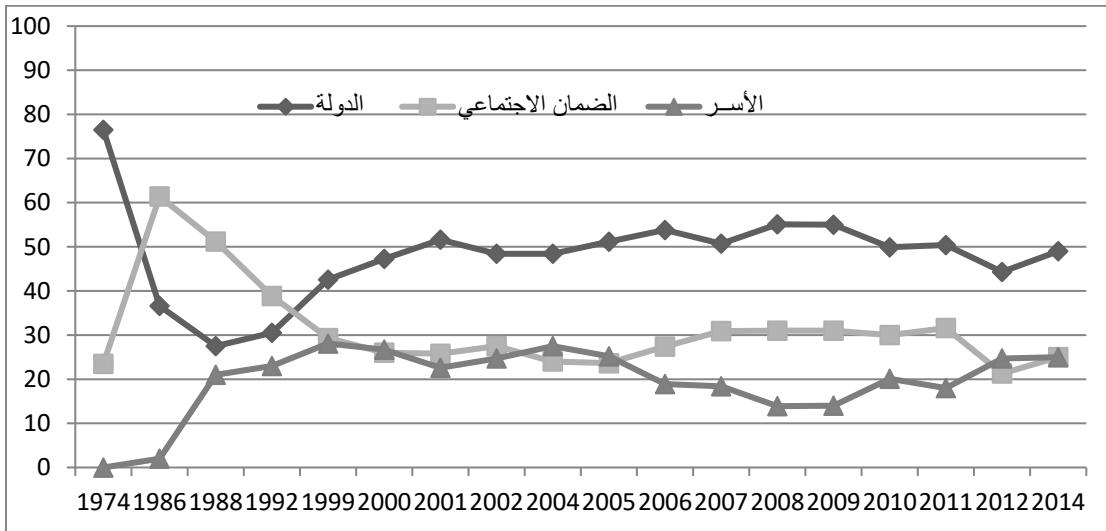
¹ المرجع السابق ، ص 172 .

² المرجع السابق ، ص 172 .

مصالح الضمان الاجتماعي ، حيث لا يمكنهم مراقبة استعمال أموال الضمان الاجتماعي و لا ضمان استفادة العمال المشتركين في الصندوق .

3- المرحلة الثالثة : مرحلة التمويل المتعدد "1992 - 2010"

نميز في هذه المرحلة بين ثلاثة مصادر تمويلية رئيسية و الشكل الموالى يوضح مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر للفترة الممتدة بين 1974 و 2014 و هذا كما يلي ¹:



شكل رقم (3-3) : تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من إجمالي النفقات الصحية "1974-2014"

المصدر : فرطقي مفيدة :النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجارى، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني الأول حول الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير و رهانات التمويل ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة 8 ماي 1945 ، قالمة ، 10-11 أبريل 2018 ، ص 03.

• مساهمة الدولة:

يبقى دور الدولة أساسى في تمويل قطاع الصحة التي تسهر على تحقيق العدالة الاجتماعية ، ترقية الرعاية الوقائية و العلاجية ، تطوير نفقات التكوين و البحث العلمي من أجل تحسين الوضع

¹ Ofriha Fatima Zohra : **De Réforme en réforme : Un système de santé à la croisée des chemins** , READ, algerie , 2006 , p 136.

الصحي للسكان . و الجدول الموالي يمثل أرقام توضح مدى مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية للفترة 2008-2017 .

جدول رقم (3-9): مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية "2008-2017"

السنة	2008	2009	2010	2011	2012
نسبة المساهمة	%78.7	%81.5	%83.3	%89.5	%84.6
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
نسبة المساهمة	%83.8	%82.8	%89.9	%79.9	%78.9

المصدر : خلاصي عبد الاله ، المرجع السابق ، ص 204 .

من خلال الشكل و الجدول المبين أعلاه يتبين أن حصة الدولة في تمويل النفقات الصحية شكلت نسبا كبيرة ، حيث خصصت جملة من الاعتمادات لقطاع الصحة في إطار الميزانية العامة للدولة، و التي تنقسم إلى اعتمادات تغطي نفقات التسيير و تمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة و تتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين و نفقات الأدوية ، في حين يخص الجزء الثاني من الاعتمادات تلك التي تغطي نفقات التجهيز و التي تتحملها الدولة بالكامل¹. بلغت نسبة مساهمة الدولة 76.51% سنة 1974 و يعود ذلك للفائض المالي لتلك الفترة و التي سمح بتغطية نسبة معتبرة من النفقات الصحية ، لكن سرعان ما تراجعت هذه المساهمة تزامنا مع الأزمة المالية التي عرفتها البلاد. هذا و تبين الأرقام في الجدول أعلاه أن متوسط نسبة مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية بلغت حوالي 82.4% و سجلت سنة 2011 أعلى نسبة بـ 89.5% ، يعود ذلك إلى الوضع المالي المريح الذي عرفه الاقتصاد الجزائري في تلك الفترة .

تولي الدولة اهتماما كبيرا لقطاع الصحة ، حي تخصص له سنويا و بتزايد مبالغ معتبرة ، الأمر الذي مكن القطاع من تحقيق تطور على مستوى المؤسسات الصحية ، إلا أنها تبقى غير كافية .

¹ نيس سعيدة : تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015 ، مجلة الدراسات المالية و المحاسبية ، جامعة الشهيد حمة لخضر ، الوادي ، العدد 07 ، السنة السابعة ، 2016 ، ص 376 .

فعلى الرغم من ضخامة الأغلفة المالية المرصودة لهذا القطاع إلا أنه لا يزال يعاني من تدهور في الخدمات التي يقدمها و ذلك نتيجة لسوء التسيير و نقص الإطارات المؤهلة .

• مساهمة الضمان الاجتماعي :

يعتبر الضمان الاجتماعي أكبر مساهم بعد الدولة في تمويل النفقات الصحية في كلا القطاعين العام و الخاص ، و ذلك عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية للمؤمنين الذي يتم بناءا على تعريفه تحددها الوزارة الوصية . تأكيدا لأهمية مساهمة الضمان الاجتماعي ، ورد الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 و المتضمن لقانون المالية لسنة 1995 و الذي جاء فيه ما يلي : "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان و حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم و تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم و تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا " ¹. و الجدول الموالي يوضح بالأرقام مدى مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية خلال الفترة 2008-2017 :

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 87 ، الصادرة في 27 رجب عام 1415 الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994 ، الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 الموافق 31 ديسمبر 1995 يتضمن قانون المالية لسنة 1995 ، المادة 132 ، ص 37.

**جدول رقم (3-10) : مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي في تغطية النفقات الصحية للفترة
2017-2008**

الوحدة (مليون دج)

السنة	2003	2004	2005	2006	2007
الضمان الاجتماعي	25.000	27.021	35.000	35.000	35.000
السنة	2008	2009	2010	2011	2012
الضمان الاجتماعي	38.000	38.000	38.000	38.000	48.129
السنة	2013	2014	2015	2016	2017
الضمان الاجتماعي	49.629	57.818	65.219	64.815	73.753

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لوثائق تابعة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات .
يوضح الجدول أعلاه التطور المتسارع لمساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية، وذلك نتيجة زيادة عدد المؤمنین اجتماعيا إلى 9.994.364 مؤمن سنة 2011 بعد ما كان عددهم سنة 2001 يقدر بحوالي 5.321.021 و هو ما ساهم في زيادة إيرادات الصندوق.
فبعدما كان هذا المبلغ لا يتجاوز 8.6 مليار دينار جزائري سنة 1990 ، إلا أنه ارتفع إلى 25 مليار دينار سنة 2003 ليصل إلى 35 مليار دينار سنة 2005 . و في مرحلة ثانية سجل هذا المبلغ قفزة ثانية ليصل إلى 38 مليار دينار سنة 2008 و استقر على نفس المبلغ لمدة ثلاثة سنوات أخرى .

تواصلت مساهمة الضمان الاجتماعي في التزايد سنة بعد سنة من أجل تغطية النفقات الصحية لتبلغ حوالي 73.75 مليار سنة 2017. و السبب في زيادة وتيرة الانفاق تعود في الأساس إلى النمو المستمر لنفقات الصحة الناتجة عن ارتفاع النمو الديمغرافي و الأسعار من جهة ، و الارتفاع معدل البطالة من جهة أخرى حيث بلغ 16.6 سنة 2015 .

تجدر الإشارة إلى أنه تقع مسؤولية تمويل الصحة العامة و مجانية العلاج على ميزانية الدولة و كذا حماية الأشخاص الغير مؤمنين و المحرومين، في حين تتولى صناديق الضمان الاجتماعي

تمويل نموذج تأمين المرض الإجباري من خلال اشتراكات العمال¹. و قبل الانتقال إلى تطبيق الصيغة التعاقدية تم و لوقت طويل تطبيق الغلاف المالي الجزافي الذي نتج عنه نوع من الاسراف في عملية تسيير ميزانية بعض المؤسسات الصحية و عليه يصعب تقدير المضمون الحقيقي لهذه المساهمة ، الأمر الذي يهدد توازن ميزانية الضمان الاجتماعي .

• مساهمة الأسر :

عند الحديث عن التمويل الذاتي فيمكن رصد مصدرين خاصين بالتمويل يتمثلان في²:
أولا : التمويل الذي مصدره المؤسسات الخاصة أو العامة : تسعى هذه الفئة إلى التحكم في النفقات العلاجية التي كانت توجه نحو مصادر أخرى من أجل تسييرها من جهة ، و تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة أخرى ، و ذلك عبر إنشاء مراكز صحية.

ثانيا : التمويل الذي مصدره الأفراد : بالرغم من أن الأمر المتعلق بمجانية العلاج لم يستبعد مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية، إلا أنه لم يزيل الغموض أيضا في هذا المجال بالرغم من أن الخدمات العلاجية كانت تقدم بالمجان حتى للأجانب ، إلى حين صدور تعليمة وزارية سنة 1984 تفرض على المواطنين المساهمة في تكاليف الفحوص الطبية و العلاجية . و يقصد بالمساهمة في هذه الحالة بالدفع الفوري لتكاليف العلاج من قبل المرضى الذين لا تغطي تكاليف علاجهم من قبل الدولة و غير المؤمنين أو ذوي الحقوق .

تمثل النفقة الصحية التي تساهم بها الأسر في المتوسط حوالي 22 % سنويا - في حين توصي منظمة الصحة العالمية و البنك العالمي بنسبة لا تفوق 10 % - ، بلغت هذه النسبة ذروتها سنة

¹ علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، نفس المرجع السابق، ص 183.

² خلاصي عبد الاله ، المرجع السابق ، ص 206.

1997 ببلوغها 29.5% بالرغم من الوضع الأمني آنذاك و الذي كان يسوده نوع من اللاإستقرار ، هذا و حتى في أحلك الظروف بقيت هذه النسبة مرتفعة حيث وصلت إلى حدود 28.1% من إجمالي النفقات الصحية سنة 1999 ، و هو مستوى قياسي في فترة كانت فيها الجزائر في عز الأزمة الاقتصادية و ما عرفته من صعوبات مالية .

بالرغم من أن نسبة مساهمة الأسر لم تتجاوز تلك التي تطبق في تونس و المغرب إلا أنها تبقى أكبر مما تتحمله الأسر في الدول المتقدمة ، التي تتميز بارتفاع الدخل الفردي و يعود ذلك إلى :

✓ لجوء المرضى إلى القطاع الخاص ذو الأسعار المرتفعة بسبب نقص الأخصائيين و تدني

الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام؛

✓ التجاوزات في قيمة التعريفة الطبية المطبقة في القطاع الخاص و عدم خضوعها للمراقبة ؛

✓ عدم تعويض تكاليف القطاع الخاص ، حتى و إن تم تعويضها يتم ذلك بنسب ضئيلة

جدا؛

✓ المبالغ غير المعوضة و التطبيب الذاتي .

ساهمت هذه التجاوزات في عقد الميزانية المالية للأسر و خفض في استهلاك بعض الأدوية ، كل

هذا و أكثر أدى إلى اشتداد انتشار عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية و هو الأمر

الذي زج بالعديد من الأسر إلى هوادة الفقر . لذى على السلطات المعنية العمل على التقليل من

هذه التجاوزات عبر مراقبة و مراجعة مدونة الأنشطة الطبية ، و تحيين الأسعار المطبقة على

التعويضات التي لم تتغير منذ سنة 1985 . بصورة أدق عليها أن تجد التوليفة الصحيحة التي

تضمن استمرار العلاقة التعاقدية الثلاثية (الدولة ، الضمان الاجتماعي و الأسر) سعيا منها إلى

تقليل التكاليف الصحية و الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلا .

المطلب الثاني : تطور حجم الإنفاق على الصحة :

عرفت النفقات الصحية في الجزائر تطورا مستمرا ، إذ قدر البنك العالمي نموها بـ 39% خلال الفترة (1995-2009). حيث انتقلت من 106 إلى 129 مليار دينار بين 1998-2002 ، ومن 175 إلى 185 مليار دينار بين 2010-2011. كما صرح مدير الضمان الاجتماعي ، أن النفقات الصحية بلغت حوالي 300 مليار دينار سنة 2014 ، و يعتبر انتشار الأمراض المزمنة التي تتطلب تكنولوجيا متطورة و مكلفة و الأدوية ذات الأسعار المرتفعة ، من الأسباب الرئيسية لتفاقم و تضخم هذه النفقات في بلادنا¹. و لتحديد و تحليل حجم هذا الإنفاق على الصحة يمكن الاعتماد على مؤشرين أساسيين هما نسبة ما يخصص للصحة من الميزانية العامة للدولة ، و حصة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام².

1- الميزانية العامة للصحة بالنسبة لميزانية الدولة :

هذا المؤشر يبين كيف تتنافس الصحة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب إنفاقا عموميا ، أي الأولويات التي تمنحها السلطات العمومية للصحة في مجموع نشاطاتها . و الجدول الموالي يمثل الميزانية العامة لقطاع الصحة مقارنة بالميزانية العامة للدولة خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى 2015 .

¹ فرطافي مفيدة ، المرجع السابق ، ص 07.

² نيس سعيدة : تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 200-2015 ، مجلة الدراسات المالية و المحاسبية ، جامعة الشهيد حمة لخضر ، الوادي ، الجزائر، العدد 7 ، السنة السابعة ، 2016 ، ص 372.

جدول رقم (3-11) : نصيب نفقات الصحة (تجهيز/تسيير) في الميزانية العامة للدولة
"2010-2015" (مليون دج)

السنة	النفقات العامة للدولة			نصيب النفقات الصحية في الإنفاق العام				
	التجهيز	التسيير	المجموع	التجهيز	%	التسيير	%	المجموع
2010	333195	283800	616995	1356	0.4	19501	6.8	20857
2011	318412	343430	661842	1381	0.4	22785	6.6	24167
2012	282041	460825	742866	3711	0.1	40494	8.7	40865
2013	254420	433561	687982	1268	0.4	30692	7.0	31961
2014	294171	471445	765616	1705	0.5	36594	7.7	38300
2015	388578	497227	885806	2349	0.0	38197	7.6	38432

المصدر : نيس سعيدة ، المرجع السابق ، ص 373 .

توضح البيانات الواردة في الجدول أن الحصة المالية المخصصة لقطاع الصحة ضئيلة جدا و لا تعكس ما جاء في ملفات و بنود الإصلاح بالرغم من استفادة القطاع من غلاف مالي قدر بـ 619 مليار في إطار البرنامج الخماسي للفترة 2010-2014 . هذا و يوضح الجدول أيضا أن متوسط نصيب الصحة من إجمالي الإنفاق العام للدولة قدر بـ 4.41 % ، إذ أن الحصة الأكبر خصصت لنفقات التسيير ، حيث بلغت قيمتها في المتوسط بـ 7.46 % من نفقات التسيير العامة خلال السنوات الستة الماضية ، مع العلم أن متوسط اعتمادات الدفع التي تخصصها الدولة سنويا لتجهيز قطاع الصحة لا تتجاوز 4 % سنويا من إجمالي ميزانية الصحة .

عرفت الفترة 2010-2015 تذبذبا في مخصصات الصحة من النفقات العامة للدولة ، حيث سجلت أقصى زيادة لها سنة 2012 بأكثر من 408 مليار دينار جزائري ، أما سنة 2013 فقد سجلت انخفاضا ملحوظا بالنسبة لبنية نفقات التسيير و هو راجع لاحتياجات القطاع من الأموال . من المعروف أن المورد البشري في المؤسسات الاستشفائية يمثل أهم عنصر و خاصة السلك شبه طبي ، و هكذا فإن نفقات المستخدمين تمثل حوالي ثلثي نفقات التسيير ، و إذا أضفنا هذه الأخيرة إلى نفقات الدواء فإن هذين العنصرين يمثلان 80%¹. نفس الملاحظة بالنسبة لنفقات التجهيز ، حيث عرفت هذه الفترة تذبذبا علما أن الوضعية المالية للاعتمادات المفتوحة تبين أن نسبة استهلاكها ضعيفة مقارنة بمخصصات التسيير ، حيث سجلت أعلى نسبة سنة 2014 بـ 0.57% و أدنى نسبة سنة 2015 بـ 0.06% ن و هو أكبر دليل على عدم الالتزام بتحقيق البرامج المسطرة من بناء المؤسسات الصحية و تجهيزها ، و مرد ذلك خلل في تسيير الأموال المرصودة لعملية الإصلاح.

من خلال حجم الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة يمكن إدراج ملحوظة مهمة في هذا النطاق مفادها أن نفقات القطاع الصحي الخاصة بالتجهيز تشمل صنفين أساسيين : نفقات موجهة إلى المصالح المركزية بنسبة 37%، و أخرى موجهة إلى المصالح اللامركزية بنسبة تقدر بـ 63% من حجم نفقات التجهيز . تشمل هذه النفقات ثلاثة قطاعات فرعية أساسية تتمثل في ²:

- **النفقات الصحية :** تمثل مجموع المبالغ الموجهة للهياكل الصحية القاعدية كالمؤسسات الاستشفائية الجامعية و المتخصصة و المراكز الصحية و غيرها .

¹ Chaouche Ali : **Le financement de système de santé**, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 8-19 janvier 2014 , p 06.

² علي دحمان محمد ، بوقناديل محمد : **تقييم الانفاق العام مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة**، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 02، 2016 ، ص 88 .

• **نفقات التكوين :** هي المبالغ الموجهة لإنشاء معاهد شبه طبية لتكوين مستخدمي القطاع ،

الموجهة أيضا نحو المدرسة الوطنية للصحة العمومية .

• **نفقات الهياكل الإدارية :** تشمل النفقات المخصصة لإنشاء الهياكل الصحية الإدارية التي

تضمن السير الحسن لمختلف المصالح و الأنشطة .

إن تحليل حقل الانفاق الصحي يبين الدور الذي تلعبه الحكومة في تنمية النشاطات الاجتماعية و

الصحية خاصة ، فنسبة الاعتمادات التي استفاد منها القطاع في جانب التسيير مكنته من احتلال

المرتبة الرابعة بين باقي القطاعات لسنة 2011¹. إلا أن هذا الأمر انعكس سلبا على توازن

بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله و كذا ميزانية الدولة، و بالتالي كان لبد من إيجاد

الحلول الملائمة لترشيد الانفاق الصحي و التحكم فيه عبر الاستغلال الحسن و التوظيف الأمثل

للمخصصات المالية و ليس التقليل منها .

2- نصيب نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام :

يمثل هذا المؤشر الجهود المجتمعية المبذولة لصالح ترقية الصحة ، كما يعتبر ركيزة من ركائز

عملية التخطيط و التنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الحيوية . قدر متوسط نسبة

الانفاق على الخدمات الصحية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر بـ 2.5 % سنويا و هي نسبة

محتشمة جدا بالرغم من الوفرة المالية الناتجة من ارتفاع أسعار النفط . و الجدول التالي يبين لنا

نصيب نفقات الصحة الكلية في الناتج الداخلي الخام في الجزائر :

¹ علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، المرجع السابق، ص 222.

جدول رقم (3-12) : نسبة الميزانية العامة لقطاع الصحة بالنسبة للناتج المحلي الخام للفترة
(2014-2005)

السنوات	2005	2006	2007	2008	2009
نسبة الانفاق الصحي من PIB	%3.2	%3.4	%3.5	%3.8	%4.6
السنوات	2010	2011	2012	2013	2014
نسبة الانفاق الصحي من PIB	%4.8	%5.1	%6.01	%6.6	%7.2

المصدر : كرمين سميرة :تقييم فعالية سياسات الانفاق العمومي على القطاع الصحي في الجزائر
في ضوء المعايير الكفاءة و الكفاية و العدالة ، مجلة البحوث و الدراسات التجارية ، المجلد 03،
العدد 02، سبتمبر 2019 ، ص 122.

أظهرت النسب المسجلة أن نسبة الانفاق على الخدمات الصحية في الجزائر تمثل جزءا بسيطا
بالنسبة للناتج المحلي الخام خلال السنوات التي سبقت تطبيق المخطط الخماسي و الذي يرجع
إلى السياسة الانكماشية التي انتهجتها الدولة في تلك الفترة ، إلا أن هذه النسب تزايدت مع المباشرة
في تطبيق المشاريع الاصلاحية ، حيث شهدت زيادة في الأغلفة المالية المخصصة لقطاع الصحة
و هذا راجع في الدرجة الأولى إلى ارتفاع أسعار النفط و استفادة جميع القطاعات من الوفرة
المالية .

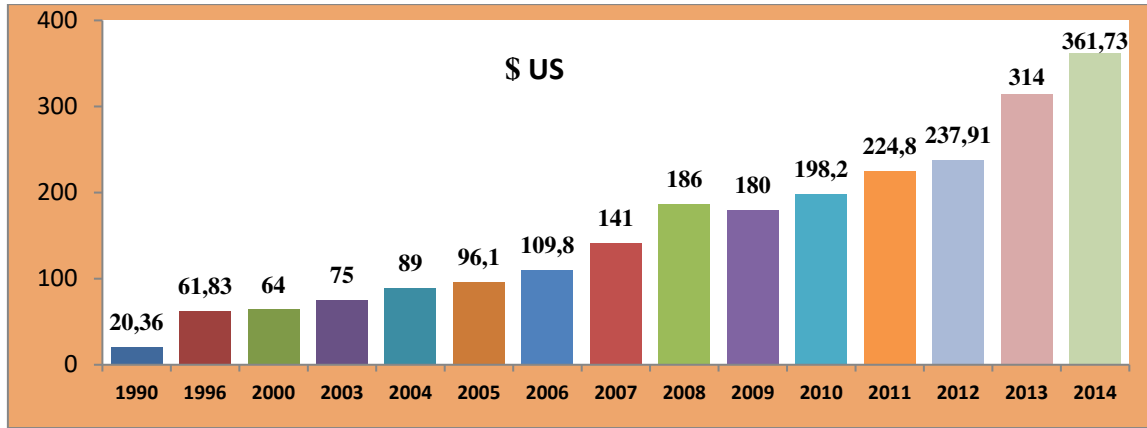
لا يمكن الانكار أن هذه النسب عرفت ارتفاعا تدريجيا حيث انتقلت من 3.2% سنة 2005 إلى
7.2% سنة 2014 . إلا أن ذلك أقل بكثير من مخصصات معظم البلدان العربية و التي تتجاوز
نسبة انفاقها على الخدمات الصحية 5% بالرغم من أن عدد السكان فيها أقل بكثير من ما هو
عليه الوضع في الجزائر كتونس و لبنان . أما بالنسبة للبلدان المتقدمة فلا مجال للمقارنة ، حيث
أن فرنسا و ألمانيا يخصصان ما لا يقل عن 10% من الناتج الداخلي الخام لتمويل النفقات
الصحية إضافة إلى الولايات المتحدة الأمريكية التي تخصص نسبة 16.4% سنة 2013 ن هذا

مع العلم أن منظمة الصحة العالمية توصي بتخصيص ما لا يقل عن 5% من الناتج الداخلي الخام¹.

نشير في هذا الصدد إلى أن مسألة التحكم في التطور الهائل و مسألة تمويل النفقات الصحية تعد من أهم التحديات التي تواجه السياسة الصحية الوطنية ، حيث أن تغير الخارطة الصحية للمرض، النمو الديمغرافي الهائل ، ارتفاع عدد المستخدمين توسيع شبكة مجالات التغطية الصحية التي بلغت 85% ، كلها عوامل ساهمت في زيادة الانفاق العام على القطاع الصحي و الذي أصبح في مقدمة انشغالات أصحاب القرار في هذا القطاع ، حيث أن تطور نصيب النفقات الكلية في الناتج الداخلي الخام الموجه للقطاع الصحي يعبر عن مدى هذا الاهتمام إلا أنه لا يعكس التوزيع العادل للإنفاق الصحي على السكان إل من خلال دراسة متوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحي و الشكل الموالي يوضح ذلك² :

¹ عياشي نورالدين : تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الإنسانية ، المجلد ب ، العدد 31 ، جامعة قسنطينة 1 ، جوان 2009 ، ص 300 .

² Mahfoud Nacera , Brahmia Brahim : **Impact du vieillissement futur de la population algérienne sur les dépenses de santé : Projection à l'horizon 2060** , Revue d'économie et de statistique appliquée , Vol 13 , N°1 ,2017 , p 174 .



شكل رقم (3-4) : تطور نصيب الفرد من النفقات الصحية للفترة 1996-2014

المصدر : فرطقي مفيدة ، المرجع السابق ، ص 06.

نلاحظ من خلال المعطيات الموضحة في الشكل أعلاه أن متوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحي عرف تزايدا ملحوظا خلال السنوات الأخيرة ، حيث تزايد هذا النصيب منتقل من 20.36 دولار سنة 1990 إلى 314 دولار سنة 2013 ، إذ ارتفع هذا المؤشر سنة 2014 و حسب المعطيات التي قدمها البنك العالمي إلى 361.73 دولار . لكن إذا ما تم مقارنته بالدول المتقدمة ، فإننا نلاحظ وجود تفاوت كبير من خلال تسجيل قيم مرتفعة مقارنة بتلك التي سجلت بالجزائر إذ تم تسجيل ما قيمته 9403 دولار سنة 2014 في الولايات المتحدة الأمريكية و 4864 دولار بفرنسا أي 10 أضعاف ما ينفق على الفرد في الجزائر . هذا و يبقى الانفاق الفردي على الصحة في بلدنا مرتفعا مقارنة ببعض الدول النامية كتونس (305.31 دولار) و المغرب (190.05 دولار) و هو ما يوضح حجم الفجوة التي تمثل الفرق في الانفاق الصحي على المستوى العالمي رغم الشعار الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية سنة 2000 و الذي مفاده " الصحة للجميع " .

المطلب الثالث : أسباب ارتفاع الانفاق الصحي

إن مختلف التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري خلال الحقبة الأخيرة تشير إلى مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية و بالتالي الإنفاق عليها ، يمكن تلخيص

هذه التغيرات في العناصر التالية¹:

- **تغيرات الخريطة الصحية :** حيث تميز هذا التحول في تزايد المشاكل المترتبة عن الأمراض المتنقلة ، إضافة إلى تزايد أعباء الأمراض المزمنة و غير المتنقلة كالسكري ، السرطان ، ضغط الدم و أمراض القلب و غيرها . و هو ما شكل أعباء إضافية إلى قيمة النفقات الموجهة لقطاع الصحة .
- **تطور الهياكل الصحية :** و الذي يعتبر أيضا من بين أسباب تزايد الانفاق الصحي . فقد شهدت الجزائر تطورا ملحوظا في إنشاء الهياكل القاعدية خاصة مع جملة الإصلاحات التي انتهجتها البلاد و التي أقرت إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، إضافة إلى تعزيز المنشآت القاعدية الأخرى ، كالمراكز الصحية و قاعات العلاج و غيرها استجابة للطلب المتزايد .
- **ارتفاع عدد الممارسين في المجال الصحي :** فهو بدوره يعتبر من بين أسباب تزايد النفقات الصحية حيث عرف عدد المستخدمين في السلك الطبي و الشبه الطبي تزايدا ملحوظا في السنوات الأخيرة ، إذ انتقل من 89556 مستخدم (يشمل أطباء ، جراحو أسنان ، صيادلة) سنة 2013 إلى 105438 مستخدم سنة 2017 في السلك الطبي . و من 123344 مستخدم (تقنيون سامون ، تقنيون و مساعدون) في السلك الشبه الطبي سنة 2013 إلى 127365 مستخدم سنة 2017.
- **النمو الديمغرافي :** يعتبر من أهم الأسباب التي أدت إلى ارتفاع الانفاق الصحي ، حي بلغ عدد سكان المقيمين في الجزائر سنة 2017 بـ 41721000 نسمة بمعدل نمو طبيعي

¹ باركة محمد الزين ، خلاصي عبد الإله : ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر ، تطورها ، أسبابها و متطلبات ترشيدها ، المجلة الجزائرية للمالية العامة ، العدد 07 ، 2017 ، ص ص 122-128 .

يقدر بـ 2.09 % . هذا إضافة إلى التغيرات الديمغرافية و المتمثلة في انخفاض معدلات الولادة و ارتفاع مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة و بالتالي انخفاض الفئة العمرية صغيرة السن و بداية ظهور الشيخوخة التي تحتاج إلى إنفاق متزايد على احتياجاتها الصحية حيث انتقلت الفئة العمرية أكبر من 60 سنة من 6.6 % سنة 1998 إلى 8.5 % سنة 2014¹.

- ارتفاع فاتورة الواردات من الأدوية و المواد الصيدلانية : تتصف السوق الوطنية للأدوية بالجزائر بالمحدودة ، حيث بلغ حجم الواردات من الأدوية سنة 2016 بـ 32.06 مليار دولار مقابل 1.17 مليار دولار من الإنتاج المحلي ، حيث تعود نسبة 84% منها إلى القطاع الخاص و ما تبقى إلى القطاع العام ، و هو ما أدى إلى ارتفاع أسعار بعض الأدوية من جهة و تدخل الدولة عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي لحماية الأفراد من التكاليف المرتفعة للأدوية من جهة أخرى . تجدر الإشارة هن أن الانفاق الحكومي لا يقتصر على الأدوية فقط إنما يتضمن المواد الصيدلانية ، حيث بلغت واردات هذه الأخيرة 1499.61 مليون دولار سنة 2012 مقابل 492.53 مليون دولار سنة 2001 و هو ما يفسر ارتفاع الانفاق الصحي².

- زيادة نفقات الأدوات و التسيير : و هي النفقات المخصصة للتكفل بمصاريف المهمات الموكلة للإطارات الصحية خارج البلاد، حيث تم إقرار ذلك بصدور المرسوم التنفيذي رقم 02-466 المؤرخ في 24 ديسمبر 2002 و المتعلق بالمكافأة التعويضية للمصاريف

¹ Brahmia Brahim : **Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie** , Colloque international sur les politiques de santé , Alger , 18/19 janvier 2014, p 10.

² خدير نسيمه ، المرجع السابق ، ص 177 .

المرتتبة عن المهمات المؤقتة بالخارج¹.

إضافة إلى ما سبق يقدم بعض الباحثين في المجال بعض الأسباب التي أدت إلى زيادة الانفاق الصحي ، من بينها² :

- توسع مجالات التغطية الاجتماعية (التأمين على المرض) مقابل ضعف التصريح بالعمال إضافة إلى تزايد أنشطة الاقتصاد غير المنظم ، هو الأمر الذي أدى إلى التأثير سلبا على تمويل منظومة العلاج ؛
- التقدم العالمي في المجال الطبي ما أدى إلى استعمال التجهيزات و الأدوات الطبية ذات التكنولوجيا العالية و بالتالي المبالغ الباهظة؛
- اعتماد تقنيات التسيير التقليدية التي لا تسمح للمسيرين بتحديد التكاليف الحقيقية و التحكم فيها ما أدى إلى انعدام الرشادة في الانفاق ؛
- التغيرات الاقتصادية و المتمثلة في الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق و جملة الاصلاحات التي رافقت ذلك و التي مست القطاع الصحي بالدرجة الأولى ؛
- زيادة حجم النفقات المخصصة لأشغال الصيانة ؛
- زيادة حجم الاعتمادات المخصصة للتكفل بمصاريف التكوين المتواصل للمستخدمين الطبيين ، الشبه طبيين و الإداريين³ ؛
- تحسن مستوى معيشة السكان و ارتفاع الأسعار و التقدم التقني الذي ساهم في ابتكار التكنولوجيات المتقدمة للعلاج⁴؛
- الزيادة الموجهة بصفة خاصة للصيدلية المركزية للمستشفيات من أجل التكفل ببرنامج مكافحة السرطان و الأمراض النادرة الخاصة بالطفولة ؛
- زيادة نفقات الوقاية الموجهة أساسا للتكفل بالاحتياجات الحقيقية و المتمثلة في عمليات

¹ أزموور رشيد ، علي دحمان محمد : تقييم الانفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية -دراسة تحليلية قياسية- ، مجلة التنمية و الاستشراف للبحوث و الدراسات ، المجلد 03 ، العدد 04 ، جوان 2018 ، ص 122 .

² باركة محمد الزين ، خلاصي عبد الإله ، المرجع السابق ، ص

³ علي دحمان محمد ، بوقناديل محمد ، المرجع السابق ، ص 83.

⁴ OCDE : **Quel avenir pour les dépenses de santé** , Note de politique économique n° 19 , Département des affaires économiques , Juin 2013 , p 3 .

التطعيم و العمليات الخاصة بالوقاية عبر تنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من مرض السيدا و السل¹.

إن التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية الراهنة ، زيادة التكاليف المخصصة لتقديم الخدمات الصحية خاصة تلك التي تقدمها المؤسسات العمومية ، و ارتفاع تكلفة الأجهزة الطبية و الأجور ، كل هذه و غيرها تجعل أمر إيجاد مصادر بديلة للإنفاق واحتواء التكاليف و ترشيد الاستخدام مرتكزا استراتيجيا لأجل تحقيق² :

- مواكبة الطلب المتزايد على الخدمة الصحية كما و كيفا ؛
 - رفع مستوى الأداء و توفير المرونة اللازمة إداريا و ماليا ؛
 - رفع مستوى الكفاءة الاقتصادية و الإنتاجية للمرافق الصحية ؛
 - تحقيق أعلى مستوى من الجودة النوعية في جميع نشاطات المرافق الصحية.
- من هنا ينبغي مراعاة النواحي الاقتصادية عند الأخذ بأي من بدائل التمويل و الغرض من ذلك هو تحقيق الأهداف المبتغاة بكفاءة و فعالية و بأقل تكلفة ممكنة مع المحافظة على جودة الخدمة الصحية.

المطلب الرابع : آليات ترشيد النفقات الصحية و التحكم فيها

إن حجم النفقات المخصصة لتسيير و تجهيز المنظومة الصحية ليست المؤشر الوحيد لتقييمها ، إنما تتعدى ذلك من خلال تقييم الانجازات المحققة و درجة تحسين المؤشرات الصحية و كذا تحقيق العدالة في الوصول و الحصول على هذه الخدمات . ففي ظل العوامل التي تم التطرق إليها

¹ علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، نفس المرجع السابق ، ص 230.

² سلطان وفاء : تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و اليات تحسينها -دراسة ميدانية بولاية باتنة- ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير ، شعبة تسيير المنظمات ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة باتنة 1 ، 2015-2016 ، ص 52.

و التي ساهمت في ارتفاع النفقات الصحية جاءت الضرورة الملحة لاحتواء هذه التكاليف و العمل على ترشيدها . لهذا الغرض سنقوم فيما يلي بعرض بعض الآليات التي قد تساهم في تفعيل مستويات الأداء و ترشيد النفقات دون المساس بحق الفرد في العلاج¹ :

- اعتماد الأدوات و الأساليب الحديثة للتسيير و الرقابة بهدف التوظيف الأمثل للموارد المتاحة مثل طريقة التسيير بالأهداف كأداة لترشيد الانفاق ، و اعتماد الحسابات الوطنية للصحة كآلية للرقابة على الانفاق الصحي ؛
- تفعيل مساهمة الجماعات المحلية لما يقع على عاتقها من مسؤولية المحافظة على الصحة العمومية و كذا تمويل و تسيير الوحدات الصحية القاعدية التي تقع تحت إمرتها ؛
- إيجاد صيغ لبناء علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية و المؤسسات الاقتصادية التي تتمتع بنسبة عالية من الحوادث و ذلك في إطار حماية صحة العمال من جهة و إيجاد مصادر أخرى لتمويل المؤسسات الصحية من جهة أخرى ؛
- تفعيل تطبيق النظام التعاقدي و إعطائه بعدا واقعيا ، فهذا النمط الجديد للتمويل يتيح للمؤسسات الصحية إمكانية التحكم في نفقاتها عبر تشخيص التكاليف ، عقلانية الانفاق و التسيير العقلاني للموارد البشرية ، كما يعمل على زيادة فعالية النظام في تحقيق أهدافه المتعلقة بالعدالة و المساواة ، و بالتالي تحسين الأداء و مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين ؛
- تغريم المؤسسات الصناعية لصالح المؤسسات الصحية ، حيث يتم في هذا الإطار فرض ضريبة على المؤسسات التي تنتج آثار سلبية (تلوث) على صحة السكان و البيئة ، حيث

¹ علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، المرجع السابق ، ص 290 .

يتم بموجب ذلك تحويل أموال الضريبة لفائدة المؤسسات الصحية¹؛

- التركيز على الدور القيادي لمستويات العلاج الأولية أو العلاج القاعدي ، نظرا لدوره الفعال في التحكم في التكاليف عبر تجسيد البرامج الوقائية و بالتالي التأثير على حجم النفقات الصحية ؛

- السعي نحو تطوير و تحسين قاعدة البيانات المتعلقة بالوضع الصحي و اتجاهاته إضافة إلى استخدام الأساليب الحديثة لاستخدام المؤشرات الصحية ، و هو ما يساهم في صياغة الاستراتيجيات المستقبلية للمنظومة الصحية بهدف تحسين أدائها ؛

- ضرورة إدراج الدراسات المتعلقة بالنمو الديمغرافي و صياغة السياسات الاجتماعية لمواجهة تحديات العصر من تغير في التركيبة العمرية ، التزايد الرهيب في عدد السكان و ما يقابله من زيادة في الطلب المتزايد على الخدمات الصحية ؛

- ضرورة خلق تكامل وظيفي بين القطاعين العام و الخاص ، مع تحديد دور هذا الأخير في إطار سياسة صحية تحددها و تنظمها الدولة²؛

- عدم المبالغة في استخدام الموارد بشكل ل يتعارض و الممارسة الطبية الجيدة ، حيث تشير الاحصائيات إلى أن 25% من الأيام الاستشفائية للمرضى غير ضرورية ، و 20 % من العمليات الجراحية سببها تجاري فقط و بالتالي ليست ضرورية ، إضافة إلى أن 40 % من الحالات الموجهة إلى العناية المركزة بدون فائدة حقيقية ، و بالتالي يتعين تبني بدائل أقل تكلفة لتقديم بعض الخدمات الصحية ، مثل الجراحة النهارية و الخدمات الخارجية و المنزلية التي يمكن أن تقتصد في عدد الأيام الاستشفائية؛

¹ خلاصي عبد الاله ، المرجع السابق ، ص 210 .

² عياشي نور الدين : المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج و ترشيد النفقات ، مجلة منتدى الأستاذ ، العدد 20 ، جوان 2017، ص 115.

- ضبط تكاليف الخدمة الصحية عبر السماح لمقدمي الخدمة العامة بمزيد من الاستقلالية لتحقيق الابتكار في عملهم ، إضافة إلى ضبط و ترشيد التزايد في استعمال الخدمات الصحية كإدخال بنود جديدة كاقطاعات الفاتورة التي يتحملها المستهلك و المشاركة في دفع فاتورة الخدمة الصحية و التقليل من الخدمات المجانية ؛

- تشجيع الطب الوقائي و تعزيز الثقافة الصحية لدى الأفراد ، فقد ركز الباحثون عل الوقاية كحل لمشكلة النفقات المتصاعدة ، خاصة و أن المشكل الأساسي يكمن في قصور توزيع الموارد المحدودة¹؛

- تشجيع الانتاج المحلي للأدوية و المواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية ، فالإنتاج المحلي لا يغطي سوى نسبة 30 % من السوق الوطنية للأدوية ، و عليه لابد من دعم الاستثمار في صناعة الأدوية من خلال تقديم التسهيلات و التحفيزات الاستثمارية ، فنجاح هذا الأمر سيؤدي إلى التخلص من نفقات الواردات من الأدوية و بالتالي التقليل من الانفاق الصحي ؛

- توفير الحكومة للخدمات الإعلامية الصحية عبر مختلف وسائل الاتصال الجماهيرية و التي يتم من خلالها إرشاد المواطنين نحو العادات و السلوكيات الصحية السليمة و العمل على ترسيخ الثقافة الصحية لدى المواطنين مما له دور إيجابي في تجنب الأمراض و التقليل من الانفاق الصحي².

إن الوضعية الصعبة للقطاع الصحي أو بالأحرى للمنظومة الصحية مرتبطة أساسا بمشكل في عملية التسيير و التنظيم و ليس في قلة الموارد المالية و البشرية . فالتسيير السيئ لهذه الأخيرة انعكس سلبا على نوعية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية و بالتالي بقاءها دون المستوى

¹ خدير نسيمة ، المرجع السابق ، ص ص 188-189 .

² باركة محمد الزين ، خلصي عبد الاله ، المرجع السابق ، ص ص 129-130.

المطلوب و عدم تحقيقها للأهداف المنشودة من جملة الإصلاحات التي تبنتها الدولة للنهوض بهذا القطاع .

المبحث الرابع : عرض الخدمة الصحية في الجزائر

لا شك في أن توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين يعد مطلباً ضرورياً و جوهرياً لتحقيق التنمية الشاملة . لذا كان لزاماً على الجهات الوصية أن تعمل جاهداً من أجل توفير مختلف الهياكل الحكومية كانت أو خاصة و التي تشكل نواة التنمية من أجل تغطية حاجات المواطنين من الخدمات الصحية بالكمية و النوعية اللازمة. تبعا لذلك سنحاول فيما يلي بعرض تطور عدد مؤسسات تقديم الخدمة الصحية و الممارسين الطبيين في الجزائر مع ابراز نوعية العلاقة القائمة بين مؤسسات القطاعين العام و الخاص .

المطلب الأول : تطور مؤسسات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر

قدرت المنظمة العالمية للصحة أن أي دولة تمتلك أقل من 23 عاملاً صحياً لكل 10.000 نسمة (ما بين طبيب ، ممرض و قابلة) لن تتمكن على الأرجح من تحقيق معدلات التغطية الصحية الوافية حسب أولويات المرامي الانمائية للألفية و هذا فيما يخص القوى العاملة ، أما بالنسبة للهياكل الصحية فيتم اعتماد عدد أسرة المستشفيات للدلالة على مدى توافر الخدمة الصحية ، إل أنه لا توجد قاعدة عالمية لنسبة أسرة المستشفيات إلى مجموع السكان ، ففي أوروبا مثلاً يتوافر 63 سريراً لكل 10.000 نسمة مقابل 10 أسرة لكل 10.000 نسمة في الاقليم الافريقي¹. فبالرغم من أنه لا توجد أي معايير مناسبة لتقدير مدى كفاية القوى العاملة أو الهياكل الصحية ، إلا أنه لا يمكن الاستغناء عن البيانات الدالة على الموارد المتاحة للنظام الصحي للدور الذي تلعبه في

¹ ريمة اوشن ، المرجع السابق ، ص 239 . نقلا عن : World Health Statistics reports, World health organization, , Italy, 2014.

تمكين السلطات المعنية من إيجاد افضل السبل لإشباع الاحتياجات الصحية للسكان. و الجدول
الموالي يستعرض تطور عدد و أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين
2013-2017 :

جدول رقم (3-13) : تعداد المؤسسات الصحية في الجزائر

2017		2016		2015		2014		2013		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
الهياكل الاستشفائية										
40.3 22	205	38.4 07	200	38.3 05	200	38.0 15	196	37.7 69	194	EPH
1.35 4	09	1.32 4	09	960	09	926	05	876	05	EH
12.7 99	15	12.9 10	15	13.0 50	15	12.8 62	14	12.5 00	14	CHU
869	01	818	01	810	01	806	01	764	01	EHU
11.8 18	77	11.7 25	75	11.6 37	75	11.4 90	71	11.2 98	68	EHS
-	127	-	123	-	114	-	97	-	107	M.Prv
الهياكل الغير إستشفائية										
-	273	-	273	-	271	-	271	-	271	EPSP
4.21 3	1.69 5	4.07 5	1.68 4	3.88 9	1.65 9	3.73 5	1.63 7	3.53 9	1.61 5	PCQ
-	5.95 7	-	5.87 5	-	5.76 2	-	5.72 6	-	5.63 4	S.S
3.05 6	409	3.14 2	416	3.17 5	415	3.20 3	416	3.16 7	412	M.Pb q
-	653	-	630	-	627	-	622	-	619	CMS
-	11.3 85	-	11.1 40	-	10.8 65	-	10.7 00	-	10.4 38	PHAR
-	10.5	-	10.2	-	9.96	-	9.79	-	9.52	PH.Pr

v	0	4	2	60	16	
الهياكل الصحية الخاصة						
C.SP	7.22	7.74	8.35	9.04	9.79	-
C	6	2	2	2	5	-
C.GE	6.48	6.65	6.91	7.29	7.80	-
N	2	4	0	8	3	-
C.DE	5.58	5.92	6.14	6.51	6.95	-
NT	7	8	4	4	2	-
C.GR	446	512	600	709	821	-
P						

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على احصائيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2016 و 2018.

EPH: مؤسسة عمومية استشفائية ؛ EH: مؤسسة استشفائية ؛ CHU: مركز استشفائي جامعي ؛ EHU: مؤسسة استشفائية جامعية ؛ EHS: مؤسسة استشفائية متخصصة ؛ M.Priv: دور الولادة الخاصة ؛ EPSP: مؤسسة عمومية للصحة الجوارية ؛ PCQ: عيادة متعددة الخدمات ؛ S.S: قاعة علاج ؛ M.Pbq: دور الولادة العمومية ؛ CMS: مركز الطب الاجتماعي ؛ PHARM: صيدلية ؛ PH.Priv: صيدلية خاصة ؛ C.SPC: مكتب طبيب مختص ؛ C.GEN: مكتب طبيب عام ؛ C.DENT: مكتب طبيب أسنان ؛ C.GRP: مكتب طب جماعي .

من خلال القراءة الأولية للجدول المبين اعلاه نلاحظ ارتفاع عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية من 194 مؤسسة سنة 2013 إلى 205 مؤسسة سنة 2017 . في حين أن عدد المؤسسات الاستشفائية بقي ثابتا خلال السنتين 2013 و 2014 ليرتفع عددها إلى 9 مؤسسات سنة 2015 و يستقر عند هذا العدد . و هو نفس التطور الذي شهده عدد المراكز الاستشفائية الجامعية . أما بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الجامعية فقد استقر عددها عند مؤسسة واحدة فقط ، في المقابل نلاحظ زيادة نسبية في كل سنة بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة ، حيث تطور عددها من 68 مؤسسة سنة 2013 إلى 77 مؤسسة سنة 2017 .

بلغ عدد أسرة المؤسسات الصحية على مستوى التراب الوطني سنة 2017 بـ 74.431 سرير مقابل 69.913 سنة 2013 و قد توزعت على مختلف المؤسسات الصحية و التي سنعمل فيما يلي على عرضها بشيء من الشرح و التحليل .

المطلب الثاني : تقسيم مؤسسات تقديم الخدمة الصحية في الجزائر

سنحاول من خلال هذا المطلب عرض مختلف الهياكل الصحية التي تعمل على تقديم الخدمات الصحية في الجزائر مع إبراز أهم مهامها ، هذا فضلا عن تحليل الجدول السابق حسب تطور كل تقسيم فرعي .

أولا : الهياكل الصحية الاستشفائية : و تشمل المؤسسات التالية :

1- المؤسسات العمومية الاستشفائية : هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع

بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، توضع تحت وصاية الوالي ، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات ، تحدد المشتملات المادية و الحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة . تتكفل بعملية التشخيص ، العلاج ، الاستشفاء و إعادة التأهيل ، و تتمثل مهامها حسب المادة 04 في ¹:

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء ؛
- تطبيق البرامج الصحية الوطنية ؛
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية ؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم .

من خلال قراءة الجدول أعلاه نلاحظ تطور تعداد المؤسسات العمومية الاستشفائية من 194

مؤسسة سنة 2013 بعدد أسرة بلغ 37.769 و 196 مؤسسة سنة 2014 بعدد أسرة بلغ

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادرة في 3 جمادى الأول عام 1428 الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 ، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأول عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و مؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ، ص 10.

38.015 ، ليصل العدد إلى 200 مؤسسة سنة 2015 بعدد أسرة بلغ 38.305 و 205 مؤسسة سنة 2017 بعدد أسرة بلغ 40.322 .

يمكن اعتبار المؤسسات العمومية الاستشفائية كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي و كذا التسيير الاستشفائي و ذلك تبعا لاتفاقيات يتم ابرامها مع مؤسسات التكوين .

2- المؤسسات الاستشفائية : بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية 05 مؤسسات سنتي 2013 و 2014 بعدد أسرة بلغ 876 ثم 926 سرير ، و يلاحظ استقرارا في عدد المؤسسات في باقي السنوات مع زيادة في عدد الأسرة من 960 سنة 2015 إلى 1324 سرير سنة 2016 و 1354 سرير سنة 2017 .

3- المراكز الاستشفائية الجامعية : و هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، يتم انشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي ، حيث تتكفل ب¹:

- **في ميدان الصحة :** تعمل المراكز الاستشفائية الجامعية في هذه الحالة على ضمان نشاطات التشخيص ، العلاج و الاستشفاء ، الاستعجالات الطبية الجراحية و الوقائية إلى جانب الأنشطة التي تساهم في حماية و ترقية صحة السكان ، إضافة إلى ذلك تسعى إلى تطبيق البرامج الوطنية ، الجهوية و المحلية للصحة و المساهمة في حماية المحيط و تربيته و العمل على مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية ؛

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 شعبان عام 1418 الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997 ، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها ، ص 19.

- **في ميدان التكوين :** تساهم المراكز الجامعية هنا في تكوين مستخدمي الصحة ، إعادة تأهيلهم و تحسين مستواهم ، كما تعمل على ضمان التكوين في التدرج و ما بعد التدرج في مجال العلوم الطبية ؛

- **في ميدان البحث :** تقوم في إطار التنظيم المعمول به بمجمل أعمال البحث في ميدان علوم الصحة ، إضافة إلى تنظيم مختلف المؤتمرات ، الندوات ، الأيام الدراسية و التظاهرات الأخرى تقنية كانت أم علمية بهدف ترقية نشاطات العلاج ، التكوين و ابحاث في علوم الصحة .

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أيضا أن عدد المراكز الاستشفائية الجامعية بلغ 14 مركزا سنتي 2013 و 2014 بعدد أسرة متغير بلغ 12.500 و 12.862 على التوالي ، ليتم بعد ذلك إنشاء مركز استشفائي جامعي جديد ليصل المجموع إلى 15 مركزا سنة 2015 ، إلا أن عدد الأسرة شهد تذبذبا في نفس الفترة حيث انخفض عدد الأسرة إلى 12.910 سرير سنة 2016 بعدما بلغ 13.050 و ذلك سنة 2015 رغم افتتاح مركز جديد ، ليعود للارتفاع سنة 2017 إلى 12.799 سرير .

هذا و قد شهدت الجزائر انشاء مؤسسة استشفائية جامعية واحدة فقط بعدد أسرة متزايد نسبيا ، حيث بلغ عددهم سنة 2017 بـ 869 سرير .

4- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة : هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع

بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، و توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة . تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره ، إضافة إلى تنفيذ نشاطات الوقاية ، التشخيص ، العلاج ، إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء فهي

مكلفة بتطبيق البرامج الوطنية ، الجهوية و المحلية للصحة ، و المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستواهم¹.

من خلال قراء الجدول يتبين لنا أن عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بلغ 68 مؤسسة سنة 2013 بعدد أسرة بلغ 11.298 ، ليرتفع العدد إلى 71 مؤسسة سنة 2014 بـ 11.490 سرير ، لينتقل إلى 75 مؤسسة سنة 2014 بعدد أسرة بلغ 11.637 ليزيد عدد الأسرة دون زيادة في عدد المؤسسات حيث بلغ بـ 11.725 سنة 2016 ، ليصل بعد ذلك إلى 77 مؤسسة نهاية سنة 2017 بعدد أسرة قدر بـ 11.818.

ثانيا : الهياكل الصحية الغير استشفائية : تضم المؤسسات التالية :

1- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية : و هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، تتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج ، تحدد المشتملات المادية و الحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة . من مهامها الوقاية ، تشخيص المرض و العلاج الجوارى ، إضافة إلى اعداد الفحوصات الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي ، كما تتكفل بالأنشطة المرتبطة بالصحة الانجابية و التخطيط العائلي و كذا تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان².

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 شعبان عام 1418 الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997 ، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها ، ص 12 .

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادرة في 3 جمادى الأول عام 1428 الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 ، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأول عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ، ص 11.

لوحظ استقرار في عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بـ 271 مؤسسة و ذلك منذ سنة 1996 إلى غاية سنة 2015، ليزيد هذا العدد بمؤسستين أخريتين ليبلغ عددها 273 مؤسسة سنة 2017 . في حين سجل ارتفاع في عدد العيادات متعددة الخدمات من 1.615 عيادة سنة 2013 إلى 1.695 عيادة سنة 2017 . بالإضافة إلى الزيادة التي شهدتها قاعات العلاج من 5.634 سنة 2013 إلى 5.957 سنة 2017. هذا و قد شهدت الفترة الممتدة بين 2013 و 2017 تنقضا في دور الولادة العمومية ، حيث بلغ عددها سنة 2017 بـ 409 بعدما كان عددها 416 سنة 2016 و 412 سنة 2013 .

2- مراكز الطب الاجتماعي : بلغ عدد مراكز الطب الاجتماعي بـ 619 مركزا سنة 2013 و 622 مركزا سنة 2014 ، ليرتفع عددها سنة 2015 إلى 627 مركزا . تواصلت هذه الزيادة في عدد المراكز سنة بعد أخرى لتبلغ بذلك 630 مركزا سنة 2016 ثم 653 مركزا سنة 2017.

3- الصيدليات : قدر تعداد الصيدليات الاجمالي لسنة 2013 بـ 10.438 صيدلية منها 9.520 صيدلية تابعة للقطاع الخاص ، أي بنسبة 91.21% ، لترتفع هذه النسبة إلى 91.53 % سنة 2014 ، بمعنى 9.794 صيدلية خاصة من 10.700 صيدلية . تواصل بذلك ارتفاع عدد الصيدليات التابعة للقطاع العام و الخاص بنسب جد متفاوتة حيث عرف القطاع الخاص إقبالا كبيرا ، حيث بلغ عدد الصيدليات الخاصة سنة 2017 بـ 10.516 من العدد الاجمالي الذي بلغ 11.385 ، أي بنسبة 92.37 % .

ثالثا : الهياكل الصحية التابع للقطاع الخاص : بالنسبة للمؤسسات التابعة للقطاع الخاص فيلاحظ ارتفاع تعداد مختلف المؤسسات و ذلك كما يلي :

1- مكاتب طبيب مختص : بلغ عدد مكاتب الأطباء المختصين بـ 7.226 مكتب سنة 2013

ليصل العدد إلى 7.742 عيادة سنة 2014 ، ارتفع هذا العدد إلى 8.352 مكتب سنة

2015 و 9.042 مكتب سنة 2016 . ليصل هذا العدد إلى 9.795 سنة 2017 .

2- مكاتب طبيب عام : ارتفع عدد مكاتب الطب العام من 6.482 سنة 2013 إلى 6.654

مكتب سنة 2014 ، تواصل فتح هذه المكاتب ليصل عددها سنة 2015 إلى 6.910

مكتبا و 7.298 مكتبا سنة 2016 ، ليصل هذا العدد إلى 7.803 مكتبا سنة 2017 .

3- مكاتب طبيب أسنان : قدر تعداد مكاتب الأطباء المختصين في طب و جراحة الأسنان بـ

5.587 مكتبا سنة 2013 ، ارتفع هذا العدد ليصل إلى 5.928 مكتبا سنة 2014 ثم إلى

6.144 مكتبا سنة 2015. كغيره من المكاتب الطبية الخاصة تواصل عدد مكاتب أطباء

الأسنان ليصل إلى 6.514 مكتبا سنة 2016 ، كما تم احصاء 6.952 مكتبا سنة

2017 .

4- العيادات ذات الممارسة الجماعية : تشمل العيادات و المراكز الطبية المختصة في

التشخيص ، التطبيب ، الجراحة و غسيل الكلى . ارتفع عدد هذه العيادات من 446 عيادة

سنة 2013 إلى 512 عيادة سنة 2014 ، كما بلغ عدده سنة 2015 بـ 600 عيادة

ليرتفع هذا العدد إلى 709 عيادة سنة 2016 و 821 عيادة سنة 2017 .

بالرغم من توافر الهياكل الصحية الضرورية و تخصيص ميزانية ضخمة من أجل توفير أحسن

الخدمات إلا أنها لم تقم بتغطية الحاجات الصحية للسكان . فإذا ما تمعنا في نوعية الخدمات

الصحية المقدمة في الجزائر ، يمكننا القول ما أحوج المريض لخدمات القطاع الصحي بغض

النظر عن وجهته . فبالنظر إلى مدى النقص المسجل في القطاع العام و الذي حال دون تلبية

الحد الأدنى من الخدمة الصحية ، مما جعل المريض مضطرا للجوء إلى العيادات الخاصة التي

أصبحت سيدة الموقف مقارنة بما يتم تقديمه في المؤسسات الصحية العمومية ، يقودنا التساؤل إلى مدى وجود علاقة بين القطاع الصحي العام و الخاص ؟ و إن وجدت هذه العلاقة ، فهل هناك تكامل بينهما من أجل تحقيق الهدف الأساسي و المتمثل في تحقيق احتياجات السكان من الخدمة الصحية ؟ .

المطلب الثالث : تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر

لعل أفضل وسيلة لعرض تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر هي الأرقام . بالتالي نستعرض فيما يلي بعض الإحصائيات التي قدمها الديوان الوطني للإحصائيات فيما يخص تطور عدد الأطباء ، جراحو الأسنان و الصيادلة خلال الفترة الممتدة بين 2013 و 2017.

جدول رقم (3-14): تطور عدد الممارسين الطبيين في القطاعين العام و الخاص في الجزائر (2013-2017)

السنة	2013		2014		2015		2016		2017	
القطاع	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص	العام	الخاص
طبيب	50325	15911	52306	16770	45953	18478	55158	19779	57227	21611
جراح أسنان	7195	5587	7540	5928	7261	6384	7014	6733	6928	7335
صيدلي	1018	9520	1284	9794	1501	9974	1695	10193	1796	10541
المجموع	5853	3101	6083	3249	6371	3483	6386	3670	6595	3948
ع	8	8	0	2	5	6	7	5	1	7

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنتي 2016 و 2018.

حسب الإحصائيات المعروضة عبر الجدول المبين أعلاه يتبين لنا أن تطور عدد الممارسين الطبيين من أطباء ، جراحو أسنان و صيادلة خلال الفترة الممتدة بين 2013 و 2017 ، سواء في القطاع العام أو الخاص . ما يمكن ملاحظته أيضا من خلال قراءة الجدول أن الصيادلة الخواص يشكلون الأغلبية الساحقة في هذه البيانات ، حيث نجد سنة 2017 مثلا عدد الصيادلة التابعين

للقطاع العام قد بلغ 1796 في حين بلغ عدد الصيادلة الخواص 10541 و هو ما يمثل فرقا كبيرا بين القطاعين .

توزع عدد الأطباء بين القطاعين بنسب متفاوتة ، حيث نلاحظ أن عدد الأطباء التابعين للقطاع العام تمثل في ضعف عدد الأطباء الخواص و ذلك خلال الفترة الممتدة بين 2013 و 2017 . تفاوتت أيضا أعداد جراحي الأسنان بين القطاعين ، إذ بلغ عددهم 7195 في القطاع العام و 5587 في القطاع الخاص سنة 2013 ، لتتقلب الموازين سنة 2017 و يصبح بذلك عدد جراحي الأسنان التابعين للقطاع الخاص أكثر منه في القطاع العام و ذلك بـ 6928 جراح تابع للقطاع العام مقابل 7335 تابع للقطاع الخاص.

انطلاقا من بعض الاحصائيات التي قدمها الديوان الوطني يمكن عرض ملخص تطور تغطية الممارسين الطبيين بالنسبة لعدد السكان و ذلك خلال فترات متفاوتة نسبيا انطلاقا من 1962 إلى غاية 2017 ، و الجدول الموالي يلخص ذلك :

جدول رقم (3-15): تطور التغطية الطبية في الجزائر (1...لكل....نسمة)

1 طبيب لكل	1 جراح أسنان لكل	1 صيدلي لكل	
25643	72848	41667	1962
5344	3752	6134	1999
566	2970	3531	2014
529	2925	3382	2017

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على احصائيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنتي 2016 و 2018.

يتضح جليا من خلال القراءة الأولية للجدول أن هناك ارتفاعا ملحوظا في عدد الممارسين الطبيين غداة الاستقلال 1962 إلى سنة 2017 و ذلك تناسبا مع ارتفاع عدد السكان خاصة بالنسبة للأطباء حيث بلغت التغطية بنسبة طبيب واحد لكل 529 نسمة سنة 2017 مقابل طبيب واحد

لكل 25643 نسمة مباشرة بعد الاستقلال و هو تحسن جد ملحوظ في التغطية . نفس الملاحظة نرصدها بالنسبة لجراحي الأسنان و الصيادلة .

المطلب الرابع : تكامل العلاقة بين المؤسسات الصحية العامة و الخاصة

واجهت الجزائر بعد الاستقلال و على إثر محاولاتها في ترميم ما تبقى من الاستعمار ، تضخما في الطلب على الخدمات الصحية مقابل نمو متزايد في الانفاق عليها ، مما شكل عبئا ثقيلا على موازنتها و عجزا في الوفاء على الطلب المتنامي لتلك الخدمة ¹. لذا كان لزاما منها تبني التوجه نحو فتح الاستثمار في القطاع الخاص و إحداث نوع من التكامل بين القطاعين العام و الخاص في المجال الصحي ، و ذلك بهدف تحسين الخدمات الصحية للمواطنين ، و كان ذلك بإصدار المرسوم التنفيذي رقم 88-204 ² .

يعتبر القطاع الخاص في المجال الصحي أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر ، فبعدما كان النشاط الخاص مقتصرا على عيادات الفحص و التشخيص تم إضافة العيادات الاستشفائية و التي يتم من خلالها ممارسة الأنشطة الطبية و الجراحية ، شرط أن تستغل هذه العيادات عن طريق جمعيات و تعاوضيات أو عن طريق طبيب أو مجموعة من الأطباء . حيث يجب أن تكون طاقة استيعاب هذه العيادات بين خمسة عشر (15) و تسعين (90) سريرا ³.

¹ خروف منير ، سماعلي فوزية : الشراكة بين القطاعين العام و الخاص في تحسين الخدمات الصحية ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني الأول حول: الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير و رهانات التمويل ،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة 8 ماي 1945 قالمة ، 10-11 أفريل 2018 ، ص 01.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 42، الصادرة في 8 ربيع الأول عام 1409 الموافق لـ 19 أكتوبر سنة 1988 ، المرسوم التنفيذي رقم 88-204 المؤرخ في 7 ربيع الأول عام 1409 الموافق لـ 18 أكتوبر سنة 1988 يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة و فتحها و عملها ، ص 1429 .

³ المرسوم التنفيذي رقم 88-204 ، نفس المرجع السابق ، ص 1430.

تطور القطاع الحي الخاص بشكل ملفت خلال العقدين الأخيرين . فبالرغم من أن الهدف الرئيسي لهذا القطاع الاستثماري في مجال الخدمات الصحية هو تحقيق الأرباح إل أنه يبقى مساعدا و مساندا للقطاع العام لما يقدمه من خدمات جد متطورة في مختلف التخصصات، خاصة في أدق الأمراض الجراحية إذ نجد أن نصف المواطنين أو بالأحرى ذوي الدخل المرتفع هم أول المستفيدين من خدمات هذا الأخير.

أهم العوامل التي ساهمت في تطور القطاع الصحي الخاص هي سياسة الإصلاحات التي تبنتها الجزائر ، فقد أعطت مكانة للاستثمار المحلي كما فتحت الباب أمام المستثمرين الأجانب ، كإنشاء المؤسسات الكوبية المتخصصة في طب العيون عبر بعض ولايات الوطن . فبالرغم من الدور الحيوي الذي تقوم به المؤسسات الصحية الخاصة في ظل الخدمات الصحية ، و بالرغم من كونها ملكا للأفراد إل أنها تخضع إلى النظم و التشريعات الحكومية و خاضعة لرقابة الأجهزة المعنية . بالتالي فإن خضوع القطاعين العام و الخاص لنفس الاجراءات القانونية يلزم تعاونهما و تكاملهما تحقيقا لهدف مشترك و هو تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في ظل تزايد الطلب من جهة و انتشار الأوبئة و أمراض العصر المزمنة من جهة أخرى ، حيث أن هذا الأخير أثقل كاهل الدولة لتقف عاجزة أمام تحقيق الحاجات المتزايدة للمرضى . بناءا على ذلك فتحت الدولة الباب بدخول القطاع الصحي الخاص بكامل وحداته في تقديم خدماته تخفيفا لهذا الحمل .

تجدر الإشارة إلى أن سماح الدولة بتدخل القطاع الخاص لا يعني انسحابه من نشاطه ، بل تواصل العمل إلى جانب المؤسسات الحكومية التي تواجدت لأداء نفس الأنشطة .إن بقاء الدولة كمنافس للقطاع الخاص في هذا المجال يحقق مزايا متعددة نذكر أهمها فيما يلي¹ :

- تخفيف العبء على المؤسسات الصحية الحكومية مما يساعد على تحقيق بعض الوفورات لتطوير و تحسين الخدمات المقدمة ؛

¹ محمد الهلة ، المرجع السابق ، ص 73 .

- انخفاض تكاليف الخدمات التي يقدمها القطاع الحكومي مقارنة بتلك التي يقدمها القطاع الخاص ، يعطي فرصة عدم حرمان المواطن من الخدمات الصحية لمحدودي الدخل ، كما أنه يعطي المواطن حرية الاختيار في تلقي الخدمة الصحية ؛
- تعزيز المنافسة البناءة بين القطاعين يؤدي إلى تطوير الخدمات الصحية المقدمة تحقيقا للأهداف الخاصة و العامة.

بالنظر إلى النقطة الأخيرة و اسقاطها على الواقع يمكن القول أنه في الغالب ما توجد منافسة قوية بين مؤسسات القطاعين في الدول المتقدمة ، إنما تعتبر منعدمة في الدول النامية نظرا لتدني مستوى الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية و العيادات الخاصة . ففي الجزائر نجد العديد من التناقضات بالرغم من الكم الهائل من العيادات التي تم فتحها ، سواء كانت جراحية ، طبية ، متخصصة في العلاج أو الكشف أو تشمل كافة احتياجات المريض . من بين هذه التناقضات انعدام التوازن في التوزيع الجغرافي لهذه العيادات ، حيث يتمركز أغلبها في المدن الكبرى و مدن الشمال الجزائري على وجه الخصوص . هذا إضافة إلى عدم تحديد نظام واحد و واضح للتسعير و دفاع أصحاب العيادات الخاصة عن عياداتهم كبديل للمستشفيات الحكومية تحقيقا لأهدافهم الشخصية . كل هذه العوامل و غيرها حالت دون الوصول إلى الهدف الأسمى من فتح المجال أمام الخواص في مجال الخدمات الصحية و بالتالي فشل أهداف سياسة الصلاح التي سعت للنهوض بهذا القطاع باعتباره أكثر القطاعات حيوية .

فبالنظر إلى الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر يعطينا نظرة إلى أن تراجع القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية مقارنة بالعيادات الخاصة بالرغم من تنازل هذه الأخيرة عن الحالات الحرجة و المستعصية لصالح القطاع العام في حل أصعب الحالات إلا أنه أصبحت العيادات الخاصة ضرورة و واقع يثبتته تفاقم وضعية الخدمات بالمستشفيات الحكومية ، الأمر الذي جعل المريض يعيش وضعاً مزريراً بين مجانية العلاج في القطاع العام مقابل عجز كامل في التكفل بأدنى الخدمات الصحية ، و بين ارتفاع تكاليف العيادات الخاصة التي تفرض مبالغ تعجيزية مقابل خدمات صحية جد بسيطة .

خلاصة الفصل :

لم يعرف قطاع الصحة في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا استقرارا ملحوظا ، و أكبر دليل على ذلك ، التباين في مستوى المؤشرات الصحية المسجلة خلال تلك الفترة و المتمثلة أساسا في مختلف الموارد المادية ، الهياكل القاعدية و الموارد البشرية .فبالرغم من أهمية هذه المؤشرات إل أنها وحدها لا تكفي لوصف و تحديد الحالة الصحية على نحو كامل ، خاصة فيما يتعلق بالحالة الصحية خلال الحياة . فرغم ارتفاع معدل الحياة إلى 77.7 سنة ، إلا أنه يبقى بعيدا كل البعد عن المستويات المحققة في بعض الدول المتقدمة ، لتسجل بذلك الجزائر المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة . كما احتلت المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي ، و المرتبة 81 في مجال النظام الصحي فقط.

هذا و تعرف هياكل المنظومة الصحية في الجزائر نوعا من اللاتوازن و اللااستقرار من حيث عدم الملاءمة و إجحاف القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية و عدم ملاءمتها ، ظروف عمل صعبة ، نظام كفاءات متدهور ، تكاليف صحية خيالية بدون مقابل مقبول من طرف طالبي الخدمة الصحية الذين أصبح مطلبهم الوحيد هو الجودة . هذا فضلا عن التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات حول كافة المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر ، قام بحوصلة جملة من العقبات و المشاكل الأكثر بروزا والتي تمس جوانب حساسة كالتحويل ، التنظيم ، التكوين ، الشراكة بين القطاعين العام و الخاص و الأطر القانونية. غالبا ما تقابل هذه الاختلالات و العراقيل بالنقد و التذمر من قبل المواطنين ، إلا أن هذا الأمر لا ينفي الجهود الجبارة التي بذلتها الدولة و التي لازالت تبذلها في سبيل تحسين نوعية الخدمات التي تقدمها المنظومة الصحية استجابة للمعطيات الصحية المتغيرة ، و ذلك من خلال مبادرة الإصلاح الكبرى الذي شهدتها الجزائر . فبالرغم من ثقل عملية الإصلاح التي أسفرت عن نتائج إيجابية فيما يخص

تطور عدد الهياكل الصحية ، تراجع في معدلات الخصوبة و الوفيات ، انخفاض انتشار الأمراض المتقلة... إلخ ، إلا أن تسارع النمو الديمغرافي من جهة و تزايد تطور الحاجيات الصحية للسكان طرح إشكالية تمويل هذه النفقات التي أثقلت كاهل الدولة ، الأمر الذي استدعى إلى إيجاد مصادر انفاق أخرى إضافة إلى إحداث التكامل بين مؤسسات القطاع العام و الخاص تحقيقا لأهداف السياسة العامة .

الفصل الرابع

الفصل الرابع

صلاحية أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي الجزائري

إن دراسة جودة الخدمة الصحية في الواقع تهدف في الأساس إلى تقديم صورة تحليلية لواقع تقديم هذه الخدمات و مدى جودتها بأوجه مختلفة، و هو ما يتطلب تحديد دقيق للمفهوم المراد قياسه استنادا على أحد النماذج الشهيرة ، ثم العمل على تصميم أداة عملية تضم جميع الجوانب و الأبعاد التي يبني عليها العميل عملية تقييمه.

انطلاقا من أبحاث Parasuraman & all و التي جادت بأشهر نموذج "نموذج جودة الخدمة "Servqual" بأبعاده الشهيرة RATER (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف)، و اتباعا لتوصيات بعض الباحثين المنتقدين لهذا المقياس أشهرهم Cronin & Taylor اللذان أكدا على قياس الادراكات دون التوقعات ، قمنا بتبني المقياس بأبعاده الخمسة بعد تعديله سعيا منا لاختبار مدى صلاحيته بتطبيقه على قطاع الخدمات الصحية (العام و الخاص) في الجزائر. تبعا لهذا قمنا بتجميع البيانات الأولية في عاصمة الجزائر باعتبارها قبلة لطالبي الصحة و بسبب تمركز كبريات المستشفيات و العيادات الخاصة بها . شملت خطة هذا الفصل التطبيقي التمهيدي اختبار أربع فرضيات و التي على أساسها تم تقسيم هذا الفصل إلى أربع مباحث حيث استهلينا المبحث الأول باختبار الفرضية الأولى حول انسجام بنود المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ و ارتباط البنود بالمجموع . لننتقل إلى اختبار الفرضية الثانية المتعلقة بالصدق التقاربي و التمايزي للمقياس (هيكلية المقياس) ، باللجوء إلى أسلوب التحليل العاملي و هذا من خلال المبحث الثاني . أما المبحث الثالث فقد قمنا من خلاله باختبار الفرضية الثالثة و المتضمنة وجود فرق ذو دلالة احصائية بين القطاعين في تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية مستعينين في ذلك بالمتوسط الحسابي . إضافة إلى اختبار الفرضية الرابعة و المتعلقة بتأكيد وجود فرق بين القطاعين في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية تبعا للمتغيرات الديمغرافية من عدمه و ذلك باستخدام تحليل التباين الأحادي . لنستكمل هذا الفصل بالمبحث الرابع الذي قمنا من خلاله بمناقشة كافة نتائج الاختبارات السابقة و اختبار الفرضيات .

المبحث الأول: اختبار صلاحية أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي العام

سنحاول فيما يلي اختبار مدى صلاحية أبعاد جودة الخدمة في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام ، إضافة إلى هيكليّة المقياس و ذلك عبر اتباع الخطوات التالية :

- تحديد الاجراءات المنهجية للدراسة ؛
- التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة ؛
- اختبار الانسجام الداخلي للمقياس ؛
- اختبار هيكليّة المقياس بعد التعديل .

المطلب الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة

سنقوم من خلال استعراضنا لهذا المبحث التطرق إلى أهم الاجراءات المنهجية المعتمدة في تطبيق الدراسة الميدانية و المتمثلة في تحديد مجتمع الدراسة و عينتها ، أسلوب جمع البيانات و أدوات التحليل الاحصائي .

1- مجتمع الدراسة و عينتها

تمثل مجتمع الدراسة في جميع المرضى المقيمين و الموزعين على عينة من المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام بالجزائر العاصمة ، حيث وقع اختيارنا على أربع مستشفيات دون تمييز موزعة على مختلف الجهات بالعاصمة . هذا و نظرا لصعوبة تحديد فترة الدراسة و عدم استقرار المرضى ، تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالمؤسسة الصحية الأربعة خلال الفترة الممتدة من شهر جانفي إلى شهر جوان 2018، و عليه تم توزيع استمارات الاستبيان عبر مصالح المؤسسات الصحية على عينة قصدية غير احتمالية من المرضى المقيمين و الذي بلغ عددهم 400 مريض ، حيث تم استثناء بعض المصالح نظرا للحالة الصحية الحرجة للمرضى.

تم الاعتماد على طريقة توزيع الاستبيان بالمقابلة ، حيث ارتأينا اتباع هذه الطريقة نظرا للحالة الصحية للمرضى التي لا تسمح لهم بملء الاستبيان ، و حرصا منا على عدم استبعاد أي من

الاستثمارات الموزعة ،حيث كان توزيع الاستثمارات بين المؤسسات الصحية الأربعة بالتساوي (100 استمارة لكل مستشفى) مع استرجاعها كاملة. بعد تفحصنا للاستثمارات المسترجعة و التي بلغ عددها 398 كامل قمنا باستبعاد 11 استمارة بسبب عدم الاجابة على بعض الأسئلة من قبل المرضى ، ليصبح عدد الاستثمارات القابلة للتحليل 387 استمارة ، و الجدول الموالي يوضح ذلك :

جدول رقم (4-1) : مجتمع و عينة الدراسة و توزيع استثمارات الاستبيان

إسم المستشفى	الاستثمارات الموزعة			الاستثمارات المسترجعة		الاستثمارات المستبعدة		الاستثمارات الصالحة للتحليل	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
EPH بشير منتوري (القبه)	100	100%	100	100%	3	0.03%	97	97%	
CHU مصطفى باشا	100	99%	99	99%	5	0.05%	94	94%	
EHS سليم زميرلي (الحراش)	100	99%	99	99%	1	0.01%	98	98%	
EPH بلقاسمي الطيب (زرالدة)	100	100%	100	100%	2	0.02%	98	98%	
المجموع	400	99.5%	398	99.5%	11	2.75%	387	96.75%	

المصدر : من إعداد الباحثة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد الاستثمارات القابلة للتحليل و التي بلغ عددها 387 بنسبة 96.75% هي جد كافية و محققة لأحد شروط التحليل العملي ألا و هو كبر حجم العينة ، حيث تم اعتماد معيار 15 حالة (أفراد مستجوبين) لكل بند من بنود الاستبيان الذي بلغ عددها 22 بندا. كما أن حجم العينة جد كافي حسب معادلة روبرت ماسون التالية :

$$n = \frac{M}{[(S^2 \times (M - 1)) \div pq] + 1}$$

M : حجم العينة

S : قيمة الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 ، أي قسمة 1.96 على معدل الخطأ

0.05 ؛ P : نسبة توافر الخاصية و هي 0.50 ؛ q : النسبة المتبقية للخاصية و هي 0.50

بما أن حجم المجتمع المراد دراسته كبير يفوق مائة ألف (100.000) فردا ، إضافة إلى صعوبة تحديده ، فإن حجم العينة المقابل و القابل للتحليل سيحدد بـ 384 مستجوبا و عليه فإن الاستثمارات القابلة للتحليل تحقق شرط الحجمية .

2- أساليب جمع البيانات

بحكم طبيعة و خصوصية موضوع البحث و المتعلق أساسا بجودة الخدمات الصحية ،

استوجب علينا اللجوء إلى أدوات جمع البيانات و التي تمثلت في :

أولا : المقابلة : باعتبار المقابلة كأداة أولية في جمع البيانات الأولية و التي يصعب الحصول

عليها من الجانب النظري فقط ، فقد تم الاعتماد عليها لهدفين أساسيين :

الهدف الأول : بناء أسئلة الاستبيان عبر طرح بعض الأسئلة على عدد من العاملين بالقطاع دون

تمييز بين طبيب ، ممرض أو إداري من جهة ، و على عدد من المرضى من أجل إعطائنا فكرة

عن توقعاتهم من الخدمات المأمول تقديمها لهم و التي يرون أنه من المناسب جدا لهم لو توفرت .

الهدف الثاني : قمنا بإجراء مقابلة مع المرضى من خلال توزيع استمارات الاستبيان بهدف شرح

المغزى من الدراسة و كذا بسبب الحالة الحرجة لهم و التي تحول دون ملئهم للاستمارة . هذا و من

جهة أخرى اعتمدنا على أسلوب المقابلة عند ملء استمارات الاستبيان كون أغلبية المرضى ل

يجيدون القراءة ، إضافة إلى سعين نحو استرجاع كافة الاستثمارات الموزعة كاملة غير منقوصة .

ثانيا - الاستبيان : بهدف اختبار صلاحية الأبعاد الخمسة لمقياس الأداء الفعلي

« SERVQUAL » في السياق الجزائري و لدى قطاع الخدمات الصحية على وجه الخصوص ،

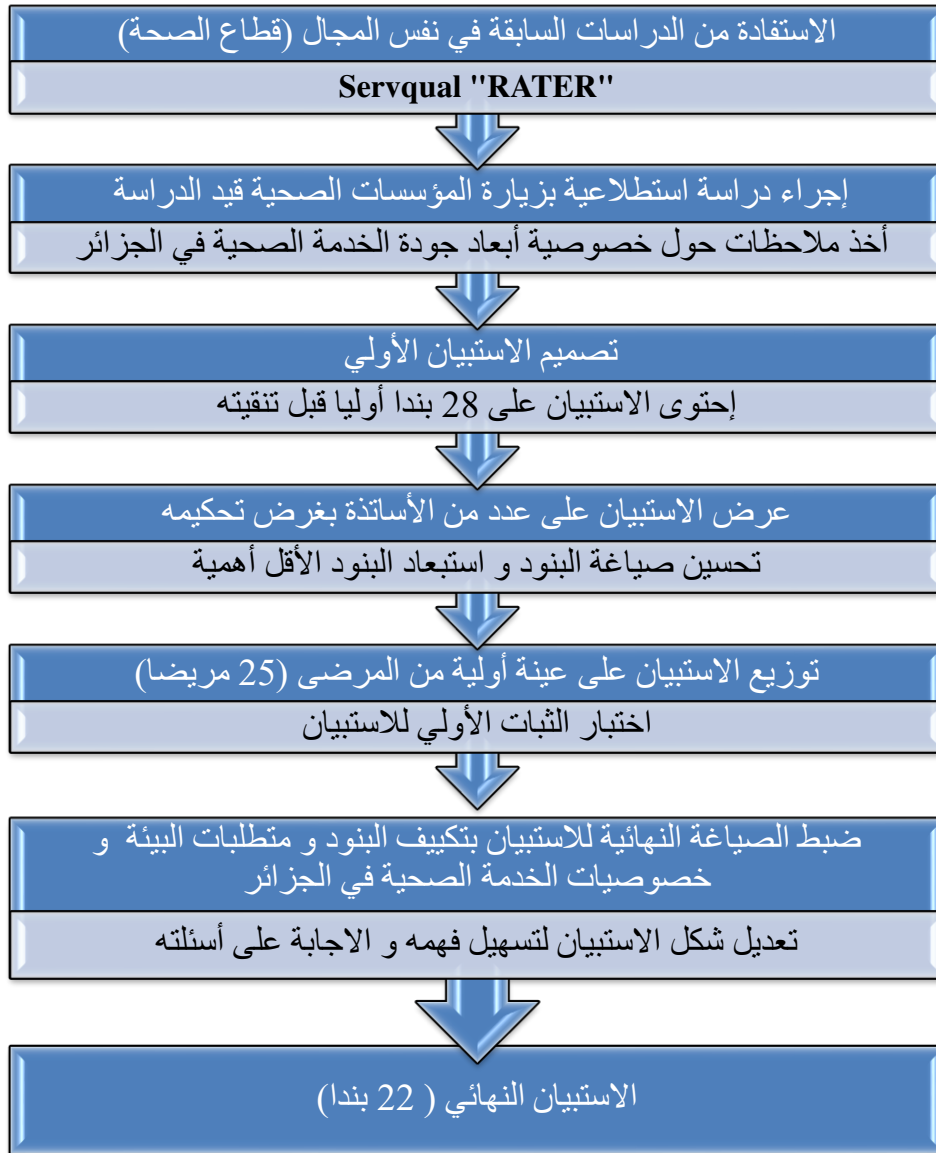
قمنا باللجوء إلى الدراسات السابقة في هذا المجال من أجل بناء الاستبيان و الذي يستند على

الأبعاد الخمسة المشهورة « RATER » (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و

التعاطف)، و الذي يقيس إدراكات المرضى فقط و هذا حسب توصيات كل من Cronin &

Taylor، و قد توصلنا في نهاية المطاف إلى بناء استبيان معدل و مكيف حسب البيئة الجزائرية

(الملحق 01) باتباعنا للخطوات الأساسية التالية :



شكل رقم (4-1) : خطوات تصميم استمارة الاستبيان

المصدر: من إعداد الباحثة

هذا و قد احتوى الاستبيان على قسمين ، تضمن الجزء الأول منه البنود المتعلقة بإدراكات المرضى

لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة تحوي 22 بنداً تعكس أبعاد جودة الخدمة المشهورة

RATER موزعة كما يلي :

- العبارات من 1 إلى 4 تشير الى بعد الملموسية ؛
- العبارات من 5 إلى 9 تشير الى بعد الاعتمادية ؛
- العبارات من 10 إلى 13 تشير الى بعد الاستجابة ؛
- العبارات من 14 إلى 17 تشير الى بعد الأمان ؛
- العبارات من 18 إلى 22 تشير الى بعد التعاطف .

أما الجزء الثاني من الاستبيان فتضمن جملة من البيانات المتعلقة بالعينة قيد الدراسة و المتمثلة في : الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي ، المهنة ، نوع المرض ، اسم المستشفى ، المصلحة ، مدة الإقامة بالمستشفى و ولاية الإقامة .

هذا و قد تم قياس متغيرات الجزء الأول من الاستبيان باستخدام مقياس ليكرت الخماسي المتدرج من "غير موافق بشدة" إلى " موافق بشدة"، و الذي يتكون من الأوزان التالية :

الرأي	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الوزن	1	2	3	4	5

لابد من الإشارة أنه تم الاعتماد على مستوى دلالة أو أهمية 0.05 و الذي يقابل مستوى ثقة 0.95 لتفسير نتائج اختبار الفرضيات.

هذا و قد قمنا بحساب طول الفئة من خلال تقسيم المدى على عدد الخيارات ، اذن $0.80 = 5/4$ ، حيث أن المدى هو الفرق بين أعلى قيمة و أدنى قيمة في سلم ليكرت الخماسي أي $(4 = 1 - 5)$ ، لتكون بذلك الفئة الأولى لقيم المتوسط الحسابي هي من 1 الى $0.80 + 1$ ، وهكذا بالنسبة لبقية قيم المتوسطات الحسابية ، فيكون الجدول التالي الذي يبين طريقة تفسير قيم المتوسطات الحسابية .

جدول رقم (4-2) : تفسير قيم المتوسطات الحسابية

الفئات	درجة التقييم
من 1 إلى 1.80	درجة الموافقة متدنية جدا
من 1.81 إلى 2.60	درجة الموافقة متدنية
من 2.61 إلى 3.40	درجة الموافقة متوسطة
من 3.41 إلى 4.20	درجة الموافقة عالية
من 4.21 إلى 5	درجة الموافقة عالية جدا

المصدر : من إعداد الباحثة

نشير هنا ، أنه و بعد تصميم الاستمارة قمنا بتوزيعها على عينة استطلاعية مكونة من 25 مريضاً موزعاً على بعض مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري (القبة) ، و بعد تفريغ الاستمارات المسترجعة البالغ عددها 21 استمارة ، قمنا باختبار الثبات حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ 0.829 و هو مستوى يدل على قدر جيد من ثبات أداة القياس و بالتالي اعتمادية المقياس لاستكمال الدراسة.

3- أدوات و أساليب التحليل الاحصائي

بهدف تحليل البيانات المجمعة من خلال قوائم الاستبيان ، تمت الاستعانة ببرنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS ; V26) ، كما تم توظيف الأدوات الاحصائية التالية :

- معامل الثبات ألفا كرونباخ Cronbach Alpha .
- التكرارات و النسب المئوية لغرض وصف الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة ؛
- المتوسط الحسابي بهدف معرفة درجة موافقة المرضى عن كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة ؛
- الانحراف المعياري لقياس درجة تشتت قيم استجابات المرضى عن المتوسط الحسابي ؛
- أسلوب التحليل العاملي (Factor Analysis) KMO لملاءمة المعاينة MSA و اختبار بارتلليت BTS للتحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي ؛
- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لاختبار الفروق .

المطلب الثاني : التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة

قصد التعرف على مختلف الخصائص الديمغرافية للأفراد المشاركين في الدراسة الميدانية تناولنا من خلال الجزء الثاني من الاستبيان بعض البيانات الشخصية لأفراد العينة و التي سنحاول فيما يلي عرضها من خلال التحليل الوصفي .

1- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس

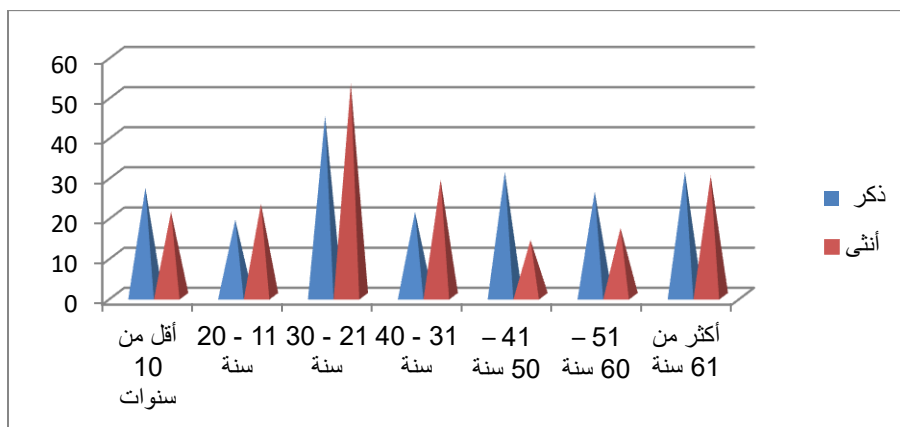
يرصد الجدول و الشكل المواليين كل من التكرارات و النسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب متغيري السن و الجنس كما يلي :

جدول رقم (4-3) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس

الجنس						
النسبة الكلية	المجموع	النسبة	أنثى	النسبة	ذكر	
%12.40	48	%5.42	21	%6.97	27	أقل من 10 سنوات
%10.85	42	%5.94	23	%4.90	19	11 - 20 سنة
%25.32	98	%13.69	53	%11.62	45	21 - 30 سنة
%12.91	50	%7.49	29	%5.42	21	31 - 40 سنة
%11.62	45	%3.61	14	%8.01	31	41 - 50 سنة
%11.11	43	%4.39	17	%6.71	26	51 - 60 سنة
%15.76	61	%7.75	30	%8.01	31	أكثر من 61 سنة
%100	387	%48.32	187	%51.67	200	المجموع

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الذكور كانت أكثر من نسبة الإناث وذلك بنسبة 51.67% مقابل 48.32%، في حين بلغ عدد المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 30 سنة 25.32% و هي أعلى نسبة مسجلة حيث كان أغلبهم من الإناث بـ 53 أنثى مقابل 45 ذكر. كما سجلت نسبة المرضى الذين تجاوزت أعمارهم أكثر من 51 سنة بـ 26.87% في المجموع ، و قد توزعت بين إناث و ذكور بأعداد متقاربة . أما ما تبقى من نسب المرضى ذوي الفئات العمرية الأخرى فقد كانت متقاربة و تراوحت بين 10.85% و 12.91% .



شكل رقم (4-1) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

2- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي

سنحاول فيما يلي باستعراض تحليل وصفي متقاطع لكل من متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى

التعليمي لأفراد عينة الدراسة و ذلك من خلال الجدول و الشكل المواليين :

جدول رقم (4-4) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى

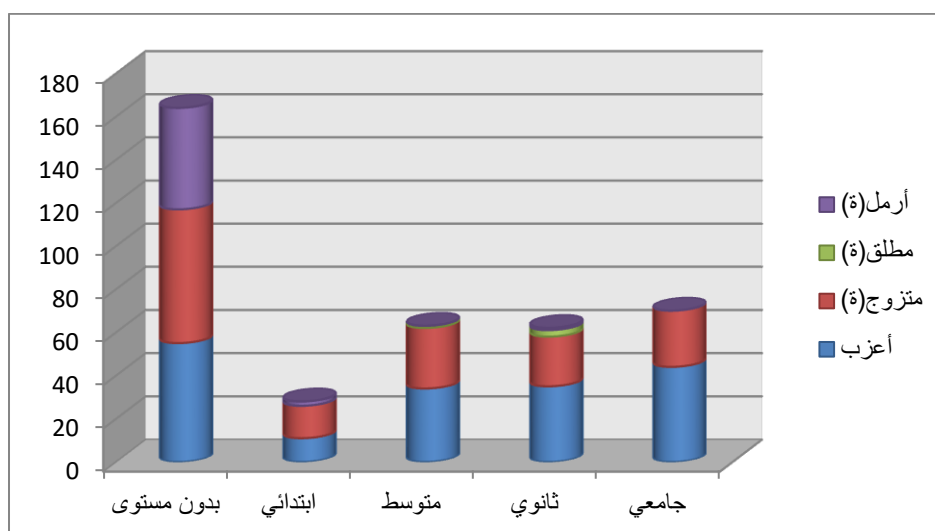
التعليمي

المستوى التعليمي							الحالة الاجتماعية
بدون مستوى	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع	النسبة	
55	11	34	35	44	179	46.25%	
62	15	28	23	26	154	39.79%	
0	0	01	03	0	04	1.03%	
47	02	0	01	0	50	12.91%	
164	28	63	62	70	387	100%	المجموع
42.37%	7.23%	16.27%	16.02%	18.08%	100%	-	النسبة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

من خلال قراءة الجدول أعلاه يتبين لنا أن أكبر نسبة من أفراد عينة الدراسة كانت من الفئة العازبة بنسبة 46.25% ، و هو ما يفسر ما سبق رصده من خلال الجدول السابق ، حيث بلغت نسبة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 30 سنة أكبر نسبة . لتليها بعد ذلك الفئة المرتبطة بنسبة 39.79% ، في حين لم تتعدى نسبة المطلقين 1.03% ب 04 مرضى فقط .

هذا و قد بلغ عدد المرضى الذين لم يتلقوا أي تعليم ب 164 فردا بنسبة 42.37% و هو ما يفسر حرصنا على توزيع الاستمارات بالمقابلة مع المرضى من أجل ملئها ، تليها بعد ذلك نسبة المرضى ذوي المستوى الجامعي و التي بلغت 18.08% ب 70 فردا ، كما تقاربت نسبة المرضى الذين تراوح مستواهم التعليمي بين المتوسط و الثانوي ب 63 و 62 فردا ، أي بنسبة 16.27% و 16.02% بهذا الترتيب . أما ما تبقى فيمثل الفئة التي لم يتجاوز مستواها الابتدائي سواء كانوا كبارا أم صغارا لا يزالون يزاولون الدراسة .



شكل رقم (4-2) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

3- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في المستشفى

نوع المرض (مزمن أو غير مزمن) و مدة المكوث في المستشفى هي أحد العوامل المهمة التي نالت حصتها من التحليل من خلال دراستنا للبيانات الشخصية للمرضى و التي سنتناولها بشيء من التحليل فيما يلي :

جدول رقم (4-5) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في

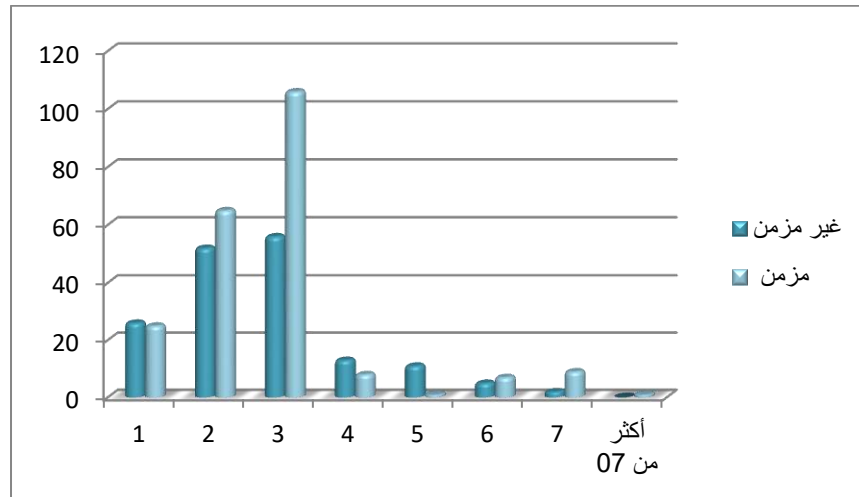
المستشفى

مدة الإقامة في المستشفى (بالأيام)										نوع المرض
النسبة	المجموع	أكثر من 07	07	06	05	04	03	02	01	
42.6%	165	0	02	05	11	13	56	52	26	
57.7%	222	01	09	07	01	08	106	65	25	
100%	387	01	11	12	12	21	162	117	51	
100%	10%	0.2%	2.8%	3.1%	3.1%	5.4%	41.86%	30.2%	13.17%	النسبة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن غالبية المرضى يعانون من أمراض مزمنة ، حيث بلغت نسبتهم 57.73% بعدد أفراد قدر بـ 222 مريضا ، و هي الفئة التي كانت مدة إقامتهم في المستشفى في اليوم الذي وزعنا به الاستبيان بـ 106 مريضا لأكثر من ثلاثة أيام و هي أكبر نسبة. في حين بلغت الفئة التي ل تعاني من أمراض مزمنة بـ 165 مريضا بنسبة 42.6% أغلبهم لم تتعدى مدة إقامتهم بالمستشفى لأكثر من خمسة أيام ، حيث تراوح عددهم بين 26 و 56 فردا . أما بالنسبة لإجمالي المرضى الذين بلغت مدة إقامتهم في المستشفى لأكثر من ثلاثة أيام فقد بلغت نسبتهم 41.86% ما يعادل 162 مريضا ، تليها نسبة 30.23% من مجموع المرضى الذين لم

تتعدى مدة إقامتهم ليومين . تجدر الإشارة إلى أن مدة إقامة المرضى التي سجلت في اليوم الذي تم فيه توزيع الاستمارات ليست محددة ، فأغلبية المرضى كانوا في حالة حرجة مما يستدعي مكوثهم بالمستشفى لأكثر من أسبوع .



شكل رقم (4-3) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في المستشفى

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

4- توزيع أفراد عينة الدراسة عبر مصالح المستشفى

بالنسبة لمصالح المستشفيات الأربعة قيد الدراسة تم اختيارها عشوائيا دون قصد ، حيث تم استثناء بعض المصالح التي تضم مرضى لا تسمح حالتهم الصحية بالإجابة على أسئلتنا .

أما بالنسبة لتوزيع أفراد عينة الدراسة ضمن هذه المصالح فقد كان كالتالي :

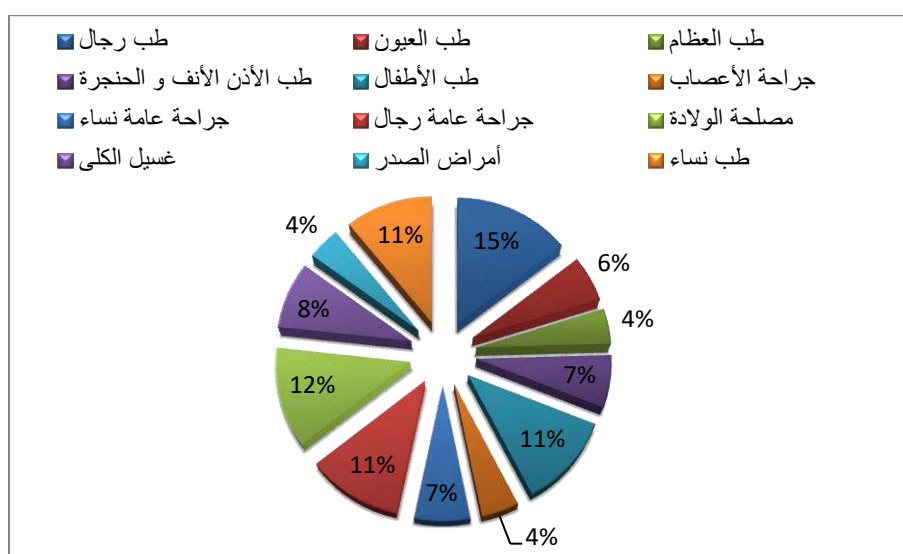
جدول رقم (4-6) : توزيع أفراد العينة عبر مصالح المستشفى

المصلحة	العدد	النسبة	المصلحة	العدد	النسبة
جراحة عامة نساء	25	%6.50	طب رجال	56	%14.50
جراحة عامة رجال	43	%11.10	طب العيون	22	%5.70
مصلحة الولادة	48	%12.40	طب العظام	17	%4.40
غسيل الكلى	32	%8.30	طب الأذن الأنف و الحنجرة	25	%6.50
أمراض الصدر	16	%4.10	طب الأطفال	44	%11.40
طب نساء	42	%10.90	جراحة الأعصاب	17	%4.40
المجموع	387	%100			

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن أكبر نسبة لأفراد العينة تضمنتها مصلحة طب الرجال بنسبة 14.50% تليها بعد ذلك مصلحة الولادة بنسبة 12.40% ، في حين تقاربت نسب احتواء كل من مصلحتي طب الأطفال و جراحة عامة رجال للمرضى الذين بلغت نسبتهم بـ 11.10% و 11.40% على التوالي . هذا و لم تتعدى باقي المصالح نسبة 10% من المرضى ، حيث بلغت مصلحة جراحة الأعصاب و أمراض الصدر أقل نسبة بـ 4.40% و 4.10% على التوالي .

شكل رقم (4-4) : توزيع أفراد العينة عبر مصالح المستشفى



المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

5- توزيع المستجوبين حسب مكان إقامتهم (الولاية)

يوضح الجدول الموالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان إقامتهم (الولاية) :

جدول رقم (4-7) : توزيع المرضى حسب مكان إقامتهم (الولاية)

الولاية	العدد	النسبة	الولاية	العدد	النسبة
الجزائر	109	%28.20	قائمة	03	%0.80
بومرداس	29	%7.50	الجلفة	03	%0.80
جيجل	26	%6.70	تلمسان	02	%0.50
بويرة	26	%6.70	تبسة	02	%0.50
بليدة	24	%6.20	تمنراست	02	%0.50
سطيف	16	%4.10	سيدي بلعباس	02	%0.50
عين الدفلى	15	%3.90	سعيدة	02	%0.50
الشلف	14	%3.60	أم البواقي	02	%0.50
مدية	13	%3.40	النعام	02	%0.50
باتنة	12	%3.10	الأغواط	02	%0.50
تيزي وزو	10	%2.60	برج بوعريج	02	%0.50
تيازة	09	%2.30	بسكرة	02	%0.50
وهران	08	%2.10	بشار	02	%0.50
معسكر	08	%2.10	عنابة	02	%0.50
تيسمسيلت	07	%1.80	أدرار	02	%0.50
بجاية	07	%1.80	سوق أهراس	01	%0.30
ورقلة	06	%1.60	إليزي	01	%0.30
قسنطينة	06	%1.60	غليزان	01	%0.30
تيارت	03	%0.80	غرداية	01	%0.30
الطارف	03	%0.80	المجموع	387	%100

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

ما يمكن استخلاصه من الجدول المتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب ولاية إقامتهم أن الجزائر

العاصمة تمثل قبلة المرضى و طالبي الصحة من خلال مستشفياتها ، و هو ما أكدته نتائج

التحليل الوصفي التي تبين من خلالها أن المستشفيات التابعة للقطاع العام بالجزائر العاصمة

احتوت المرضى من (39) ولاية متفاوتة النسب ، حيث نلاحظ أن أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة يقطنون بالجزائر العاصمة و هو أمر طبيعي و ذلك بنسبة 28.20% . تليها بعد ذلك نسب المرضى المقيمين بالولايات المجاورة بنسبة تراوحت بين 7.50% و 6.20% و التي تضمنت كل من ولاية بومرداس ، جيجل ، البويرة و البليدة ، في حين تراوحت نسبة المرضى المقيمين في كل من سطيف ، عين الدفلى ، الشلف، مدية ، باتنة ، تيزي وزو ، تيبازة ، وهران و معسكر ما بين 4.10% و 2.10% . في حين لم تتعدى باقي الولايات الموضحة في الجدول نسبة 1.80% .

المطلب الثالث : اختبار الانسجام الداخلي للمقياس

لاختبار الانسجام الداخلي للمقياس (الثبات) قمنا باستخدام معامل ألفا كرونباخ إضافة إلى مجموع ارتباطات البنود و ارتباط كل بند بالبنود الأخرى ، و هو ما يسمح بتتقوية المقياس من البنود الغير منسجمة مع باقي بنود المقياس .

يقصد بثبات المقياس أنه يعطي نفس النتيجة إذا ما تم توزيع الاستبيان لأكثر من مرة ، تحت نفس الظروف و الشروط. و تبعا لهذا ، قمنا بالتحقق من ثبات الاستبيان من خلال الاستعانة باختبار ألفا كرونباخ من أجل التحقق من ثبات أداة القياس، إذ تكون القيمة المتحصل عليها ذات دلالة إحصائية عالية إذا فاقت القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية البالغة 0.6 ، في حين تكون مقبولة عموما إذا ما كانت محصورة بين 0.5 و 0.6* . و الجدول الموالي يوضح نتائج قياس الانسجام الداخلي لكل مقياس فرعي (بعد) على حدى :

* تجدر الإشارة إلى أننا قمنا بحساب معامل كرونباخ ألفا بالاستعانة ببرنامج Spss ، و الذي يحسب أيضا وفق المعادلة

التالية :

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

1- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الملموسية للخدمة الصحية ، إضافة إلى

مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-8) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية

بنود بعد الملموسية	مصفوفة ارتباط بنود بعد الملموسية					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
ملاءمة المظهر الخارجي للمستشفى	1	0.441	0.456	0.410	0.580	0.578	
توفر تصميم داخلي يسهل عملية الاتصال	0.441	1	0.449	0.419	0.483	0.646	
امتلاك الأجهزة و المعدات الطبية الحديثة	0.456	0.449	1	0.308	0.431	0.669	
النظافة و حسن المظهر	0.410	0.419	0.308	1	0.488	0.648	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	387 = n 0.711 = α						

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أظهرت النتائج أن معامل ألفا للانسجام الداخلي للمقياس الفرعي الخاص ببعد الملموسية جاء 0.711 ، و هي قيمة مقبولة مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات جيد . بينت كذلك نتائج مصفوفة الارتباطات لبنود المحاور الأربعة أن معامل ارتباط لبيرسون بين كل بند و الدرجة الكلية لكل محور خاص بكل بند دالة إحصائيا عند مستوى معنوية 0.05 ، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط 0.308 فيما بلغ الحد الأعلى لها 0.456. و عليه فإن جميع بنود المحاور

حيث: α : يمثل كرونباخ ألفا ، k : يمثل عدد العبارات ،

$\sum_{i=1}^k \sigma_{Yi}^2$: يمثل مجموع الانحراف المعياري لكل عبارة.

σ_x^2 : و يمثل الانحراف المعياري الكلي.

الأربعة متجانسة (متسقة) داخليا مع المحاور الذي تنتمي إليها مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبند مقياس بعد الملموسية . يتأكد ذلك من خلال نتائج ارتباط كل بند بالمجموع ، إذ يتضح لنا أن معامل ارتباط كل بند بالمجموع فاق 0.4 ، ففي الغالب تستبعد البنود التي ترتبط بالمجموع بأقل من 0.3 . أما فيما يخص العمود المتعلق بقيم ألفا كرونباخ بعد حذف البند فيظهر المساهمة الإيجابية للبنود في الانسجام الاجمالي للمقياس . حيث أن حذف أي بند من بنود بعد الملموسية لن يرفع من قيمة معامل ألفا ، إذ أن كل القيم متقاربة و أقل من 0.711.

2- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاعتمادية في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الاعتمادية للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-9) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاعتمادية بعد التنقية

بنود بعد الاعتمادية	مصفوفة ارتباط بنود بعد الاعتمادية				ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
السرعة و الدقة في تقديم الخدمة	1	0.551	0.481	0.629	0.684	0.688
الالتزام بالوعود في تقديم الخدمة	0.551	1	0.318	0.497	0.564	0.751
وضع المرضى ثقتهم في المستشفى	0.481	0.318	1	0.449	0.572	0.761
الاهتمام بالسجلات الصحية الخاصة بالمرضى	0.629	0.497	0.449	1	0.670	0.696
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	$\alpha = 0.788$				$n = 387$	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

باستخدام الاستمارات المكتملة العدد و البالغة 387 مشاهدة ، أظهرت النتائج أن قيمة معامل ألفا

كرونباخ لمقياس بعد الاعتمادية كانت 0.758 و هي قيمة جد مقبولة ، إلا أن مصفوفة الارتباطات دلت على شذوذ البند الثالث ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط الخاصة به ب 0.184 و هي قيمة جد ضعيفة ، و ما أكد ذلك ضعف ارتباط البند بالمجموع و الذي بلغ 0.269 و هو ما أكدته نتيجة حذف البند الشاذ الذي زاد من قيمة معامل ألفا حيث انتقلت من 0.758 إلى 0.788 .

كما تمت الإشارة إليه ، بعد حذف البند الثالث و المتعلق بمدى تعاطف العاملين بالمستشفى مع المرضى عند تقديم شكاويهم و استفساراتهم ، ارتفعت قيمة معامل ألفا كرونباخ إلى 0.788 في حين أن معامل الارتباط لباقي البنود كان دالا إحصائيا ، و هو ما يثبت الانسجام الداخلي للمقياس، و ما يؤكد ذلك هو أن البنود كلها جاءت مرتبطة بالمجموع بقيمة أكبر من 0.5 ، كما أن سحب أي بند من البنود الأربعة المتبقية لن يزيد من قيمة معامل ألفا .

3- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاستجابة في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الاستجابة للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-10) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاستجابة

بنود بعد الاستجابة	مصفوفة ارتباط بنود بعد الاستجابة					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الاستعداد لمساعدة و الاستجابة للمرضى	1	0.540	0.744	0.576	0.684	0.688	
الإبلاغ بمواعيد تقديم الخدمة بدقة	0.540	1	0.682	0.704	0.564	0.751	
سرعة الرد على الشكاوي و الاستفسارات	0.744	0.682	1	0.615	0.472	0.792	
التجاوب مع المرضى رغم الانشغال	0.576	0.704	0.615	1	0.670	0.696	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	0.878 = α					387 = n	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بينت مخرجات اختبار الثبات أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس بعد الاستجابة بينوده الأربعة بلغت 0.878 ، و هي قيمة تدل على قدر جيد جدا من الانسجام الداخلي للمقياس ، و هو ما يؤكد كل من معامل الارتباط لبيرسون لكل بند من البنود و الذي تراوح بين 0.540 و 0.744 ما يظهر عدم وجود بنود غير منسجمة مع البقية من جهة ، و كذا ارتباط كل بند بالمجموع و الذي بلغت قيمته أكثر من 0.4 من جهة أخرى . و هو ما يتأكد من عمود قيم معامل ألفا كرونباخ عند حذف أحد البنود ، حيث يظهر مساهمة كل البنود في الانسجام الاجمالي الداخلي للمقياس و أن حذف أي بند لن يغير إيجابيا في نتيجة معامل ألفا.

4- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الأمان للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع:

جدول رقم (4-11) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان

بنود بعد الأمان	مصفوفة ارتباط بنود بعد الأمان					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل	1	0.539	0.496	0.508	0.630	0.748	
الحفاظ على سرية المعلومات	0.539	1	0.430	0.519	0.608	0.744	
التعامل بلطف و لباقة مع المرضى	0.496	0.430	1	0.541	0.593	0.747	
تمتع العاملين بالمعرفة و المهارة و الخبرة	0.508	0.519	0.541	1	0.638	0.727	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية						$0.793 = \alpha$	$387 = n$

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بلغت قيمة ألفا لبعد الأمان 0.793 و هي قيمة تدل على مستوى جيد من الانسجام الداخلي للبنود، كما أن معامل الارتباط لبيرسون لا يظهر وجود أي بند غير منسجم مع بنود المحاور الأخرى و التي بلغت أدنى قيمة لها بـ 0.430 ، و هي أكبر من 0.4 . يتأكد ذلك من خلال قيم ارتباط كل بند بالمجموع و التي جاءت متقاربة و تفوق 0.5 ، كما ان عمود قيمة ألفا بعد حذف البند يظهر قيم أقل من 0.793 ، و عليه فإن حذف أي بند لن يغير في نتيجة معامل ألفا. كل هذا يدل على مدى الانسجام الداخلي لبنود بعد الأمان و بالتالي ثبات المقياس و قدرته على القياس .

5- الانسجام الداخلي لمقياس بعد التعاطف في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس التعاطف للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-12) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التعاطف

بنود بعد التعاطف	مصفوفة ارتباط بنود بعد التعاطف						ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الدراية المسبقة باحتياجات المرضى	1	0.614	0.665	0.610	0.561	0.694	0.857	
شرح المشاكل الصحية بطريقة مبسطة	0.614	1	0.464	0.454	0.387	0.557	0.876	
القدرة على تقديم العناية الشخصية	0.665	0.464	1	0.714	0.657	0.790	0.819	
وضع مصلحة المرضى في مقدمة الاهتمامات	0.610	0.454	0.714	1	0.657	0.764	0.831	
العمل وقت حاجة المرضى	0.561	0.387	0.657	0.657	1	0.713	0.852	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	0.872 = α						387 = n	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

قدرت قيمة ألفا لبعء التعاطف بـ 0.872 ، و هو مستوى جد مقبول للانسجام الداخلي ، بالرغم من ذلك إلا أن معامل الارتباط أظهر أن قيمة البند الثاني من بعد التعاطف جاء ضعيفا لكنه ل يقل عن القيمة التي تستوجب الحذف و المقدرة بـ 0.3 . كما أن ارتباطه بباقي البنود مجتمعة جاء متوسطا 0.557، و بالتالي فإن استبعاد هذا البند أدى إلى ارتفاع قيمة معامل ألفا كرونباخ بنسبة طفيفة إلا أنها مؤثرة حيث بلغت 0.876 ، و عليه تراجعنا عن استبعاد هذا البند و الحفاظ عليه ضمن بعد التعاطف و النظر فيما إذا كانت نتائج التحليل العاملي قد تقوده ضمن بعد اخر . و بالتالي نقبل قيمة 0.872 لمعامل ألفا كونها جد مقبولة و تعبر عن ثبات المقياس .

تجدر الإشارة إلى أن القيمة الاجمالية لمعامل ألفا كرونباخ لإجمالي المقياس بأبعاده الخمسة بلغ 0.941 و هي نسبة مقبولة جدا مما يعني ثبات الأداة المستخدمة و بالتالي إمكانية الاعتماد عليها

في قياس جودة الخدمة الصحية . إلا أنه و بالنظر لمصفوفة الارتباطات الخاصة بالبند المتعلقة بالمقياس ككل نجد أن أغلبها تتسم بالانسجام الداخلي إلا أنه يمكن استبعاد بعض البنود لترتفع قيمة ألفا كرونباخ إلى 0.943 (الملحق رقم 03). و هو ما تم تأكيده من خلال دراسة كل مقياس فرعي على حدى ليصبح بذلك عدد البنود الاجمالي (21) عشرون بنود بدل (22) بنود بعد استبعاد البند الثالث لبعد الاعتمادية.

المطلب الرابع : اختبار الصدق التقاربي و التمايزي لأبعاد المقياس بعد التعديل

الخطوة الموالية لاختبار مدى الانسجام الداخلي لمقياس جودة الخدمة الصحية هي تقدير صدقيته أو مدى اعتمادية المقياس عن طريق التحليل العاملي و محاولة الاجابة عن التساؤل المتعلق بمدى هيكلية المقياس المعتمد و المكون من الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER ، و بالتالي النظر فيما إذا كانت هناك بنود أخرى لابد من استبعادها و استخلاص المقياس في بنود أقل. فالصدق التقاربي للأبعاد الخمسة للمقياس يعني مدى قوة تحميل بنود البعد على عامل مشترك بينها ، في حين يمثل الصدق التمايزي انفراد بنود كل بعد من الأبعاد الخمسة بعامل خاص به .

يهدف أسلوب التحليل العاملي إلى الكشف عن المتغيرات المشتركة و تلخيصها في عدد من العوامل ، لتفسر هذه الأخيرة أكبر نسبة من التباين في مجموعة من المتغيرات . و لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة المكونات الأساسية لإدراكات المرضى كونها أكثر طرق التحليل العاملي استخداما في استخلاص العوامل .

تجدر الإشارة إلى أن السبب من وراء استخدام التحليل العاملي بعد تصفية المقياس عن طريق معامل ألفا كرونباخ ، هو أن استخدمه قبل ذلك يمكن أن يضخم الأبعاد بسبب البنود الهامشية ، و عليه فإن استخدام التحليل العاملي ما هو إلا دراسة تأكيدية لاختبار الأبعاد التي استنتجت مسبقا .

قبل إجراء التحليل العاملي قمنا في بادئ الأمر باستخدام كل من معامل Kaiser-Meyer-Olkin « KMO » ، لملاءمة المعايير « Measure of Sampling Adequacy » MSA ، و كذا اختبار بارتلليت « Bartlett's Test of Sphericity » ، و ذلك من أجل التحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي، و الجدول الموالي يوضح نتائج هاذين الاختبارين :

جدول رقم(4-13): نتائج ملاءمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي

0.928	مقياس KMO لملاءمة المعايير
4974.272	اختبار Bartlett كاي
210	مربع التقريبية
0.000	درجة الحرية
	مستوى المعنوية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن نتائج قيمة معامل KMO كانت مرتفعة إذ بلغت 0.928 و هي تفوق الحد الأدنى لهذا المعامل 0.6 كما حدده Kaiser سنة 1974 من خلال دراسته « An Index of Factorial simplicity » ، مما يدل على كفاية العينة لموضوع الدراسة و التحليل. أما فيما يخص اختبار Bartlett لمصفوفة الارتباطات فقد كان ذو دلالة إحصائية ، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية 0.000 و التي جاءت أقل من المستوى المعتمد في هذه الدراسة 0.05 و هو يعبر عن مؤشر اختلاف مصفوفة الارتباط عن مصفوفة الوحدة ، بمعنى أنها ليست من نوع المصفوفات التي تكون فيها قيم العناصر القطرية مساوية للواحد الصحيح و بقية العناصر مساوية للصفر ، هذا بالإضافة إلى أن أغلبية الارتباطات كانت معنوية (مصفوفة الارتباط في الملحق رقم 02). و عليه يمكن القول أن نتائج هاذين الاختبارين تؤكد صلاحية البيانات للتحليل العاملي .

تبعا لهذا قمنا بإجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية « Principal Component Analysis » لإدراكات المرضى، و ذلك باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax ، بالإضافة إلى استخدام محك Kaiser و الذي يقبل العوامل التي تزيد قيمتها الذاتية عن الواحد الصحيح . و الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة و جودة تمثيل المتغيرات على المستوى العاملي.

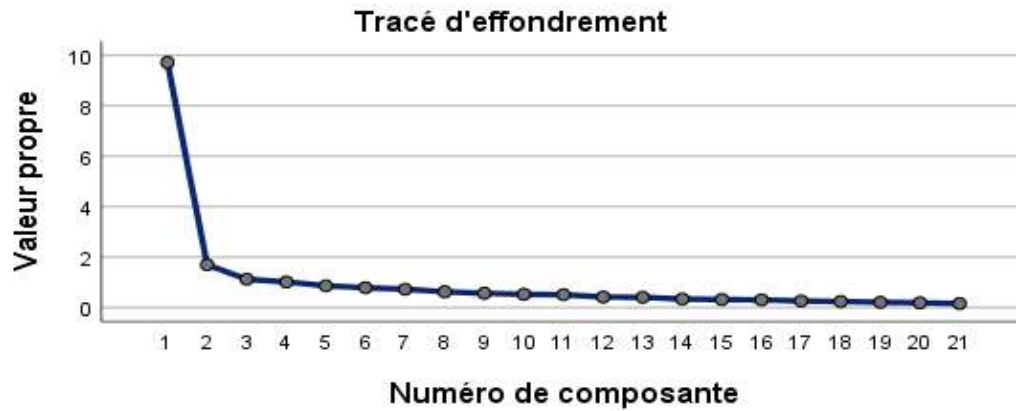
جدول رقم (4-14) : نسب التباين الكلي المفسرة

رقم البند	القيم الذاتية الأصلية	نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية	جودة التمثيل
01	9.718	46.275	46.275	0.649
02	1.697	8.080	54.355	0.523
03	1.123	5.346	59.701	0.734
04	1.014	4.826	64.527	0.483
05	0.863	4.110	-	0.552
06	0.789	3.756	-	0.638
07	0.724	3.447	-	0.652
08	0.628	2.989	-	0.804
09	0.568	2.703	-	0.636
10	0.525	2.499	-	0.688
11	0.510	2.427	-	0.684
12	0.417	1.984	-	0.779
13	0.405	1.928	-	0.649
14	0.340	1.618	-	0.464
15	0.317	1.510	-	0.674
16	0.305	1.453	-	0.615
17	0.264	1.256	-	0.726
18	0.239	1.139	-	0.653
19	0.210	0.998	-	0.723
20	0.188	0.896	-	0.640
21	0.159	0.759	-	0.585

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

انطلاقا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه يتبين لنا أن البنود الخاصة بمقياس جودة الخدمة الصحية قد تم تلخيصها في أربعة عوامل تضم 21 بندا باستخدام طريقة المكونات الأساسية ذات التدوير المتعامد و وفقا لقيمة الجذر الكامن ، حيث يستوجب أن لا تقل القيمة الذاتية للعامل المستخلص عن الواحد الصحيح حتى و لو كانت هناك تشبعات ذات دلالة احصائية على ذلك

العامل . هذا و قد ساهمت العوامل الأربعة في تفسير نسبة 64.527% من التباين الكلي و الشكل الموالي يوضح ما سبق طرحه :



شكل رقم (4-5) : خط انحدار الجذور الكامنة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تظهر نتائج التمثيل البياني للجذور الكامنة انعطاف خط الانحدار بمجرد الوصول إلى المكون الخامس ، لتتقارب بعده قيم الجذور الكامنة دون تسجيل أي انعطاف اخر ، حيث تصبح قيمتها أقل من الواحد الصحيح . هذا و يظهر الجدول السابق أيضا هيمنة المكون الأول حيث يفسر لوحده نسبة 46.275% بالتالي هو يرتبط بأغلبية البنود ، في حين تتوزع البقية على المكونات الثلاثة المتبقية و الجدول الموالي يبين لنا خلاصة نتائج التحليل العاملي في أربعة عوامل أو مكونات رئيسية و هذا قبل عملية التدوير :

جدول رقم (4-15): مصفوفة العوامل قبل عملية التدوير

المكونات				البند
04	03	02	01	
			0.814	التعاطف 03
			0.796	الاعتمادية 04
			0.795	التعاطف 04
			0.793	الأمان 01
			0.792	الاستجابة 03
			0.790	التعاطف 01
			0.758	الاستجابة 01
			0.756	الاستجابة 02
			0.739	التعاطف 05
			0.733	الاعتمادية 01
			0.725	الأمان 04
	-0.378	0.322	0.723	الاستجابة 04
			0.671	الأمان 02
		-0.515	0.596	الأمان 03
0.359		0.409	0.585	الملموسية 01*
0.327		-0.426	0.572	الاعتمادية 03
		0.386	0.572	الملموسية 04
	0.353	0.358	0.502	الملموسية 02
		-0.563	0.561	التعاطف 02
-0.487	0.679		0.325	الاعتمادية 05
0.537	0.370	0.386	0.400	الملموسية 02*

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

*بنيات مركبة : بمعنى أن البند أو المتغير تشعب على أكثر من مكون ؛ حيث تجاوزت قيمته 0.4.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك بنيات مركبة ، أي أن بعض المتغيرات تشعبت على أكثر

من مكون ، بالتالي لابد من القيام بعملية التدوير للتخلص منها و الحصول على نتائج أكثر حسما

و مقروئية . لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة التدوير Varimax بافتراض استقلال الأبعاد ، و الجدول

الموالي يوضح لنا تشبع المكونات بعد عملية التدوير :

جدول رقم (4-16): مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير

البنود	المكونات			
	04	03	02	01
الاستجابة 04				0.861
الاستجابة 02				0.793
التعاطف 03			0.307	0.731
الاستجابة *03			0.415	0.704
التعاطف 05				0.659
التعاطف 04			0.367	0.653
الاستجابة *01			0.452	0.652
الأمان *01			0.412	0.633
الاعتمادية 04			0.351	586.
الاعتمادية *04		0.353	0.406	0.553
الملموسية 04		0.392		0.522
الأمان 02				0.496
الأمان 03			0.789	
الاعتمادية 03			0.753	
التعاطف 02			0.750	
التعاطف *01			0.646	0.476
الأمان *04			0.639	0.407
الملموسية 03		0.841		
الملموسية *01		0.684		0.411
الاعتمادية 05	0.881			
الملموسية 02	0.497	0.386		0.357

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نفس الملاحظة نرصدها بعد تدوير المحاور ، إذ نجد أن هناك بعض البنيات المركبة ، و تتعلق

أساسا بالبنود التالية : (الاستجابة 03 ، الاستجابة 01 ، الأمان 01 ، الاعتمادية 04 ، التعاطف

01 و الملموسية 01) ، لهذا الغرض توجب علينا استبعاد هذه البنود و إعادة الاختبار حتى تختفي جميع البنيات المركبة . الجدول الموالي يوضح مصفوفة تشبع المكونات بعد حذف البنود و بعد عملية التدوير .

جدول رقم (4-17): مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير

رقم البند	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	جودة التمثيل	المكونات		
					01	02	03
C4	التجاوب مع المرضى رغم الانشغال	3.29	0.723	0.536	0.876		
C2	الإبلاغ بمواعيد تقديم الخدمة بدقة	3.25	0.916	0.517	0.796		
E3	القدرة على تقديم العناية الشخصية	3.49	1.100	0.549	0.744		
E4	وضع مصلحة المرضى في مقدمة الاهتمامات	3.97	0.957	0.622	0.717	0.361	
E5	العمل وقت حاجة المرضى	3.36	0.816	0.745	0.684	0.300	
B1	السرعة و الدقة في تقديم الخدمة	3.07	1.133	0.681	0.639	0.339	
D2	الحفاظ على سرية المعلومات	2.83	1.146	0.771	0.592	0.320	
D3	التعامل بلطف و لباقة مع المرضى	3.43	0.729	0.578	0.792		
E2	شرح المشاكل الصحية بطريقة مبسطة	4.14	0.792	0.671	0.788		
B3	وضع المرضى ثقتهم في المستشفى	4.16	0.830	0.665	0.752		
B5	الاهتمام بالسجلات الصحية الخاصة بالمرضى	3.34	1.021	0.701			0.844
A2	توفر تصميم داخلي يسهل عملية الاتصال	3.24	1.017	0.687	0.380	0.626	
A3	امتلاك الأجهزة و المعدات الطبية الحديثة	3.33	0.804	0.605			0.576
القيم الذاتية الكلية					5.608	1.368	1.050
نسبة التباين المفسرة %					43.137	10.526	8.077
نسبة التباين المفسرة الكلية					%61.740		

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بعض الملاحظات حول الجدول :

- الصياغة الحقيقية للبنود تجدها في الملحق رقم 01؛
 - البنود مرتبة حسب ارتباطها بالمكون ؛
 - جودة التمثيل أو قيمة الشيوخ لكل بند جاءت أكبر من 0.5 و بالتالي كلها دالة إحصائيا ؛
 - أثناء القيام بعملية حذف البنيات المركبة تم استبعاد البند الرابع من بعد الملموسية أيضا ؛
 - بهدف الوصول إلى درجة عالية من المصادقية في استخراج المركبات الأساسية ، قمنا باستبعاد أي متغير معامل تحميله أقل من 0.4 هذا حسب توصيات Comery حيث يقترح استبعاد البنود التي تكون درجة تحميلها على البعد بأقل من 0.4 ؛
 - A : الملموسية ، B : الاعتمادية ، C : الاستجابة ، D : الأمان ، E : التعاطف .
- تظهر النتائج المبينة في الجدول المبين أعلاه أنه و بعد تدوير المحاور و حذف البيانات المركبة تم اختصار البنود إلى (13) بندا فقط محملة على ثلاثة مكونات (عوامل) ، و قد ساهمت العوامل الأربعة معا في تفسير نسبة 61.740% من التباين الكلي . و قد كانت التشعبات كما يلي :
- العامل الأول:** يعد من أهم العوامل المستخلصة و الذي يفسر لوحده نسبة 43.137% من التباين، حيث استقطب هذا العامل أكبر عدد من المتغيرات (البنود) و التي بلغ عددها سبعة (07) متغيرات من أصل (13) ، ضمت كل من البندين الثاني و الرابع من بعد الاستجابة إضافة إلى البند الثالث ، الرابع و الخامس من بعد التعاطف ، فضلا عن كل من البند الأول من بعد الاعتمادية و الثاني من بعد الأمان ، في حين لم يتضمن أي بند من بعد الملموسية .
- العامل الثاني:** يأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تفسير العلاقة بين المتغيرات ، إذ يفسر حوالي 10.526% من التباين الكلي . يحوي هذا العامل ثلاث متغيرات (بنود) تمثلت في :
- البند الثالث من بعد الأمان ، البند الثاني من بعد التعاطف و البند الثالث من بعد الاعتمادية .

العامل الثالث : يفسر هذا العامل حوالي 8.077% من إجمالي التباين و يضم ثلاث متغيرات كما

يلي : البندين الثاني و الثالث من بعد الملموسية و البند الخامس من بعد الاعتمادية .

بالنظر إلى هذه النتائج يمكن القول أن هيكلية الأبعاد الخمسة للمقياس الشهير بأبعاده الخمسة

RATER لم تتأكد من الدراسة ، حيث تم تسجيل اختلاف واضح في ترتيب البنود ضمن أبعاد جودة

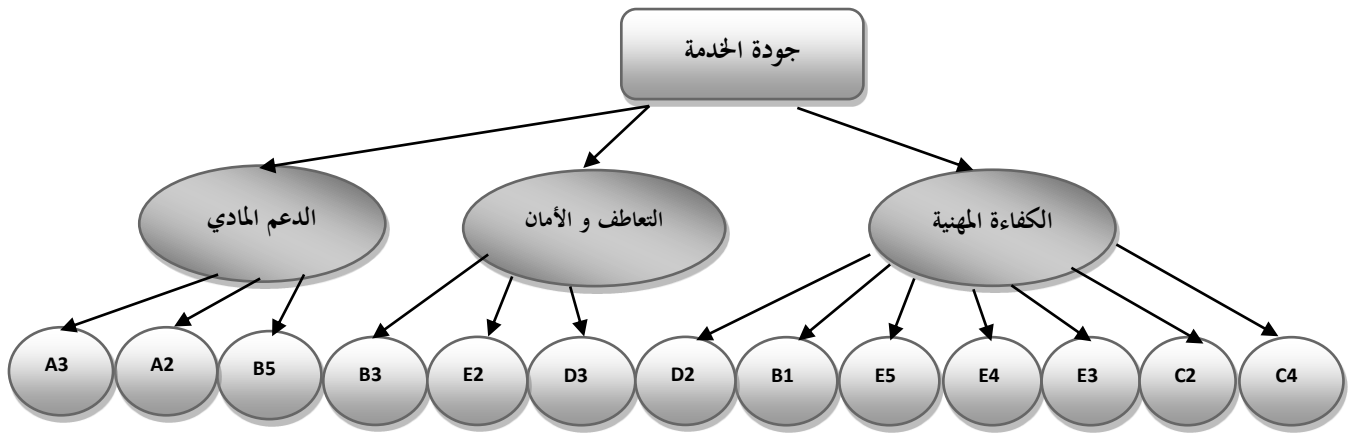
الخدمة الصحية التي اختصرت بدورها إلى ثلاثة أبعاد فقط تحوي (13) بنداً. و بالتالي لم تظهر

نتائج التحليل لأبعاد جودة الخدمة الصحية أي صدقية تمايزية و تقاربية ، حيث أن كل بعد فقد

مجموعة من البنود باستثناء بعد التعاطف الذي فقد بنداً واحداً فقط و انضم آخر إلى بعد آخر و

بالتالي فهو يتميز بصدقية تقاربية و تمايزية مقبولة نوعاً ما . و عليه ، الهيكلية الناتجة من الأبعاد

الثلاثة يمكن إعطاؤها تسميات أخرى كما يلي :



شكل رقم (4-6) : الأبعاد المستخلصة من اختبار التحليل العاملي

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

المبحث الثاني : اختبار صلاحية أبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي الخاص

بنفس المنهجية و نفس الأدوات المستخدمة في المبحث الأول و الخاص باختبار صلاحية أبعاد

جودة الخدمة في القطاع الصحي العام ، سنحاول فيما يلي باختبار مدى صلاحية أبعاد جودة

الخدمة في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص ، إضافة إلى هيكليّة المقياس و ذلك عبر اتباع الخطوات التالية :

- تحديد الاجراءات المنهجية للدراسة ؛
- التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة ؛
- اختبار الانسجام الداخلي للمقياس ؛
- اختبار هيكليّة المقياس بعد التعديل .

المطلب الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة

سنقوم من خلال استعراضنا لهذا المطلب بالتطرق إلى أهم الاجراءات المنهجية المعتمدة في تطبيق الدراسة الميدانية و المتمثلة في تحديد مجتمع الدراسة و عينتها ، أسلوب جمع البيانات و أدوات التحليل الاحصائي .

1- مجتمع الدراسة و عينتها

تمثل مجتمع الدراسة في جميع المرضى المقيمين و الموزعين على عينة من المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص بالجزائر العاصمة ، حيث وقع اختيارنا على أربع عيادات دون تمييز (عيادة الياسمين بالقبة ، عيادة نجمة ببوروية ، عيادة اللوتس برويبة و عيادة نجمة الجديدة بباش جراح) . نظرا لصعوبة تحديد فترة الدراسة و عدم استقرار المرضى ، تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالعيادات الأربعة خلال الفترة الممتدة من شهر فيفري إلى شهر أوت 2019 ، و عليه تم توزيع استمارات الاستبيان عبر مصالح كل عيادة على عينة عشوائية من المرضى المقيمين و الذي بلغ عددهم 400 مريض ، حيث تم استثناء بعض المصالح نظرا للحالة الصحية الحرجة للمرضى.

سعيّا منا لتحقيق شرط كفاية العينة كأحد شروط التحليل العاملي ، حرصنا على أن يتم استرداد ما لا يقل عن 330 استمارة صالحة للتحليل إذ تجدر الإشارة إلى أن المتخصصين في مجال

الاقتصاد القياسي اختلفوا في تحديد حجم العينة . فالبعض يرى أن النسبة بين عدد الأفراد إلى عدد فقرات الاستبيان يجب أن لا يقل عن خمسة 05 أفراد مستجوبين لكل متغير . في حين يفضل البعض الآخر أن لا تقل العينة الجمالية عن 200 حالة ، كما يوصي البعض الآخر باستعمال معيار 10 حتى 15 حالة لكل متغير . هذا و تبعاً لما تم طرحه ، قامت الباحثة باعتماد معيار 15 فرداً مستجوباً لكل متغير . و عليه ، تم توزيع الاستمارات بين العيادات الأربعة بالتساوي (100 استمارة لكل عيادة) ، و قمنا في الأخير باسترجاعها كاملة ، أي 400 استمارة كاملة غير منقوصة صالحة للتحليل الإحصائي .

2- أساليب جمع البيانات

بحكم طبيعة و خصوصية موضوع البحث و المتعلق أساساً بجودة الخدمات الصحية ، استوجب علينا اللجوء إلى نفس أدوات جمع البيانات التي سبق و أن تم التطرق إليها بشيء من التفصيل من خلال المبحث السابق و المتمثلة أساساً في المقابلة باعتبارها كأداة أولية في جمع البيانات الأولية و التي يصعب الحصول عليها من الجانب النظري فقط . إضافة إلى الاستبيان حيث تم الاعتماد على نفس الاستمارة التي وجهت لدراسة جودة الخدمة في القطاع الصحي العام والتي تستند على الأبعاد الخمسة الشهيرة « RATER » (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) ، و الذي يقيس إدراكات المرضى فقط .

المطلب الثاني : التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة

قصد التعرف على مختلف الخصائص الديمغرافية للأفراد المشاركين في الدراسة الميدانية تناولنا من خلال الجزء الثاني من الاستبيان بعض البيانات الشخصية لأفراد العينة و التي سنحاول فيما يلي بعرضها من خلال التحليل الوصفي .

1- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس

يرصد الجدول و الشكل الموالين كل من التكرارات و النسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب

متغيري السن و الجنس كما يلي :

جدول رقم (4-18) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس

الجنس						
النسبة الكلية	المجموع	النسبة	أنثى	النسبة	ذكر	
%2.75	11	%1.75	07	%01	04	أقل من 10 سنوات
%9.50	38	%3.75	15	%5.75	23	11 - 20 سنة
%16.25	65	%09	36	%7.25	29	21 - 30 سنة
%10.75	43	%4.75	19	%06	24	31 - 40 سنة
%18.25	73	%9.75	39	%8.50	34	41 - 50 سنة
%13	52	%5.25	21	%7.75	31	51 - 60 سنة
%29.5	118	%16.25	65	%13.25	53	أكثر من 61 سنة
%100	400	%50.50	202	%49.50	198	المجموع

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الإناث كانت أكثر من نسبة الذكور و ذلك بنسبة

50.5% مقابل 49.5% ، في حين بلغ عدد المرضى الذين زادت أعمارهم عن 61 سنة نسبة

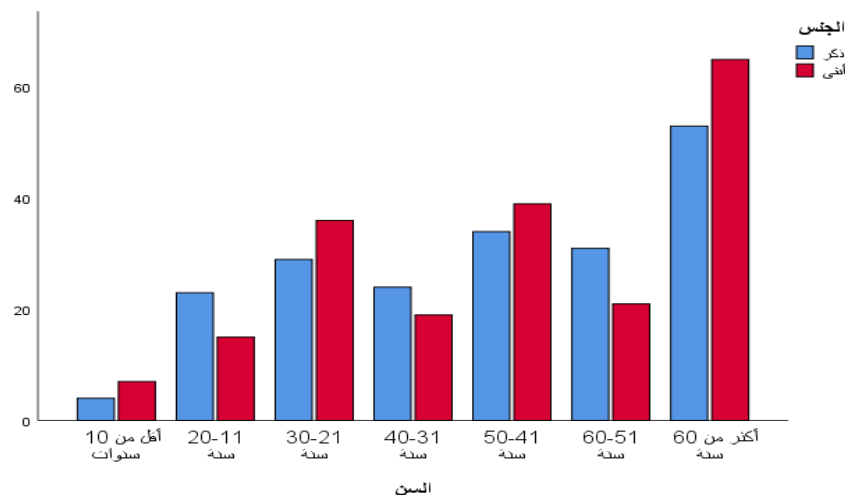
29.5% و هي أعلى نسبة مسجلة حيث كان أغلبهم من الإناث بـ 65 أنثى بنسبة 16.25% مقابل

45 ذكر بنسبة 13.25% . تليها بعد ذلك الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 41 و 50 سنة بنسبة

18.25% تقاربت فيها نسب الجنسين . كما سجلت نسبة المرضى الذين تجاوزت أعمارهم بين 21

و 30 سنة بـ 16.25% ، أما ما تبقى من نسب المرضى ذوي الفئات العمرية الأخرى فقد كانت

مقاربة و تراوحت بين 13% و 10.75% ، لتبلغ في الأخير نسبة المرضى من فئة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 10 سنوات بـ 2.75% أغلبهم إناث بنسبة 1.75% .



شكل رقم (4-7) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري السن و الجنس

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

2- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي

سنحاول فيما يلي باستعراض تحليل وصفي مقاطع لكل من متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى

التعليمي لأفراد عينة الدراسة و ذلك من خلال الجدول و الشكل المواليين :

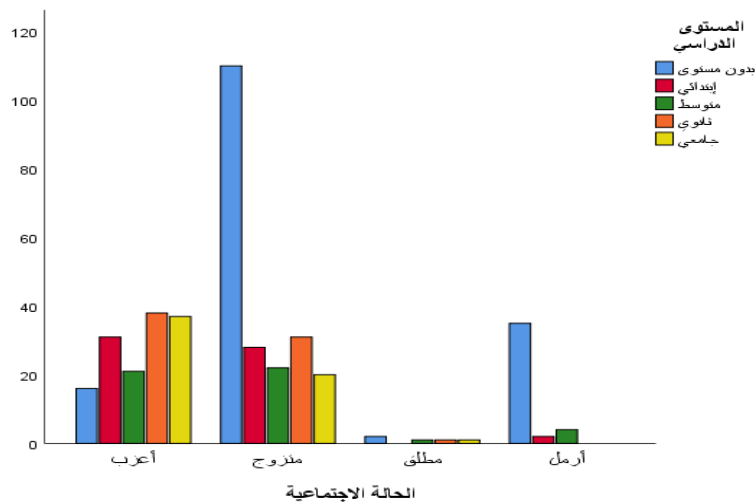
جدول رقم (4-19) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و

المستوى التعليمي

المستوى التعليمي								
النسبة	المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون مستوى		
35.75%	143	37	38	21	31	16	أعزب	الحالة الاجتماعية
52.75%	211	20	31	22	28	110	متزوج(ة)	
1.25%	05	01	01	01	0	02	مطلق(ة)	
10.25%	41	0	0	04	02	35	أرمل(ة)	
100%	400	58	70	48	61	163	المجموع	
-	100%	14.5%	17.5%	12%	15.25%	40.75%	النسبة	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

من خلال قراءة الجدول أعلاه يتبين لنا أن أكبر نسبة من أفراد عينة الدراسة كانت من الفئة المتزوجة بنسبة 52.75%، أغلبهم بدون مستوى (110 فرداً) . تليها بعد ذلك الفئة العازبة بنسبة 35.75% أغلبهم من الفئة التي تعدى مستواها التعليمي المستوى الجامعي، في حين لم تتعدى نسبة الأرمال 10.25% بـ 41 مريضاً و المطلقين 1.03% بـ 04 مرضى فقط . هذا و قد بلغ عدد المرضى الذين لم يتلقوا أي تعليم بـ 163 فرداً بنسبة 40.75% . و هو ما يفسر حرصنا على توزيع الاستثمارات بالمقابلة مع المرضى من أجل ملئها ، تليها بعد ذلك نسبة المرضى ذوي المستوى الثانوي و التي بلغت 17.5% بـ 70 فرداً ، كما تقاربت نسبة المرضى الذين تراوح مستواهم التعليمي بين الجامعي و الابتدائي بـ 58 و 48 فرداً ، أي بنسبة 14.5% و 15.25% بهذا الترتيب . أما ما تبقى فيمثل الفئة التي لم يتجاوز مستواها المتوسط بنسبة 12%.



شكل رقم (4-8) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

3- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في العيادة

نوع المرض (مزمن أو غير مزمن) و مدة المكوث في المستشفى هي أحد العوامل المهمة التي

نالت حصتها من التحليل من خلال دراستنا للبيانات الشخصية للمرضى و التي سنتناولها بشيء من التحليل فيما يلي :

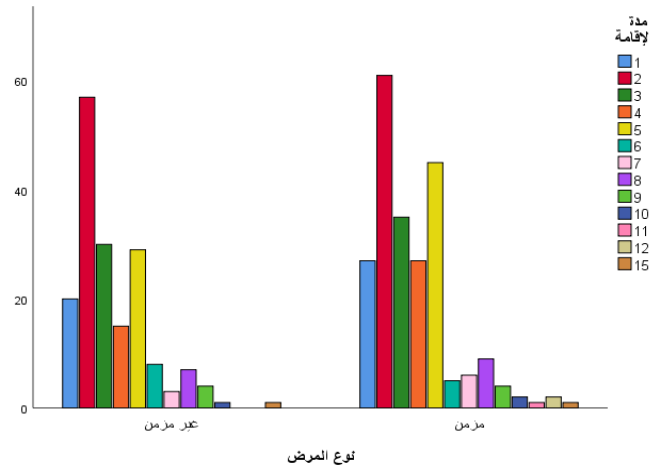
جدول رقم (4-20) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في العيادة

مدة الإقامة في العيادة (بالأيام)										نوع المرض
النسبة	المجموع	أكثر من 07	07	06	05	04	03	02	01	
43.75%	175	13	03	08	29	15	30	57	20	
56.25%	225	19	06	05	45	27	35	61	27	
100%	400	32	09	13	74	42	65	118	47	
-	100%	08%	2.25%	3.25%	18.50%	10.50%	16.25%	29.5%	11.75%	النسبة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن غالبية المرضى يعانون من أمراض مزمنة ، حيث بلغت نسبتهم 56.25% بعدد أفراد قدر بـ 225 مريضا ، و هي الفئة التي كانت مدة إقامتهم في العيادة في اليوم الذي وزعنا به الاستبيان بـ 61 مريضا لأكثر من يومين و هي أكبر نسبة.

في حين بلغت الفئة التي لا تعاني من أي مرض مزمن بـ 175 مريضا بنسبة 43.75% أغلبهم لم تتعدى مدة إقامتهم بالعيادة لأكثر من يومين ، حيث تراوح عددهم بين 57 و 3 مريضا . أما بالنسبة لإجمالي المرضى الذين بلغت مدة إقامتهم في العيادة لأكثر من يومين فقد بلغت نسبتهم 29.5% ما يعادل 118 مريضا ، تليها نسبة 18.50% من مجموع المرضى الذين بلغت مدة إقامتهم خمسة أيام على الأقل .



شكل رقم (4-9) : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري نوع المرض و مدة الإقامة في العيادة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

4- توزيع أفراد عينة الدراسة عبر مصالح العيادة

بالنسبة لمصالح المستشفيات الأربعة قيد الدراسة تم اختيارها عشوائيا دون قصد ، حيث تم استثناء بعض المصالح التي تضم مرضى لا تسمح حالتهم الصحية بالإجابة على أسئلتنا .

أما بالنسبة لتوزيع أفراد عينة الدراسة ضمن هذه المصالح فقد كان كالتالي :

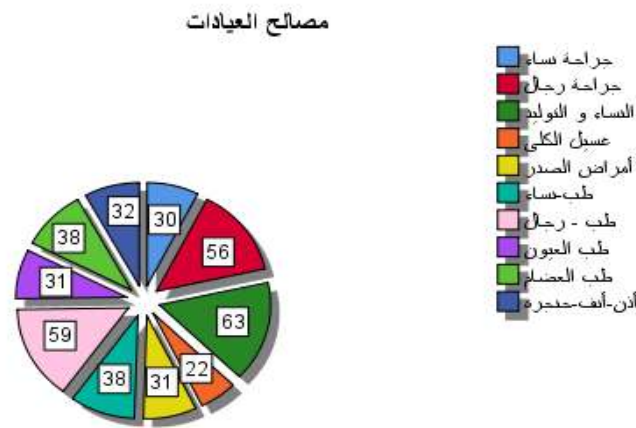
جدول رقم (4-21) : توزيع أفراد العينة عبر مصالح العيادة

النسبة	العدد	المصلحة	النسبة	العدد	المصلحة
%9.5	38	طب رجال	%7.5	30	جراحة عامة نساء
%14.8	59	طب العيون	%14	56	جراحة عامة رجال
%7.8	31	طب العظام	%15.8	63	مصلحة النساء و التوليد
%9.5	38	طب الأذن الأنف و الحنجرة	%5.5	22	غسيل الكلى
%8	32	طب نساء	%7.8	31	أمراض الصدر
%100	400	المجموع			

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن أكبر نسبة لأفراد العينة تضمنتها مصلحة النساء و

التوليد بنسبة 15.8% تليها بعد ذلك مصلحة طب العيون بنسبة 14.8% و مصلحة الجراحة العامة رجال بنسبة 14% ، في حين تساوت نسب احتواء كل من مصلحتي طب رجال و طب الأذن الأنف و الحنجرة للمرضى الذين بلغت نسبتهم 9.5% . هذا و لم تتعدى باقي المصالح نسبة 8% من المرضى ، حيث بلغت مصلحة طب النساء 8% ، و تساوت بعد ذلك نسب كل من مصلحتي طب العظام و أمراض الصدر بـ 7.8% . لتبلغ في الأخير مصلحة احتواء غسيل الكلى نسبة 5.5% من المرضى .



شكل رقم (4-10) : توزيع أفراد العينة عبر مصالح العيادة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

5- توزيع المستجوبين حسب مكان إقامتهم (الولاية)

يوضح الجدول الموالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان إقامتهم (الولاية) :

جدول رقم (4-22) : توزيع المرضى حسب مكان إقامتهم (الولاية)

الولاية	العدد	النسبة	الولاية	العدد	النسبة
الجزائر	200	%50	عنابة	4	%1
بومرداس	53	%13.3	بشار	4	%1
بويرة	25	%6.3	بجاية	4	%1
جيجل	18	%4.5	وهران	3	%0.8
عين الدفلى	11	%2.8	أدرار	2	%0.5
البليدة	11	%2.8	الجلفة	2	%0.5
مدية	11	%2.8	تبسة	2	%0.5
سطيف	11	%2.8	عين تموشنت	1	%0.3
باتنة	7	%1.8	غرداية	1	%0.3
تيزابزة	6	%1.5	ورقلة	1	%0.3
برج بوعريج	5	%1.3	أم البواقي	1	%0.3
الشلف	5	%1.3	تمنراست	1	%0.3
قسنطينة	5	%1.3	تيسمسيلت	1	%0.3
تيزي وزو	5	%1.3	المجموع	400	%100

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

ما يمكن استخلاصه من الجدول المتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب ولاية إقامتهم أن الجزائر العاصمة تمثل قلة طالبي الخدمة الصحية من خلال عياداتها الخاصة أيضا ، و هو ما أكدته نتائج التحليل الوصفي التي تبين من خلالها أن العيادات التابعة للقطاع الخاص بالجزائر العاصمة احتوت المرضى من (27) ولاية . نلاحظ أن أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة يقطنون بالجزائر العاصمة و ذلك بنسبة 50% . تليها بعد ذلك نسب المرضى المقيمين بالولايات المجاورة بنسبة تراوحت بين 13.3 % و 6.3 % و التي تضمنت كل من ولاية بومرداس ، البويرة و جيجل . في حين بلغت نسبة المرضى المقيمين في كل من سطيف ، عين الدفلى ، مدية ، و البليدة 2.8%.

في حين لم تتعدى باقي الولايات الموضحة في الجدول نسبة 1.80% .

المطلب الثالث : اختبار الانسجام الداخلي للمقياس

لاختبار الانسجام الداخلي للمقياس (الثبات) قمنا باستخدام معامل ألفا كرونباخ إضافة إلى مجموع ارتباطات البنود و ارتباط كل بند بالبنود الأخرى ، و هو ما يسمح بتتقوية المقياس من البنود الغير منسجمة مع باقي بنود المقياس . حيث تكون القيمة المتحصل عليها ذات دلالة إحصائية عالية إذا فاقت القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية البالغة 0.6 ، في حين تكون مقبولة عموماً إذا ما كانت محصورة بين 0.5 و 0.6 * . تبعا لذلك سنقوم فيما يلي بعرض نتائج قياس الانسجام الداخلي لكل مقياس فرعي (بعد) على حدى :

1- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الملموسية للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

* تجدر الإشارة إلى أننا قمنا بحساب معامل كرونباخ ألفا بالاستعانة ببرنامج Spss ، و الذي يحسب أيضا وفق المعادلة التالية :

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

حيث: α : يمثل كرونباخ ألفا ، k : يمثل عدد العبارات ، σ_X^2 : و يمثل الانحراف المعياري الكلي.

$\sum_{i=1}^k \sigma_{Y_i}^2$: يمثل مجموع الانحراف المعياري لكل عبارة.

σ_X^2 : و يمثل الانحراف المعياري الكلي.

جدول رقم (4-23) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية

بنود بعد الملموسية	مصفوفة ارتباط بنود بعد الملموسية					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
ملاءمة المظهر الخارجي للعيادة	1	0.081	0.941	0.618	0.725	0.617	
توفر تصميم داخلي يسهل عملية الاتصال	0.081	1	0.060	0.410	0.204	0.882	
امتلاك الأجهزة و المعدات الطبية الحديثة	0.941	0.060	1	0.579	0.693	0.637	
النظافة و حسن المظهر	0.618	0.410	0.579	1	0.707	0.628	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	0.764 = α 400 = n						

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بينت النتائج أن معامل ألفا للانسجام الداخلي للمقياس الفرعي الخاص ببعد الملموسية جاء 0.764 ، و هي قيمة مقبولة مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات جيد . بينت كذلك نتائج مصفوفة الارتباطات لبنود المحاور الأربعة أن معامل الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لكل محور خاص بكل بند دالة إحصائيا عند مستوى معنوية 0.05 إلا فيما يخص البند الثاني الذي بلغ معامل ارتباطه 0.081 و 0.060 في كل من المحور الأول و الثاني ، هذا و قد بلغ الحد الأعلى للارتباط لباقي البنود 0.941 . يتأكد ذلك من خلال نتائج ارتباط كل بند بالمجموع ، إذ يتضح لنا أن معامل ارتباط كل بند بالمجموع فاق 0.4 إلا البند الثاني ، ففي الغالب تستبعد البنود التي ترتبط بالمجموع بأقل من 0.3 . أما فيما يخص العمود المتعلق بقيم ألفا كرونباخ بعد حذف البند فيظهر المساهمة الإيجابية للبنود في الانسجام الاجمالي للمقياس ، إلا أن حذف البند الثاني سيساهم في ارتفاع المعامل إلى 0.882 . تبعا لذلك قمنا بحذف البند الثاني و قمنا بإعادة الاختبار ، و النتائج المتحصل عليها يبينها الجدول الموالي :

جدول رقم (4-24) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الملموسية بعد التنقية

بنود بعد الملموسية	مصفوفة ارتباط بنود بعد الملموسية			ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
ملاءمة المظهر الخارجي للعيادة	1	0.941	0.618	0.877	0.733
امتلاك الأجهزة و المعدات الطبية الحديثة	0.941	1	0.579	0.846	0.764
النظافة و حسن المظهر	0.618	0.579	1	0.607	0.970
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	0.882 = α			400 = n	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات

بعد حذف البند الثاني و المتعلق بتوفر تصميم داخلي يهل عملية الاتصال بمقدمي الخدمة ، ارتفع معامل ألفا كرونباخ إلى 0.882 ، كما أن مصفوفة الارتباطات تظهر ارتباط جيد لكل بند مع باقي البنود و لكل محور ، يتأكد ذلك من عمود ارتباط البند بالمجموع ، حيث جاءت القيم كلها أكبر من 0.4 . في حين أن العمود المتعلق بقيمة ألفا بعد حذف البند تظهر أن حذف البند الرابع سيؤدي إلى ارتفاع معامل ألفا إلى 0.970 ، إلا أنه و بالرغم من ذلك فأنا قررنا الاحتفاظ بالبند كون معامل الانسجام الحالي مقبول جدا .

2- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاعتمادية في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الاعتمادية للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-25) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاعتمادية

بنود بعد الاعتمادية	مصفوفة ارتباط بنود بعد الاعتمادية						ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
السرعة و الدقة في تقديم الخدمة	1	0.313	0.486	0.370	0.976	0.653	0.795	
الالتزام بالوعود في تقديم الخدمة	0.313	1	0.573	0.652	0.306	0.592	0.812	
التعاطف مع المرضى عند تقديم شكاويهم	0.486	0.573	1	0.551	0.484	0.671	0.788	
وضع المرضى ثقتهم في العيادة	0.370	0.652	0.551	1	0.357	0.618	0.805	
الاهتمام بالسجلات الصحية الخاصة بالمرضى	0.976	0.306	0.484	0.357	1	0.647	0.797	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	400 = n 0.833 = α							

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بينت مخرجات اختبار الثبات أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس بعد الاعتمادية ببنوده الخمسة بلغت 0.833 ، و هي قيمة تدل على قدر جيد جدا من الانسجام الداخلي للمقياس ، و هو ما يؤكد كل من معامل الارتباط لبيرسون لكل بند من البنود و الذي تراوح بين 0.313 و 0.976 ما يظهر عدم وجود بنود غير منسجمة مع البقية من جهة ، و كذا ارتباط كل بند بالمجموع و الذي بلغت قيمته أكثر من 0.4 من جهة أخرى . و هو ما يتأكد من عمود قيم معامل ألفا كرونباخ عند حذف أحد البنود ، حيث يظهر مساهمة كل البنود في الانسجام الاجمالي الداخلي للمقياس و أن حذف أي بند لن يغير إيجابيا في نتيجة معامل ألفا.

3- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاستجابة في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الاستجابة للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-26) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الاستجابة

بنود بعد الاستجابة	مصفوفة ارتباط بنود بعد الاستجابة					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الاستعداد لمساعدة و الاستجابة للمرضى	1	0.429	0.553	0.737	0.720	0.712	
الإبلاغ بمواعيد تقديم الخدمة بدقة	0.429	1	0.466	0.301	0.464	0.822	
سرعة الرد على الشكاوي و الاستفسارات	0.553	0.466	1	0.573	0.655	0.740	
التجاوب مع المرضى رغم الانشغال	0.737	0.301	0.573	1	0.662	0.733	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	0.804 = α					400 = n	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

قدرت قيمة ألفا لبعد الاستجابة بـ 0.804 ، و هو مستوى جد مقبول للانسجام الداخلي ، بالرغم من ذلك إلا أن معامل الارتباط أظهر أن قيمة البند الثاني من بعد الاستجابة جاء ضعيفا لكنه لا يقل عن القيمة التي تستوجب الحذف و المقدرة بـ 0.3 . كما أن ارتباطه بباقي البنود مجتمعة جاء متوسطا 0.464 ، و بالتالي فإن استبعاد هذا البند يؤدي إلى ارتفاع قيمة معامل ألفا كرونباخ بنسبة طفيفة ، حيث بلغت 0.822 ، و عليه قررنا التراجع عن استبعاد هذا البند و الحفاظ عليه ضمن بعد الاستجابة و النظر فيما إذا كانت نتائج التحليل العاملي قد تقوده ضمن بعد آخر . و بالتالي نقبل قيمة 0.872 لمعامل ألفا كونها جد مقبولة و تعبر عن ثبات المقياس .

4- الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس الأمان للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-27) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان بعد التنقية

بنود بعد الأمان	مصفوفة ارتباط بنود بعد الأمان			ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل	1	0.445	0.654	0.673	0.533
الحفاظ على سرية المعلومات	0.445	1	0.367	0.440	0.773
التعامل بلطف و لباقة مع المرضى	0.654	0.367	1	0.589	0.613
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	$0.732 = \alpha$			$400 = n$	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

باستخدام الاستمارات المكتملة العدد و البالغة 400 مشاهدة ، أظهرت النتائج أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس بعد الأمان كانت 0.732 و هي قيمة جد مقبولة ، إلا أن مصفوفة الارتباطات دلت على شذوذ البند الرابع ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط الخاصة به ب 0.025 و هي قيمة جد ضعيفة ، و ما أكد ذلك ضعف ارتباط البند بالمجموع و الذي بلغ 0.199 و هو ما أكدته نتيجة حذف البند الشاذ الذي زاد من قيمة معامل ألفا حيث انتقلت من 0.646 إلى 0.732 .

كما تمت الإشارة إليه ، بعد حذف البند الرابع و المتعلق بخبرة و تأهيل العاملين بالعيادة ، ارتفعت قيمة معامل ألفا كرونباخ إلى 0.732 في حين أن معامل الارتباط لباقي البنود كان دالا إحصائيا، و هو ما يثبت الانسجام الداخلي للمقياس ، و ما يؤكد ذلك هو أن البنود كلها جاءت مرتبطة بالمجموع بقيمة أكبر من 0.5 ، إلا أن سحب البند الثاني من البنود سيؤثر إيجابا في

قيمة معامل ألفا حيث سيرتفع إلى 0.773 ، بالرغم من ذلك قررنا عدم استبعاد البند كون البنود منسجمة فيما بينها و أن ارتفاع معامل الانسجام بعد الحذف لن يرتفع بقيمة قد تغير من المعادلة.

5- الانسجام الداخلي لمقياس بعد التعاطف في الخدمة الصحية

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس التعاطف للخدمة الصحية ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (4-28) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التعاطف بعد التنقية

بنود بعد التعاطف	مصفوفة ارتباط بنود بعد التعاطف					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الدراية المسبقة باحتياجات المرضى	1	0.923	0.226	0.436	0.673	0.555	
شرح المشاكل الصحية بطريقة مبسطة	0.923	1	0.221	0.383	0.635	0.576	
القدرة على تقديم العناية الشخصية	0.226	0.221	1	0.299	0.306	0.755	
وضع مصلحة المرضى في مقدمة الاهتمامات	0.436	0.383	0.299	1	0.467	0.681	
قيمة ألفا كرونباخ الإجمالية	0.706 = α					400 = n	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

قدرت قيمة ألفا لبعد التعاطف بـ 0.706 ، و هو مستوى جد مقبول للانسجام الداخلي ، بالرغم من ذلك إلا أن معامل الارتباط أظهر أن قيمة البند الخامس من بعد التعاطف جاء ضعيفا و هو يقل عن القيمة التي تستوجب الحذف و المقدرة بـ 0.3 . كما أن ارتباطه بباقي البنود مجتمعة جاء ضعيفا 0.070 ، بالتالي فإن استبعاد هذا البند أدى إلى ارتفاع قيمة معامل ألفا كرونباخ بنسبة كبيرة و مؤثرة حيث انتقلت من 0.595 إلى 0.706 ، و عليه قمنا باستبعاد البند الشاذ و المتعلق بتوافق أوقات العمل باحتياجات المرضى . هذا و بعد قيامنا بحذف البند و إعادة الاختبار أظهرت نتائج العمود المتضمن قيمة معامل ألفا بعد حذف البند أن استبعاد البند الثالث سيؤدي إلى ارتفاع

معامل الانسجام إلى 0.755 و هو يفرق عن المعامل السابق بنسبة طفيفة ، تبعا لذلك احتفظنا بالبند الثالث و النظر فيما إذا تم استبعاده من خلال التحليل العاملي .

تجدر الإشارة إلى أن القيمة الاجمالية لمعامل ألفا كرونباخ لإجمالي المقياس بأبعاده الخمسة بلغ 0.855 و هي مقبولة جدا مما يعني ثبات الأداة المستخدمة و بالتالي إمكانية الاعتماد عليها في قياس جودة الخدمة الصحية . إلا أنه و بالنظر لمصفوفة الارتباطات الخاصة بالبند المتعلقة بالمقياس ككل نجد أن أغلبها تتسم بالانسجام الداخلي إلا أنه يمكن استبعاد بعض البنود لترتفع قيمة ألفا كرونباخ إلى 0.866 (الملحق رقم 05). و هو ما تم تأكيده من خلال دراسة كل مقياس فرعي على حدى ليصبح بذلك عدد البنود الاجمالي (19) بندا بدل (22) بندا.

المطلب الرابع : اختبار الصدقية التقاربية و التمايزية لأبعاد المقياس بعد التعديل

بنفس الخطوات المتبعة سابقا ، سنعمل فيما يلي على تقدير صدقية المقياس أو مدى اعتماديته عن طريق التحليل العاملي و محاولة الاجابة عن التساؤل المتعلق بمدى هيكلية المقياس المعتمد و المكون من الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER ، و بالتالي النظر فيما إذا كانت هناك بنود أخرى لابد من استبعادها و استخلاص المقياس في بنود أقل.

قبل إجراء التحليل العاملي قمنا في بادئ الأمر باستخدام كل من معامل Kaiser-Meyer- «

KMO « Olkin ، لملاءمة المعاينة « Measure of Sampling Adequacy » MSA ، و كذا

اختبار بارتليت « Bartlett's Test of Sphericity » ، و ذلك من أجل التحقق من مدى صلاحية

البيانات للتحليل العاملي، و الجدول الموالي يوضح نتائج هاذين الاختبارين :

جدول رقم (4-29): نتائج ملائمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي

0.846	مقياس KMO لملاءمة المعاينة
6916.885	اختبار Bartlett كاي مربع التقريبية
171	درجة الحرية
0.000	مستوى المعنوية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن نتائج قيمة معامل KMO كانت مرتفعة إذ بلغت 0.846 و هي تفوق الحد الأدنى لهذا المعامل 0.6 كما حدده Kaiser سنة 1974 من خلال دراسته « An Index of Factorial simplicity »، مما يدل على كفاية العينة لموضوع الدراسة و التحليل. أما فيما يخص اختبار Bartlett لمصفوفة الارتباطات فقد كان ذو دلالة إحصائية ، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية 0.000 و التي جاءت أقل من المستوى المعتمد في هذه الدراسة 0.05 و هو يعبر عن مؤشر اختلاف مصفوفة الارتباط عن مصفوفة الوحدة ، بمعنى أنها ليست من نوع المصفوفات التي تكون فيها قيم العناصر القطرية مساوية للواحد الصحيح و بقية العناصر مساوية للصفر ، هذا بالإضافة إلى أن أغلبية الارتباطات كانت معنوية (مصفوفة الارتباط في الملحق رقم 04). و عليه يمكن القول أن نتائج هاذين الاختبارين تؤكد صلاحية البيانات للتحليل العاملي .

تبعا لهذا قمنا بإجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principal Component « Analysis لإدراكات المرضى، و ذلك باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax ، بالإضافة إلى استخدام محك Kaiser و الذي يقبل العوامل التي تزيد قيمتها الذاتية عن الواحد الصحيح . و الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة و جودة تمثيل المتغيرات على المستوى العاملي.

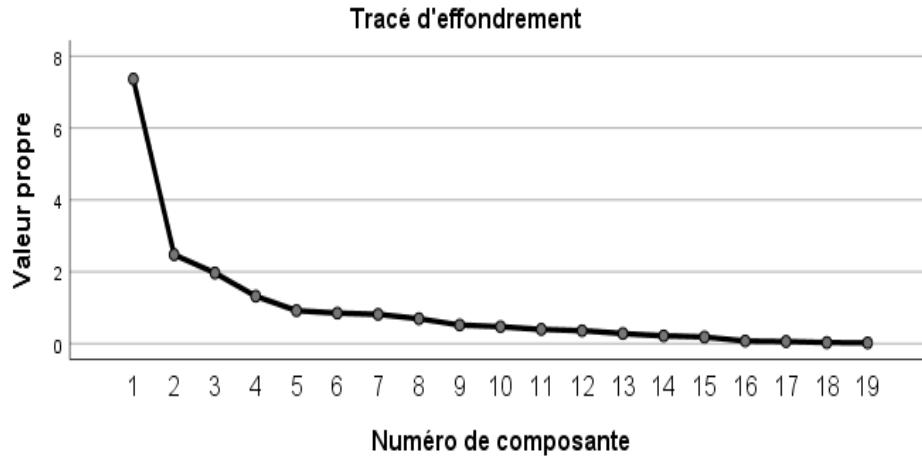
جدول رقم (4-30) : نسب التباين الكلي المفسرة

رقم البند	القيم الذاتية الأصلية	نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية	جودة التمثيل
01	7.362	38.749	38.749	0.916
02	2.475	13.024	51.773	0.890
03	1.967	10.351	62.124	0.627
04	1.320	6.949	69.073	0.792
05	0.918	4.834	-	0.646
06	0.848	4.465	-	0.621
07	0.813	4.278	-	0.671
08	0.693	3.647	-	0.795
09	0.517	2.720	-	0.756
10	0.471	2.478	-	0.501
11	0.396	2.084	-	0.683
12	0.359	1.890	-	0.664
13	0.279	1.469	-	0.883
14	0.217	1.143	-	0.401
15	0.183	0.963	-	0.676
16	0.072	0.380	-	0.841
17	0.058	0.306	-	0.872
18	0.029	0.154	-	0.285
19	0.022	0.116	100.000	0.604

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه يتبين لنا أن البنود الخاصة بمقياس جودة الخدمة الصحية قد تم تلخيصها في أربعة عوامل تضم 19 بنداً باستخدام طريقة المكونات الأساسية ذات التدوير المتعامد و وفقاً لقيمة الجذر الكامن ، حيث يستوجب أن لا تقل القيمة الذاتية للعامل المستخلص عن الواحد الصحيح حتى و لو كانت هناك تشعبات ذات دلالة احصائية على ذلك

العامل . هذا و قد ساهمت العوامل الأربعة في تفسير نسبة 69.073% من التباين الكلي و الشكل الموالي يوضح ما سبق طرحه :



شكل رقم (4-11) : خط انحدار الجذور الكامنة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تظهر نتائج التمثيل البياني للجذور الكامنة انعطاف خط الانحدار بمجرد الوصول إلى المكون الخامس ، لتتقارب بعده قيم الجذور الكامنة دون تسجيل أي انعطاف اخر ، حيث تصبح قيمتها أقل من الواحد الصحيح . هذا و يظهر الجدول السابق أيضا هيمنة المكون الأول حيث يفسر لوحده نسبة 38.749% بالتالي هو يرتبط بأغلبية البنود ، في حين تتوزع البقية على المكونات الثلاثة المتبقية و الجدول الموالي يبين لنا خلاصة نتائج التحليل العاملي في أربعة عوامل أو مكونات رئيسية و هذا قبل عملية التدوير :

جدول رقم (4-31): مصفوفة العوامل قبل عملية التدوير

البُـد	المكونات			
	04	03	02	01
الملموسية 01			0.951	
الملموسية 03		0.115	0.936	
الملموسية 04		0.131	0.777	
الاعتمادية 01	-0.450			0.764
الاعتمادية 02*	0.185	0.524	-0.148	0.561
الاعتمادية 03*		0.500		0.601
الاعتمادية 04	0.270	0.457	-0.155	0.605
الاعتمادية 05	-0.464			0.757
الاستجابة 01	-0.289			0.814
الاستجابة 02	-0.454	0.402		0.365
الاستجابة 03*		0.432		0.698
الاستجابة 04				0.811
الأمان 01	0.143	-0.457		0.808
الأمان 02	-0.119	-0.422		0.451
الأمان 03	0.254	-0.209		0.753
التعاطف 01	0.124	-0.408		0.811
التعاطف 02	0.123	-0.456		0.805
التعاطف 03	0.377	0.154		0.345
التعاطف 04	0.466	0.116		0.610

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

*بنيات مركبة : بمعنى أن البند أو المتغير تشعب على أكثر من مكون ؛ حيث تجاوزت قيمته 0.5 .

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك بنيات مركبة ، أي أن بعض المتغيرات تشعبت على أكثر من مكون ، بالتالي لابد من القيام بعملية التدوير للتخلص منها و الحصول على نتائج أكثر حسما و مقروئية . لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة التدوير Varimax بافتراض استقلال الأبعاد ، و الجدول الموالي يوضح لنا تشعب المكونات بعد عملية التدوير :

جدول رقم (4-32): مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير

البنود	المكونات			
	04	03	02	01
الملوسية 01	0.956			
الملوسية 03	0.943			
الملوسية 04	0.791			
الاعتمادية 01		0.721	0.124	0.406
الاعتمادية 02*		0.523	0.731	
الاعتمادية 03*		0.510	0.596	
الاعتمادية 04		0.250	0.766	0.123
الاعتمادية 05*		0.728	0.110	0.502
الاستجابة 01*		0.598	0.214	0.592
الاستجابة 02		0.688	0.156	
الاستجابة 03		0.454	0.662	0.195
الاستجابة 04		0.431	0.381	0.576
الأمان 01			0.235	0.904
الأمان 02		0.142		0.609
الأمان 03			0.416	0.705
التعاطف 01		0.126	0.251	0.873
التعاطف 02		0.104	0.222	0.899
التعاطف 03			0.499	0.170
التعاطف 04			0.664	0.396

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نفس الملاحظة نرصدها بعد تدوير المحاور ، إذ نجد أن هناك بعض البنات المركبة ، و تتعلق أساسا بالبنود التالية : (الاعتمادية 02 و 03 و 05 ، الاستجابة 01) ، لهذا الغرض توجب علينا استبعاد هذه البنود و إعادة الاختبار حتى تختفي جميع البنات المركبة . الجدول الموالي يوضح مصفوفة تشبع المكونات بعد حذف البنود و بعد عملية التدوير .

جدول رقم (4-33): مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير

رقم البند	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	جودة التمثيل	المكونات		
					01	02	03
A1	ملاءمة المظهر الخارجي للعيادة	3.66	0.866	0.918		0.958	
A3	امتلاك الأجهزة و المعدات الطبية الحديثة	3.65	0.858	0.892		0.944	
A4	النظافة و حسن المظهر	3.67	0.859	0.627		0.791	
B1	السرعة و الدقة في تقديم الخدمة	3.46	0.914	0.550	0.553		0.182
B4	وضع المرضى تقتهم في العيادة	2.83	1.113	0.574	0.155		0.620
C2	الإبلاغ بمواعيد تقديم الخدمة بدقة	4.14	0.833	0.765			0.873
C3	سرعة الرد على الشكاوي و الاستفسارات	3.35	1.015	0.765	0.225		0.403
C4	التجاوب مع المرضى رغم الانشغال	3.22	0.894	0.674	0.611		0.312
D1	الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل	3.31	0.735	0.900	0.918		0.224
D2	الحفاظ على سرية المعلومات	3.43	0.835	0.632	0.652		
D3	التعامل بلطف و لباقة مع المرضى	3.28	0.964	0.704	0.633		0.445
E1	الدراية المسبقة باحتياجات المرضى	3.29	0.741	0.854	0.885		0.240
E2	شرح المشاكل الصحية بطريقة مبسطة	3.32	0.741	0.896	0.919		0.209
E3	القدرة على تقديم العناية الشخصية	3.24	0.929	0.657		0.672	
E4	وضع مصلحة المرضى في مقدمة الاهتمامات	3.35	1.111	0.683	0.294		0.762
					5.632	2.452	1.534
					37.548	16.345	10.228
							1.072
							7.144
							71.266 %
							نسبة التباين المفسرة الكلية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بعض الملاحظات حول الجدول :

- الصياغة الحقيقية للبند تجدها في الملحق رقم 01؛
- جودة التمثيل أو قيمة الشيوخ لكل بند جاءت أكبر من 0.5 و بالتالي كلها دالة إحصائيا ؛
- أثناء القيام بعملية حذف البنيات المركبة و إعادة التحليل تم استبعاد كل من البند الثاني و

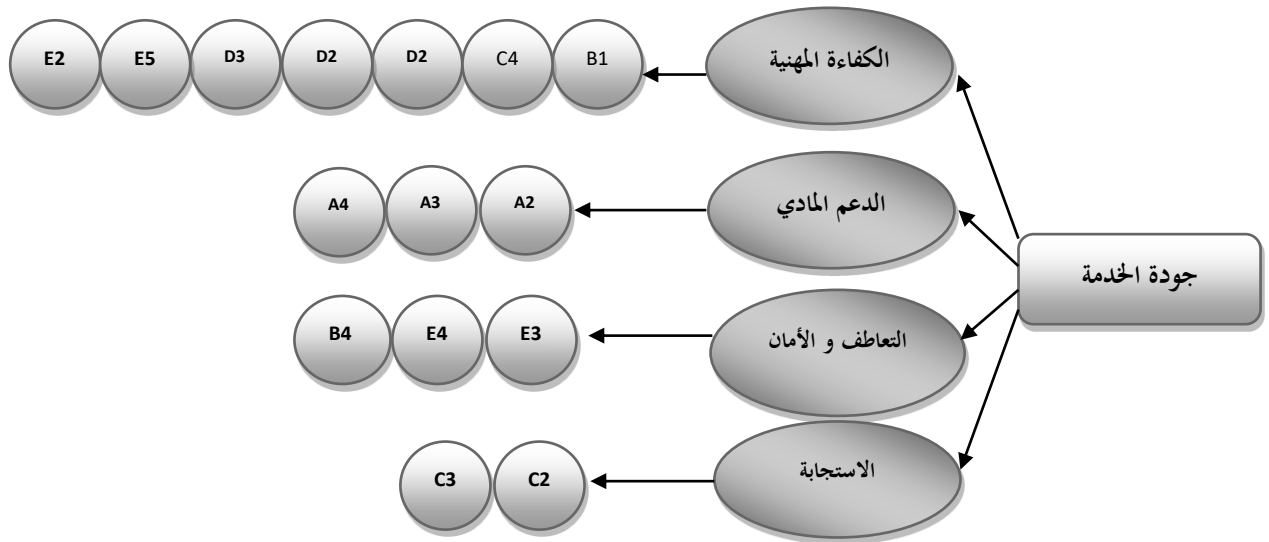
الثالث و الخامس من بعد الاعتمادية و البند الأول من بعد الاستجابة ؛

- بهدف الوصول إلى درجة عالية من المصداقية في استخراج المركبات الأساسية ، قمنا باستبعاد أي متغير معامل تحميله أقل من 0.5 . و هذا حسب توصيات Comery حيث يقترح استبعاد البنود التي تكون درجة تحميلها على البعد بأقل من 0.4 ؛
 - A : الملموسية ، B : الاعتمادية ، C : الاستجابة ، D : الأمان ، E : التعاطف .
- تظهر النتائج المبينة في الجدول المبين أعلاه أنه بعد تدوير المحاور و حذف البيانات المركبة تم اختصار البنود إلى (15) بندا فقط محملة على أربع مكونات (عوامل) ، و قد ساهمت العوامل الأربعة معا في تفسير نسبة 71.266% من التباين الكلي . و قد كانت التشبعات كما يلي :
- العامل الأول:** أهم العوامل المستخلصة و الذي يفسر لوحده أكبر نسبة تباين بـ 37.548% من التباين الكلي ، حيث استقطب هذا العامل أكبر عدد من المتغيرات (البنود) و التي بلغ عددها سبعة (07) متغيرات من أصل (15) ، ضمت كل من البند الأول من بعد الاعتمادية ، البند الرابع من بعد الاستجابة ، الثلاث بنود الأولى من بعد الأمان و البند الأول و الثاني من بعد التعاطف ، في حين لم يتضمن أي بند من بعد الملموسية .
- العامل الثاني:** يأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تفسير العلاقة بين المتغيرات ، إذ يفسر حوالي 16.345% من التباين الكلي . يحوي هذا العامل ثلاث متغيرات (بنود) تمثلت في كل من البند الأول، الثالث و الرابع من بعد الملموسية فقط. بالتالي فقد حافظ هذا العامل على نفس البعد مع استبعاد بعض البنود فقط .
- العامل الثالث :** يفسر هذا العامل حوالي 10.228% من إجمالي التباين و يضم أيضا ثلاث متغيرات كما يلي : البند الرابع من بعد الاعتمادية ، البندين الثالث و الرابع من بعد التعاطف .
- العامل الرابع :** و هو أقلها أهمية في تفسير العلاقة بين المتغيرات ، حيث يفسر نسبة

7.144% من التباين الكلي و يضم بندين فقط ، و هما البندين الثاني و الثالث من بعد الاستجابة.

نلاحظ أن هذا البعد حافظ على بنوده لكن منقوصة .

بالنظر إلى هذه النتائج يمكن القول أن هيكلية الأبعاد الخمسة للمقياس الشهير بأبعاده الخمسة RATER لم تتأكد من الدراسة ، حيث تم تسجيل اختلاف واضح في ترتيب البنود ضمن أبعاد جودة الخدمة الصحية التي اختصرت بدورها إلى أربعة أبعاد فقط تحوي (15) بنداً . و بالتالي لم تظهر نتائج التحليل لأبعاد جودة الخدمة الصحية أي صدقية تمايزية و تقاربية ، حيث أن كل بعد فقد مجموعة من البنود في حين انضم بعضها لأبعاد أخرى . و عليه ، الهيكلية الناتجة من الأبعاد الثلاثة يمكن إعطاؤها تسميات أخرى كما يلي :



شكل رقم (4-12) : الأبعاد المستخلصة من اختبار التحليل العاملي

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

المبحث الثالث : تحليل مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين قبل و

بعد تنقية المقياس

يعتبر المتوسط الحسابي أهم مؤشر يتم الاعتماد عليه في عملية تحليل مستوى الجودة ، حيث تؤكد أغلب الدراسات أنه المؤشر الملائم و الأكثر تعبيراً عن جودة الخدمة حتى في حالة الميل الشديد للتوزيع . بالتالي سنعتمد عليه لتقييم مستوى جودة الخدمة الصحية في كل من القطاعين العام و

الخاص ، لنقوم بعد ذلك بتحديد الفروقات بين مستوى جودة الخدمة في القطاعين نسبة للمتغيرات الديمغرافية

المطلب الأول : مستوى جودة الخدمات الصحية في القطاع العام

للحكم على مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاع العام ، سنقوم باللجوء إلى كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية قبل و بعد تنقية المقياس . حيث تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابات كافة المرضى لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة ، إضافة إلى متوسط الأبعاد مجتمعة . و النتائج التي يبينها الجدول الموالي تخص مستوى جودة الخدمة الصحية قبل تنقية المقياس :

جدول رقم (4-34) : مستوى جودة الخدمة الصحية قبل تنقية المقياس

الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	الأمان	التعاطف	مجموع الأبعاد
387	387	387	387	387	387
3.304	3.525	3.275	3.682	3.524	3.468
0.720	0.720	0.941	0.675	0.735	0.643
3.250	3.600	3.250	3.750	3.500	3.500
متوسطة	عالية	متوسطة	عالية	عالية	عالية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة تقع ضمن مجال الموافقة العالية و المتوسطة ، حيث كان كل من بعد الأمان ، التعاطف و الاعتمادية الأكثر توفرا في جودة الخدمة الصحية المقدمة بمتوسط حسابي قدر ب 3.682 ، 3.524 و 3.525 على التوالي مما يعكس أن غالبية أفراد عينة الدراسة توافق و بدرجة عالية على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية هاته الأبعاد . في المقابل كانت بقية الأبعاد (الاستجابة و الملموسية) أقل توفرا في جودة

الخدمة الصحية و هذا بمتوسط حسابي قدر على التوالي ب 3.275 و 3.304 ، مما يدل على أن أفراد العينة يوافقون لكن بدرجة أقل على جودة الخدمات الصحية من ناحية كل من بعد الملموسية و الاستجابة ضمن المستشفيات قيد الدراسة. تؤكد قيم الانحرافات المعيارية عند مقارنتها بالمتوسطات الحسابية و مدى السلم على قدر من الانسجام في إجابات المستجوبين . كما أن قيم الوسيط و المتوسط متقاربة ما يدل على أن توزيع الإجابات على درجات السلم كان توزيعاً معتدلاً. باتباع نفس الطريقة سنقوم باحتساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية بعد تنقية المقياس ، و المتمثلة أساساً في (الدعم المادي ، التعاطف و الأمان ، الكفاءة المهنية) . و الجدول الموالي يبين النتائج المحصل عليها من إجابات أفراد عينة الدراسة للحكم على مستوى جودة الخدمة الصحية فب القطاع العام .

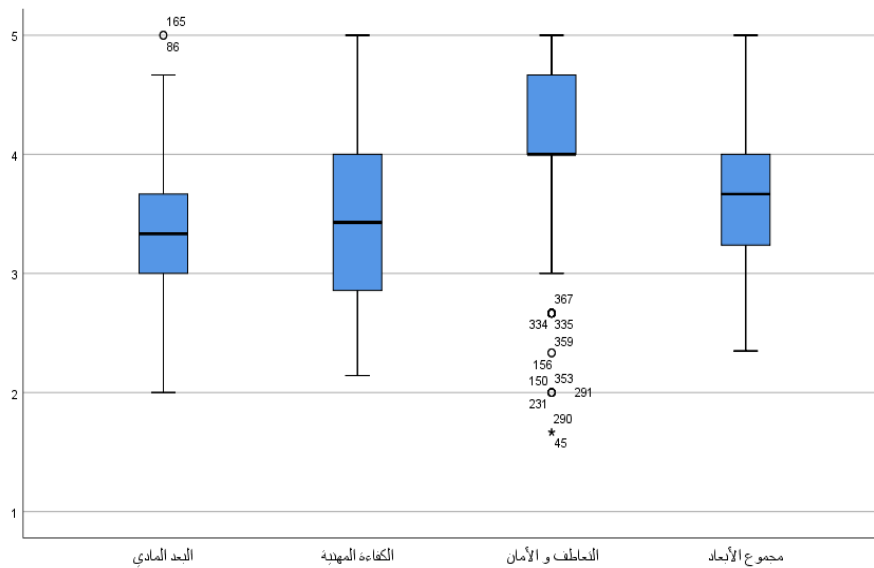
جدول رقم (4-35) : مستوى جودة الخدمة الصحية بعد تنقية المقياس

مجموع الأبعاد	الكفاءة المهنية	التعاطف و الأمان	الدعم المادي	حجم العينة
387	387	387	387	387
3.610	4.093	3.441	3.298	المتوسط
3.666	4.000	3.428	3.333	الوسيط
0.528	0.704	0.690	0.574	الانحراف المعياري
عالية	عالية	عالية	متوسطة	درجة التقييم

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تظهر بيانات الدراسة تقييماً عالياً لمستوى جودة الخدمة الصحية الإجمالية ، حيث جاءت المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية بعد تنقية المقياس ضمن درجة الموافقة العالية و التي بلغت 4.093 بالنسبة لبعد الكفاءة المهنية في المرتبة الأولى ، 3.441 لبعد التعاطف و الأمان في المرتبة الثانية ، و أخيراً بلغ المتوسط الحسابي لبعد الدعم المادي 3.298 و الذي يقع ضمن درجة الموافقة المتوسطة .

تظهر كذلك قيم الانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية مقارنة بالمتوسطات الحسابية و مدى السلم على قدر من الانسجام في إجابات أفراد عينة الدراسة ، كما أن توزيعها على درجات السلم جاء معتدلاً ، و ما يدل على ذلك تقارب قيم كل من الوسيط و المتوسط الحسابي .هذا و يمثل الرسم البياني المرافق للتحليل الوصفي لإجابات أفراد عينة الدراسة ، مقارنة بين متوسطات الأبعاد الثلاثة الناتجة عن عملية التحليل العاملي و تنقية المقياس :



شكل رقم (4-13) : المقارنة بين متوسطات الأبعاد الناتجة عن عملية التحليل العاملي
المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

يتبين من الشكل المقابل و من خلال التحليل الوصفي أن الأبعاد التي جاءت متوسطاتها أكبر من 3 من 5 ، هي البعدين المتعلقين بالكفاءة المهنية و التعاطف و الأمان و كذا إجمالي الأبعاد . في حين جاءت قيمة المتوسط المتعلق بالبعد المادي أقل منها بنسبة قليلة ، و هو ما يؤكد ما تم عرضه من خلال الجدول السابق .

المطلب الثاني : مستوى جودة الخدمات الصحية في القطاع الخاص

للحكم على مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص ، سنقوم أيضا باللجوء إلى كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية قبل و بعد

تتقية المقياس . حيث تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابات كافة المرضى لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة ، إضافة إلى متوسط الأبعاد مجتمعة . و النتائج التي يبينها الجدول الموالي تخص مستوى جودة الخدمة الصحية قبل تتقية المقياس :

جدول رقم (4-36) : مستوى جودة الخدمة الصحية قبل تتقية المقياس

الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	الأمان	التعاطف	مجموع الأبعاد
400	400	400	400	400	400
3.657	3.254	3.536	3.416	3.318	3.423
0.659	0.790	0.705	0.601	0.579	0.458
3.750	3.200	3.625	3.500	3.300	3.454
عالية	متوسطة	عالية	عالية	متوسطة	عالية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أظهرت النتائج الممثلة من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة تقع ضمن مجال الموافقة العالية و المتوسطة ، حيث كان كل من بعد الملموسية ، الاستجابة و الأمان الأكثر توفرا في جودة الخدمة الصحية المقدمة بمتوسط حسابي قدر بـ 3.657 ، 3.536 و 3.416 على التوالي ، و هو ما يعكس أن غالبية أفراد عينة الدراسة توافق و بدرجة عالية على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية هاته الأبعاد . في المقابل كانت بقية الأبعاد (الاعتمادية و التعاطف) أقل توفرا في جودة الخدمة الصحية و هذا بمتوسط حسابي قدر على التوالي بـ 3.254 و 3.318، مما يدل على أن أفراد العينة يوافقون لكن بدرجة أقل على جودة الخدمات الصحية من ناحية كل من بعد الاعتمادية و التعاطف ضمن العيادات الصحية قيد الدراسة .

جاء تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية إجمالا ضمن درجة الموافقة العالية بمتوسط حسابي قدر بـ 3.423 ، لتؤكد بذلك قيم الانحرافات المعيارية عند مقارنتها بالمتوسطات الحسابية

و مدى السلم على قدر من الانسجام في إجابات المستجوبين . كما أن قيم الوسيط و المتوسط متقاربة ما يدل على أن توزيع الإجابات على درجات السلم كان توزيعاً معتدلاً.

باتباع نفس الطريقة سنقوم باحتساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية بعد تنقية المقياس ، و المتمثلة أساساً في (الكفاءة المهنية ، الملموسية ، التعاطف و الأمان و الاستجابة) . و الجدول الموالي يبين النتائج المحصل عليها من إجابات أفراد عينة الدراسة للحكم على مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص .

جدول رقم (4-37) : مستوى جودة الخدمة الصحية بعد تنقية المقياس

الكفاءة المهنية	الملموسية	التعاطف و الأمان	الاستجابة	مجموع الأبعاد	
400	400	400	400	400	حجم العينة
3.331	3.659	3.140	3.745	3.413	المتوسط
3.285	4.000	3.000	4.000	3.400	الوسيط
0.658	0.774	0.784	0.792	0.497	الانحراف المعياري
متوسطة	عالية	متوسطة	عالية	عالية	درجة التقييم

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تظهر بيانات الدراسة تقييماً عالياً لمستوى جودة الخدمة الصحية الإجمالية بمتوسط حسابي قدر بـ 3.413 ، حيث جاءت المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية بعد تنقية المقياس ضمن درجة الموافقة العالية و التي بلغت 3.745 بالنسبة لبعد الاستجابة في المرتبة الأولى ، 3.659 لبعد الملموسية في المرتبة الثانية. في حين تم تقييم مستوى جودة الخدمة متوسطاً بالنسبة لباقي الأبعاد ، حيث بلغ المتوسط الحسابي لبعد الكفاءة المهنية 3.331 و في الأخير بعد التعاطف و الأمان بمتوسط حسابي قدر بـ 3.140 .

تظهر كذلك قيم الانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية مقارنة بالمتوسطات الحسابية و مدى السلم على قدر من الانسجام في إجابات أفراد عينة الدراسة ، كما أن توزيعها على درجات السلم جاء معتدلاً ، و ما يدل على ذلك تقارب قيم كل من الوسيط و المتوسط الحسابي .

المطلب الثالث : الفرق بين القطاعين العام و الخاص في تحديد مستوى جودة الخدمة (قبل تنقية المقياس)

بهدف دراسة تأثير المتغيرات الديمغرافية على تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية في كل من القطاع العام و الخاص ، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **One way ANOVA** ، و تم عرض نتائج التحليل وفق كل متغير من المتغيرات الديمغرافية المدروسة كما يلي:

1- وفق متغير السن :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير السن :

جدول رقم (4-38) : اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير

السن

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	0.999	0.426	1.261	0.275
الاعتمادية	1.397	0.215	1.116	0.352
الاستجابة	1.357	0.231	1.145	0.335
الأمان	0.711	0.641	1.361	0.229
التعاطف	1.518	0.171	0.558	0.764
جودة الخدمة	1.139	0.339	1.509	0.174

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

تبين نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد جودة الخدمة الصحية (قبل تنقية المقياس) في القطاع

الصحي العام و الخاص عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 يعزى لمتغير السن، بمعنى أن كل الفئات العمرية من المرضى الماكثين بالمستشفيات العامة و العيادات الخاصة يشعرون بنفس المستوى للخدمة الصحية المقدمة لهم ، حيث جاءت قيم مستوى الدلالة بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية أكبر من 0.05 و هو ما تدعمه قيمة (F) التي جاءت صغيرة و دالة إحصائيا .

2- وفق متغير الجنس :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير الجنس :

جدول رقم (4-39): اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير

الجنس

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	1.208	0.272	0.356	0.551
الاعتمادية	0.205	0.651	4.296	0.039
الاستجابة	0.129	0.719	4.152	0.042
الأمان	0.055	0.814	0.550	0.459
التعاطف	0.460	0.498	1.519	0.218
جودة الخدمة	0.001	0.972	3.079	0.080

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

يبين الجدول أعلاه نتائج تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 في إجابات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية في القطاع

العام تعزى لمتغير الجنس . أي أن كلا الجنسين يشعرون بنفس المستوى من الجودة بمختلف أبعادها ، حيث كانت قيم المعنوية بالنسبة لكل بعد أكبر من 0.05 و هو ما تدعمه قيمة (F) كانت صغيرة و غير دالة احصائيا .

من جانب اخر تبرز نتائج نفس التحليل وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 0.05 في إجابات المرضى حول كل من بعدي الاعتمادية و الاستجابة لجودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص تعزى لمتغير الجنس . حيث كانت قيم مستوى المعنوية بالنسبة لبعد الاعتمادية 0.039 و 0.042 بالنسبة لبعد الاستجابة و هي أقل من 0.05. بمعنى أن الجنسين لا يشعرون بنفس مستوى الجودة بالنسبة لكل من البعدين ، في حين جاءت قيمة مستوى المعنوية لباقي الأبعاد أكبر من 0.05 ما يوحي بعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية لمستوى الجودة لكل من بعد الملموسية ، الأمان و التعاطف يعزى لمتغير الجنس و هو ما أكدته قيمة (F) التي كانت صغيرة و غير دالة احصائيا .

أظهرت نتائج التحليل أيضا أن مستوى المعنوية لأبعاد جودة الخدمة الصحية مجتمعة كانت 0.08 و هي أكبر من 0.05 ما يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 في إجابات المرضى حول المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص يعزى لمتغير الجنس .

3- وفق الحالة الاجتماعية :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية :

جدول رقم (4-40): اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	0.119	0.949	0.235	0.872
الاعتمادية	2.278	0.053	0.634	0.593
الاستجابة	0.980	0.402	0.729	0.535
الأمان	0.613	0.607	0.632	0.595
التعاطف	1.529	0.207	0.290	0.833
جودة الخدمة	1.061	0.365	0.205	0.893

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

يظهر من خلال النظر إلى نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار دلالة الفروق في مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص للأبعاد المدروسة التي تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 0.05 ، حيث كان مستوى المعنوية لكل بعد من الأبعاد أكبر من 0.05 و هو ما تؤكد قيمة (F) التي جاءت صغيرة و غير دالة إحصائيا ، بمعنى أن كل فئة من الفئات الاجتماعية يشعرون بنفس المستوى لجودة الخدمة الصحية .

4- وفق المستوى التعليمي :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير المستوى التعليمي :

جدول رقم (4-41): اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	0.924	0.450	0.327	0.860
الاعتمادية	0.741	0.564	1.754	0.137
الاستجابة	0.928	0.447	0.703	0.590
الأمان	1.296	0.271	0.187	0.945
التعاطف	2.390	0.051	1.139	0.338
جودة الخدمة	1.153	0.331	1.092	0.360

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

نفس النتيجة تظهرها نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق عند مستوى معنوية 0.05 و الذي تعزى لمتغير المستوى التعليمي. حيث تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند 0.05 في إجابات المرضى حول مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها في القطاعين العام و الخاص يعزى لمتغير المستوى التعليمي ، أي أن كل الفئات تشعر بنفس المستوى من جودة الخدمة الصحية بمختلف أبعادها ، و هو ما يؤكد قيم (F) التي جاءت صغيرة إضافة إلى مستوى الدلالة لكل بعد جاء أكبر من 0.05 و هو غير دال احصائيا .

5- وفق نوع المرض :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير نوع المرض :

جدول رقم (4-42): اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير نوع المرض

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	1.980	0.160	0.789	0.375
الاعتمادية	3.130	0.078	2.699	0.101
الاستجابة	0.963	0.327	0.341	0.559
الأمان	0.197	0.658	1.712	0.191
التعاطف	0.181	0.671	0.006	0.936
جودة الخدمة	0.997	0.319	0.493	0.483

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

يتبين من الجدول المبين أعلاه أن نتائج تحليل التباين الأحادي أسفرت عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 0.05 في اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين يعزى إلى متغير نوع المرض . بمعنى كلا الفئتين من المرضى (ذوي الأمراض المزمنة و غير المزمنة) يدركون نفس المستوى من جودة الخدمة الصحية ، حيث جاءت الدلالة الاحصائية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية أكبر من مستوى المعنوية المستخدم في الدراسة 0.05 ، هذا يفسر عدم معنوية اختبار قيمة (F) التي كانت صغيرة حيث تراوحت بين 0.181 و 3.130 مما يشير إلى عدم وجود فروق تعزى لمتغير نوع المرض .

6- وفق مدة المكوث في المستشفى

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير المستشفى :

جدول رقم (4-43) : اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير
مدة المكوث في المستشفى/العيادة

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	1.546	0.150	1.164	0.307
الاعتمادية	1.986	0.056	0.669	0.782
الاستجابة	4.055	0.000	1.035	0.416
الأمان	4.267	0.000	1.415	0.156
التعاطف	3.487	0.001	1.082	0.374
جودة الخدمة	3.240	0.002	0.569	0.867

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

على عكس ما تعرضه النتائج السابقة الذكر فيما يخص دلالة الفروق في مستويات الجودة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية يبين الجدول أعلاه لنتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 0.05 في اتجاهات المرضى نحو كل من بعد الاستجابة ، الأمان و التعاطف تعزى لمتغير مدة الإقامة في المؤسسة الصحية . أي أن مدة إقامة المرضى أثرت في اتجاهاتهم نحو مستوى جودة الخدمة الصحية ، ما يؤكد ذلك قيمة (F) التي بلغت 4.055 بالنسبة لبعد الاستجابة ، 4.0267 لبعد الأمان و 3.487 بالنسبة لبعد التعاطف و هي أكبر من سابقتها و ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية المستخدم في الدراسة .

تجدر الإشارة هنا إلى أن وجود تلك الفروق ذات الدلالة الاحصائية انحصر في الأبعاد الثلاثة فقط دون البعدين الآخرين ، كما أن اتجاه المرضى نحو جودة الخدمة الصحية الكلية في القطاع العام لم يكن نفسه بالنسبة لكل المرضى تبعا لمد إقامتهم . حيث تبين من خلال تحليل التباين الأحادي أن هناك فروق ذات دلالة احصائية لاتجاهات المرضى تعزى لمتغير مدة إقامتهم بالمستشفى

(القطاع العام فقط) ، هو ما أكدته مستوى الدلالة الذي كان 0.002 و هو أصغر من مستوى المعنوية 0.05 .

هذا و يبين نفس الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية 0.05 في اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية بكل أبعادها في القطاع الصحي الخاص (العيادات الخاصة) يعزى لمتغير المدة ، حيث جاءت قيمة (F) صغيرة غير دالة احصائيا ، و ما يؤكد ذلك قيمة مستوى المعنوية التي كانت أكبر من مستوى المعنوية المستخدم في الدراسة 0.05.

7- وفق المصلحة :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير المصلحة :

جدول رقم (4-44) : اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير المصلحة

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	1.219	0.272	1.689	0.090
الاعتمادية	2.614	0.003	1.802	0.066
الاستجابة	2.655	0.003	2.034	0.055
الأمان	3.123	0.000	1.372	0.199
التعاطف	1.604	0.095	0.982	0.454
جودة الخدمة	2.0259	0.011	2.028	0.535

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

في نفس اتجاه ما تعرضه النتائج السابقة و المتعلقة بالفروق ذات الدلالة الاحصائية لمستوى جودة الخدمة الصحية و التي يمكن أن ترجع لمتغير المصلحة ، يظهر الجدول أعلاه نتائج تحليل التباين

الأحادي وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية 0.05 في اتجاهات المرضى حول مستوى جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام و التي تعزى لمتغير المصلحة الاستشفائية ، حيث انحصرت هذه الفروقات في ثلاثة أبعاد و المتعلقة ببعد الاعتمادية ، الاستجابة و الأمان ، دون البعدين المتبقين . ما يؤكد ذلك نتائج (F) التي جاءت كبيرة و ما يقابلها من مستوى الدلالة الذي جاء أقل من 0.05 ، حيث بلغ 0.003 بالنسبة لكل من بعدي الاعتمادية و الاستجابة ، 0.000 بالنسبة لبعد الأمان . بالتالي يمكن القول أن اتجاهات المرضى نحو تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية حسب بعد الاعتمادية ، الاستجابة و التعاطف لم يكن نفسه تبعا لمتغير المصلحة التي يتعالج فيها المريض.

يتبين من خلال نفس الجدول أن نتائج تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية المستخدم في الدراسة 0.05 في اتجاهات المرضى حول مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص و التي تعزى لمتغير المصلحة الاستشفائية . أي أن كل المرضى الذين يتعالجون في المصالح المختلفة للعيادات يشعرون بنفس المستوى من الجودة في الخدمات المقدمة لهم و بمختلف أبعادها . حيث جاءت قيمة مستوى الدلالة بالنسبة لكل أبعاد جودة الخدمة الصحية منفردة أو مجتمعة أكبر من 0.05 و هو ما تدعمه قيمة (F) التي لم تكن دالة احصائيا .

8- وفق المستشفى :

يعرض الجدول الموالي اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الخمسة الشهيرة RATER يعزى إلى متغير المستشفى :

جدول رقم (4-45) : اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا لمتغير المستشفى / العيادة

البعد	القطاع الصحي العام		القطاع الصحي الخاص	
	F-test	مستوى المعنوية	F-test	مستوى المعنوية
الملموسية	9.049	0.000	9.038	0.000
الاعتمادية	13.294	0.000	10.761	0.000
الاستجابة	40.293	0.000	3.920	0.009
الأمان	27.334	0.000	5.217	0.002
التعاطف	14.625	0.000	3.765	0.011
جودة الخدمة	25.859	0.000	7.609	0.000

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

على عكس جملة النتائج السابقة ، أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 0.05 في اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص بكل أبعادها و التي ترجع إلى متغير المستشفى / العيادة ، حيث نلاحظ من خلال الجدول أن قيم مستوى الدلالة لكل الأبعاد منفردة أو مجتمعة جاءت أقل من 0.05 و هو ما تؤكد قيمة (F) التي جاءت كبيرة و دالة احصائيا . بالتالي يمكن القول أن هناك تفاوت في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية بين المرضى ، هذا التفاوت يعزى إلى متغير المستشفى / العيادة التي يتواجد بها المريض من أجل العلاج .

المطلب الرابع : الفرق بين القطاعين العام و الخاص في تحديد مستوى جودة

الخدمة (بعد تنقية المقياس)

تبعا لنتائج التحليل العاملي و التي أسفرت عن أبعاد أخرى متفاوتة العدد لجودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص ، و بهدف دراسة تأثير المتغيرات الديمغرافية على تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية في كل من القطاعين ، قمنا باللجوء إلى اختبار تحليل التباين الأحادي

للتحقق من وجود فروق ذات دلالة احصائية وفق كل متغير من المتغيرات المدروسة . إلا أنه في هذه الحالة تم عرض نتائج المستوى الكلي لجودة الخدمة دون تحديد الأبعاد بسبب عدم تماثل الأبعاد في كل من القطاع الصحي العام و الخاص بعد تنقية المقياس .

جدول رقم (4-46) : اختبار ANOVA لتباين الفروق في جودة الخدمة الصحية تبعا للمتغيرات الديمغرافية

المتغيرات الديمغرافية	جودة الخدمة الصحية في القطاع العام		جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص	
	F	مستوى المعنوية	F	مستوى المعنوية
السن	1.617	0.141	1.882	0.083
الجنس	0.619	0.432	2.256	0.134
الحالة الاجتماعية	1.016	0.385	0.358	0.783
المستوى التعليمي	1.377	0.241	0.977	0.420
نوع المرض	0.814	0.368	0.998	0.476
مدة الإقامة	3.089	0.004	0.717	0.735
المصلحة	2.228	0.013	2.270	0.017
المستشفى	10.309	0.000	6.632	0.000

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

بتفحص نتائج تحليل التباين الأحادي عند مستوى المعنوية 0.05 ، يتبين لنا عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية الكلية في القطاع العام للصحة يعزى إلى كل من متغير السن ، الجنس ، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي و نوع المرض . ما يؤكد ذلك مستوى الدلالة الذي تراوح بين 0.141 و 0.432 ، و هي كلها أكبر من مستوى المعنوية المستخدم في الدراسة 0.05 ، إضافة إلى قيمة F التي جاءت كبيرة و غير دالة .

في حين تظهر نفس النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية عند نفس مستوى المعنوية في اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية و التي تعزى إلى كل من متغير مدة الإقامة

في المستشفى ، المصلحة التي يعالج فيها المريض و المستشفى ، حيث جاء مستوى الدلالة أقل من 0.05 و قيم (F) التي كانت كبيرة و دالة احصائيا .

نفس نتائج تحليل التباين الأحادي و في نفس الجدول السابق يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة في القطاع الصحي الخاص و الذي تعزى لكل من المتغيرات الديمغرافية التالية : السن ، الجنس، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي ، نوع المرض و مدة الإقامة ، حيث سجل مستوى أكبر من مستوى المعنوية المستخدم في الدراسة 0.05 .

من جهة أخرى ، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية 0.05 لاتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص تعزى لكل من متغيري المصلحة و المستشفى الذي يعالج فيها المريض . حيث بلغ مستوى الدلالة 0.017 و 0.000 على التوالي . ما يؤكد ذلك قيم (F) التي جاءت كبيرة و دالة احصائيا .

المبحث الرابع : مناقشة النتائج و الاجابة على الفرضيات

بعد ما قمنا بعرض نتائج التحليل الاحصائي للدراسة الوصفية لإجابات أفراد عينة الدراسة ، سنعمل فيما يلي على مناقشة تلك النتائج و الاجابة على الفرضيات المتعلقة بها .

المطلب الأول : مناقشة النتائج المتعلقة بالانسجام الداخلي للمقياس

لغرض تأكيد أو نفي الفرضية المتعلقة بمدى الانسجام الداخلي للمقياس قمنا باختبار ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات أداة القياس من عدمه و ذلك بعد تعديلها و تكيفها وفق خصوصية البيئة الجزائرية. نتائج هذا الاختبار بالنسبة للقطاعين العام و الخاص نوردها فيما يلي .

1- مناقشة النتائج المتعلقة بالانسجام الداخلي للمقياس في القطاع الصحي العام

أظهرت النتائج أن أبعاد جودة الخدمة RATER في القطاع الصحي العام تتمتع بقدر جيد من الانسجام الداخلي ، حيث تراوحت قيم ألفا كرونباخ بين 0.711 (بعد الملموسية) و 0.878 (بعد الاستجابة) ، الجدول الموالي يستخلص نتائج هذا الاختبار :

جدول رقم (4-47) : نتائج ألفا كرونباخ في القطاعين العام و الخاص

الأبعاد	قيمة معامل ألفا	البند الشاذ	فرضية الثبات (الفرعية)	فرضية الثبات للمقياس
الملموسية	0.711	لا يوجد	غير مؤكدة	الفرضية مؤكدة
الاعتمادية	0.788	البند الثالث	مؤكدة	
الاستجابة	0.878	لا يوجد	غير مؤكدة	
الأمان	0.793	لا يوجد	غير مؤكدة	
التعاطف	0.872	لا يوجد	غير مؤكدة	
إجمالي الأبعاد (المقياس)	0.941	بند واحد من 22	-	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

بالنظر إلى الجدول ، يتضح لنا مدى ثبات المقياس و بالتالي إمكانية الاعتماد عليه في قياس جودة الخدمة الصحية . إلا أنه و بالنظر إلى مصفوفة الارتباطات الخاصة بالبند المتعلقة بالمقياس ككل يتبين لنا أن هناك بعض البنود الشاذة و التي يمكن استبعادها لترتفع بذلك قيمة ألفا كرونباخ . لهذا الغرض تم سحب البند الثالث من بعد الاعتمادية ليصبح بذلك عدد بنود المقياس 21 بندا. و عليه تتأكد الفرضية الفرعية الأولى التي مفادها : "لا تتمتع الأبعاد الخمسة عند تعديلها بالانسجام الداخلي لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع العام في الجزائر " .

2- مناقشة النتائج المتعلقة بالانسجام الداخلي للمقياس في القطاع الصحي الخاص

على خلف ما تم التوصل اليه سابقا ، أظهرت نتائج اختبار ألفا كرونباخ للانسجام الداخلي و ارتباط البنود بالمجموع و مجموع ارتباطات كل بند بالبنود الأخرى عن قدر متواضع من الانسجام الداخلي لأبعاد جودة الخدمة في القطاع الصحي الخاص . نتائج هذا الاختبار يوضحها الجدول الموالي :

جدول رقم (4-48) : نتائج ألفا كرونباخ في القطاعين العام و الخاص

الأبعاد	قيمة معامل ألفا	البنود الشاذة	فرضية الثبات (الفرعية)	فرضية الثبات للمقياس
الملموسية	0.882	البند الثاني	مؤكدة	الفرضية مؤكدة
الاعتمادية	0.833	لا يوجد	غير مؤكدة	
الاستجابة	0.804	لا يوجد	غير مؤكدة	
الأمان	0.732	البند الثاني	مؤكدة	
التعاطف	0.706	البند الخامس	مؤكدة	
إجمالي الأبعاد (المقياس)	0.855	ثلاثة بنود من 22	-	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن معامل ألفا كرونباخ لإجمالي الأبعاد جاء 0.855 ، و هي قيمة جد مقبولة لتأكيد ثبات المقياس ، إلا أن دراسة كل بعد على حدا أظهرت عكس ذلك . فقد تبين أن افتراض الانسجام الداخلي لبنود المقياس حسب كل بعد مكون له عن عدم انسجام البنود المتعلقة بكل من بعد الملموسية ، الأمان و التعاطف ، حيث تأكد ذلك من خلال الحصول على بنود شاذة مما استدعى سحبها ، و بالتالي تتأكد الفرضية الفرعية الثانية التي مفادها : " لا تتمتع الأبعاد

الخمسـة عند تعديلها بالانسجام الداخلي لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص في الجزائر " .

تبعا لما سبق نقبل الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على ما يلي: " لا تتمتع الأبعاد الخمسة عند تعديلها بالانسجام الداخلي لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص " .

المطلب الثاني : مناقشة النتائج المتعلقة بالصدق التقاربي و التمايزي للمقياس

في محاولة للإجابة عن مدى هيكلية المقياس المعتمد و المكون من الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER (بعد التعديل و التكيف) و تقدير صدقيته أو مدى اعتماديته ، لجأنا إلى أسلوب التحليل العاملي للنظر فيما إذا كانت هناك بنود أخرى لابد من استبعادها و استخلاص المقياس في بنود أقل. و الجدول الموالي يوضح نتائج ما توصل إليه التحليل في كل من القطاع الصحي العام و الخاص .

جدول رقم (4-49) : ملخص نتائج التحليل العاملي في القطاعين العام و الخاص

الأبعاد الأصلية	العوامل المستخلصة في القطاع الصحي العام				العوامل المستخلصة في القطاع الصحي الخاص			
	F1	F2	F3	تأكيد الفرضية	F1	F2	F3	تأكيد الفرضية
الملموسية	-	-	2و3	مؤكدة	-	1و3و4	-	مؤكدة
الاعتمادية	1	3	5		1	-	4	
الاستجابة	2و4	-	-		4	-	2و3	
الأمان	2	3	-		1و2و3	-	-	
التعاطف	3و4و5	2	-		1و2	-	3و4	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

كما يوضح الجدول أعلاه ، فإن نتائج التحليل العاملي أعطت هيكلية مختلفة عن هيكلية المقياس المعدل و المستخدم في الدراسة. فقد أنتج ثلاثة أبعاد (عوامل) في القطاع الصحي العام لا تتطابق

بنودها مع تلك التي اندرجت في الأبعاد الخمسة الابتدائية . في حين أنتج التحليل العاملي أربعة أبعاد في القطاع الصحي الخاص ، إذ يتبين من خلال الجدول أعلاه كيف أن كل بعد مستخلص من التحليل العاملي ارتبط بعدة أبعاد أصلية . فكل الأبعاد استجمعت بنودها من أكثر من بعدين أصليين إلا البعد الرابع الذي انفرد ببنيين من نفس البعد (الاستجابة) .

بالتالي يمكن القول أن و لا بعد من الأبعاد الخمسة حقق الصدقية التقاربية و التمايزية ، و عليه تتأكد الفرضية التي مفادها : "لا تتلاءم الأبعاد الأصلية الخمسة عند تعديلها مع هيكلية جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص "

المطلب الثالث : مناقشة النتائج المتعلقة بتقييم المستوى العام لجودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص .

بهدف تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية في كل من القطاعين العام و الخاص ، قمنا بحساب المتوسط الحسابي باعتباره أهم مؤشر في التقييم و ذلك باستخدام المقياس بأبعاده الأصلية و كذا بعد استخلاص الأبعاد الجديدة . النتائج المتحصل عليها يلخصها الجدول الموالي.

جدول رقم (4-50) : نتائج تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص

قبل تنقية المقياس (الأبعاد المستخلصة)		بعد تنقية المقياس (الأبعاد المستخلصة)		
القطاع العام	القطاع الخاص	القطاع العام	القطاع الخاص	
3.468	3.423	3.610	3.413	المتوسط الحسابي
0.643	0.458	3.666	0.497	الانحراف المعياري
عالية	عالية	عالية	عالية	درجة التقييم
الفرضية مؤكدة				الحكم على الفرضية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

أكدت نتائج التحليل الوصفي أن المستوى العام لجودة الخدمة الصحية في كل من القطاعين العام و الخاص ، قبل و بعد تنقية المقياس كان عاليا . حيث جاءت المتوسطات الحسابية للأبعاد

مجتمعة ضمن درجة الموافقة العالية . بالرغم من ذلك إلا أن نفس النتائج أظهرت تفوتا في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية حسب كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ، حيث جاء بعضها ضمن درجة الموافقة المتوسطة و الأخرى ضمن درجة الموافقة العالية . إذ وقع كل من بعد الملموسية و الاعتمادية ضمن درجة الموافقة المتوسطة ، عكس الأبعاد الأخرى التي كانت ضمن درجة الموافقة العالية ، هذا بالنسبة للقطاع العام . أما بالنسبة للقطاع الخاص ، فقد سجل كل من بعدي الاعتمادية و التعاطف تجاوبا متواضعا من قبل المرضى ، أما باقي الأبعاد فقد وقعت ضمن درجة الموافقة العالية .

بالتالي نلاحظ أن هناك اختلاف في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية بين القطاعين العام و الخاص و ذلك حسب كل بعد من الأبعاد الأصلية ، في حين جاء تقييم المستوى العام لجودة الخدمة الصحية عاليا في كلا القطاعين . و عليه تتأكد الفرضية التي مفادها : "لا يوجد فرق ذو دلالة احصائية في تقييم المرضى للمستوى العام لجودة الخدمة الصحية بين القطاعين العام و الخاص"

المطلب الرابع : مناقشة النتائج المتعلقة بتأثير المتغيرات الديمغرافية في تحديد اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية

باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA ، قمنا بتحديد أي المتغيرات الديمغرافية لها أثر في تحديد اتجاهات المرضى نحو تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في كل من القطاعين العام و الخاص ، و الجدول الموالي يوضح مجمل نتائج التحليل .

جدول رقم (4-51) : تأثير المتغيرات الديمغرافية في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة

الصحية

المتغيرات الديمغرافية		قبل تنقية المقياس		بعد تنقية المقياس	
		القطاع العام	القطاع الخاص	القطاع العام	القطاع الخاص
السن	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق
الجنس	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق
الحالة الاجتماعية	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق
المستوى التعليمي	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق
نوع المرض	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق	لا يوجد فرق
المدة	يوجد فرق	لا يوجد فرق	يوجد فرق	يوجد فرق	لا يوجد فرق
المصلحة	يوجد فرق	لا يوجد فرق	يوجد فرق	يوجد فرق	يوجد فرق
المستشفى/العيادة	يوجد فرق	يوجد فرق	يوجد فرق	يوجد فرق	يوجد فرق

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لنتائج SPSS

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA قبل تنقية المقياس وجود فروق ذات دلالة احصائية في المستوى العام لجودة الخدمة الصحية يعزى لكل من متغير "مدة المكوث في المستشفى ، المصلحة و المستشفى التي يعالج فيها المريض " ، هذا بالنسبة للقطاع العام ، في حين تم تسجيل فروق ذات دلالة احصائية في اتجاهات المرضى نحو تحديد المستوى العام لجودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص تعزى لمتغير العيادة فقط .

من جانب آخر أسفرت نتائج التحليل بعد تنقية المقياس عن وجود فروق ذات دلالة احصائية في تحديد المستوى العام لجودة الخدمة الصحية يعزى للمتغيرات الديمغرافية في القطاع العام و قد خصت نفس المتغيرات قبل تنقية المقياس (المدة ، المصلحة ، المستشفى) . أما بالنسبة لنتائج تحليل التباين الأحادي في القطاع الخاص بعد تنقية المقياس ، تبين أن متغيري المصلحة و العيادة التي يعالج فيها المريض كان لهما أثر في تحديد اتجاهات المرضى نحو تحديد مستوى

جودة الخدمة الصحية .

نخلص في الأخير إلى أنه لم يكن هناك اختلاف في نتائج تحليل التباين الأحادي قبل و بعد تنقية المقياس في القطاع العام ، في حين اختلفت النتائج نسبيا بالنسبة للقطاع الخاص . و بالتالي تقودنا هذه النتائج إلى رفض الفرضية التي تنص على ما يلي : "لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في تحديد المستوى العام لجودة الخدمة الصحية بين القطاعين قد يعزى لأحد المتغيرات الديمغرافية "

خلاصة الفصل :

كان الهدف من هذا الفصل هو تأكيد التحفظات التي قدمت لمقياس جودة الخدمة Servqual ، إذ يرى بعض الباحثين في هذا المجال عدم ملاءمة المقياس بتطبيقه على خدمات أخرى دون العمل على تعديله وفق خصوصيات هذه الأخيرة . في حين يقدم البعض الآخر انتقادات فيما يخص استخدام المقياس في قطاعات بلدان مختلفة ، أين تتباين الثقافات و اللغات ، فالعمل على ترجمة أو تعديل المقياس الأصلي تعني الخروج عنه و تحريفه و بالتالي ابطال الحكم على مدى اعتماده . و عليه ، كان الهدف الأساسي من إجراء هذه الدراسة التمهيدية هو اختبار مدى اعتمادية المقياس بعد العمل على تكييف أبعاده و الفقرات التي تتضمنها وفقا للبيئة و الثقافة الجزائرية في قطاع يعتبر من أكثر القطاعات حساسية .

النتائج التي توصلنا اليها من خلال اختبار الفرضية الأولى و الثانية تؤكد مدى تحقيق الانسجام الداخلي لبنود بعض الأبعاد دون غيرها ، إلا أنها لا تعطي نتائج موثوقة في الصدق التقاربي و تفشل تماما في تحقيق الصدق التمايزي ، حيث أفضت نتائج التحليل العاملي عن أبعاد أخرى غير تلك التي اعتمدتها الدراسة الأولية RATER ، فقد اندمجت الأبعاد مع بعضها لتشكل بذلك أبعاد أخرى ، كما انضمت البنود المتعلقة بكل بعد إلى الأبعاد الأخرى بعد اندماجها .

نتائج الدراسة كشفت أيضا عن عدم وجود فرق في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية بين القطاعين العام و الخاص ، بالرغم أن ما هو متعارف عليه أن المؤسسات التابعة للقطاع الخاص تسعى الى تحقيق أقصى ربح مقابل تطبيق معايير الجودة بهدف كسب رضا المريض ، عكس تلك التابعة للقطاع العام و بالتالي تعتبر هذه النتائج غير منطقية في البيئة الجزائرية باعتبارها دولة نامية .

نتائج اختبار الفرضية المتعلقة بالفروق بين القطاعين في تحديد المستوى العام لجودة الخدمة الصحية تبعا للمتغيرات الديمغرافية أكدت وجود فروق غير أنها فروق طفيفة ، و ذلك تبعا لمتغير واحد أو اثنين فقط . عموما فقد أظهرت النتائج استقرار تباين في توجهات المرضى نحو تقييم المستوى العام لجودة الخدمة تبعا لمتغير المستشفى أو العيادة التي يتلق من خلالها المريض علاجه ، و هو أمر يتنافى مع نتائج اختبار الفرضية السابقة . بالتالي يمكن القول أنه لا يمكن اعتماد المقياس بأبعاده الأصلية RATER لغرض قياس و تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية المدركة في الجزائر .

اختلاف هيكلية المقياس بعد تطبيقه في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر ، يفتح لنا افاقا لبحث أبعاد جودة الخدمة الصحية و بناء مقياس خاص بها في الجزائر و اختبار مدى اعتماديته في عملية القياس و تعميم النتائج المتحصل عليها ، و هو ما سعت اليه دراستنا القادمة.

الفصل الخامس

الفصل الخامس

نموذج مقترح لقياس جودة الخدمات الصحية في الجزائر

إن نظرة العميل إلى نوعية الخدمة المقدمة له في البلدان النامية قد تختلف عنها في البلدان المتقدمة ، و ذلك الاختلاف في البيئة ، الثقافة ، مستوى النمو الاقتصادي و غيرها بين العالمين . مما لا شك فيه أن الدراسات المتعلقة بموضوع جودة الخدمة الصحية كثيرة و متعددة إلا أنها لم تأخذ بعين الاعتبار هذا الاختلاف و ما يولده من نتائج خاصة بتطبيق المقاييس المستوردة بعد تعديلها ، و ما أكثرها.

أكدت دراستنا ضمن الفصل السابق عن عدم ملائمة الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER بتطبيقها على القطاع الصحي في الجزائر ، رغم تكييفها و ادخال بعض التعديلات عليها ، و هو ما يدل على خصوصية هذه الأبعاد في بيئات مغايرة . هذا الاختلاف قادنا إلى محاولة تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر و الكشف عن الأبعاد الحقيقية التي يعتمد عليها المريض في تحديد مستوى الخدمة الصحية المقدمة له .

وقوفا عند رغبتنا لتطوير نموذج لقياس جودة الخدمة الصحية في الجزائر ، قمنا بتبني منهجية Churchill الشهيرة ، و التي تتكون من ثمان خطوات مقسمة بالتساوي على مرحلتين الأولى استكشافية ، قمنا من خلالها بإجراء الدراسة الكيفية و الدراسة الكمية الأولية . و الثانية توكيدية و التي تمثل الدراسة الكمية النهائية بغرض تقدير صلاحية المقياس باستخدام برنامج Amos و تطوير المعايير .

تناولنا هذا الفصل من خلال أربع مباحث ، استهل بالإجراءات المنهجية و الدراسة الكيفية لتحديد مجال النموذج و صياغة البنود . لننتقل بعد ذلك إلى المبحث الثاني الذي قمنا من خلاله بإجراء

الدراسة الكمية الأولية في القطاعين العام و الخاص و الذي تضمنت خطوتين تمثلتا في جمع البيانات الأولية و تتقية المقياس . كخطوة لاحقة ، قمنا و من خلال المبحث الرابع باستعراض جزء من الدراسة الكمية النهائية ، حيث قمنا من خلاله بعرض الاجراءات المنهجية للدراسة النهائية و التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة ثم تقدير مدى اعتمادية المقياس . لننهي هذا الفصل باخر مبحث تناولنا من خلاله الجزء المتبقي من الدراسة الكمية النهائية و ذلك بتقدير صلاحية أداة القياس المقترحة لنخلص بمناقشة النتائج و الاجابة على الفرضية التي خصصت لهذا الجزء من الدراسة .

المبحث الأول : الاجراءات المنهجية و الدراسة الكيفية

نتائج الدراسة السابقة أكدت عدم ملائمة الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER لقياس جودة الخدمة الصحية في الجزائر بالرغم من العمل على تعديلها بما يناسب الثقافة المحلية ، بالتالي فإن الطعن في تعميم الأبعاد الخمسة الشهيرة عبر قطاعات و دول مختلفة الثقافات و المستويات التنموية فتح لنا آفاقا لبناء و تطوير نموذج قياس* خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر . و عليه سنقوم من خلال هذا المبحث تحديد منهجية الدراسة و الشروع فيها عبر الدراسة الكيفية و المتعلقة أساسا بتحديد مجال النموذج المراد بناؤه و العمل على صياغة بنود الاستمارة .

المطلب الأول : منهجية الدراسة

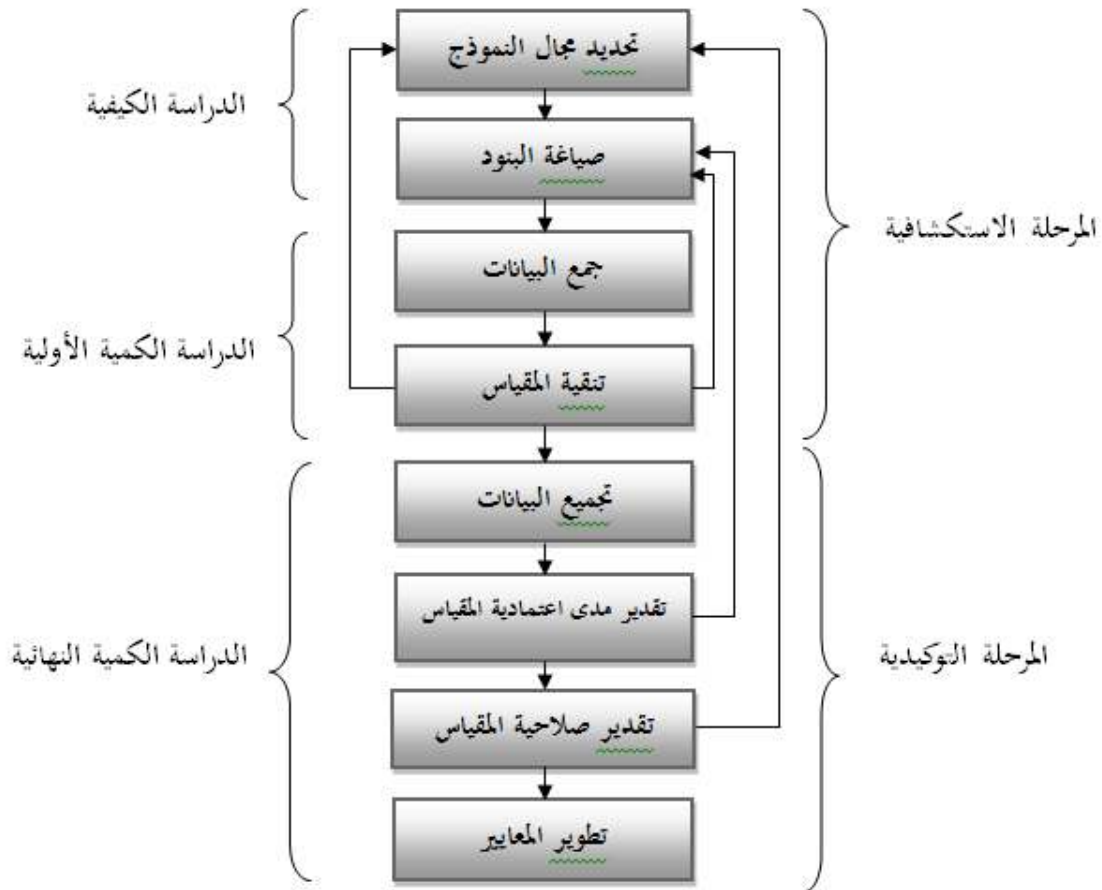
بهدف بناء مقياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر ، قمنا بتبني منهجية شورشل

الشهيرة¹ « Churchill Paradigm » و التي تتكون من ثمان خطوات مقسمة بالتساوي على

مرحلتين ، مرحلة استكشافية و مرحلة تأكيدية أو تأكيدية نوردتها في الشكل الموالي :

* نموذج قياس أو أداة قياس : قمنا من خلال دراستنا باستخدام المصطلحين للتعبير عن نفس المفهوم .

¹ Gilbert A, Churchill Jr : **A Paradigm for developing better measures of marketing constructs**, Journal of Marketing Research , Vol 16 , 1997 , p 66.



شكل رقم (5-1) : منهجية Churchill المتبعة في الدراسة التطبيقية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمنهجية Churchill 1979 (بتصرف)

تتكون المرحلة الاستكشافية من مرحلتين ، تمثل المرحلة الأولى منها الدراسة الكيفية و التي تتضمن بدورها خطوتين أساسيتين ، تتعلق الخطوة الأولى بتحديد مجال النموذج المراد بناؤه عبر إجراء مقابلات مع ذوي الخبرة و مسيري القطاع إضافة إلى الدراسات و الأدبيات السابقة التي تختص في هذا المجال ، لتصاغ بعد ذلك ضمن الخطوة الثانية من المنهجية بنود المقياس و الأبعاد التي تعبر عنها بعبارات مفهومة و لغة بسيطة يتجاوب معها المستجوب بكل سهولة . تليها بعد ذلك الدراسة الكمية الأولية كمرحلة ثانية من الدراسة الاستكشافية و التي ييتم من خلالها جمع البيانات (الخطوة الثالثة) بهدف إدخال التعديلات الشكلية لتقليص نسبة الإجابات المتروكة فيه ، و

العمل بعد ذلك على تنقية المقياس (الخطوة الرابعة) بالاستعانة بمعامل ألفا كرونباخ و التحليل العاملي ، حيث يتم تسبيق اختبار الثبات الذي يسمح بسحب البنود الغير المنسجمة حتى لا تؤثر على نتائج التحليل العاملي بظهور مكونات غير دالة.

بعد الانتهاء من المرحلة الاستكشافية ، تنتقل الدراسة إلى المرحلة التوكيدية و التي تمثل بدورها الدراسة الكمية النهائية و ذلك بهدف التأكد من مدى مطابقة نموذج القياس الذي يعمل على رسم العلاقات المفترض نشوؤها بين الأبعاد المكونة للمقياس. تتضمن هذه المرحلة أربع خطوات أساسية، تستهل بإعادة جمع البيانات (الخطوة الخامسة) ثم تقييم مدى اعتمادية المقياس (الخطوة السادسة) ، لينتقل بعد ذلك إلى تقدير صلاحيته (الخطوة السابعة) لتتوج هذه الخطوات بتطوير المعايير و استغلال نتائج الدراسة لصياغة مؤشرات عملية .

المطلب الثاني : مجتمع و عينة الدراسة

تمثل مجتمع الدراسة في المرضى المقيمين في مجموعة من المستشفيات التابعة للقطاع العام و العيادات الخاصة بعاصمة الجزائر كونها الولاية الأكثر استقطابا للمرضى من كافة انحاء الوطن ، يعود ذلك إلى توفرها على أكبر عد من العيادات الخاصة و المستشفيات التي تضم بدورها عدة تخصصات إضافة إلى أشهر و أفضل الأطباء المختصين . هذا و قد وقع اختيارنا على المرضى الذين لم تقل مدة اقامتهم بالمؤسسة الصحية أقل من ثلاثة أيام لضمان اختبارهم لجميع أنواع الخدمات التي تحويها أبعاد المقياس .

نظرا لصعوبة حصر المستشفيات و العيادات الخاصة و في ظل عدم توفر معطيات دقيقة عنها و عن توزيعها الجغرافي ، اقتصرنا دراستنا على مجموعة من المستشفيات و العيادات الخاصة بعد تقسيمها جغرافيا إلى ثلاث مناطق :الجزائر شرق ، الجزائر وسط ، الجزائر غرب و الجدول الموالي يوضح ذلك :

جدول رقم (5-1) : التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية محل الدراسة

المستشفيات العامة	العيادات الخاصة	
CHU نفيسة حمود (حسين داي، بارني سابقا)	عيادة الياسمين (القبة)	الجزائر شرق
EPH بشير منتوري (القبة)	عيادة نجمة (باش جراح)	
EHS سليم زميرلي (الحراش)	عيادة اللوتس (رويبة)	
CHU مصطفى باشا	عيادة النجاح (بئر خادم)	الجزائر وسط
EPH جيلالي بلخنشير (الأبيار)	عيادة النهضة (بئر خادم)	
EHS بيار و ماري كوري (مصطفى باشا)	عيادة رفاق الفتح (الأبيار)	
CHU جيلالي بونعامة (الدويرة)	عيادة شهرزاد (شراقة)	الجزائر غرب
EPH بلقاسمي الطيب (زرالدة)	عيادة الأزهر (دالي إبراهيم)	
EHS دويرة	عيادة الزهور (سحاولة)	

المصدر : من إعداد الباحثة

نظرا لصعوبة تحديد فترة الدراسة و عدم استقرار المرضى ، تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالمستشفيات و العيادات الخاصة خلال الفترة الممتدة من أكتوبر 2018 إلى مارس 2019 ، حيث قمنا بتوزيع استمارات الاستبيان على عينة قصدية غير احتمالية من المرضى المقيمين و الموزعين على المؤسسات الصحية التي سبق الإشارة إليها مع مراعاة بعض الجوانب أهمها :

- اعتمدنا على طريقة توزيع الاستبيان بالمقابلة ، حيث ارتأينا أن هذه الطريقة هي الأنسب نظرا للحالة الصحية للمرضى التي لا تسمح لهم بملء الاستمارة ، كما أن هذه الطريقة تسمح بشرح هدف الدراسة للمستجوبين و الاجابة على استفساراتهم من جهة و حرصا منا على استرجاع كامل الاستمارات كاملة غير منقوصة ؛
- تم توزيع الاستمارات بصفة عشوائية على مختلف المصالح ، كما روعي استرجاع أكبر عدد من الاستمارات تحقيقا لشرط كفاية العينة كأحد شروط التحليل العاملي و الذي يتطلب عينة احصائية كبيرة ، حيث يشير Kelin,2005 إلى أن النسبة بين عدد الأفراد إلى عدد

فقرات الاستبيان لا تقل عن 05 أفراد لكل متغير ، في حين يوصي بعض الباحثين باستعمال ما لا يقل عن 10 إلى 15 فردا مستجوبا لكل متغير ¹Chen et al,2015. تبعا لهذه التوصيات فمن باعتماد معيار 10 أفراد مستجوبين لكل متغير . فإذا ما وقفنا عند نتائج التحليل نجد أن عدد الاستمارات التي أخضعت للتحليل كان كافيا ، إذ أن النتائج المستخرجة من البرامج المستعملة للدراسة SPSS و AMOS تظهر امكانية قبول التحليل من عدمه ، و في حالة ما تم رفض التحليل فإن البرنامج يدعو إلى زيادة حجم العينة لاستكمال العملية .

المطلب الثالث : الدراسة الكيفية لتحديد مفهوم مجال النموذج و صياغة البنود (الجزء الاستكشافي من الدراسة)

قصد بناء مقياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر ، و انطلاقا من آفاق نظرية أوسع و كذا خصوصية هذا النوع من الخدمات في بيئة و ثقافة مغايرة ، كان لابد من اجراء دراسة استطلاعية لمجموعة من المؤسسات الصحية العامة و الخاصة و العمل على حصر الجوانب التي يعطيها العميل نفسه (المريض) أهمية أكبر عند تلقيه لمختلف الخدمات الصحية . انطلاقا من المعلومات المستمدة من الجانبين النظري و الميداني قمنا بتحديد العوامل أو الأبعاد التي تعبر عن الخدمة الصحية في الجزائر و بالتالي صياغة الاستبيان الأولي .

1- تحديد مجال النموذج :

انطلاقا من مختلف الأدبيات و الدراسات السابقة في مجال الخدمات و الخدمات الصحية على وجه الخصوص ، إضافة إلى الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها من خلال الزيارة التفقدية لوضعية بعض المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام و الخاص (المستشفيات و العيادات المشار إليها

¹ Su Yueh Chen et al : **Organizational justice , trust , and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff** , BMC Health services research , Vol 15 , N° 363 , 2015 , p 09.

في الجدول ...). و محاولة منا للتعرف على الخدمات الصحية التي تقدمها هذه الأخيرة ، قمنا بإجراء مقابلات غير هيكلية مع بعض العاملين بالقطاع (طبييين ، ثمانية ممرضين ، أربع إداريين، مخبري و عوني أمن) ، إضافة إلى 33 مريضا مقيما موزعين على بعض المؤسسات الصحية قيد الدراسة .

لم يتم تحديد وقت المقابلات كونها غير رسمية و غير مهيكلة ، في حين تمحورت حول أهم الخدمات الصحية المقدمة فعلا و الخدمات التي يأمل المرضى الحصول عليها ، إضافة إلى أهم المشاكل المتعلقة بجودة هذه الخدمات . تم التركيز أيضا على الخدمات المشتركة بين القطاعين العام و الخاص من أجل بناء استبانة موحدة أو بالأحرى البنود المشتركة و الأبعاد التي تضمها ، و هذا بعد الاستفادة من الدراسة السابقة و التي قمنا من خلالها باختبار الأبعاد الخمسة لنموذج جودة الخدمة و تأكد عدم اعتمادية البعض منها بعد تطبيقها على القطاع الصحي الجزائري .

بعد تجميع البنود ضمن ستة أبعاد تعبر عن جودة الخدمة الصحية في الجزائر ، تحصلنا في الأخير على النموذج الأولي للاستبانة التي قمنا بعرضها على أساتذة باحثين في التسويق و الجودة (ملحق رقم 06) بغرض تنقيحها ، فجاءت التعديلات حول إعادة صياغة بعض البنود (الفقرات) و حذف أخرى ، إضافة إلى دمج بعض البنود التي تتقارب في المفهوم . قمنا بعد ذلك بعرض الاستبانة على مجموعة من العاملين في القطاع الصحي و المرضى للتأكد من مدى وضوح البنود و سهولة فهمها ، لنصل في الأخير لصياغة استبانة في المستوى المقبول من الشمولية و التأصيل النظري .

أبرز اهتمامات المرضى انصبت حول ضرورة توفر الخدمات التالية بمستوى جيد من الجودة :

- نظافة المستشفى/العيادة خاصة الغرفة التي يمكث بها المريض و ملحقاتها خاصة الحمامات بالإضافة إلى الأثاث و مختلف التجهيزات (كتوفر الغرفة على أسرة مريحة ،

مكيفات هوائية ، التدفئة ...) ، حيث أولى المرضى اهتماما كبيرا بهذا العنصر كونه يؤثر مباشرة على حالتهم الصحية ؛

- سرعة الاستجابة لاستفسارات المرضى و شكاويهم من قبل الطاقم الطبي و التمريضي حول حالتهم الصحية ، فطول الانتظار يسبب القلق للمريض ما يؤثر على حالته الصحية؛
- كل ما يتعلق بالإطعام من وجبات صحية بالكمية و النوعية المناسبة . حيث التمسنا عدم الرضا عن هذا العنصر من قبل المرضى، فكثرة عدد المرضى خاصة في المستشفيات العمومية يجعل من تحضير الوجبات المناسبة حسب الحالات الصحية لكل مريض أمرا شبه مستحيل ؛
- التعاطف مع المريض أثناء التعامل معه ، و هو ما يبعث نوعا من الراحة النفسية لدى المريض التي تولد الثقة لديه ، و هو ما يعمل على تحسين الحالة الصحية للمريض من خلال الاستجابة بسرعة للعلاج ؛
- توفر المستشفى/العيادة على مختلف التجهيزات و المعدات الطبية الحديثة (مخبر تحاليل ، أشعة سينية ...) و المعدة لتشخيص الحالة المرضية في أقل وقت ممكن و دون أن يضطر المريض للتوجه خارج المستشفى/العيادة من أجل اجرائها ؛
- تسهيل الاجراءات الادارية للدخول إلى المستشفى بعد تشخيص الحالة الصحية للمريض و التي تستدعي مكوته و متابعة حالته . فقد اشتكى بعض المرضى من عدم قبول حالتهم و توجيههم نحو مستشفيات أخرى إما بسبب الاكتظاظ و عدم القدرة على استيعاب كافة الحالات أو بسبب عدم توفر أطباء متخصصين خاصة تلك الحالات التي تتعلق بالولادة ، أمراض القلب و الشرايين ، الأمراض العصبية ، الأمراض المعدية ... إلخ ، لينتهي بهم الأمر في الأغلب في العيادات الخاصة .

2- صياغة بنود الاستبانة الأولية :

كنتيجة لدراسات مختلف الأدبيات في موضوع جودة الخدمة و جودة الخدمة الصحية على وجه

الخصوص ، إضافة إلى نتائج المقابلات ، تم التوصل إلى صياغة الاستبانة الأولية شملت ستة

أبعاد :

- **البعد الأول : الدعم المادي (الملموسية) :** هو البعد الذي اتفقت أغلب الدراسات على

ضرورة تواجده في جودة الخدمة الصحية ، و هو ما أكدته دراستنا الاستطلاعية

للمستشفيات العمومية و العيادات الخاصة قيد الدراسة . أجمع أغلب العمال و المرضى

على ضرورة توفر هذا العنصر و الذي يشير إلى الدلائل المادية التابعة للمؤسسة

الصحية، و يشمل بنودا تخص المظهر الخارجي و الداخلي للمستشفى/العيادة و العاملين

و مختلف التجهيزات الطبية الحديثة .

- **البعد الثاني : الخدمات الإدارية :** قد لا يتعامل المريض مباشرة مع إداري المستشفى

/العيادة إل أنه يستشعر مستوى جودة الخدمات التي تقدمها بناء على وقت انتظاره من

أجل الدخول إلى المستشفى/ العيادة أو ما يتم رصده من معلومات من قبل المكلف بذلك

(أحد الأقارب عموما) ، و بالتالي يشمل هذا البعد بنودا تتعلق أساسا بالتسهيلات التي

تقدمها إدارة المستشفى قبل ، أثناء و بعد الدخول إلى المستشفى/العيادة .

- **البعد الثالث : خدمات التشخيص الطبي :** هو ما يمثل جوهر الخدمة ، أي ما يتم إدراكه

فعلا من قبل المريض. يشمل هذا البعد كل ما يتعلق بعملية تشخيص الحالة الصحية

للمريض من قبل الأطباء ، السرعة في الاستجابة و الاستعداد الدائم لموظفي مخابر

التحاليل الطبية و الأشعة السينية اعتمادا على مدى كفاءتهم و مهارتهم في أداء مهامهم .

• **البعد الرابع : خدمات التمريض :** تعد من أهم و أولى الخدمات المحيطة التي تتعلق

مباشرة بالخدمة الجوهر (التشخيص الطبي) فهي خدمات تكميلية تتعلق أساسا بمتابعة الحالة الصحية للمريض أثناء تواجده بالمستشفى/العيادة . فهي تتضمن تلبية احتياجات المريض سواءا تعلق الأمر بتقديم الأدوية للزمنة ، تغيير الضمادات ، قياس الضغط و غيرها ، أو كيفية التعامل مع المريض من لغة مفهومة ، لطف و لباقة في التعامل ، كفاءة مهنية ..إلخ ، إضافة إلى الاعتناء بالحاجات الشخصية في حالة ما إذا تعذر على المريض القيام بها.

• **البعد الخامس : الضيافة و الاطعام :** هي ثاني خدمة تكميلية أو محيطة من حيث

الأهمية بعد خدمات التمريض . فللمريض حاجات تتعلق براحته كالغرفة التي يمكث فيها أثناء فترة استشفائه و جميع ملحقاتها من أثاث مريح ، تدفئة، مكيفات هوائية ، حمامات مجهزة و نظيفة . أضف إلى ذلك مدى توفر الهدوء و تنظيم الزيارات من قبل إدارة المستشفى /العيادة . أما بالنسبة للإطعام ، فالمستشفى / العيادة ملزمة بتقديم وجبات صحية بالكمية و النوعية المناسبة و في مواعيدها دون تأخير .

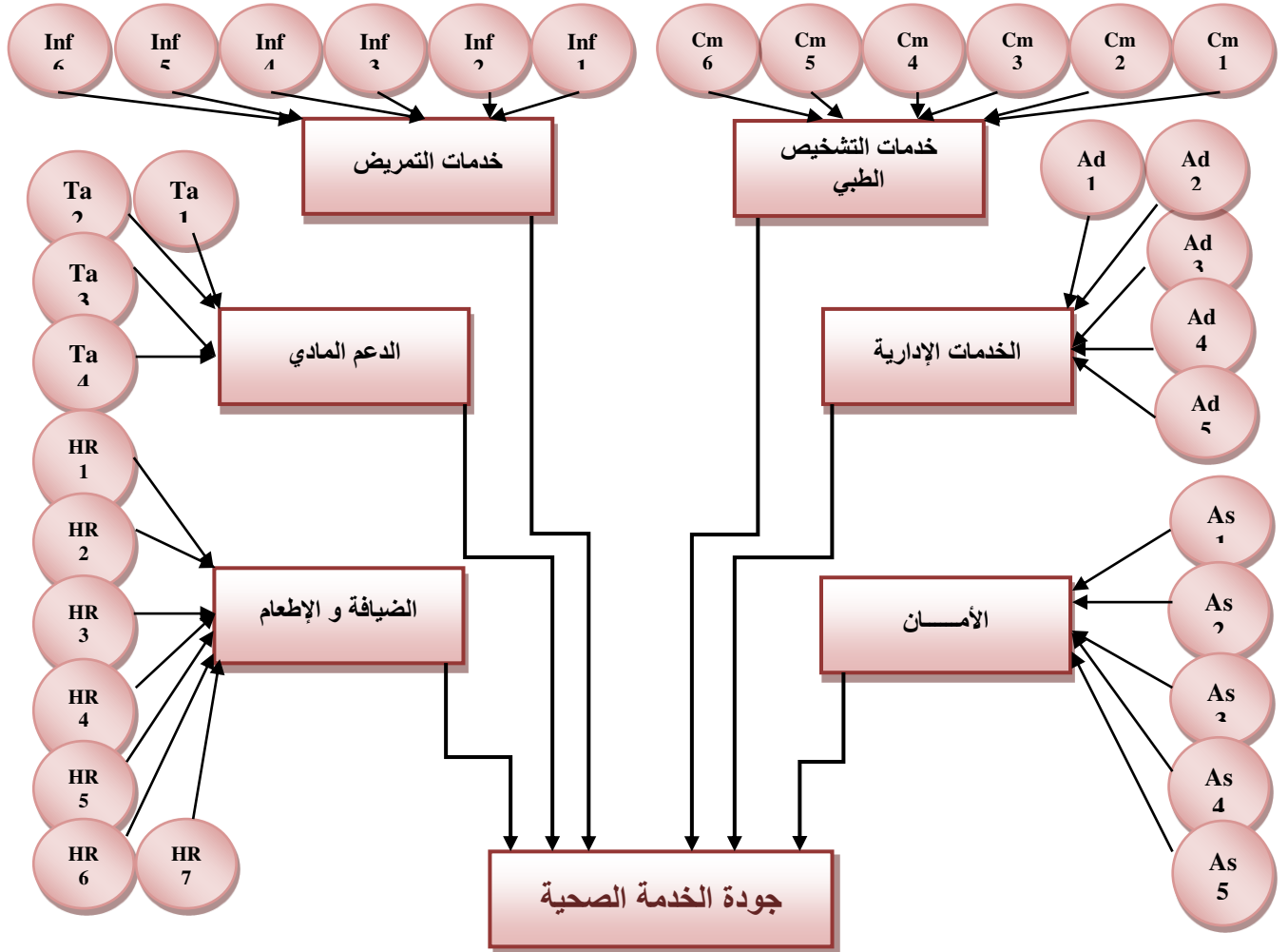
• **البعد السادس : الأمان :** يتعلق هذا البعد بالثقة التي يوليها المريض بمن يتعامل معهم

داخل المستشفى/العيادة ، و هو ما يولد لديه نوعا من الراحة النفسية و الشعور بالأمان ، و هو منوط بمدى استعداد كامل الفاعلين في المستشفى/العيادة من أجل توفير هذا الشعور من خلال مختلف تعاملاتهم و معاملاتهم مع المريض .

تم التوصل في الأخير إلى صياغة بنود الاستبانة و الذي بلغ عددها 33 بندا ، احتوتها الأبعاد الستة كما يلي : أربع بنود خاصة ببعد الدعم المادي ، خمسة بنود تمثل الخدمات الإدارية ، كما تضمن بعد خدمات التشخيص الطبي ستة بنود و خمسة بنود أخرى متعلقة ببعد خدمات التمريض.

أما الضيافة و الإطعام فقد شملت على سبعة بنود ، ليتضمن بعد الأمان في الأخير على خمسة بنود . و الشكل الموالي يختصر ما تم طرحه :

شكل رقم (5-2) : النموذج الأولي لمقياس جودة الخدمة الصحية



المصدر : من إعداد الباحثة

تطُرقت بنود جودة الخدمة الصحية تبعا لكل بعد إلى ما يلي :

• **الدعم المادي** : تضمن هذا البعد :

Ta1 : مظهر المستشفى / العيادة ؛

Ta2 : تجهيز قاعات الاستقبال ؛

Ta3 : التصميم الداخلي للمستشفى / العيادة ؛

Ta4 : هيئة مقدمي الخدمة .

• **الخدمات الإدارية : تطرق هذا البعد إلى :**

Ad1 : أوقات عمل المستشفى / العيادة ؛

Ad2 : إجراءات الدخول ؛

Ad3 : وضوح المعلومات المقدمة ؛

Ad4 : الاستجابة للاستفسارات ؛

Ad5 : حسن التعامل .

• **خدمات التشخيص الطبي : تضمنت ما يلي :**

Cm1 : دقة التشخيص ؛

Cm2 : شرح الحالة الصحية ؛

Cm3 : الرحابة عند تقديم الخدمة ؛

Cm4 : سرعة تقديم الخدمة ؛

Cm5 : توفير الخدمات الاستعجالية ؛

Cm6 : سرعة و مهارة موظفو المخبر .

• **خدمات التمريض : شمل هذا البعد :**

Inf1 : السرعة في تلبية حاجات المرضى ؛

Inf2 : ضبط مواعيد تقديم الأدوية ؛

Inf3 : الكفاءة المهنية ؛

Inf4 : اللطافة و اللباقة في التعامل ؛

Inf5 : حسن التواصل ؛

Inf6 : فهم حاجات المريض الضمنية .

• **الضيافة و الإطعام : تطرق هذا البعد إلى :**

HR1 : تجهيز الغرفة ؛

HR2 : توفير حمامات صحية ؛

HR3 : الحرص على نظافة الغرفة ؛

HR4 : توفير الراحة و الهدوء ؛

HR5 : تنظيم مواعيد الزيارات ؛

HR6 : تقديم الوجبات ذات النوعية و الكمية المناسبة ؛

HR7 : تناسب الوجبات مع الحالة الصحية .

• **الأمان : تضمن هذا البعد :**

As1 : مراعاة خصوصيات المريض ؛

As2 : جاهزية العاملين عند تساؤل المرضى ؛

As3 : الثقة عند التعامل مع الأطباء و الممرضين ؛

As4 : امتلاك الأطباء المهارة و السرعة في الأداء ؛

As5 : مراقبة أداء الفاعلين من قبل الإدارة .

احتوت الاستبانة في الأخير على جزء ثاني تضمن البيانات الشخصية للمستجوب (المريض) و التي تمكننا من التحقق من تمثيل العينة لمختلف الفئات و الشرائح في المجتمع المستهدف .

المبحث الثاني : الدراسة الكمية الأولية في القطاعين العام و الخاص (الجزء الاستكشافي من الدراسة)

جمع البيانات و تتقية المقياس هي ثاني مرحلة من الجزء الاستكشافي من الدراسة (منهجية شورشيل) و هي تمثل الدراسة الكمية الأولية ، حيث سنقوم من خلالها بتوزيع الاستبانة على المرضى و تتقية المقياس باللجوء إلى قياس مدى ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ لسحب البنود التي تؤثر على انسجام المقياس كخطوة أولى ، ثم استخدام أسلوب التحليل العاملي لسحب البنود التي لا تتسجم مع أبعادها.

المطلب الأول : جمع البيانات

تم توزيع الاستبانة الأولية على 350 مريضا مقيما في تسعة مستشفيات عامة موزعة على ثلاث مناطق جغرافية في الجزائر العاصمة (شرق ، غرب ، وسط) . ألغيت الاستثمارات المنقوصة ليصل عدد المقبولة منها إلى 343 استمارة . كما قمنا بتوزيع نفس العدد من الاستبانات 350 على المرضى المقيمين في تسعة 09 عيادات خاصة موزعة أيضا على نفس المناطق الجغرافية في الجزائر العاصمة . قمنا بإلغاء الاستثمارات الغير مكتملة لنحصل في الأخير على 339 استمارة قابلة للتحليل الاحصائي ، و هو عدد جد كاف لاختبار ثبات المقياس من جهة ، و إجراء التحليل العاملي من جهة أخرى (اعتمادا على معيار 10 مستجوبين لكل بند) من أجل سحب البنود الغير

منسجمة من خلال المشتركات و عملية التحميل . الجدول الموالي يوضح ذلك (أنظر الجدول المفصل في الملحق رقم 08) :

جدول رقم (5-2) : الاستثمارات الموزعة و المسترجعة القابلة للتحليل الاحصائي

المنطقة	مؤسسات القطاع العام (المستشفيات)				العيادات الخاصة		
	الموزعة	المسترجعة	المستبعدة	القابلة للتحليل	الموزعة	المسترجعة	المستبعدة
الجزائر شرق	117	117	03	114	115	115	03
الجزائر وسط	116	116	01	115	118	117	05
الجزائر غرب	117	117	03	114	117	117	02
المجموع	350	350	07	343	350	349	10
النسبة	%100	%100	%02	%98	%100	%99.71	%2.85
							%96.86

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تجدر الإشارة إلى أن توزيع الاستثمارات كان بالمقابلة مع المرضى ، و بالتالي قمنا بشرح ثم تعديل الفقرات التي كانت أقل مفهومية من طرف المرضى . كما واجهنا صعوبة بالغة في ملء الاستثمارات نظرا للحالة الصحية للمرضى و التي لا تسمح لهم بملء الاستثمارات ، إضافة إلى أن أغلبهم لا يجيدون القراءة .

المطلب الثاني : تنقية المقياس بتطبيقه على القطاع الصحي العام

بعد بناء المقياس و جمع البيانات ، سنقوم و في خطوة موالية باستخدام تلك البيانات من أجل تنقية المقياس الأولي باللجوء إلى أهم اختبارين: معامل ألفا كرونباخ و التحليل العاملي، و الخروج بمقياس معتمد و ذلك بتطبيقه على كل من القطاع الصحي العام و الخاص و النظر فيما إذا تحصلنا على نفس النتائج و توحيد المقياس من عدمه .

1- الانسجام الداخلي للمقياس :

قبل العمل على تنقية المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ و الذي يعتبر الاختبار الأساسي لقياس مدى ثبات المقياس حسب Churchill . راعينا بعض الاعتبارات النظرية و المتعلقة أساسا بصدق أداة الدراسة ، إذ يدل هذا الأخير على مدى صلاحية الأداة و أهم اختبار يثبت ذلك هو الصدق الظاهري الذي يعبر عن مدى وضوح تعليمات جمع البيانات و صحة الترتيب . لهذا الغرض قمنا بعرض الاستبانة على عدد من الأساتذة المحكمين من ذوي الخبرة و أهل التخصص . جاءت التعديلات على إعادة صياغة بعض الفقرات حتى تقترب من المعنى الحقيقي المراد قياسه، إضافة إلى سحب بعض البنود و دمج بعض البنود الأخرى التي تتقارب في المعنى ، و قد جاء المقياس في نسخته النهائية (الاستبانة الأولى) كما يعرضها (الملحق رقم 07) .

يعد ثبات المقياس شرطا ضروريا و ملازما للصدق ، و يقصد به قدرة المقياس على إعطاء نفس النتيجة أو نتيجة قريبة منها إذا ما تم توزيع الاستبانة على نفس الأفراد أكثر من مرة تحت نفس الظروف و الشروط. بمعنى ، متى ما كانت أداة القياس خالية من الأخطاء العشوائية ، و قادرة في نفس الوقت على قياس الخاصية المراد قياسها قياسا منسجما ، نقول عن المقياس أنه يتسم بالثبات. و في هذا الصدد تشير بعض الدراسات من بينها دراسة الغامدي سنة 2003 أن قياس الثبات ينطوي على ثلاث طرق شائعة و هي :

- **معامل الاستقرار :** يعني توزيع الاستبانة مرتين على نفس العينة بفواصل زمني معين .
تجدر الإشارة هنا أنه تم الاستغناء عن هذه الطريقة لعدم استقرار المرضى بالمؤسسات الصحية التي يعالجون ضمنها (الاستقرارية النسبية أهم شرط لتطبيق هذه الطريقة).
- **معامل التكافؤ:** يقصد به تطبيق صيغتين متكافئتين لنفس المقياس مرة واحدة (الصور المتكافئة) . عكس الطريقة السابقة فمعامل الزمن في هذه الحالة لا يشكل عائقا ، إلا أنه

تم الاستغناء عن هذه الطريقة بسبب توزيع الاستبانة على المرضى كان بالمقابلة و بالتالي اعتمدنا على شرح كامل الفقرات و هو ما يؤدي إلى نفس المفهوم .

- **طريقة التجزئة النصفية :** يتم في هذه الطريقة تقسيم مفردات الاختبار إلى نصفين متكافئين . تستخدم هذه الطريقة لتقدير ما يسمى معاملات الاتساق الداخلي للمقياس و الذي يعتمد أساسا على معامل ألفا كرونباخ و الذي يؤكد Churchill على استخدامه من خلال منهجيته . حيث يرى أن ضعف أو قوة البنود في اعطاء الدلالة على المفهوم متعلق بمدى ضعف أو قوة معامل ألفا ، و عليه يتم الاستدلال على البنود ضعيفة الارتباط بالمفهوم و كشف ارتباطها بالمجموع و بالتالي التخلص منها أو استبعادها . تبعا لذلك تحدد أغلبية الدراسات المستوى المقبول إحصائيا لمعامل ألفا كرونباخ إذا ما كان أكبر أو مساوي 0.6 في حين تحددها دراسات أخرى عند 0.7 ، و غالبا ما يتم تعزيز تلك النتائج بمقارنتها مع الدراسات السابقة في نفس المجال إن وجدت . النتائج الموالية توضح نتائج قياس الانسجام الداخلي لكل مقياس فرعي على حدى في كل من القطاعين العام و الخاص .

سنقوم فيما يلي باختبار الانسجام الداخلي للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ ، إضافة إلى مجموع ارتباطات البنود و ارتباط كل بند بالبنود الأخرى لكل مقياس فرعي (بعد) ، و هو ما يسمح بتتقية المقياس من البنود الغير منسجمة .

أولا: الدعم المادي في الخدمة الصحية :

باستخدام كامل المشاهدات القابلة للتحليل الاحصائي و التي بلغ عددها 343 استمارة ، بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لبعء الدعم المادي بينوده الأربعة 0.768 . و هو مستوى جيد . فبالنظر إلى عمود قيمة معامل ألفا في حالة سحب أحد البنود يظهر أن استبعاد أي بند من البنود الأربعة لن

يساهم في زيادة معامل ألفا حيث تراوحت تلك القيم بين 0.654 و 0.760 ما يؤكد ذلك قيمة ارتباط كل بند بالمجموع الذي تراوحت بين 0.537 و 0.354 ، فعادة ما يتم استبعاد البنود التي ترتبط بمجموع البنود بأقل من 0.3 أو 0.2 .

جدول رقم (5-3) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الدعم المادي

بنود بعد الدعم المادي	مصفوفة ارتباط بنود بعد الدعم المادي				ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
ملاءمة المظهر الخارجي و الداخلي للمستشفى	1	0.382	0.389	0.401	0.537	0.654
مدى تجهيز قاعات الاستقبال	0.382	1	0.349	0.424	0.431	0.715
توفر تصميم داخلي يسهل عملية الاتصال	0.389	0.349	1	0.379	0.354	0.760
النظافة و حسن مظهر مقدمي الخدمة	0.401	0.424	0.379	1	0.499	0.672
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	$0.768 = \alpha$				$343 = n$	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أما بالنسبة لمصفوفة الارتباطات لبنود المحاور الأربعة فتؤكد النتائج السابقة ، فقد أظهرت أن معامل الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لكل محور خاص بكل بند دالة احصائيا عند مستوى معنوية 0.05 ، حيث بلغ الحد الأدنى لمعامل الارتباط 0.379 فيما بلغ الحد الأعلى له 0.424 و عليه يمكن القول أن جميع بنود المحاور الأربعة متجانسة داخليا مع المحاور التي ينتمي إليها و هو ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود مقياس بعد الدعم المادي .

ثانيا: الخدمات الإدارية :

قدرت قيمة معامل أفا كرونباخ لبعد الخدمات الإدارية بأبعاده الخمسة و باستعمال المشاهدات كاملة (343) ب 0.790 و هو يدل على مستوى جيد من الثبات مما يؤكد أن بنود المقياس منسجمة . إلا أنه بالنظر إلى مصفوفة الارتباطات نلاحظ وجود ارتباطات قوية و أخرى ضعيفة

تراوحت بين 0.146 و 0.582 ، حيث خص الارتباط الضعيف البند الخامس و المتعلق باللفظ

و اللباقة في التعامل مع المرضى، و هو ما يؤكد وجود خلل في الانسجام بين البنود .

جدول رقم (5-4) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الخدمات الإدارية

بنود بعد الخدمات الإدارية	مصفوفة ارتباط بنود بعد الخدمات الإدارية				ارتباط البند بالمجموع		قيمة ألفا بعد حذف البند	
	1	0.568	0.477	0.582	0.192	قبل التنقية	بعد التنقية	قبل التنقية
العمل وقت حاجة المريض	1	0.568	0.477	0.582	0.192	0.628	0.662	0.730
سهولة إجراءات الدخول	0.568	1	0.531	0.519	0.294	0.653	0.649	0.722
تقديم معلومات واضحة	0.477	0.531	1	0.517	0.146	0.568	0.606	0.752
الاستجابة للاستفسارات	0.582	0.519	0.517	1	0.371	0.686	0.653	0.709
التعامل بلطف و لباقة	0.192	0.294	0.146	0.371	1	0.320	-	0.817
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	0.790 = α				343 = n	0.817 = α		

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

للتأكد مما سبق و بتفحص العمود الخاص بقيمة معامل ألفا في حالة استبعاد أحد البنود نجد أن

سحب البند الخامس سيؤثر في قيمة المعامل بإيجاب ، إذ أن باستبعاده سترتفع قيمة معامل ألفا

إلى 0.817 .

بعد قيامنا بسحب البند الخامس و إعادة الاختبار ، ارتفعت قيمة معامل ألفا من 0.790 إلى

0.817 ، و هو مستوى جيد باعتباره أكبر من 0.7 . و بتفحص أدق لارتباطات البنود (مصفوفة

الارتباطات) و ارتباطاتها بالمجموع و كذا مساهمة كل بند في انسجام المقياس عبر قيمة معامل

ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود ، نلاحظ أن الارتباطات كلها جاءت أكبر من 0.3 مما

يدل على عدم وجود بنود غريبة عن المفهوم المراد قياسه، و هو ما يؤكد العمود الخاص بقيمة

معامل ألفا عند سحب أحد البنود ، حيث أن استبعاد أي بند آخر لن يؤثر إيجابا في معامل ألفا .

و عليه سنقوم بالاحتفاظ ببقية البنود المتعلقة ببعد الخدمات الادارية و البالغ عددها أربع بنود.

ثالثاً: خدمات التشخيص الطبي

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس خدمات التشخيص الطبي ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (5-5) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التشخيص الطبي

بنود بعد التشخيص الطبي	مصفوفة ارتباط بنود بعد التشخيص الطبي							ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
تقديم تشخيص دقيق	1	0.639	0.783	0.531	0.534	0.381	0.725	0.860	
شرح الحالة الصحية بعد التشخيص	0.639	1	0.716	0.652	0.579	0.512	0.788	0.848	
الرحابة عند تقديم الخدمة	0.783	0.716	1	0.585	0.517	0.440	0.771	0.851	
الالتزام بالتشخيص في أقل وقت	0.531	0.652	0.585	1	0.502	0.432	0.671	0.869	
توفير الخدمات الاستعجالية الطارئة	0.534	0.579	0.517	0.502	1	0.584	0.664	0.870	
سرعة المخبرين في أداء مهامهم	0.381	0.512	0.440	0.432	0.584	1	0.571	0.883	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	0.884 = α							343 = n	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

باستخدام المشاهدات الكاملة (343) أظهرت مخرجات اختبار الثبات أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس بعد خدمات التشخيص الطبي ببنوده الستة بلغت 0.884 ، و هي قيمة تدل على قدر جيد جدا من الانسجام الداخلي للمقياس ، و هو ما يؤكد معامل الارتباط لكل بند من البنود و الذي تراوح بين 0.381 و 0.783 و هو ما يظهر عدم وجود بنود دخيلة على المفهوم المراد قياسه . و كذا ارتباط كل بند بالمجموع الذي بلغت قيمته أكثر من 0.4 من جهة أخرى . ما يؤكد هذه النتائج هو قيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة حذف أحد البنود ، و هو ما يظهر مساهمة جيدة لكافة بنود المقياس في تحقيق الانسجام الداخلي و أن حذف أي بند لن يغير إيجابيا في نتيجة معامل ألفا ، و بالتالي سنحتفظ بكافة بنود هذا البعد

رابعا : خدمات التمريض :

بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لبعد خدمات التمريض ببنوده الستة 0.871 ، و هو مستوى جيد

لتأكيد ثبات المقياس . أظهرت كذلك نتائج مصفوفة الارتباطات لبنود المحاور الستة قدرا جيدا من الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية للمحور الخاص به ، حيث كانت دالة احصائية عند مستوى معنوية 0.05 . فقد بلغ الحد الأعلى لمعامل الارتباط 0.678 فيما بلغ الحد الأدنى له 0.456 . و عليه يمكن القول أن جميع بنود المحاور الأربعة متجانسة داخليا مع المحاور التي تنتمي إليها مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لنود هذا البعد .

جدول رقم (5-6) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد خدمات التمريض

بنود بعد خدمات التمريض	مصفوفة ارتباط بنود بعد خدمات التمريض							ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى	1	0.487	0.509	0.678	0.476	0.598	0.689	0.849	
تقديم الأدوية في الوقت المحدد	0.487	1	0.568	0.482	0.595	0.456	0.648	0.854	
كفاءة و مهارة الممرضين	0.509	0.568	1	0.478	0.589	0.496	0.662	0.851	
اللطف و اللباقة في التعامل	0.678	0.482	0.478	1	0.577	0.611	0.714	0.843	
التواصل مع المريض بلغة مفهومة	0.476	0.595	0.589	0.577	1	0.530	0.698	0.846	
فهم الحاجات الخاصة للمريض	0.598	0.456	0.496	0.611	0.530	1	0.671	0.852	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	0.871 = α 343 = n								

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بتفحص نتائج ارتباط كل بند بالمجموع ، يتضح لن أن معامل ارتباط كل بند بالمجموع قد فاق الحد الأدنى المقبول به 0.4 ، ففي الغالب تستبعد البنود التي ترتبط بالمجموع بأقل من 0.3 . ما يؤكد نتائج الارتباطات و مساهمة كل البنود في تحقيق الانسجام الداخلي للمقياس ، نتائج معامل ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود . فهذا العمود يظهر أن حذف أي بند من البنود لن يساهم في ارتفاع قيمة معامل ألفا، فقد جاءت القيم كلها متقاربة و أقل من 0.871 .

خامسا : خدمات الضيافة و الإطعام :

نتائج الانسجام الداخلي لمقياس خدمات الضيافة و الإطعام في القطاع الصحي ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع تظهر من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم (5-7) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الضيافة و الإطعام

بنود بعد الضيافة و الإطعام	مصفوفة ارتباط بنود بعد الضيافة و الإطعام								ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
تجهيز و تأثيث الغرفة	1	0.632	0.702	0.563	0.388	0.227	0.406	0.709	0.805	
توفر حمامات صحية ملائمة	0.632	1	0.505	0.556	0.392	0.583	0.480	0.736	0.801	
الحرص على نظافة الغرفة	0.702	0.505	1	0.500	0.333	0.051	0.316	0.578	0.831	
توفير الراحة و الهدوء	0.563	0.556	0.500	1	0.469	0.471	0.415	0.691	0.808	
تنظيم مواعيد الزيارات	0.388	0.392	0.333	0.469	1	0.393	0.452	0.533	0.834	
تقديم طعام ذو نوعية و كمية	0.227	0.583	0.051	0.471	0.393	1	0.444	0.454	0.843	
تناسب الطعام و الحالة الصحية	0.406	0.480	0.316	0.415	0.452	0.444	1	0.552	0.832	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	0.845 = α 343 = n									

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس خدمات الضيافة و الاطعام بينوده السبعة و باستخدام كامل المشاهدات (343) ، جاءت بمستوى جيد من الثبات ، حيث قدرت بـ 0.845 و هو ما يدل على انسجام جيد بين بنود المقياس . جاءت الارتباطات بين البنود (مصفوفة الارتباطات) كلها جيدة نوعا ما و تتراوح بين 0.316 و 0.702. كما أن قيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود جاءت متقاربة و أقل من 0.845 ما يدل على أن كافة البنود تساهم إيجابيا في الانسجام الداخلي للمقياس ، و هو ما تؤكدته نتائج ارتباط كل بند بالمجموع ، حيث جاءت أكبر من 0.4 و هو ما يدل على أن البنود كلها تساهم إيجابيا في الانسجام الداخلي للمقياس و لا تستدعي استبعاد أي بند من البنود .

سادسا: الأمان :

أظهرت قيمة معامل ألفا لمقياس الأمان قدرا جيدا من الانسجام الداخلي بقيمة قدرت بـ 0.873 و

هي قيمة ذات مستوى جيد مقارنة بالقيمة المعيارية المقبولة المقدرة بـ 0.6 إلى 0.7 . الارتباطات بين البنود تراوحت بين 0.468 و 0.633 و التي تعتبر مقبولة (جيدة نوعا ما) كونها أكبر من 0.3 .

جدول رقم (5-8) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان

بنود بعد الأمان		مصفوفة ارتباط بنود بعد الأمان					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
مراعاة خصوصيات المريض		1	0.571	0.633	0.579	0.568	0.711	0.844
امتلاك المعلومات الكافية لإجابة المرضى		0.571	1	0.528	0.531	0.468	0.620	0.864
ثقة المريض عند التعامل مع الموظفين		0.633	0.528	1	0.677	0.631	0.759	0.831
امتلاك الأطباء المهارة في الأداء		0.579	0.531	0.677	1	0.614	0.733	0.839
حرص الإدارة على أداء الموظفين بفاعلية		0.568	0.468	0.631	0.614	1	0.691	0.849
قيمة ألفا كرونباخ للبعد		0.873 = α 343 = n						

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نتائج ارتباط كل بند بالمجموع أسفرت عن نتائج جيدة إذ جاءت الارتباطات قوية و كلها أكبر من الحد الأدنى المقبول به 0.4 ، حيث تراوحت بين 0.620 و 0.759 . تتأكد هذه النتائج بتفحص العمود الخاص بقيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود ، حيث جاءت كلها متقاربة و أقل من 0.873 ، و هو ما يؤكد أن كافة البنود تساهم إيجابيا في تحقيق الانسجام الداخلي للمقياس و أن استبعاد أي بند لن يزيد من قيمة معامل ألفا ، و عليه تقرر الاحتفاظ بكافة البنود المكونة لبعد الأمان .

عموما ، اتسمت المقاييس (الأبعاد) الستة المكونة للنموذج الأولي الخاص بجودة الخدمة

الصحية بثبات جيد .

جدول رقم (5-9) : النتائج الكلية لاختبار الثبات

البعد	قبل التنقية		بعد التنقية	
	عدد البنود	قيمة ألفا	عدد البنود	قيمة ألفا
الدعم المادي	4	0.768	4	0.768
الخدمات الإدارية	5	0.790	4	0.817
خدمات التشخيص الطبي	6	0.884	6	0.884
خدمات التمريض	6	0.871	6	0.871
الضيافة و الاطعام	7	0.845	7	0.845
الأمان	5	0.873	5	0.873
المقياس ككل	33	0.850	32	0.853

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ قبل تنقية المقياس الأولي (33 بندا) باستخدام كافة المشاهدات البالغ عددها 343 بـ 0.850 و هي قيمة تعبر عن قدر جيد من الثبات . لترتفع هذه القيمة إلى 0.853 بعد تنقية المقياس و حذف البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية و هو ما يدل على أن المقياس يتمتع بانسجام داخلي جيد . فبالرغم من أن التغير في قيمة معامل ألفا كرونباخ كان جد يسير إلا أنه قمنا باستبعاد البند لأسباب عملية متعلقة أساس بطول الاستبانة. ليتم بعد ذلك استكمال عملية تنقية المقياس باستخدام التحليل العاملي و النظر فيما إذا تم استبعاد أبعاد أخرى من عدمه.

2- نتائج التحليل العاملي :

الخطوة الموالية لاختبار مدى الانسجام الداخلي للمقياس الأولي الخاص بجودة الخدمة الصحية هي إخضاعه لاختبار التحليل العاملي و النظر فيما إذا كان هناك بنود أخرى لابد من استبعادها -بعد استبعاد البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية- و استخلاص المقياس في بنود أقل . يعني

اختبار مدى قوة تحميل بنود البعد على عامل مشترك بينها ، إضافة إلى التأكد من انفراد بنود كل بعد من الأبعاد الستة بعامل خاص به .

يهدف أسلوب التحليل العاملي -كما سبق الإشارة إليه- إلى الكشف عن المتغيرات المشتركة و تلخيصها في عدد من العوامل ، لتفسر هذه الأخيرة أكبر نسبة من التباين في مجموعة من المتغيرات . و لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة المكونات الأساسية لإدراكات المرضى كونها أكثر طرق التحليل العاملي استخداما في استخلاص العوامل .

قبل إجراء التحليل العاملي قمنا في بادئ الأمر باستخدام كل من معامل « Kaiser-Meyer-Olkin » KMO ، لملاءمة المعايير « Measure of Sampling Adequacy » MSA ، و كذا اختبار بارتليت « Bartlett's Test of Sphericity » ، و ذلك من أجل التحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي ، و الجدول الموالي يوضح نتائج هاذين الاختبارين :

جدول رقم (5-10): نتائج ملاءمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي

0.808	مقياس KMO لملاءمة المعايير
5216.666	اختبار Bartlett كاي مربع التقريبية
496	درجة الحرية
0.000	مستوى المعنوية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

الجدول المبين أعلاه يوضح أن نتائج قيمة معامل KMO كانت مرتفعة ، حيث بلغت 0.808 و هي تفوق الحد الأدنى لهذا المعامل 0.6 كما حدده Kaiser سنة 1974 - سبق الإشارة إليه في الفصل السابق- ، مما يدل على كفاية العينة لموضوع الدراسة و التحليل. أما فيما يخص اختبار Bartlett لمصفوفة الارتباطات فقد كان ذو دلالة إحصائية ، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية 0.000 و التي جاءت أقل من المستوى المعتمد في هذه الدراسة 0.05 و هو يعبر عن مؤشر

اختلاف مصفوفة الارتباط عن مصفوفة الوحدة ، بمعنى أنها ليست من نوع المصفوفات التي تكون فيها قيم العناصر القطرية مساوية للواحد الصحيح و بقية العناصر مساوية للصفر . و عليه يمكن القول أن نتائج هاذين الاختبارين تؤكد صلاحية البيانات للتحليل العاملي .

تبعاً لهذا قمنا بإجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principal Component « Analysis لإجابات المرضى، و ذلك باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax ، بالإضافة إلى استخدام محك Kaiser و الذي يقبل العوامل التي تزيد قيمتها الذاتية عن الواحد الصحيح . و الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة قبل و بعد عملية التدوير .

جدول رقم (5-11) : نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير

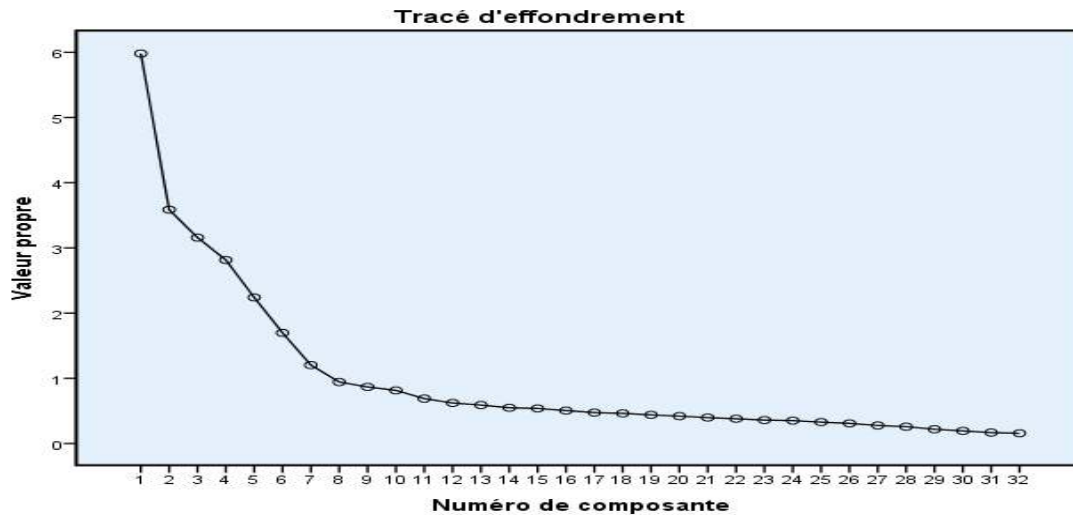
المكونات المستخلصة بعد التدوير			المكونات المستخلصة قبل التدوير			المكونات
نسبة التباين التراكمية	نسبة التباين المفسرة	المجموع	نسبة التباين التراكمية	نسبة التباين المفسرة	المجموع	
12.020	12.020	3.846	18.690	18.690	5.981	01
23.821	11.801	3.776	29.898	11.208	3.587	02
34.357	10.537	3.372	39.768	9.870	3.158	03
43.001	8.644	2.766	48.563	8.795	2.814	04
51.193	8.192	2.621	55.566	7.002	2.241	05
57.988	6.795	2.174	60.868	5.302	1.697	06
64.629	6.641	2.125	64.629	3.762	1.204	07

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أفرزت نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية و باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax سبعة مكونات تضم 32 بندا خاص بجودة الخدمة الصحية جذرها الكامن لم يتعدى الواحد الصحيح ، حيث يستوجب أن لا تقل القيمة الذاتية للعامل المستخلص عن الواحد الصحيح حتى و لو كانت هناك تشبعات ذات دلالة احصائية على ذلك المكون . هذا و قد

ساهمت المكونات السبعة في تفسير نسبة 64.629% من التباين الكلي و الشكل الموالي يوضح

ما سبق طرحه :



شكل رقم (5-3) : خط انحدار الجذور الكامنة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تظهر نتائج التمثيل البياني للجذور الكامنة انعطاف خط الانحدار بمجرد الوصول إلى المكون السابع ، لتتقارب بعده قيم الجذور الكامنة دون تسجيل أي انعطاف اخر ، حيث تصبح قيمتها أقل من الواحد الصحيح . هذا و يظهر الجدول السابق أيضا هيمنة المكون الأول قبل عملية التدوير حيث يفسر لوحده نسبة 18.69% ، في حين تنتزع البقية على المكونات الستة المتبقية . إلا أن عملية التدوير أسفرت عن نتائج مقارنة نوعا ما في نسبة التفسير حيث تراوحت بين 12.02% و 6.641% .

نتائج التحليل العاملي قبل عملية التدوير (أنظر الملحق ...) أظهرت وجود بنيات مركبة* ، أي أن بعض المتغيرات تشبعت على أكثر من مكون ، بالتالي قمنا بعملية التدوير للتخلص منها و الحصول على نتائج أكثر حسما و مقروئية . لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة التدوير Varimax بافتراض استقلال الأبعاد ، و الجدول الموالي يوضح لنا تشبع المكونات بعد عملية التدوير :

* بنيات مركبة : بمعنى أن البند أو المتغير تشبع على أكثر من مكون ؛ حيث تجاوزت قيمته 0.4 .

جدول رقم (5-12): مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير

المكونات							البنود
07	06	05	04	03	02	01	
0.737							Ta1
0.680							Ta2
0.580							Ta3
0.739							Ta4
		0.808					Ad1
		0.799					Ad2
		0.774					Ad3
		0.804					Ad4
						0.810	Cm1
						0.853	Cm2
						0.849	Cm3
						0.780	Cm4
						0.764	Cm5
						0.659	Cm6
					0.774		Inf1
					0.758		Inf2
					0.745		Inf3
					0.806		Inf4
					0.797		Inf5
					0.782		Inf6
	0.813						HR1
	0.506		0.639				**HR2
	0.876						HR3
	0.475			0.622			**HR4
				0.670			HR5
				0.831			HR6
				0.624			HR7
			0.776				As1
			0.756				As2
			0.820				As3
			0.796				As4
			0.803				As5

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

** بنيات مركبة : بمعنى أن البند أو المتغير تشعب على أكثر من مكون ؛ حيث تجاوزت قيمته 0.4 .

قمنا باستبعاد كامل التشعبات التي تقل عن 0.4 لتسهيل قراءة الجدول.

نفس الملاحظة نرصدها بعد تدوير المحاور ، إذ نجد أن هناك بعض البنيات المركبة ، و تتعلق أساسا ببندين من بعد الضيافة و الاطعام :

- البند الثاني من بعد الضيافة و الإطعام و المتعلق باحتواء الغرفة على حمامات صحية و

نظيفة ، حيث تشبع هذا البند على كل من المكونين الرابع و السادس ؛

- البند الرابع من نفس البعد و المتمثل في مدى حرص الإدارة على توفير الراحة و الهدوء

للمرضى ، إذ تشبع هذا البند على كل من المكون الثالث و السادس .

لهذا الغرض توجب علينا استبعاد البندين و إعادة الاختبار حتى تختفي جميع البنيات المركبة .

الجدول الموالي يوضح مصفوفة تشبع المكونات بعد حذف البنود و بعد عملية التدوير .

جدول رقم (5-13): مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير

رقم البند	البند*	جودة التمثيل	المكونات المستخلصة						
			01	02	03	04	05	06	07
Ta1	ملاءمة مظهر المستشفى	0.601					0.739		
Ta2	مدى تجهيز قاعات الاستقبال	0.526					0.629		
Ta3	توفر تصميم يسهل عملية الاتصال	0.538					0.575		
Ta4	النظافة و حسن مظهر مقدمي الخدمة	0.574					0.741		
Ad1	العمل وقت حاجة المريض	0.682				0.808			
Ad2	سهولة إجراءات الدخول	0.679				0.800			
Ad3	تقديم معلومات واضحة	0.613				0.774			
Ad4	الاستجابة للاستفسارات	0.676				0.804			
Cm1	تقديم تشخيص دقيق	0.698	0.811						
Cm2	شرح الحالة الصحية بعد التشخيص	0.753	0.853						
Cm3	الرحابة عند تقديم الخدمة	0.742	0.850						
Cm4	الالتزام بالتشخيص في أقل وقت	0.642	0.780						
Cm5	توفير الخدمات الاستعجالية الطارئة	0.621	0.763						
Cm6	سرعة المخبريين في أداء مهامهم	0.555	0.658						
Inf1	سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى	0.648		0.777					
Inf2	تقديم الأدوية في الوقت المحدد	0.578		0.758					
Inf3	كفاءة و مهارة الممرضين	0.597		0.747					
Inf4	اللطف و اللباقة في التعامل	0.670		0.805					
Inf5	التواصل مع المريض بلغة مفهومة	0.653		0.798					
Inf6	فهم الحاجات الخاصة للمريض	0.638		0.785					
HR1	تجهيز و تأثيث الغرفة	0.802							0.846
HR3	الحرص على نظافة	0.824							0.900

العرة								
HR5	تنظيم مواعيد الزيارات	0.619					0.639	
HR6	تقديم طعام ذو نوعية و كمية	0.684					0.790	
HR7	تناسب الطعام و الحالة الصحية	0.586					0.633	
As1	مراعاة خصوصيات المريض	0.676			0.777			
As2	امتلاك المعلومات الكافية لإجابة المرضى	0.614			0.758			
As3	ثقة المريض عند التعامل مع الموظفين	0.729			0.821			
As4	امتلاك الأطباء المهارة في الأداء	0.705			0.792			
As5	حرص الإدارة على أداء الموظفين بفاعلية	0.668			0.806			
نسبة التباين المقسرة لكل مكون								12.812
نسبة التباين المقسرة الكلية								6.269
قيمة ألفا كرونباخ لكل مكون بعد تنقية المقياس								0.768
قيمة معامل ألفا الكلية بعد تنقية المقياس								0.839

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

*الصياغة الحقيقية للبنود موجودة في الملحق 07

بعد حذف البيانات المركبة (البعدية الثاني و الرابع من بعد الضيافة و الإطعام) و إعادة الاختبار ،

تحصلنا على نفس النتائج ، بمعنى تم استخلاص سبعة مكونات تفسر في المجمل نسبة

64.977% من التباين الكلي ، حيث :

- جودة التمثيل أو قيمة الشيوخ لكل بند جاءت أكبر من 0.5 و بالتالي كلها دالة إحصائيا ؛
- الأبعاد الستة احتفظت بكامل بنودها إلا بعد الضيافة و الإطعام الذي انقسم إلى مكونين بعد حذف البندين الثاني و الرابع ، حيث ضم المكون السابع البندين الأول و الثالث ، في حين ضم المكون السادس كل من البند الخامس و السادس و السابع ؛
- قيمة معامل ألفا كرونباخ لكل مكون (عامل) جاءت جيدة وأكبر من 0.7 ما يدل على مستوى جيد من الثبات ، حيث تراوحت بين 0.768 و 0.884 ، في حين بلغت قيمة

معامل ألفا الكلية للمقياس 0.839 و هي قيمة جيدة جدا بالرغم من أنها انتقصت بمقدار جد يسير بعد تنقية المقياس . و عليه يمكن القول أن المقياس يتمتع بمستوى جيد من الثبات و الصدقية التقاربية و التمايزية ؛

- عدم وجود بنيات مركبة بالتالي قمنا بالاحتفاظ البنود المتبقية و التي بلغ عددها بعد التنقية 30 بندا محملة على سبعة مكونات أو عوامل ، حيث كانت التشبعات كما يلي :

✓ **العامل الأول :** يعد من أهم العوامل المستخلصة و الذي يفسر لوحده نسبة 12.812% من التباين ، احتفظ هذا العامل بكل البنود المتعلقة بخدمات التشخيص الطبي ، كما أنه لم ينظم له أي بند من بنود الأبعاد الأخرى ، بالتالي نحتفظ بنفس التسمية "خدمات التشخيص الطبي ، يضم ستة بنود" ؛

✓ **العامل الثاني :** ثاني أهم عامل مستخلص يفسر نسبة 12.605% من التباين الكلي ، ضم هذا العامل بنود بعد خدمات التمريض كاملة غير منقوصة ، بالتالي يبقى هذا البعد تحت نفس التسمية "خدمات التمريض ، يضم ستة بنود" ؛

✓ **العامل الثالث :** يفسر هذا العامل حوالي 11.199% من إجمالي التباين و قد ضم كل بنود بعد الأمان ، و عليه احتفظ بنفس المسمى "الأمان ، يضم خمسة بنود" ؛

✓ **العامل الرابع :** شمل هذا العامل البنود المتعلقة ببعد الخدمات الإدارية دون أي إضافة ، حيث يفسر هذا العامل نسبة 8.739% من التباين و هو يعبر عن "الخدمات الإدارية ، يضم أربعة بنود" ؛

✓ **العامل الخامس :** نسبة التباين الذي يفسرها هذا العامل بلغت 7.051% ، حيث ضم هذا العامل كل البنود المتعلقة بالبعد المادي ، بالتالي يحتفظ هذا البعد بنفس التسمية "الدعم المادي ، يضم أربعة بنود" ؛

✓ **العامل السادس :** يفسر هذا العامل نسبة 6.302% من التباين ، شمل هذا العامل على

ثلاث بنود (5،6 و 7) من بعد الضيافة و الإطعام الذي لم يحتفظ بكامل بنوده ، حيث

انضم البعض منها إلى هذا العامل في حين انضمت باقي البنود إلى العامل السابع بعد

حذف البندين الثاني و الرابع . تعلق هذه البنود بتنظيم مواعيد الزيارة و كل ما يتعلق

بالإطعام (نوعية ، كمية و تناسب مع الحالة الصحية للمريض) ، و عليه يمكن أن يعبر

هذا العامل في المجلد عن "الزيارة و الإطعام ، يضم ثلاثة بنود " ؛

✓ **العامل السابع :** شمل هذا العامل ما تبقى من بنود بعد الضيافة و الإطعام ، أي البعدين

الأول و الثالث اللذان يعبران عن كل ما يتعلق بالغرفة التي يمكث بها المريض أثناء فترة

استشفائه ، بالتالي يمكن أن نسمي هذا البعد بـ "الضيافة، يضم بندين " .

كنتيجة لهذا التحليل و بعد العمل على تنقية المقياس الأولي باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ

و التحليل العاملي ، يمكن القول أن هيكلية الأبعاد الستة المقترحة من خلال المقياس الأولي قد

تأكدت ، حيث احتفظت كل الأبعاد بالبنود الخاصة بها إلا بعد الضيافة و الإطعام الذي انقسم إلى

بعدين و تم استبعاد البندين الثاني و الرابع ليصبح العدد الإجمالي لبنود مقياس جودة الخدمة

الصحية ثلاثون (30) بنودا تضمها سبعة بنود التي سبق الإشارة إليها ليتم استكمال الدراسة و تأكيد

مدى ثبات المقياس من خلال الدراسة الكمية النهائية .

المطلب الثالث : تنقية المقياس بتطبيقه على القطاع الصحي الخاص

بنفس الخطوات المتبعة سابقا (المطلب الثاني) ، سنقوم فيما يلي بتنقية المقياس بتطبيقه على

القطاع الصحي الخاص و ذلك بعد تجميع البيانات اللازمة للتحليل من قبل المرضى المقيمين

بالعيادات الخاصة بالجزائر العاصمة و التي سبق الإشارة إليها ، انطلاقا باختبار الثبات عن

طريق معامل ألفا كرونباخ لننتقل بعد ذلك لاختبار التحليل العاملي .

1- الانسجام الداخلي للمقياس :

سنقوم فيما يلي باختبار الانسجام الداخلي للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ ، إضافة إلى مجموع ارتباطات البنود و ارتباط كل بند بالبنود الأخرى لكل مقياس فرعي (بعد) ، و هو ما يسمح بتتقية المقياس من البنود الغير منسجمة .

أولاً: الدعم المادي في الخدمة الصحية :

باستخدام كامل المشاهدات القابلة للتحليل الاحصائي و التي بلغ عددها 339 استمارة ، بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لبعد الدعم المادي ببنوده الأربعة 0.736 و هو مستوى جيد . فبالنظر إلى عمود قيمة معامل ألفا في حالة سحب أحد البنود يظهر أن استبعاد أي بند من البنود الأربعة لن يساهم في زيادة معامل ألفا حيث تراوحت تلك القيم بين 0.646 و 0.703 ما يؤكد ذلك قيمة ارتباط كل بند بالمجموع الذي تراوحت بين 0.596 و 0.499 ، فعادة ما يتم استبعاد البنود التي ترتبط بمجموع البنود بأقل من 0.3 أو 0.2 .

جدول رقم (5-14) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الدعم المادي

بنود بعد الدعم المادي	مصفوفة ارتباط بنود بعد الدعم المادي					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
ملاءمة المظهر الخارجي و الداخلي للمستشفى	1	0.437	0.392	0.351	0.499	0.697	
مدى تجهيز قاعات الاستقبال	0.437	1	0.384	0.366	0.500	0.703	
توفر تصميم داخلي يسهل عملية الاتصال	0.392	0.384	1	0.662	0.596	0.646	
النظافة و حسن مظهر مقدمي الخدمة	0.351	0.366	0.662	1	0.568	0.665	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	339 = n 0.736 = α						

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أما بالنسبة لمصفوفة الارتباطات لبنود المحاور الأربعة فتؤكد النتائج السابقة ، فقد أظهرت أن معامل الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لكل محور خاص بكل بند دالة احصائيا عند مستوى معنوية 0.05 ، حيث بلغ الحد الأدنى لمعامل الارتباط 0.366 فيما بلغ الحد الأعلى له 0.662. و عليه يمكن القول أن جميع بنود المحاور الأربعة متجانسة داخليا مع المحاور التي ينتمي إليها و هو ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود مقياس بعد الدعم المادي .

ثانيا: الخدمات الإدارية :

قدرت قيمة معامل ألفا كرونباخ لبعد الخدمات الإدارية بأبعاده الخمسة و باستعمال المشاهدات كاملة 339 بـ 0.736 و هو يدل على مستوى جيد من الثبات مما يؤكد أن بنود المقياس منسجمة. إلا أنه بالنظر إلى مصفوفة الارتباطات نلاحظ وجود ارتباطات قوية و أخرى ضعيفة تراوحت بين 0.144 و 0.558 ، حيث خص الارتباط الضعيف البند الخامس و المتعلق باللفظ و اللباقة في التعامل مع المرضى، و هو ما يؤكد وجود خلل في الانسجام بين البنود .

جدول رقم (5-15) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الخدمات الإدارية

قيمة ألفا بعد حذف البند		ارتباط البند بالمجموع		مصفوفة ارتباط بنود بعد الخدمات الإدارية					بنود بعد الخدمات الإدارية
بعد التنقية	قبل التنقية	بعد التنقية	قبل التنقية						
0.752	0.708	0.626	0.596	0.167	0.535	0.439	0.558	1	العمل وقت حاجة المريض
0.742	0.694	0.646	0.637	0.231	0.512	0.508	1	0.558	سهولة إجراءات الدخول
0.774	0.725	0.580	0.550	0.144	0.497	1	0.508	0.439	تقديم معلومات واضحة
0.751	0.684	0.630	0.656	0.318	1	0.497	0.512	0.535	الاستجابة للاستفسارات
-	0.804	-	0.275	1	0.318	0.144	0.231	0.167	التعامل بلطف و لباقة
0.804 = α 339=n		339 = n 0.770= α							قيمة ألفا كرونباخ للبعد

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

للتأكد مما سبق و بتفحص العمود الخاص بقيمة معامل ألفا في حالة استبعاد أحد البنود نجد أن سحب البند الخامس سيؤثر في قيمة المعامل بإيجاب ، إذ أن باستبعاده سترتفع قيمة معامل ألفا إلى 0.804 .

بعد قيامنا بسحب البند الخامس و إعادة الاختبار ، ارتفعت قيمة معامل ألفا من 0.770 إلى 0.804 ، و هو مستوى جيد باعتباره أكبر من 0.7 . و بتفحص أدق لارتباطات البنود (مصفوفة الارتباطات) و ارتباطاتها بالمجموع ، نلاحظ أن الارتباطات كلها جاءت أكبر من 0.3 مما يدل على عدم وجود بنود غريبة عن المفهوم المراد قياسه ، و هو ما يؤكد العمود الخاص بقيمة معامل ألفا عند سحب أحد البنود ، حيث أن استبعاد أي بند آخر لن يؤثر إيجابا في معامل ألفا . و عليه سنقوم بالاحتفاظ ببقية البنود المتعلقة ببعد الخدمات الادارية و البالغ عددها أربع بنود.

ثالثا: خدمات التشخيص الطبي

يظهر الجدول الموالي نتائج الانسجام الداخلي لمقياس خدمات التشخيص الطبي ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع :

جدول رقم (5-16) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد التشخيص الطبي

بنود بعد التشخيص الطبي	مصفوفة ارتباط بنود بعد التشخيص الطبي							ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
تقديم تشخيص دقيق	1	0.575	0.756	0.387	0.546	0.253	0.685	0.801	
شرح الحالة الصحية بعد التشخيص	0.575	1	0.591	0.506	0.490	0.379	0.685	0.800	
الرحابة عند تقديم الخدمة	0.756	0.591	1	0.462	0.512	0.304	0.712	0.793	
الالتزام بالتشخيص في أقل وقت	0.387	0.506	0.462	1	0.388	0.349	0.546	0.829	
توفير الخدمات الاستعجالية الطارئة	0.546	0.490	0.512	0.388	1	0.460	0.633	0.810	
سرعة المخبرين في أداء مهامهم	0.253	0.379	0.304	0.349	0.460	1	0.445	0.844	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	0.840 = α 339 = n								

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

باستخدام المشاهدات الكاملة (339) أظهرت مخرجات اختبار الثبات أن قيمة معامل ألفا كرونباخ

لمقياس بعد خدمات التشخيص الطبي ببوده الستة بلغت 0.840 ، و هي قيمة تدل على قدر جيد جدا من الانسجام الداخلي للمقياس ، و هو ما يؤكد معامل الارتباط لكل بند من البنود و بالتالي يظهر عدم وجود بنود دخيلة على المفهوم المراد قياسه إلا البند الخامس الذي أظهر قيم ضعيفة للارتباط سواء في كل محور أو بالمجموع . ما يؤكد هذه النتائج هو قيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة حذف أحد البنود ، و هو ما يظهر مساهمة جيدة لكافة بنود المقياس في تحقيق الانسجام الداخلي إلا البند الخامس ، حيث أن استبعاد البند المتعلق بسرعة المخبريين في أداء مهامهم سيساهم بارتفاع قيمة ألفا كرونباخ إلى 0.844 و هي قيمة جد يسيرة لا تحدث أي فرق بين القيمتين ، و بالتالي قررنا الاحتفاظ بالبند و النظر في نتائج التحليل العاملي فيما إذا سيتم استبعاده أو الاحتفاظ به ، و بالتالي سنحتفظ بكافة بنود هذا البعد

رابعاً : خدمات التمريض :

بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لبعد خدمات التمريض ببوده الستة 0.803 ، و هو مستوى جيد لتأكيد ثبات المقياس . أظهرت كذلك نتائج مصفوفة الارتباطات لبنود المحاور الستة قدراً متواضعاً من الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية للمحور الخاص به ، حيث كانت دالة احصائية عند مستوى معنوية 0.05 . و عليه يمكن القول أن جميع بنود المحاور الأربعة متجانسة داخليا مع المحاور التي تنتمي إليها مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لنود هذا البعد .

جدول رقم (5-17) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد خدمات التمريض

بنود بعد خدمات التمريض	مصفوفة ارتباط بنود بعد خدمات التمريض							ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى	1	0.318	0.295	0.481	0.226	0.445	0.472	0.791	
تقديم الأدوية في الوقت المحدد	0.318	1	0.375	0.363	0.440	0.343	0.502	0.785	
كفاءة و مهارة الممرضين	0.295	0.375	1	0.399	0.452	0.438	0.543	0.776	
اللطف و اللباقة في التعامل	0.481	0.363	0.399	1	0.491	0.613	0.669	0.750	
التواصل مع المريض بلغة مفهومة	0.226	0.440	0.452	0.491	1	0.424	0.561	0.773	
فهم الحاجات الخاصة للمريض	0.445	0.343	0.438	0.613	0.424	1	0.631	0.755	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد									
0.803 = α 339 = n									

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بتفحص نتائج ارتباط كل بند بالمجموع، يتضح أن معامل ارتباط كل بند بالمجموع قد فاق الحد الأدنى المقبول به 0.4 ، ففي الغالب تستبعد البنود التي ترتبط بالمجموع بأقل من 0.3 . ما يؤكد نتائج الارتباطات و مساهمة كل البنود في تحقيق الانسجام الداخلي للمقياس ، نتائج معامل ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود . فهذا العمود يظهر أن حذف أي بند من البنود لن يساهم في ارتفاع قيمة معامل ألفا ، فقد جاءت القيم كلها متقاربة و أقل من 0.803 .

خامسا : خدمات الضيافة و الإطعام :

نتائج الانسجام الداخلي لمقياس خدمات الضيافة و الإطعام في القطاع الصحي ، إضافة إلى مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع تظهر من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم (5-18) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الضيافة و الإطعام

بنود بعد الضيافة و الإطعام	مصفوفة ارتباط بنود بعد الضيافة و الإطعام								ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
تجهيز و تأثيث الغرفة	1	0.552	0.757	0.591	0.571	0.514	0.509	0.751	0.869	
توفر حمام صحي و ملائم	0.552	1	0.709	0.683	0.603	0.498	0.309	0.729	0.872	
الحرص على نظافة الغرفة	0.757	0.709	1	0.672	0.581	0.494	0.484	0.809	0.861	
توفير الراحة و الهدوء	0.591	0.683	0.672	1	0.621	0.526	0.264	0.729	0.872	
تنظيم مواعيد الزيارات	0.571	0.603	0.581	0.621	1	0.574	0.428	0.721	0.873	
تقديم طعام ذو نوعية و كمية	0.514	0.498	0.494	0.526	0.574	1	0.350	0.622	0.885	
تناسب الطعام و الحالة الصحية	0.509	0.309	0.484	0.264	0.428	0.350	1	0.477	0.898	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد	0.892 = α 339 = n									

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس خدمات الضيافة و الاطعام بينوده السبعة و باستخدام كامل المشاهدات 339 ، جاءت بمستوى جيد جدا من الثبات ، حيث قدرت بـ 0.892 و هو ما يدل على انسجام جيد بين بنود المقياس . جاءت أغلب الارتباطات بين البنود (مصفوفة الارتباطات) جيدة نوعا ما و تتراوح بين 0.309 و 0.757 باستثناء البند السابع المتعلق بتناسب الطعام و الحالة الصحية للمريض. كما أن قيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود جاءت متقاربة و أقل من 0.892 ما يدل على أن كافة البنود تساهم إيجابيا في الانسجام الداخلي للمقياس إلا البند السابع ، حيث أظهرت النتائج أن حذف هذا البند سيؤدي إلى ارتفاع قيمة معامل ألفا بقدر ضئيل جدا (من 0.892 إلى 0.898) لا يستدعي استبعاده ، و هو ما تؤكد نتائجه ارتباط كل بند بالمجموع ، حيث جاءت أكبر من 0.4 و هو ما يدل على أن البنود كلها تساهم إيجابيا في الانسجام الداخلي للمقياس و لا تستدعي استبعاد أي بند من البنود .

سادسا: الأمان :

أظهرت قيمة معامل ألفا لمقياس الأمان قدرا جيدا من الانسجام الداخلي بقيمة قدرت بـ 0.764 و هي قيمة ذات مستوى جيد مقارنة بالقيمة المعيارية المقبولة المقدرة 0.7 . الارتباطات بين البنود تراوحت بين 0.302 و 0.539 و التي تعتبر مقبولة (جيدة نوعا ما) كونها أكبر من 0.3 .

جدول رقم (5-19) : نتائج الانسجام الداخلي لمقياس بعد الأمان

بنود بعد الأمان	مصفوفة ارتباط بنود بعد الأمان						ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
مراعاة خصوصيات المريض	1	0.459	0.539	0.423	0.349	0.620	0.689	
امتلاك المعلومات الكافية لإجابة المرضى	0.459	1	0.308	0.496	0.303	0.529	0.722	
ثقة المريض عند التعامل مع الموظفين	0.539	0.308	1	0.412	0.302	0.502	0.737	
امتلاك الأطباء المهارة في الأداء	0.423	0.496	0.412	1	0.468	0.611	0.691	
حرص الإدارة على أداء الموظفين بفاعلية	0.349	0.303	0.302	0.468	1	0.432	0.756	
قيمة ألفا كرونباخ للبعد							339 = n 0.764 = α	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نتائج ارتباط كل بند بالمجموع أسفرت عن نتائج جيدة إذ جاءت الارتباطات قوية و كلها أكبر من الحد الأدنى المقبول به 0.4 ، حيث تراوحت بين 0.432 و 0.620 . تتأكد هذه النتائج بتفحص العمود الخاص بقيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة سحب أحد البنود ، حيث جاءت كلها متقاربة و أقل من 0.764 ، و هو ما يؤكد أن كافة البنود تساهم إيجابيا في تحقيق الانسجام الداخلي للمقياس و أن استبعاد أي بند لن يزيد من قيمة معامل ألفا ، و عليه تقرر الاحتفاظ بكافة البنود المكونة لبعد الأمان .

عموما ، اتسمت المقاييس (الأبعاد) الستة المكونة للنموذج الأولي الخاص بجودة الخدمة الصحية بثبات جيد .

جدول رقم (5-20) : النتائج الكلية لاختبار الثبات

البعد	قبل التنقية		بعد التنقية	
	عدد البنود	قيمة ألفا	عدد البنود	قيمة ألفا
الدعم المادي	4	0.736	4	0.736
الخدمات الإدارية	5	0.770	4	0.804
خدمات التشخيص الطبي	6	0.840	6	0.840
خدمات التمريض	6	0.803	6	0.803
الضيافة و الاطعام	7	0.892	7	0.892
الأمان	5	0.764	5	0.764
المقياس ككل	33	0.781	32	0.784

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ قبل تنقية المقياس الأولي (33 بندا) باستخدام كافة المشاهدات البالغ عددها 339 ب 0.781 و هي قيمة تعبر عن قدر جيد من الثبات . لترتفع هذه القيمة إلى 0.784 بعد تنقية المقياس و حذف البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية و هو ما يدل على أن المقياس يتمتع بانسجام داخلي جيد . فبالرغم من أن التغير في قيمة معامل ألفا كرونباخ كان جد يسير إلا أنه قمنا باستبعاد البند لأسباب عملية متعلقة أساس بطول الاستبانة . ليتم بعد ذلك استكمال عملية تنقية المقياس باستخدام التحليل العاملي و النظر فيما إذا تم استبعاد أبعاد أخرى من عدمه.

2- نتائج التحليل العاملي :

الخطوة الموالية لاختبار مدى الانسجام الداخلي للمقياس الأولي الخاص بجودة الخدمة الصحية

هي إخضاعه لاختبار التحليل العاملي و النظر فيما إذا كان هناك بنود أخرى لابد من استبعادها -بعد استبعاد البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية- و استخلاص المقياس في بنود أقل . يعني اختبار مدى قوة تحميل بنود البعد على عامل مشترك بينها ، إضافة إلى التأكد من انفراد بنود كل بعد من الأبعاد الستة بعامل خاص به .

بنفس الخطوات المتبعة سابقا و قبل إجراء التحليل العاملي قمنا في بادئ الأمر باستخدام كل من معامل KMO « Kaiser-Meyer-Olkin » ، لملاءمة المعاينة Measure of Sampling « MSA Adequacy » ، و كذا اختبار بارتليت « Bartlett's Test of Sphericity » ، و ذلك من أجل التحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي ، و الجدول الموالي يوضح نتائج هاذين الاختبارين :

جدول رقم (5-21): نتائج ملاءمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي

0.781	مقياس KMO لملاءمة المعاينة
4421.912	اختبار Bartlett
496	كاي مربع التقريبية
0.000	درجة الحرية
	مستوى المعنوية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

الجدول المبين أعلاه يوضح أن نتائج قيمة معامل KMO كانت مرتفعة ، حيث بلغت 0.781 و هي تفوق الحد الأدنى لهذا المعامل 0.6 كما حدده Kaiser سنة 1974 - سبق الإشارة إليه في الفصل السابق- ، مما يدل على كفاية العينة لموضوع الدراسة و التحليل. أما فيما يخص اختبار Bartlett لمصفوفة الارتباطات فقد كان ذو دلالة إحصائية ، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية 0.000 و التي جاءت أقل من المستوى المعتمد في هذه الدراسة 0.05 و هو يعبر عن مؤشر اختلاف مصفوفة الارتباط عن مصفوفة الوحدة. و عليه يمكن القول أن نتائج هاذين الاختبارين

تؤكد صلاحية البيانات للتحليل العاملي .

تبعاً لهذا قمنا بإجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principal Component « Analysis لإجابات المرضى، و ذلك باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax ، بالإضافة إلى استخدام محك Kaiser و الذي يقبل العوامل التي تزيد قيمتها الذاتية عن الواحد الصحيح . و الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة قبل و بعد عملية التدوير.

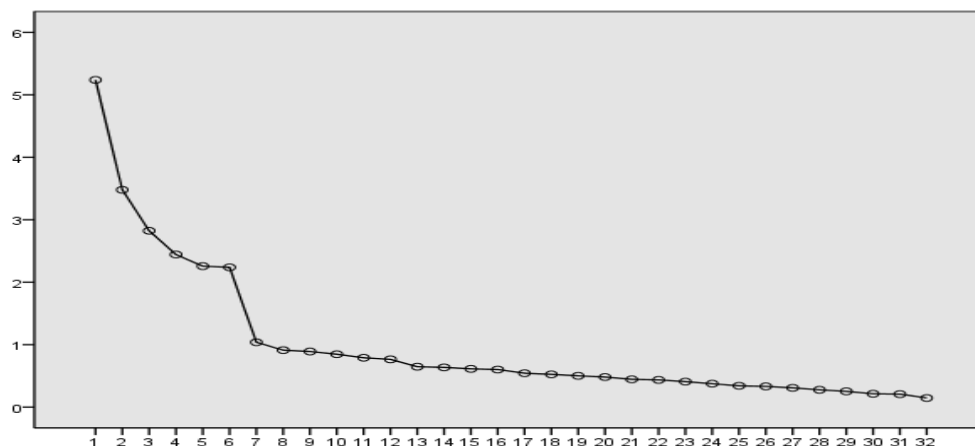
جدول رقم (5-22) : نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير

المكونات المستخلصة بعد التدوير			المكونات المستخلصة قبل التدوير			المكونات
نسبة التباين التراكمية	نسبة التباين المفسرة	المجموع	نسبة التباين التراكمية	نسبة التباين المفسرة	المجموع	
13.740	13.740	4.397	16.370	16.370	5.238	01
24.226	10.486	3.356	27.240	10.870	3.478	02
33.918	9.692	3.101	36.061	8.821	2.823	03
42.194	8.276	2.648	43.693	7.632	2.442	04
50.223	8.029	2.569	50.745	7.052	2.257	05
57.570	7.347	2.351	57.738	6.993	2.238	06
60.983	3.412	1.092	60.983	3.244	1.038	07

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أفرزت نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية و باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax سبعة مكونات تضم 32 بندا خاص بجودة الخدمة الصحية جذرها الكامن لم يتعدى الواحد الصحيح (الملحق رقم 10). هذا و قد ساهمت المكونات السبعة في تفسير نسبة

60.983% من التباين الكلي و الشكل الموالي يوضح ما سبق طرحه :



شكل رقم (5-4) : خط انحدار الجذور الكامنة

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

تظهر نتائج التمثيل البياني للجذور الكامنة انعطاف خط الانحدار بمجرد الوصول إلى المكون السابع ، لتتقارب بعده قيم الجذور الكامنة دون تسجيل أي انعطاف اخر ، حيث تصبح قيمتها أقل من الواحد الصحيح . هذا و يظهر الجدول السابق أيضا هيمنة المكون الأول قبل عملية التدوير حيث يفسر لوحده نسبة 16.370% ، في حين تتوزع البقية على المكونات الستة المتبقية . إلا أن عملية التدوير أسفرت عن نتائج متقاربة نوعا ما في نسبة التفسير بين المكونات الستة الأولى حيث تراوحت بين 13.740% و 7.347% ، في حين بلغت نسبة تفسير المكون السابع 3.412% و هي نسبة جد ضئيلة مقارنة بباقي المكونات .

نتائج التحليل العائلي قبل عملية التدوير أظهرت وجود بنيات مركبة* ، أي أن بعض المتغيرات تشبعت على أكثر من مكون ، بالتالي قمنا بعملية التدوير للتخلص منها و الحصول على نتائج أكثر حسما و مقروئية . لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة التدوير Varimax بافتراض استقلال الأبعاد، و الجدول الموالي يوضح لنا تشبع المكونات بعد عملية التدوير :

*بنيات مركبة : بمعنى أن البند أو المتغير تشبع على أكثر من مكون ؛ حيث تجاوزت قيمته 0.4 .

جدول رقم (5-23): مصفوفة العوامل بعد عملية التدوير

المكونات							البند
07	06	05	04	03	02	01	
	0.685						Ta1
	0.687						Ta2
	0.827						Ta3
	0.811						Ta4
		0.799					Ad1
		0.799					Ad2
		0.756					Ad3
		0.804					Ad4
					0.751		Cm1
					0.790		Cm2
					0.777		Cm3
					0.661		Cm4
					0.759		Cm5
					0.626		Cm6
				0.620			Inf1
				0.665			Inf2
				0.673			Inf3
				0.781			Inf4
				0.711			Inf5
				0.777			Inf6
						0.800	HR1
						0.815	HR2
						0.858	HR3
						0.842	HR4
						0.793	HR5
						0.691	HR6
0.601						0.525	**HR7
			0.765				As1
			0.718				As2
			0.652				As3
			0.788				As4
			0.643				As5

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

** بنيات مركبة : بمعنى أن البند أو المتغير تشعب على أكثر من مكون ؛ حيث تجاوزت قيمته 0.4 .

قمنا باستبعاد كامل التشعبات التي تقل عن 0.4 لتسهيل قراءة الجدول

نفس الملاحظة نرصدها بعد تدوير المحاور ، إذ نجد أن هناك بعض البنيات المركبة ، و تتعلق

أساسا بالبند السابع من بعد الضيافة و الإطعام

حيث تشبع هذا البند على كل من المكونين الأول و السابع ، لهذا الغرض توجب علينا استبعاد

البند و إعادة الاختبار حتى تختفي جميع البنيات المركبة . الجدول الموالي يوضح مصفوفة تشبع

المكونات بعد حذف البنود و بعد عملية التدوير .

جدول رقم (5-24): مصفوفة العوامل بعد حذف البنيات المركبة و عملية التدوير

رقم البند	البنود *	جودة التمثيل	المكونات المستخلصة					
			06	05	04	03	02	01
Ta1	ملاءمة مظهر المستشفى	0.501						0.686
Ta2	مدى تجهيز قاعات الاستقبال	0.504						0.686
Ta3	توفر تصميم يسهل عملية الاتصال	0.695						0.827
Ta4	النظافة و حسن مظهر مقدمي الخدمة	0.668						0.811
Ad1	العمل وقت حاجة المريض	0.639		0.797				
Ad2	سهولة إجراءات الدخول	0.667		0.798				
Ad3	تقديم معلومات واضحة	0.583		0.758				
Ad4	الاستجابة للاستفسارات	0.649		0.805				
Cm ₁	تقديم تشخيص دقيق	0.671					0.749	
Cm ₂	شرح الحالة الصحية بعد التشخيص	0.650					0.790	
Cm ₃	الرحابة عند تقديم الخدمة	0.694					0.776	
Cm ₄	الالتزام بالتشخيص في أقل وقت	0.564					0.671	
Cm ₅	توفير الخدمات الاستعجالية الطارئة	0.590					0.757	
Cm ₆	سرعة المخبريين في أداء مهامهم	0.526					0.622	
Inf1	سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى	0.530				0.641		
Inf2	تقديم الأدوية في الوقت المحدد	0.557				0.652		
Inf3	كفاءة و مهارة الممرضين	0.570				0.670		
Inf4	اللطف و اللباقة في التعامل	0.639				0.789		

			0.699			0.522	التواصل مع المريض بلغة مفهومة	Inf5
			0.781			0.617	فهم الحاجات الخاصة للمريض	Inf6
					0.804	0.677	تجهيز و تأثيث الغرفة	HR1
					0.817	0.692	توفر حمام صحي و ملائم	HR2
					0.859	0.753	الحرص على نظافة الغرفة	HR3
					0.543	0.614	توفير الراحة و الهدوء	HR4
					0.794	0.656	تنظيم مواعيد الزيارات	HR5
					0.705	0.518	تقديم طعام ذو نوعية و كمية	HR6
		0.773				0.614	مراعاة خصوصيات المريض	As1
		0.716				0.518	امتلاك المعلومات الكافية لإجابة المرضى	As2
		0.672				0.583	ثقة المريض عند التعامل مع الموظفين	As3
		0.779				0.619	امتلاك الأطباء المهارة في الأداء	As4
		0.630				0.513	حرص الإدارة على أداء الموظفين بفاعلية	As5
10.829	8.290	8.570	10.027	10.829	13.373	نسبة التباين المفسرة لكل مكون		
58.659%						نسبة التباين المفسرة الكلية		
0.764	0.898	0.803	0.840	0.804	0.736	قيمة ألفا كرونباخ لكل مكون بعد تنقية المقياس		
0.777						قيمة معامل ألفا الكلية بعد تنقية المقياس		

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

*الصياغة الحقيقية للبنود موجودة في الملحق 07

بعد حذف البيانات المركبة (البند السابع من بعد الضيافة و الإطعام) و إعادة الاختبار ، حصلنا على نتائج مغايرة ، حيث تم استخلاص ستة مكونات تفسر في المجلد نسبة 58.659% من التباين الكلي ، حيث :

- جودة التمثيل أو قيمة الشيوخ لكل بند جاءت أكبر من 0.5 و بالتالي كلها دالة إحصائيا ؛
- الأبعاد الستة احتفظت بكامل بنودها إلا بعد الضيافة و الإطعام الذي تم استبعاد البند السابع منه ليصبح بذل عدد بنود هذا البعد ستة بنود ؛

- قيمة معامل ألفا كرونباخ لكل مكون (عامل) جاءت جيدة وأكبر من 0.7 ما يدل على مستوى جيد من الثبات ، حيث تراوحت بين 0.736 و 0.898 ، في حين بلغت قيمة

معامل ألفا الكلية للمقياس 0.777 و هي قيمة جيدة جدا بالرغم من أنها انتقصت بمقدار جد يسير بعد تنقية المقياس . و عليه يمكن القول أن المقياس يتمتع بمستوى جيد من الثبات و الصدقية التقاربية و التمايزية ؛

- عدم وجود بنيات مركبة بالتالي قمنا بالاحتفاظ بالبند المتبقية و التي بلغ عددها بعد التنقية 31 بندا محملة على ستة مكونات أو عوامل هي نفسها الأبعاد الأولى و بالتالي الحفاظ على نفس التسميات .

كنتيجة لهذا التحليل و بعد العمل على تنقية المقياس الأولي باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ و التحليل العاملي ، يمكن القول أن هيكلية الأبعاد الستة المقترحة من خلال المقياس الأولي قد تأكدت ، حيث احتفظت كل الأبعاد بالبند الخاصة بها إلا بعدي الخدمات الإدارية و الضيافة و الإطعام الذي تم استبعاد بند واحد من كل بعد ، ليصبح العدد الإجمالي لبند مقياس جودة الخدمة الصحية ثلاثون (31) بندا تضمها ستة بنود التي سبق الإشارة إليها ليتم استكمال الدراسة و تأكيد مدى ثبات المقياس من خلال الدراسة الكمية النهائية.

بمقارنة نتائج تنقية المقياس الأولي بتطبيقه على كل من القطاع الصحي العام و الخاص ، يتضح لنا أن نتائج قياس الثبات اشتركت فيما يخص استبعاد البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية و المتعلق بمدى تحلي الطاقم الإداري باللف و اللباقة أثناء التعامل مع المرضى . أضف إلى ذلك فإن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن استبعاد بعض البنود الخاصة ببعد الضيافة و الإطعام (البند الثالث و الرابع بتطبيق المقياس على القطاع العام ، و البند السابع بتطبيقه على القطاع الخاص) في حين تبقت باقي الأبعاد على حالها دون إضافة أو حذف أي بند .

لهذا الغرض و لأسباب عملية خاصة أساسا بطول الاستبانة ، ارتأينا أنه من الأفضل استبعاد البنود الثلاثة (2 و 4 و 7) و إدماجها مع البنود التي تتقارب و إياها في المفهوم حتى يتسنى لنا

توحيد المقياس و استعماله لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص ، ليصبح بذلك العدد النهائي لبنود المقياس 29 بندا محتواة ضمن ستة أبعاد ، حيث قمنا بـ :

- استبعاد البند السابع الخاص بتقديم الوجبات الصحية و إعادة صياغة البند السادس حتى يتضمن البند السابع كون كلا البندين يقيسان نفس المفهوم (الإطعام) ؛
- دمج البند الثاني مع البند الأول ليقاس بذلك مدى توفر الغرفة على وسائل الراحة من أثاث ، مبرد ، مدفئة ، حمام صحي ؛
- استبعاد البند الرابع و المتعلق بمدى توفير الراحة و الهدوء للمرضى ، إذ ارتأينا أنه و من خلال التحليل العاملي أن نسبة تشبع المكون (البعد أو العامل) بهذا البند كانت ضمن المستوى المقبول نوعا ما و قريبة من الحد الأدنى المقبول به 0.4 .

كنتيجة لما سبق قررت الباحثة المواصلة في جمع البيانات استكمالا للدراسة النهائية للمقياس الأولي بعد التنقية ، على أمل أن تكون الدراسة النهائية كافية لإثبات ثبات و صدقية المقياس بأبعاده الستة .

المبحث الثالث :الدراسة الكمية النهائية (الجزء التوكيدي من الدراسة)

بعد الانتهاء من المرحلة الاستكشافية للدراسة و التي تضمنت كل من الدراسة الكيفية (تحديد مجال النموذج و صياغة بنود الاستبانة) و الدراسة الكمية الأولية (جمع البيانات و تنقية المقياس) ، توصلنا إلى بناء مقياس أولي موحد خاص بجودة الخدمة الصحية في كل من القطاعين العام و الخاص متمتع بالثبات و الصدقية ، في انتظار تقدير مدى اعتماديته و صلاحيته عبر المرحلة الموالية و المتمثلة في المرحلة التوكيدية ، حيث نسعى من خلال هذه الأخيرة إلى التأكد من مدى مطابقة النماذج القياسية للنموذج الأولي المقترح و بالتالي تأكيد أو رفض صحة نتائج المرحلة السابقة .

المطلب الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة النهائية

استكمالاً لنتائج الدراسة الأولية ، خصصنا هذا المطلب لتسليط الضوء على الطريقة المستخدمة في الدراسة الكمية النهائية ، حيث تناولنا من خلاله التعريف بمجتمع و عينة الدراسة ، إضافة إلى إعادة التعريف بأداة الدراسة و الأساليب الاحصائية المستخدمة في ذلك .

1- مجتمع و عينة الدراسة :

الهدف الرئيسي من الدراسة هو بناء نموذج قياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر ، و باعتبار رضا المريض كأهم مؤشر يعبر عن مستوى هذه الجودة . فقد تمثل مجتمع دراستنا في المرضى المقيمين بالمستشفيات العامة و العيادات الخاصة بالجزائر العاصمة ، حيث وقع اختيارنا و بطريقة عشوائية على أربع مستشفيات و أربع عيادات.

تم توزيع استمارات الاستبيان عبر مصالح المؤسسات الصحية بصورة عشوائية على عينة احتمالية غير قصدية من المرضى المقيمين مع استثناء بعض المصالح التي تتواجد بها أمراض معدية أو بسبب الحالة الصحية الحرجة لبعض المرضى الذي تحول دون اجابتهم على الأسئلة . طريقة توزيع الاستبانة كانت بالمقابلة و ذلك لنفس الأسباب التي سبق الإشارة إليها في دراستنا السابقة . و بسبب كثرة عدد الاستمارات الموزعة و اختصارا للوقت تمت الاستعانة بطلبة دكتوراه في نفس التخصص من جامعة خميس مليانة و البليدة 2 من أجل إجراء المقابلات مع المرضى و ملء الاستمارات و الحرص على استرجاعها ، حيث تم هذا خلال الفترة الممتدة بين جوان 2019 و جانفي 2020.

عدد الاستمارات الموزعة و المسترجعة و القابلة للتحليل الاحصائي يوضحها الجدول الموالي :

جدول رقم (5-25) : الاستثمارات الصالحة للتحليل الإحصائي في الدراسة النهائية

المستشفى	الاستثمارات الموزعة	الاستثمارات المسترجعة	الاستثمارات المستبعدة	الصالحة للتحليل	العيادة	الاستثمارات الموزعة	الاستثمارات المسترجعة	الاستثمارات المستبعدة	الصالحة للتحليل
EPH روبية	100	93	08	85	ديار السعادة (المرادية)	100	91	12	79
CHU باب الواد	100	81	02	79	جهان هنا (الرغاية)	100	89	20	69
EHS بشر مراد رايس	100	95	17	78	آية (بشر) خادم	100	93	23	70
EPH الحراش	100	87	05	82	العناصر (بشر) مراد (رايس)	100	98	09	89
المجموع	400	356	32	324	المجموع	400	371	64	307
النسبة	%100	%89	%08	%81	النسبة	%100	%92.75	%16	%76.75

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

توصلنا في الأخير إلى تجميع 324 استمارة صالحة للتحليل الإحصائي من المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام و 307 استمارة من العيادات الخاصة ، و هو عدد جد كاف يلي الحد الأدنى المطلوب في مثل هذه الدراسات ، خاصة و أننا استخدمنا معيار 10 مستجوبين لكل بند (29) بندا) من أجل اجراء التحليل العاملي و تحليل نموذج المعادلة الهيكلية . ما يؤكد كفاية حجم العينة من أجل إجراء التحليل العاملي التوكيدي ، قاعدة الخبرة التي تنص على أن حجم العينة يكون صغيرا إذا ما قل عن 100 أو يعد ملائما في حالة النماذج البسيطة، أما إذا تراوح بين 100-200 يعد متوسطا أو مقبولا نوعا ما بالحد الأدنى (نموذج غير معقد) ، في حين ترى هذه القاعدة أنه إذا فاق حجم العينة 200 فيعد جيدا لمعظم النماذج¹. هذا و في دراسته توصل Muthèn and

¹ منور أحمد رمضان : البناء العاملي لرائز القدرات المعرفية CogAt باستخدام التحليل العاملي التوكيدي و الاستكشافي، رسالة ماجستير ، تخصص القياس و التقويم النفسي و التربوي، كلية التربية ، جامعة دمشق ، 2013-2014 ، ص 64 .

Muthèn أن حجم العينة يعد مقبولا في حالة التوزيع الطبيعي (يتبغي زيادة هذا الحجم إلى 175 في حالة وجود بيانات مفقودة) ، أما في حالة ما إذا كان التوزيع طبيعيا فيعد حجم العينة 265 جد كافيا مع توفر البيانات كاملة غير منقوصة¹.

2- أداة الدراسة :

استكمالا للدراسة الكمية النهائية تم استخدام الاستبانة المستوفاة من الدراسة الأولية ، و ذلك بعد تنقية المقياس باستخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ و التحليل العاملي . اشتملت الاستبانة على جزأين :

الجزء الأول : هو الجزء المتعلق بقياس مستوى جودة الخدمة الصحية بأبعادها الستة و هذا كما يلي:

- **الدعم المادي :** تضمن هذا البعد أربع بنود تقيس كل ما يتعلق بما هو ملموس ، سواءا تعلق ذلك بالمستشفى / العيادة أو بالموظفين .

- **الخدمات الإدارية :** شمل هذا البعد أربع بنود بعد اتفاق الدراسة الأولية في كل من القطاعين العام و الخاص على حذف البند الخامس و المتعلق باللفظ و اللباقة في التعامل مع المرضى ، يقيس هذا البند مستوى الخدمة المقدمة أثناء دخول المريض للمستشفى /العيادة و الخاصة بالتسهيلات المقدمة لإنهاء اجراءات الدخول .

- **خدمات التشخيص الطبي :** يقيس هذا البعد الخدمات التي يقدمها الطاقم الطبي للمريض من تشخيص الحالة الصحية و العمل على تقديم الخدمة في أقل وقت و بكل كفاءة و صدر رجب . يحوي هذا البعد ستة بنود تقيس نفس المفهوم .

- **خدمات التمريض :** و هي الخدمات المكملة لخدمات التشخيص الطبي ، تضمن هذا البعد ستة بنود أيضا مستوحاة من واقع المؤسسات الصحية في الجزائر عامة كانت أو خاصة .

¹ Donna Harrington :**Confirmatory Factor Analysis** , OXFORD University Press , New York , p 48 .

• **خدمات الضيافة و الاطعام :** تضمن هذا البعد أربعة بنود و ذلك بعد استبعاد كل من البندين 4 و 7 و دمج البند الثاني مع البند الأول لتقاربهما في المفهوم كما سبق الإشارة إليه .

• **بند الأمان :** يقيس هذا البعد مستوى الخدمات التي توحى بمدى اطمئنان المريض في أن الخدمة التي يتلقاها تخلو من الخطأ و الخطر ، و عليه تضمن هذا البعد خمس بنود مستوحاة من واقع المؤسسات الصحية في الجزائر و إجابات المرضى في المقابلة الأولية و كذا من خلال دراسة **Parasuraman et al** .

تجدر الإشارة إلى أن الأسئلة التي تضمنتها هذه الأبعاد هي أسئلة ذات الاجابات المغلقة و المحددة بمقياس ليكرت الخماسي ، حيث تدرجت من (غير موافق بشدة ، غير موافق ، محايد ، موافق ، موافقة بشدة) و الموسومة بالأوزان من 1 إلى 5 بهذا الترتيب.

الجزء الثاني : هو الجزء الذي يضم البيانات الشخصية للمستجوبين (المرضى) ، حيث تضمنت أسئلة ذات إجابات محددة خاصة بكل من السن ، الجنس ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الدراسي و نوع المرض . إضافة إلى أسئلة مفتوحة خاصة بالمستشفى /العيادة التي يمكث فيها المريض ، المصلحة التي يعالج بها و مدة المكوث بالمستشفى/العيادة .

3- الاجراءات و الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة

تحقيقا لأهداف البحث ، اعتمدت الباحثة مجموعة من البرامج الاحصائية أهمها :

أولا : برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS .V.26** : تم الاستعانة بالبرنامج بهدف تفريغ البيانات الأولية و معالجتها وقوفا عند تحليلها من خلال توظيف الأدوات الاحصائية التالية :

• اختبار Kolmogrov-smirnov للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي مما يسمح

بتطبيق مختلف الاختبارات الإحصائية المعلمية .

- معامل الثبات ألفا كرونباخ Cronbach Alpha .
 - أسلوب التحليل العاملي (Factor Analysis) KMO لملاءمة المعاينة MSA و اختبار بارتليت BTS للتحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي.
 - التكرارات و النسب المئوية لغرض وصف الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة ؛
 - المتوسط الحسابي بهدف معرفة درجة موافقة المرضى عن كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ؛
 - الانحراف المعياري لقياس درجة تشتت قيم استجابات المرضى عن المتوسط الحسابي ؛
- ثانيا : برنامج AMOS.V.23 « Analysis Moment Of Structures » : استكمالا للدراسة الأولية "التحليل العاملي الاستكشافي" قمنا و كخطوة لاحقة بالاستعانة بهذا البرنامج لإجراء التحليل العاملي التوكيدي و نمذجة المعادلات الهيكلية للتأكد من مدى مطابقة نموذج الدراسة وفق الخطوات التالية :
- **الخطوة الأولى : تحديد النموذج :** يقصد بتحديد أو بناء النموذج بتوظيف الأطر النظرية و النماذج التنظيرية التي تلعب دورا مهما في تطوير نموذج نظري عاملي ، و من الضروري دعم ذلك برسم تخطيطي للنموذج ما يساعد على تنظيم الأبعاد و توضيحها باستخدام المعادلات و الرموز و العمل على ترجمتها إلى لغة البرنامج الاحصائي المتخصص في المعادلات البنائية ، و هو ما عملت عليه الباحثة من خلال اقتراح النموذج الأولي للدراسة .
 - **الخطوة الثانية : تعيين النموذج :** نقصد بذلك مدى توفر المعلومات الكافية في بيانات العينة المدروسة التي تهدف للوصول إلى حل وحيد و محدد للمعاملات الاحصائية الحرة

للمنموذج العاملي المفترض ، و بالتالي يكون النموذج معين إذا ما كان كم المعلومات التي

يحتاجها النموذج النظري المفترض ، حيث إذا كانت :

← درجات الحرية سالبة : نموذج غير معين ؛

← درجات الحرية مساوية للصفر : نموذج مشبع التعيين ؛

← درجات الحرية موجبة : نموذج متعدي التعيين .

تجدر الإشارة هنا إلى أن نوع التعيين الأفضل هو في حالة ما إذا كان النموذج قيد الدراسة متعدي التعيين .

• الخطوة الثالثة : تقدير النموذج : بمعنى إيجاد قيم عددية للمعاملات الاحصائية الحرة في

النموذج ، حيث تكون مصفوفة التباين و التغاير للنموذج المفترض متطابقة مع بيانات العينة .

توفر البرامج الاحصائية مجموعة من الطرق لتقدير معالم النموذج أهمها طريقة الاحتمال الأقصى (ML) ، إذ تقدم هذه الطريقة تقديرا دقيقا لمعاملات النموذج عند توفر خاصية التوزيع الطبيعي كما أنها تحتفظ بدقة الأداء حتى في حالة ما إذا تقدير التوزيع الطبيعي معتدلا ، إضافة إلى امتيازها بوجود عدد لا بأس به من مؤشرات المطابقة مع قدرتها على التعامل مع البيانات المفقودة¹ . لهذا الغرض قمنا باستخدام هذه الطريقة دون بقية الطرق (المتغيرات الذرائعية IV ، طريقة المربعات الصغرى الغير مرجحة GLS ، طريقة المربعات الصغرى المرجحة WLS ، طريقة المربعات الصغرى القطرية DWLS) .

• الخطوة الرابعة : جودة المطابقة : تقوم مؤشرات جودة المطابقة على تزويدنا بصورة

إجمالية عن مطابقة النموذج للبيانات ، لهذا الغرض ركزت الدراسة الحالية على اقتراح

¹ Timothy A. Brown : Confirmatory Factor Analysis for Applied Research , The Guilford Press , 2nd Edition , USA , p 65.

عدد من مؤشرات تقدير المطابقة المستخدمة في مثل هذا النوع من الدراسات و التي نأمل ممن خلالها أن تعطي صورة واضحة عن مدى جودة مطابقة النموذج المقترح. نشير في هذا الصدد إلى أن هذه المؤشرات تم تصنيفها على اختلافها و تباينها إلى ثلاث مجموعات كبرى صنفها "تيغزة" استنادا إلى مجموعة من الدراسات الأجنبية كما يلي:

✓ **مؤشرات المطابقة المطلقة:** يتم من خلالها مقارنة المصفوفة الأساسية (مصفوفة التباين للعينة) بالمصفوفة المحللة (مصفوفة التباين للنموذج)¹، تتمثل مؤشراتها في :

جدول رقم (5-26) : مؤشرات المطابقة المطلقة

المؤشرات	مستوى القبول
مربع كاي (χ^2)	قيمة المؤشر $0.05 <$
جذر متوسط مربعات البواقي (RMR)	قيمة المؤشر $0.1 >$
جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR)	قيمة المؤشر $0.1 >$
جودة المطابقة (GFI)	قيمة المؤشر $0.9 \leq$
جودة المطابقة المصحح (AGFI)	قيمة المؤشر $0.9 \leq$
جودة المطابقة الاقتصادي (PGFI)	قيمة المؤشر $0.5 <$ أو $0.6 <$ أفضل

المصدر : تيغزة أحمد بوزيان : التحليل العائلي الاستكشافي و التوكيدي ، مفاهيمها و منهجيتها بتوظيف حزمة SPSS و ليزر LISERL ، دار المسيرة للطباعة و النشر ، الأردن ، 2012 ، ص 262 .

✓ **مؤشرات المطابقة المقارنة أو التزايدية :** تعتمد هذه المؤشرات في تقديرها على مقارنة النموذج المقترح مع النموذج الصفري أو نموذج العدم أو المستقل الذي يقوم بدوره على افتراض أن تباين المتغيرات الملاحظة على مستوى المجتمع منعدمة و لا يتبقى إلا قيم تباين هذه المتغيرات ، و الجدول الموالي يلخص المؤشرات المشار إليها ضمن هذه المجموعة :

¹ Donna Harrington , Op.cit , p 51.

جدول رقم (5-27) : مؤشرات المطابقة المقارنة

المؤشرات	مستوى القبول
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	قيمة المؤشر $0.9 \leq$
مؤشر تاكر-لويس (TLI)	قيمة المؤشر $0.9 \leq$
مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	قيمة المؤشر $0.9 \leq$
مؤشر المطابقة المعياري الاقتصادي (PNFI)	قيمة المؤشر $0.5 <$ أو $0.6 <$ أفضل

المصدر : تيغزة أحمد بوزيان ، نفس المرجع السابق ، ص 263.

✓ مؤشرات تصحيح الافتقار الاقتصادي : أو ما يصطلح عليها بمؤشرات المطابقة

الاقتصادية ، فعلى خلاف المؤشرات السابقة الذكر ، تصنف هذه المؤشرات في

المعلومات الحرة أو غير المقيدة و ذلك بانطوائها على دالة عقابية عند إضافة أو

تحرير معلومات حرة للنموذج بدون جدوى ، أي دون أن يرافق ذلك تحسن في

مطابقة النموذج المفترض . الجدول التالي يلخص هذه المؤشرات :

جدول رقم (5-28) : مؤشرات تصحيح الافتقار للاقتصاد

المؤشرات	مستوى القبول
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (RMSEA)	قيمة المؤشر $0.05 >$ مطابقة جيدة بين $0.08-0.05$ مطابقة مقبولة بين $0.1-0.08$ مطابقة غير كافية قيمة المؤشر $0.1 <$ مطابقة سيئة
الدلالة الاحصائية للمطابقة القريبة (P-Value for close Fit)	يجب أن تكون قيمة المؤشر $0.5 <$
مؤشر الصديق التقاطعي المتوقع (ECVI)	قيمة المؤشر للنموذج المقترح أقل من قيمة المؤشر للنموذج المستقل
محك المعلومات لأيكية (AIC)	
محك المعلومات المتسق لأيكية (CAIC)	

المصدر : تيغزة أحمد بوزيان ، نفس المرجع السابق ، ص 265.

- **الخطوة الخامسة : تعديل النموذج المقترح :** بهدف فحص مواطن الخلل في مواقع موضوعية أو خلل في عنصر من عناصر النموذج، توفر الحزم الاحصائية المختصة و أهمها Amos طريقتان واسعتا الاستعمال هما : طريقة فحص البواقي و طريقة فحص مؤشرات التعديل . و من جانب اخر يشير بعض الباحثين أنه لا بد من استبعاد الفقرات التي يكون تشبعها أقل من 0.7، ذلك ما يفسر عجز المعامل في تفسير جزء كبير من التباين في الفقرة ¹.

المطلب الثاني : التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة الكمية النهائية

قصد التعرف على مختلف الخصائص الديمغرافية للأفراد المشاركين في الدراسة الميدانية تناول الجزء الثاني من الاستبانة بعض البيانات الشخصية لأفراد العينة . يرصد الجدول الموالي كل من التكرارات و النسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب كل من متغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الدراسي ، و نوع المرض في كل من المستشفيات التابعة للقطاع العام و العيادات الخاصة كما يلي :

¹ منور أحمد رمضان ، نفس المرجع السابق ، ص 77

جدول رقم (5-29) : توزيع أفراد عينة الدراسة

القطاع الخاص		القطاع العام		المتغير
النسب المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	
الجنس:				
%68.08	209	%66.97	217	ذكر
%31.92	98	%33.03	107	أنثى
السن :				
%14.66	45	%6.48	21	أقل من 25 سنة 40-26 60-41 61 سنة فأكثر
%41.04	126	%41.05	133	
%32.90	101	%36.42	118	
%11.40	35	%16.05	52	
الحالة الاجتماعية:				
%16.61	51	%14.51	47	أعزب
%69.71	214	%75.62	245	متزوج
%13.68	42	%9.87	32	أرمل
المستوى الدراسي:				
%25.08	77	%33.64	109	بدون مستوى
%9.45	29	%11.42	37	إبتدائي
%24.43	75	%24.07	78	متوسط
%28.01	86	%18.83	61	ثانوي
%13.03	40	%12.04	39	جامعي
نوع المرض:				
%60.26	185	%65.12	211	مزمن
%39.74	122	%34.88	113	غير مزمن
%100	307	%100	324	المجموع

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن نسبة المستجوبين الإناث في القطاعين العام و الخاص كانت أكبر من نسبة الذكور ، حيث بلغت %66.97 و %68.08 من الإناث مقابل %33.03 و %31.92 من الذكور. هذا و قد قدرت فئة المستجوبين الذي تتراوح أعمارهم بين 26 و 40 سنة %41.05 في القطاع العام و %41.04 في القطاع الخاص ، تليها

بعد ذلك الفئة التي تراوحت أعمارهم بين 41 و 60 سنة و ذلك بنسبة 36.42% و 32.90%، بالتالي يمكن القول أن أكبر فئة من المستجوبين تراوحت أعمارهم بين 26 و 60 سنة (شباب و كهول) . هذا و من جهة أخرى بلغت نسبة الفئة المتروجة أعلى نسبة من المستجوبين في كلا القطاعين حيث قدرت بـ 75.62% و 69.71% على التوالي . و أن أغلبية أفراد عينة الدراسة في القطاع العام كانوا دون مستوى بنسبة بلغت 33.64%، أما في القطاع الخاص فقد تقاربت نسب المستجوبين بين عديمي المستوى و المتوسط و الثانوي ، حيث تراوحت هذه النسب بين 24.43% و 28.01% .

نرصد من خلال الجدول أيضا أن أغلبية المستجوبين من ذوي الأمراض المزمنة بنسبة بلغت 65.12% في القطاع العام و 60.26% في القطاع الخاص . أما بالنسبة لعدد المستجوبين الموزعين على المستشفيات و العيادات الخاصة قيد الدراسة فقد تم الإشارة إليه سابقا من خلال (نفس عدد الاستثمارات الصالحة للتحليل الإحصائي) . بسبب كثرة عدد المصالح التي يعالج فيها المرضى تعذر علينا إدراجها ضمن الجدول السابق ، إلا أنه تم تسجيل أعلى نسبة من المستجوبين في كل من القطاعين العام و الخاص ضمن مصلحة النساء و التوليد ، حيث بلغت هذه النسبة في القطاعين على التوالي 39.25% و 42.16% في حين توزع البقية على بقية المصالح بنسب متفاوتة نسبيا.

المطلب الثالث : تقدير مدى اعتمادية المقياس

إن مفهوم الصدق يرتبط بمفهوم الثبات ارتباطا وثيقا ، فهو ينطوي على مدى صلاحية المقياس في أن يقيس ما وضع لقياسه . لذا ينبغي أن تكون أداة القياس صادقة و ثابتة في نفس الوقت ، إذ يفترض أن تكون العلاقة بينهما ارتباطية عالية. لهذا الغرض سنحاول فيما يلي بالتحقق من صدق و ثبات أداة القياس المقترحة أملا في استكمال الدراسة الكمية النهائية .

1- صدق الأداة :

يشير الصدق في البحوث الكمية إلى درجة استقلالية إجابات أفراد عينة الدراسة عن الظروف العرضية للبحث و من ثمة إلى مدى صلاحية أداة جمع البيانات لقياس ما وضعت لقياسه¹. حيث يرى كرونباخ أنه بقدر ما يكتمل تفسير درجة المقياس للسمة المعنية و الثقة في هذا التفسير بقدر ما يكتمل صدق المقياس ، و بالتالي يربط بين الدرجة على القياس و قدرتها التفسيرية².

أولا : الصدق الظاهري : يتمثل في شكل المقياس و مدى ملاءمته للغرض الذي وضع من أجله ، و هو ما عمدت إليه الباحثة في دراستنا السابقة إذ تم عرض أداة القياس على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في المجال بهدف تحكيمه الذين توافقوا آراءهم و تقديراتهم . و على ضوء التحفظات و الملاحظات المقدمة تم وضع المقياس في صيغته النهائية تمهيدا للدراسة الكمية النهائية .

بالرغم من الملاحظات المقدمة من قبل الأساتذة المتخصصين إلا أنه يعتبر غير كافيا للحكم على مدى صدق الأداة ، كون الصدق الظاهري يعتبر كخطوة أولية و بالتالي يدل على ما يظهر أن الأداة تقيسه و ليس ما تقيسه بالفعل ، إذا هو معرض لأخطاء التقدير لاعتماده على التقديرات و الأحكام الذاتية للمحكمين .

ثانيا : صدق البناء التكويني : وقع اختيارنا هنا على أحد الطرق التي تعتمد على الارتباط ألا و هي الاتساق الداخلي . حيث يتم من خلاله حساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بند من بنود المقياس و البعد الذي تنتمي إليه . نتائج هذا الاختبار بتطبيق أداة القياس على كل من القطاعين العام و الخاص يوضحها الجدول الموالي :

¹ دليو فضيل : معايير الصدق و الثبات في البحوث الكمية و الكيفية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 83، ديسمبر 2014 ، ص 03 .

² بن صافي عبد الرحمن : دراسة تقييمية لطرق تقدير صدق و ثبات أدوات جمع المعطيات في أطروحات دكتوراه علم النفس و علوم التربية بجامعة الجزائر 2، أطروحة دكتوراه ، تخصص القياس النفسي و تحليل المعطيات ، شعبة علوم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس ، مستغانم ، 2016-2017 ، ص 10.

جدول رقم (5-30) : نتائج الاتساق الداخلي

القطاع الخاص		القطاع العام		البند	البعد
مستوى الدلالة	ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	ارتباط بيرسون		
0.000	0.859	0.000	0.862	Ta1	الدعم المادي
0.000	0.808	0.000	0.811	Ta2	
0.000	0.838	0.000	0.833	Ta3	
0.000	0.793	0.000	0.792	Ta4	
0.000	0.677	0.000	0.787	Ad1	الخدمات الإدارية
0.000	0.894	0.000	0.829	Ad2	
0.000	0.819	0.000	0.774	Ad3	
0.000	0.807	0.000	0.785	Ad4	
0.000	0.827	0.000	0.827	Cm1	التشخيص الطبي
0.000	0.882	0.000	0.867	Cm2	
0.000	0.853	0.000	0.856	Cm3	
0.000	0.782	0.000	0.798	Cm4	
0.000	0.785	0.000	0.769	Cm5	
0.000	0.670	0.000	0.688	Cm6	
0.000	0.746	0.000	0.760	Inf1	خدمات التمريض
0.000	0.765	0.000	0.752	Inf2	
0.000	0.786	0.000	0.786	Inf3	
0.000	0.803	0.000	0.810	Inf4	
0.000	0.811	0.000	0.809	Inf5	
0.000	0.752	0.000	0.784	Inf6	
0.000	0.846	0.000	0.848	HR1	الضيافة و الإطعام
0.000	0.861	0.000	0.868	HR2	
0.000	0.898	0.000	0.907	HR3	
0.000	0.846	0.000	0.858	HR4	
0.000	0.831	0.000	0.835	As1	الأمان
0.000	0.756	0.000	0.755	As2	
0.000	0.866	0.000	0.869	As3	
0.000	0.836	0.000	0.856	As4	
0.000	0.790	0.000	0.801	As5	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

أظهرت نتائج الاتساق الداخلي أن معامل ارتباط كل بند مع البعد الذي ينتمي إليه كان عالياً ، تراوح بين 0.755 كحد أدنى و 0.868 كحد أقصى بتطبيق المقياس على القطاع العام (المستشفيات) ، و بين 0.670 و 0.898 بتطبيقه على القطاع الخاص (العيادات الخاصة) . ما يؤكد هذه النتائج مستوى الدلالة الذي جاء بقيمة 0.000 لكافة البنود و هو مستوى أقل من مستوى المعنوية المعتمد من خلال هذه الدراسة 0.05. بالتالي يمكن القول أن أداة القياس تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي ، و عليه يتأكد صدق البناء التكويني للمقياس .

2- ثبات الأداة :

يعتبر ثبات المقياس مؤشراً أساسياً على درجة التجانس في نتائجه و بالتالي الحكم على مدى اعتماديته . و هو يعني قدرة الأداة على قياس الدرجة الحقيقية و بأقل قدر ممكن من الخطأ العشوائي¹. تتعدد الطرق و الأساليب المعتمدة لتقدير معامل ثبات أدوات القياس نذكر منها : إعادة الاختبار ، الصور المتكافئة ، معامل الاستقرار و التكافؤ ، ثبات التقدير و معامل الانسجام الداخلي ، أو باعتماد الطرق الاحصائية كتحليل التباين و التحليل العاملي . و عليه ، وقع اختيارنا على أكثر الطرق شيوعاً في الاستخدام في مثل هذا النوع من الدراسات ألا و هما معامل الانسجام الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ و التحليل العاملي . نتائج الاختبارين نوردتها فيما يلي :

أولاً : معامل ألفا كرونباخ للانسجام الداخلي : يرى كرونباخ أن هذا المعامل يعتبر كمؤشر للتكافؤ، بمعنى يعطي قيمة تقديرية جيدة لمعامل التكافؤ، إضافة إلى الانسجام الداخلي لنود المقياس ، حيث تشترك هذه البنود في قياس مفهوم مشترك . تعتبر معادلة ألفا كرونباخ^٢ تعميماً

¹ بن صافي عبد الرحمن ، نفس المرجع السابق ، 28.

^٢ تمت الإشارة لمعادلة ألفا كرونباخ من خلال دراستنا سابقاً (الفصل الرابع)

لصيغة $K-R20^*$ عندما تشتمل الأداة على مفردات متعددة الدرجات ، أي أن يجيب أفراد عينة الدراسة على عبارات أداة القياس على ميزان اتجاهي ثلاثي أو خماسي أو سباعي التدرج . نتائج معامل ألفا كرونباخ بتطبيق المقياس على كل من القطاعين العام و الخاص كانت كما يلي :

جدول رقم (5-31) : نتائج معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات

البعد	عدد البنود	معامل ألفا في القطاع العام	معامل ألفا في القطاع الخاص	الحكم على الثبات
الدعم المادي	4	0.843	0.800	جيد
الخدمات الإدارية	4	0.803	0.808	جيد
التشخيص الطبي	6	0.889	0.888	جيد
خدمات التمريض	6	0.869	0.861	جيد
الضيافة و الاطعام	4	0.892	0.884	جيد
الأمان	5	0.880	0.874	جيد
مجموع الأبعاد	29	0.720	0.735	مقبول

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن قيمة معامل ألفا كرونباخ باستخدام كافة المشاهدات و الذي بلغ عددها 324 في القطاع العام و 307 في القطاع الخاص قدرت بـ 0.720 و 0.735 على التوالي ، و هي قيمة تعبر عن قدر جيد من الانسجام الداخلي و بالتالي قدر جيد من الثبات . أضف إلى ذلك ، نتائج مصفوفة الارتباطات لكل بند مع المحور الذي ينتمي إليه في لكل بعد ، و ارتباط كل بند بالمجموع أسفرت عن قيم جيدة ، إذ جاءت كل الارتباطات قوية و أكبر من الحد

* $K-R20$: تعتبر إحدى الطرق المعروفة لقياس الثبات و التي اشتقها Kuder-Richardson كحل لمشكل التجزئة النصفية التي فشلت في إعطاء نتيجة واحدة لاختبار معين ، حيث تستخدم هذه المعادلة في حالة البنود الثنائية .

الأدنى المقبول به 0.4 . تتأكد هذه النتيجة بتفحص العمود المتضمن قيمة معامل ألفا المتوقعة في حالة استبعاد أي بند من البنود ، حيث أكدت النتائج أن استبعاد أي بند لن يؤثر إيجابيا في قيمة ألفا ، حتى وإن كانت بقدر يسير جدا (أنظر الملحقين رقم 13 و 14) . و عليه قررنا الاحتفاظ بكافة البنود و التأكد من مدى ثبات المقياس باستخدام إحدى الطرق الاحصائية ألا و هي التحليل العاملي .

ثانيا : التحليل العاملي : قمنا فيما يلي بالاستعانة بالتحليل العاملي الاستكشافي للنظر فيما إذا كانت بنود المقياس تتلخص في نفس العوامل الستة المقترحة أم لا . قمنا بإجراء التحليل العاملي باستخدام طريقة المكونات الأساسية انطلاقا من مصفوفة الارتباطات (تعد الطريقة الشائعة في مثل هذه الدراسات) كما استخدمنا التدوير المتعامد للمحاور Varimax و محك kaiser الذي يعتبر من أكثر المحكات شيوعا و الذي يقبل العوامل التي تزيد قيمتها الذاتية عن الواحد الصحيح. لكن قبل ذلك قمنا بالتحقق من صلاحية مصفوفة الارتباطات للتحليل العاملي ، إضافة إلى التحقق من معامل KMO لملاءمة المعاينة و اختبار Bartlett و ذلك من أجل التحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي.

جدول رقم(5-32): نتائج ملاءمة حجم العينة و مصفوفة الارتباط للتحليل العاملي

القطاع الخاص	القطاع العام	
0.810	0.733	مقياس KMO لملاءمة المعاينة
4766.005	5304.230	اختبار Bartlett كاي مربع التقريبية
406	406	درجة الحرية
0.000	0.000	مستوى المعنوية

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نتائج قيمة معامل KMO بتطبيق المقياس على كل من القطاع العام و الخاص كانت مرتفعة ، حيث

بلغت 0.733 (القطاع العام) و 0.810 (في القطاع الخاص) و هي قيمة تفوق الحد الأدنى لهذا المعامل 0.6 كما حدده Kaiser سنة 1974 - سبق الإشارة إليه في الفصل السابق - ، مما يدل على كفاية العينة موضوع الدراسة و التحليل. أما فيما يخص اختبار Bartlett لمصفوفة الارتباطات فقد كان ذو دلالة إحصائية ، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية 0.000 و التي جاءت أقل من المستوى المعتمد في هذه الدراسة 0.05 و هو يعبر عن مؤشر اختلاف مصفوفة الارتباط عن مصفوفة الوحدة. و عليه يمكن القول أن نتائج هاذين الاختبارين تؤكد صلاحية البيانات للتحليل العاملي و التي جاءت نتائجها كما يلي :

• نتائج التحليل العاملي بالتطبيق على القطاع العام

الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة قبل و بعد عملية التدوير.

جدول رقم (5-33) : نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير

المكونات المستخلصة قبل عملية التدوير			المكونات المستخلصة بعد عملية التدوير			المكونات
نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية	المجموع	نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية	المجموع	
16.084	16.084	4.664	13.545	13.545	3.928	01
14.771	30.856	4.284	12.823	26.368	3.719	02
11.630	42.486	3.373	12.066	38.434	3.499	03
9.779	52.264	2.836	10.794	49.229	3.130	04
9.320	61.584	2.703	9.813	59.042	2.846	05
6.575	68.159	1.907	9.117	68.159	2.644	06

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية و باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax أفرزت ستة مكونات تضم 29 بندا خاص بجودة الخدمة الصحية جذرها الكامن لم يتعدى

الواحد الصحيح . هذا و قد ساهمت المكونات الستة في تفسير نسبة 68.159% من التباين الكلي و هي نسبة جيدة .

أظهرت نتائج التحليل العاملي قبل عملية التدوير وجود بنيات مركبة ، أي أن بعض المتغيرات تشبعت على أكثر من مكون ، بالتالي قمنا كخطوة لاحقة بعملية التدوير للتخلص منها و الحصول على نتائج أكثر حسماً. لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة التدوير Varimax بافتراض استقلال الأبعاد. و كنتيجة لعملية التدوير ، يمكن القول أن هيكلية الأبعاد الستة المقترحة من خلال المقياس المقترح قد تأكدت ، حيث احتفظت كل الأبعاد بالبند الخاصة بها (الملحق رقم 11) ، ليتأكد بذلك الصدق العاملي للمقياس بتطبيقه على القطاع الصحي العام.

• نتائج التحليل العاملي بالتطبيق على القطاع الخاص

الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة قبل و بعد عملية التدوير.

جدول رقم (5-34) : نسب التباين الكلي المفسرة قبل و بعد عملية التدوير

المكونات	المكونات المستخلصة قبل عملية التدوير			المكونات المستخلصة بعد عملية التدوير		
	المجموع	نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية	المجموع	نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية
01	4.082	14.076	14.076	3.888	13.408	13.408
02	3.886	13.400	27.475	3.717	12.816	26.225
03	3.339	11.513	38.988	3.438	11.856	38.081
04	3.018	10.408	49.396	3.087	10.646	48.727
05	2.690	9.274	58.671	2.750	9.483	58.210
06	2.417	8.335	67.006	2.551	8.796	67.006

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

نفس نتائج تطبيق التحليل العاملي على القطاع العام نرصدها بتطبيقه على القطاع الخاص ، فقد أكدت النتائج من استخراج ستة مكونات تضم 29 بندا خاص بجودة الخدمة الصحية . حيث ساهمت المكونات الستة في تفسير نسبة 67.006% من التباين الكلي و هي نسبة جيدة أيضا . و كنتيجة لعملية التدوير (بعد ظهور بنيات مركبة قبل عملية التدوير) ، نلاحظ احتفاظ كل بعد بالبنود الخاصة به و بالتالي تأكدت هيكلية المقياس المقترح (أنظر الملحق رقم 12) ، ليتأكد بذلك الصدق العاملي للمقياس بتطبيقه على القطاع الخاص أيضا.

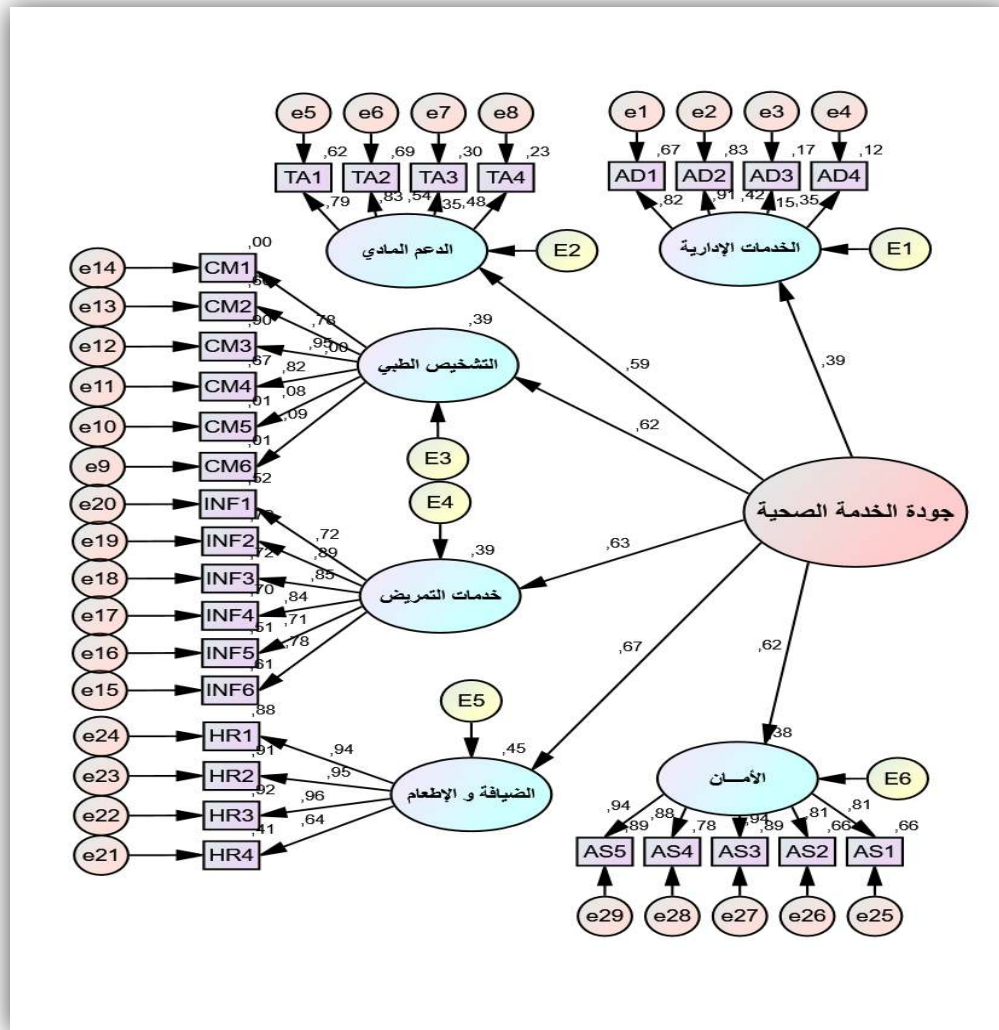
المبحث الرابع : تقدير صلاحية أداة القياس (الجزء التوكيدي من الدراسة النهائية)
بعد التحقق من مدى اعتمادية المقياس المقترح عبر إجراء جملة من الاختبارات لقياس الصدق و الثبات (بتطبيق القياس على كلا القطاعين العام و الخاص) من بينها التحليل العاملي الاستكشافي الذي أسفر عن بنية عاملية تضم ستة أبعاد لجودة الخدمة الصحية . كخطوة لاحقة سنقوم بالتحقق من مدى صلاحية المقياس و اختبار هيكليته ، تعزيزا لنتائج البنى المفاهيمية لمتغيرات الدراسة المتحصل عليها من استخدام التحليل العاملي الاستكشافي. بمعنى التأكد من مدى مطابقة نموذج القياس المقترح مع البيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة ، و هذا من خلال اللجوء إلى التحليل العاملي التوكيدي اعتمادا على أحد البرمجيات التي تساعد على إجراء هذا النوع من التحليل ألا و هو Amos.V23. تبعا لذلك سنقوم بالتأكد من صلاحية أداة القياس عبر تطبيقها على القطاع الصحي العام و ذلك باعتبار تأكيد أن نتائج التحليل العاملي الاستكشافي أفرزت نفس- نفس الأبعاد بنفس البنود دون تغيير - النتائج بتطبيق المقياس على كلا القطاعين.

المطلب الأول : نتائج التحليل العاملي التوكيدي

مرت عملية التحليل التوكيدي من خلال تطبيق المقياس على مجموعة من المستشفيات التابعة للقطاع العام على مجموعة من الخطوات -تم الإشارة إليها سابقا- تمثلت فيما يلي :

1- تحديد النموذج :

تم تصميم نموذج عاملي على ضوء النظريات و الدراسات السابقة إضافة إلى الدراسة الاستطلاعية و جملة المقابلات التي تم اجراءها مع عدد من المرضى و العاملين في القطاع الصحي. قمنا ببناء النموذج التوكيدي المقترح من أجل التحقق منه من خلال بيانات عينة الدراسة و الشكل الموالي يبين ذلك:



شكل رقم (5-5) : النموذج العاملي متعدد الأبعاد من الدرجة الثانية المقترح للدراسة

المصدر : مخرجات Amos.23

2- تعيين النموذج :

يقوم برنامج Amos بمتابعة عملية تعيين النموذج ، بمعنى حساب درجة الحرية حيث يفضل أن يكون النموذج مشبع التعيين أو متعدي التعيين من أجل أن يتابع البرنامج عمله للخطوة الموالية. تبعا لذلك، أثبتت مخرجات التحليل أن البرنامج أعطى رسالة مفادها « Minimum is Achieved »، مما يدل على أن النموذج المقترح متعدي التعيين و بالتالي قبول التحليل.

3- تقدير معلمات النموذج :

بهدف تقدير معلمات (بارامترات) النموذج المقترح ، تم استخدام طريقة الاحتمالات القصوى « ML » دون غيرها كونها الأكثر استخداما في مثل هذا النوع من الدراسات .

4- اختبار حسن المطابقة :

انطلاقا من مختلف مؤشرات المطابقة التي تم تحديد المستعملة في دراستنا سابقا و التي يمكن أن تزودنا بصورة إجمالية عن مدى مطابقة النموذج للبيانات الحقيقية ، انتظمت نتائج الاختبار في صورتها المختصرة كما يوضحها الجدول الموالي :

جدول رقم (5-35): مؤشرات المطابقة للنموذج العاملي قبل التعديل

المؤشرات *	نتيجة الاختبار	الحكم
χ^2	1328.937	غير مقبولة
Sig	0.000	غير دال
CMIN/df	3.582	مطابقة سيئة
NFI	0.812	مطابقة سيئة
RFI	0.794	مطابقة سيئة
IFI	0.857	مطابقة سيئة
TLI	0.842	مطابقة سيئة
CFI	0.856	مطابقة سيئة
RMSEA	0.089	مطابقة سيئة

المصدر : مخرجات Amos.23

* نتائج مؤشرات المطابقة بشكلها التفصيلي يعرضها الملحق رقم 15 و 16.

من الملاحظ عبر ما يعرضه الجدول أعلاه أن كل المؤشرات تشير إلى عدم وجود مطابقة جيدة للنموذج المقترح. فقد أشارت النتائج و بالأخص مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب **RMSEA** إلى وجود مطابقة سيئة ، و هو ما يؤكد عدم ملائمة البنية المقترحة (الملحق رقم 15) . لهذا الغرض قمنا باللجوء إلى جملة التعديلات التي يقترحها البرنامج و التي سنظهر نتائجها في الخطوة الموالية .

5- تعديل النموذج :

بهدف الوصول إلى مطابقة أفضل ، و من خلال اتباع مؤشرات التعديل الذي يقترحها النموذج و التي قامت في الأساس على إضافة مسارات ارتباط بين أخطاء القياس لبعض البنود ، إضافة إلى حذف بعض البنود الذي جاء معامل ارتباطها ضعيفا (البند السادس من بعد التشخيص الطبي ، البند السادس من بعد خدمات التمريض ، البند الخامس من بعد الأمان) . بعد إضافة بعض التعديلات أشارت النتائج إلى تحسن في مؤشرات المطابقة ، و الجدول الموالي يلخص تلك المؤشرات قبل و بعد عملية التعديل .

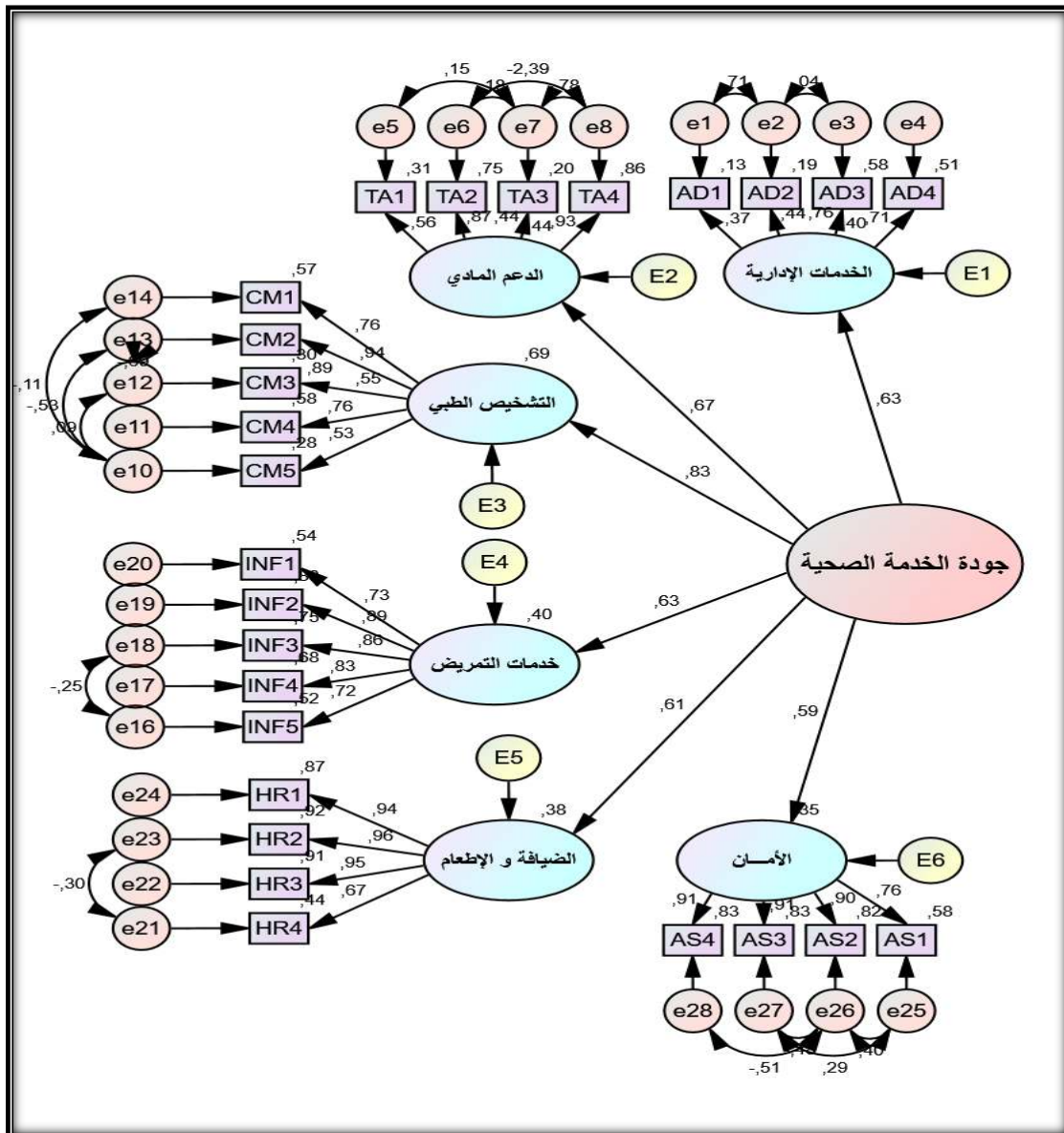
جدول رقم (5-36): مؤشرات المطابقة للنموذج العاملي قبل و بعد التعديل

النموذج	مؤشرات المطابقة*								
	RMSEA	CFI	TLI	IFI	RFI	NFI	CMIN/df	Sig	χ^2
المقترح	0.089	0.856	0.842	0.857	0.794	0.812	3.582	0.000	1328.937
المعدل	0.051	0.959	0.953	0.959	0.902	0.915	1.828	0.000	708.951
الحكم بعد التعديل	مطابقة جيدة	مطابقة ممتازة	مطابقة ممتازة	مطابقة ممتازة	مطابقة جيدة	مطابقة جيدة	مطابقة جيدة	غير دال	غير جيدة

* نتائج مؤشرات المطابقة بشكلها التفصيلي يعرضها الملحق رقم

المصدر : مخرجات Amos.23

يتبين لن من خلال مؤشرات المطابقة أن النموذج يتمتع بجودة مطابقة جيدة ، فقد تم تقدير قيمة RMSEA بـ 0.051 و هي قيمة جيدة كونها جاءت محصورة بين 0.05 و 0.08 ، كما أن قيمة CMIN/df كونها أقل من القيمة المعيارية المقدرة بـ 3 و هو ما يؤكد النتيجة السابقة. أما فيما يخص باقي مؤشرات المطابقة فقد أشارت هي الأخرى إلى جودة مطابقة النموذج المقترح ليظهر بالشكل النهائي المبين أسفله :



شكل رقم (5-6) : النموذج العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية النهائي لجودة الخدمة الصحية

المصدر : مخرجات Amos.23

المطلب الثاني : صدق و ثبات النموذج المقترح

يتضح من خلال الشكل السابق (5-6) و المتعلق بالنموذج العاملي التوكيدي النهائي لجودة الخدمة الصحية أنه قد تم قياس المتغيرات الكامنة قياسا جيدا ، حيث تراوحت قيم التشبع لكل عامل كامن بين (0.59-0.83) مما يدل على أن أغلبية المعلومات قد تم تفسيرها في النموذج النهائي . كخطوة أخيرة لابد من فحص مدى صلاحية المؤشرات السابقة و مدى كفايتها ، غالبا ما يتم استخدام مربع معالم الارتباط (قيم التشبع) للدلالة على الصدق التقاربي للمؤشرات . إضافة إلى التأكد من ثبات المقياس و الذي يتم عبر معامل ألفا كرونباخ .

فيما يلي عرض مختصر للتقديرات اللامعيارية الخاصة بنموذج جودة الخدمة الصحية .

جدول رقم (5-37) : المعاملات اللامعيارية من الدرجة الثانية لنموذج قياس جودة الخدمة

العامل الكامن	المسار	الأبعاد	التقديرات اللامعيارية	الخطأ المنتظم	قيمة t CR	مستوى الدلالة p	الارتباط r	معامل التحديد R ²	معامل ألفا كرونباخ
جودة الخدمة الصحية	<--	الدعم المادي	1	***	***	***	0.67	0.45	0.889
	<--	الخدمات الإدارية	1.337	0.327	4.089	0.000	0.63	0.40	0.852
	<--	التشخيص الطبي	2.240	0.452	4.955	0.000	0.83	0.69	0.880
	<--	خدمات التمريض	1.656	0.350	4.732	0.000	0.63	0.40	0.892
	<--	الضيافة و الاطعام	1.729	0.371	4.654	0.000	0.61	0.37	0.823
	<--	الأمان	2.110	0.455	4.639	0.000	0.59	0.35	0.802

*** لم يتم تقدير قيمة أبسبب تقييد معاملات ارتباط هذا البعد افتراضا بالواحد الصحيح كأحد متطلبات البرنامج

لإتمام عملية تقدير باقي معالم النموذج.

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات Amos.23

تبين من خلال الجدول الميبيّن أعلاه أن البعد الخاص بخدمات التشخيص الطبي قد فسر جودة الخدمة الصحية بنسبة 69% ، في حين أن لعد الدعم المادي فسرهما بنسبة 45% . تليها بعد ذلك كل من بعدي الخدمات الإدارية و خدمات التمريض اللذان فسرا جودة الخدمة الصحية بنسبة 40%. أما خدمات الضيافة و الإطعام و الأمان قد فسرها بـ 37% و 35% على التوالي .

يتضح كذلك من نفس الجدول السابق أن الارتباط بين جودة الخدمة الصحية و العوامل (الأبعاد) المكونة له كانت ذات دلالة احصائية ، حيث أن الموثوقية المركبة CR لكل الأبعاد جاءت أكبر من 0.6 ، ما يؤكد ذلك قيمة مستوى الدلالة التي جاءت 0.000 لكل الأبعاد و هي أقل من مستوى المعنوية المعتمدة في الدراسة 0.05. و هو ما يدل على مدى الصدق التقاربي للنموذج و بالتالي اعتماديته في قياس جودة الخدمة الصحية . هذا و من جهة أخرى تمكنا من الحكم على مدى ثبات المقياس عبر تقدير قيم معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من الأبعاد الستة و التي تجاوزت كلها الحد الأدنى المقبول به و المحدد بـ 0.7 . بالتالي يمكن الجزم بمدى صلاحية النموذج لعملية قياس جودة الخدمة الصحية .

المطلب الثالث : مناقشة النتائج و الإجابة على الفرضية

بعد ما تم عرض مختلف النتائج التي تحصلت عليها الدراسة ، عملنا على مناقشتها بهدف الإجابة عن الفرضية الأساسية المخصصة لهذا الفصل و ذلك وفق كل خطوة من المنهجية المتبعة لذلك .

1- مناقشة النتائج المتعلقة بالمرحلة الاستكشافية :

أسفرت نتائج الدراسة الكيفية عن النموذج الأولي للدراسة و الذي ضم ستة أبعاد (تضم 33 بنداً) تعبر عن جودة الخدمة الصحية في الجزائر و تجمع بين القطاعين العام و الخاص و المتمثلة في (الدعم المادي ، الخدمات الادارية ، التشخيص الطبي ، خدمات التمريض، الضيافة و الإطعام ، الأمان) ؛

أظهرت نتائج الدراسة الكمية الأولية و التي شملت جمع البيانات الأولية و تنقية المقياس بتطبيقه على القطاع الصحي العام عن ما يلي :

- اتسمت المقاييس (الأبعاد) الستة المكونة للنموذج الأولي الخاص بجودة الخدمة الصحية

بثبات جيد حيث تراوحت قيمة معامل ألفا كرونباخ بين 0.768 و 0.884 ؛

- تم حذف البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية و المتعلق باللطف و اللباقة أثناء التعامل

مع المرضى ، لترتفع بذلك قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل إلى 0.853 بعد ما

كانت 0.850 قبل حذف البند ، و هو ما يدل على أن المرضى لا يولون اهتماما بطريقة

معاملة موظفي الإدارة بقدر ما يهتمون بسرعة الاستجابة لمتطلباتهم ؛

- أفرزت نتائج التحليل العاملي قبل عملية التدوير و حذف البنات المركبة عن سبعة

مكونات أو عوامل تضم 32 بندا خاصا بجودة الخدمة الصحية تفسر نسبة 64.629%

من التباين الكلي .

- أظهرت نتائج التحليل العاملي بعد عملية التدوير عن هيكلية جيدة للأبعاد الستة المقترحة

، حيث احتفظت كل الأبعاد بالبنود الخاصة بها إلا بعد الضيافة و الإطعام الذي انقسم

إلى بعدين ، و تم استبعاد البندين الثاني المتعلق باحتواء الغرفة أو المصلحة على حمام

ملئم صحي و نظيف، و البند الرابع المتعلق بحرص إدارة المؤسسة الصحية على توفير

الراحة و الهدوء للمرضى ليصبح بذلك عدد الأبعاد سبعة بدل خمسة أبعاد .

أظهرت نتائج الدراسة الكمية الأولية أيضا و التي شملت جمع البيانات الأولية و تنقية المقياس

بتطبيقه على القطاع الصحي الخاص عن ما يلي :

- بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل 0.781 و هي قيمة تعبر عن قدر جيد من الثبات . كما اتسمت المقاييس الستة المكونة لمقياس جودة الخدمة الصحية المقترح بثبات جيد ، حي تراوحت قيمة معامل ألفا كرونباخ بين 0.736 و 0.892 .
 - أظهرت نتائج الانسجام الداخلي عن ضرورة استبعاد البند الخامس الخاص بالخدمات الإدارية ، و هي نفس النتيجة المتوصل اليها بتطبيق المقياس في القطاع الصحي العام ؛
 - بعد سحب البند الخامس المشار اليه سابق ارتفعت قيمة معامل ألفا كرونباخ الاجمالية إلى 0.784 و هو ما يؤكد عدم اهتمام المرضى لهذا البند أو بسبب عدم تعامل المرضى مباشرة مع موظفي الإدارة ؛
 - أسفرت نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية عن سبعة مكونات أيضا ، تضم في مجملها 32 بندا تفسر 60.983% من التباين الكلي ؛
 - بعد القيام بعملية التدوير و حذف البنيات المركبة (البند السابع من بعد الضيافة و الإطعام و المتعلق بتقديم وجبات وفق الحالة الصحية للمريض) و إعادة التدوير تغير عدد العوامل من سبعة إلى ستة عوامل ، و هي نفسها الأبعاد الستة المقترحة ، حيث احتفظ كل عامل أو بعد بالبنود الخاصة به بالتالي تأكيد هيكلية الأبعاد الستة ؛
- من أجل الربط بين نتائج تطبيق المقياس على القطاعين ، قمنا بمقارنة نتائج تنقية المقياس الأولي بتطبيقه على كل من القطاعين العام و الخاص ، حيث اتضح لنا أن نتائج قياس الثبات اشتركت فيما يخص استبعاد البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية و المتعلق بمدى تحلي الطاقم الإداري باللف و اللباقة أثناء التعامل مع المرضى . أضف إلى ذلك فإن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن استبعاد بعض البنود الخاصة ببعد الضيافة و الإطعام (البند الثالث و الرابع بتطبيق المقياس

على القطاع العام ، و البند السابع بتطبيقه على القطاع الخاص) -تمت الإشارة اليه سابقا- في حين تبقت باقي الأبعاد على حالها دون إضافة أو حذف أي بند .

لهذا الغرض و لأسباب عملية خاصة أساسا بطول الاستبانة ، ارتأينا أنه من الأفضل استبعاد البنود الثلاثة (2 و 4 و 7) و إدماجها مع البنود التي تتقارب و إياها في المفهوم حتى يتسنى لنا توحيد المقياس و استعماله لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص ، ليصبح بذلك العدد النهائي لبنود المقياس 29 بندا محتواة ضمن ستة أبعاد ، حيث قمنا بـ :

- استبعاد البند السابع الخاص بتقديم الوجبات الصحية و إعادة صياغة البند السادس حتى يتضمن البند السابع كون كلا البندين يقيسان نفس المفهوم (الإطعام) ؛
- دمج البند الثاني مع البند الأول ليقاس بذلك مدى توفر الغرفة على وسائل الراحة من أثاث ، مبرد ، مدفئة ، حمام صحي ؛
- استبعاد البند الرابع و المتعلق بمدى توفير الراحة و الهدوء للمرضى ، إذ ارتأينا أنه و من خلال التحليل العاملي أن نسبة تشبع المكون (البعد أو العامل) بهذا البند كانت ضمن المستوى المقبول نوعا ما و قريبة من الحد الأدنى المقبول به 0.4 .

2- مناقشة النتائج المتعلقة بالمرحلة التوكيدية :

في خطوة لاحقة و من خلال الدراسة الكمية النهائية (المرحلة التوكيدية من الدراسة) قمنا بإعادة جمع البيانات الأولية بهدف استكمال الدراسة و تقدير مدى اعتمادية المقياس و صلاحيته لعملية القياس و بالتالي التأكد من مدى مطابقة النماذج القياسية للنموذج المقترح . أفرزت نتائج هذه الخطوة بعد تطبيق المقياس في القطاع الصحي بشقيه العام و الخاص عن ما يلي :

- أظهرت نتائج معامل الارتباط عن درجة جيدة من الانسجام الداخلي و بالتالي تأكد صدق البناء التكويني للمقياس ؛

- أسفرت نتائج معامل ألفا كرونباخ عن قدر جيد من الثبات ، حيث قدرت قيمته بـ 0.720

في القطاع الصحي العام و 0.735 في القطاع الصحي الخاص ؛

- أكدت نتائج التحليل العاملي بعد عملية التدوير النتائج السابقة ، حيث أفرز عن ستة

عوامل و هي نفسها الأبعاد المقترحة ، احتفظت كلها بالبند الخاصة بها ، بالتالي تأكيد

هيكلية المقياس المقترح ليتأكد بذلك الصدق العاملي للمقياس ؛

- بينت نتائج التحليل العاملي التوكيدي عن مدى صلاحية أداة القياس المقترحة بعد تعديله ،

التي تم من خلالها استبعاد بعض البنود التي جاء معامل ارتباطها ضعيفا (البند السادس

من بعد التشخيص الطبي و المتعلق بتمتع موظفي مخابر التحليل و الأشعة بالمهارة في

أداء مهامهم ، و البند السادس من بعد خدمات التمريض الخاص بتفهم الممرضين

للحاجات الشخصية للمرضى دون التصريح بها ، و البند الخامس من بعد الأمان و الذي

يتضمن حرص الإدارة على أن يؤدي جميع الفاعلين واجباتهم بفعالية) ؛

- أظهرت مؤشرات المطابقة أن النموذج يتمتع بمطابقة جيدة (بعد تعديله) بالتالي صلاحية و

جودة النموذج العاملي المقترح لعملية قياس جودة الخدمة الصحية .

كل هذه النتائج قادتنا لقبول الفرضية الخامسة و التي تنص على : "ينطوي مفهوم جودة الخدمة

الصحية في الجزائر على بنية عاملية سداسية الأبعاد مجسدة في كل من: الدليل المادي،

الخدمات الادارية، التشخيص الطبي، خدمات التمريض، الضيافة و الإطعام ، الأمان " . بالتالي

الإجابة عن السؤال الفرعي الذي يقابلها و الإشكالية الرئيسية للدراسة .

خلاصة الفصل :

أثبتت نتائج دراستنا السابقة (الفصل الرابع) عن عدم هيكلية النماذج الجاهزة - من بينها نموذج الجودة Servqual بأبعاده الخمسة - بتطبيقها على القطاع الصحي الجزائري . لهذا الغرض ، أظهرت لنا الحاجة لتطوير نموذج قياس خاص مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات القطاع المدروس و خصوصيات البيئة ، الثقافة و مستوى النمو في تحديد الأبعاد الحقيقية لجودة الخدمة الصحية في الجزائر .

باتباع منهجية Churchill التي تعتبر من أهم المرجعيات في بناء أدوات القياس . استهلينا دراستنا بدراسة كيفية و التي تمثلت في مجموعة من المقابلات الغير مهيكلة مع عدد من المرضى و العاملين بالقطاع ضمن المؤسسات الصحية قيد الدراسة و التي ترجمت عمليا بصياغة بنود الاستبانة الأولية التي استخدمت لجمع البيانات الأولية مما سمح لنا بتتقية المقياس و تقليص عدد بنوده بما يتناسب و الانسجام الداخلي للأداة . تم توزيع الاستبانة على المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية قيد الدراسة بعد تنقيتها لجمع البيانات الخاصة بالدراسة الكمية النهائية ، التي أفرزت هيكلية سداسية الأبعاد تختلف عن هيكلية نموذج جودة الخدمة الخماسية الشهيرة ، تمثلت في : بعد الدعم المادي بأربع بنود ، بعد الخدمات الإدارية بأربعة بنود ، بعد خدمات التشخيص الطبي بخمسة بنود ، بعد خدمات التمريض بخمسة بنود ، بعد الضيافة و الإطعام بأربع بنود و بعد الأمان بأربعة بنود .

تم اختبار مدى مطابقة النموذج باستخدام مجموعة من مؤشرات المطابقة ، إضافة إلى التأكد من مدى صدق و ثبات أداة القياس ، بالتالي التأكد من اعتمادية الأداة لقياس جودة الخدمة الصحية في الجزائر .

الخاتمة

أولا . توطئة :

طالما كانت المؤسسات الصحية عامة كانت أو خاصة تعمل في بيئة ديناميكية هدفها البقاء و الاستمرار ، تحقيقا للأهداف المخطط لها ، استوجب عليها التعامل مع مختلف شرائح المجتمع . تحقيق هذا المبتغى لا يتحقق إلا بفعل مخطط مبرمج وفق أسس علمية تتوافق و مدى حساسية و دقة الخدمات المقدمة في هذا المجال . لذا كان لزاما على المؤسسات الصحية توفير خدمات ذات نوعية جيدة و التي أصبحت تعتبر من أكبر التحديات التي يواجهها القائمون على إدارة هذه المؤسسات . ففي ظل هذه التحديات ، ظهرت الحاجة الملحة إلى قياس و تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية لما لها من أهمية في متابعة مدى تحقيق الأهداف المسطرة و تقديم مؤشرات لقياس الأداء بمقارنة ما يتوقعه المريض و ما تحقق فعل ، و هذا من خلال مجموعة من الأبعاد التي جادت بها أشهر النماذج العالمية أهمها نموذج الجودة أو ما يعرف بنموذج الفجوات Servqual. إل أن الجدل القائم هنا يدور حول أبعاد الجودة في مختلف القطاعات الخدمية و خاصة الصحية و ذلك لاختلاف السياق الثقافي و البيئي و مستوى النمو . فقلت الاجتهادات في الدول النامية أدى بها إلى الاستعانة بنتائج الدراسات الجاهزة و المنجزة في البلدان الصناعية و هو الأمر الذي يؤدي إلى الوقوع في جملة من أخطاء التقييم . بالتالي غموض مكان الضعف التي تحتاج إلى التحسين .

من خلال هذه المساحة العلمية سنحاول تلخيص النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة التحليلية و الإجابة على الفرضيات و الإشكالية الرئيسية كما سنحاول ربط أجزاء الدراسة و رسم صورة شاملة لنختم في الأخير برسم الحدود و الأفاق التي يفتحها .

ثانيا . نتائج الدراسة :

من خلال عرض متغيرات الدراسة و تحليل إجابات المرضى ، توصلنا إلى جملة من النتائج التي على ضوءها قمنا بإثبات صحة الفرضيات و الإجابة عن الإشكالية و التساؤلات الفرعية المشتقة منها و ذلك بتقسيم دراستنا إلى مرحلتين كما يلي :

1- نتائج المرحلة الأولى من الدراسة :

قمنا من خلال هذه المرحلة باختبار صلاحية الأبعاد الخمسة (RATER) (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) لقياس جودة الخدمة في القطاع الصحي الجزائري بشقيه العام و الخاص . نتائج هذه الدراسة تجسدت فيما يلي :

- أظهرت الدراسة أن أبعاد جودة الخدمة الشهيرة (بعد تعديلها) في القطاع الصحي العام تتمتع بقدر جيد من الانسجام الداخلي ، حيث تراوحت قيم ألفا كرونباخ بين 0.711 و 0.878 ؛
- أظهرت مصفوفة الارتباطات وجود بعض البنود الشاذة التي يمكن استبعادها ، بالتالي تم سحب البند الثالث من بعد الاعتمادية ؛
- بينت نتائج اختبار ألفا كرونباخ بتطبيق المقياس على القطاع الصحي الخاص عن قدر جيد من الثبات حيث قدر بـ 0.855 ؛
- كشفت مصفوفة الارتباطات عن عدم انسجام كل من بعد الملموسية ، الأمان و التعاطف ، حيث تأكد ذلك من خلال الحصول على بنود شاذة استدعى الأمر إلى سحبها ؛
- نتائج التحليل العاملي أعطت هيكلية مختلفة عن هيكلية المقياس المعدل و المستخدم في الدراسة . حيث أفرزت ثلاثة عوامل في القطاع الصحي العام ل تتطابق بنودها مع الأبعاد الخمسة الشهيرة ، في حين نتج عن نفس التحليل بتطبيق المقياس في القطاع الصحي الخاص أربع أبعاد أو عوامل؛
- أظهرت النتائج أيضا أن كل عامل مستخلص استجمع بنوده من البنود التابعة للأبعاد الأخرى مما

يثبت عدم صدقية المقياس التقاربية (التي اختبرت بقوة تحميل بنود البعد على نفس العامل) و عدم

صدقته التمايزية (انفراد كل بعد من الأبعاد بالعامل الخاص بها)

• أكدت نتائج التحليل الوصفي أن المستوى العام لجودة الخدمة الصحية في كل من القطاعين العام

و الخاص ، قبل و بعد تنقية المقياس كان عاليا ؛

• جاءت المتوسطات الحسابية للأبعاد مجتمعة ضمن درجة الموافقة العالية . بالرغم من ذلك إلا أن

نفس النتائج أظهرت تفاوتاً في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية حسب كل بعد من أبعاد جودة

الخدمة الصحية؛

• وقع كل من بعد الملموسية و الاعتمادية ضمن درجة الموافقة المتوسطة ، عكس الأبعاد الأخرى

التي كانت ضمن درجة الموافقة العالية ، هذا بالنسبة للقطاع العام ؛

• أما بالنسبة للقطاع الخاص ، فقد سجل كل من بعدي الاعتمادية و التعاطف تجاوباً متواضعاً من

قبل المرضى ، أما باقي الأبعاد فقد وقعت ضمن درجة الموافقة العالية .

• أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA قبل تنقية المقياس وجود فروق ذات دلالة احصائية

في المستوى العام لجودة الخدمة الصحية يعزى لكل من متغير "مدة المكوث في المستشفى ،

المصلحة و المستشفى التي يعالج فيها المريض " ، هذا بالنسبة للقطاع العام ، في حين تم تسجيل

فروق ذات دلالة احصائية في اتجاهات المرضى نحو تحديد المستوى العام لجودة الخدمة الصحية

في القطاع الخاص تعزى لمتغير العيادة فقط ؛

• أسفرت نتائج التحليل بعد تنقية المقياس عن وجود فروق ذات دلالة احصائية في تحديد المستوى

العام لجودة الخدمة الصحية يعزى للمتغيرات الديمغرافية في القطاع العام و قد خصت نفس

المتغيرات قبل تنقية المقياس (المدة ، المصلحة ، المستشفى) ؛

• بالنسبة لنتائج تحليل التباين الأحادي في القطاع الخاص بعد تنقية المقياس ، تبين أن متغيري

المصلحة و العيادة التي يعالج فيها المريض كان لهما أثر في تحديد اتجاهات المرضى نحو تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية ؛

- لم يكن هناك اختلاف في نتائج تحليل التباين الأحادي قبل و بعد تنقية المقياس في القطاع العام ، في حين اختلفت النتائج نسبيا بالنسبة للقطاع الخاص .

2- نتائج المرحلة الثانية من الدراسة التطبيقية :

أكدت نتائج الدراسة السابقة عدم ملائمة الأبعاد الخمسة الشهيرة RATER لقياس جودة الخدمة الصحية في الجزائر بالرغم من العمل على تعديلها بما يناسب الثقافة و البيئة المحلية ، بالتالي فإن الطعن في تعميم الأبعاد الخمسة الشهيرة عبر قطاعات و دول مختلفة الثقافات و المستويات التنموية فتح لنا آفاقا لبناء و تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر . نتائج هذه الدراسة جاءت كما يلي :

- أسفرت نتائج الدراسة الكيفية عن النموذج الأولي للدراسة و الذي ضم ستة أبعاد (تضم 33 بندا) تعبر عن جودة الخدمة الصحية في الجزائر و تجمع بين القطاعين العام و الخاص و المتمثلة في (الدعم المادي ، الخدمات الادارية ، التشخيص الطبي ، خدمات التمريض، الضيافة و الإطعام ، الأمان) ؛

- اتسمت المقاييس (الأبعاد) الستة المكونة للنموذج الأولي الخاص بجودة الخدمة الصحية بثبات جيد حيث تراوحت قيمة معامل ألفا كرونباخ بين 0.768 و 0.884 ؛
- تم حذف البند الخامس من بعد الخدمات الإدارية و المتعلق باللفظ و اللباقة أثناء التعامل مع المرضى ، لترتفع بذلك قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل إلى 0.853 بعد ما كانت 0.850 قبل حذف البند ؛

- أظهرت نتائج التحليل العاملي بعد عملية التدوير عن هيكلية جيدة للأبعاد الستة المقترحة ؛

- احتفظت كل الأبعاد بالبنود الخاصة بها إلا بعد الضيافة و الإطعام الذي انقسم إلى بعدين ، و تم استبعاد البندين الثاني المتعلق باحتواء الغرفة أو المصلحة على حمام ملائم صحي و نظيف، و البند الرابع المتعلق بحرص إدارة المؤسسة الصحية على توفير الراحة و الهدوء للمرضى ليصبح بذلك عدد الأبعاد سبعة بدل خمسة أبعاد .
- أظهرت نتائج الدراسة الكمية الأولية و التي شملت جمع البيانات الأولية و تنقية المقياس بتطبيقه على القطاع الصحي الخاص عن ما يلي :
- بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل 0.781 و هي قيمة تعبر عن قدر جيد من الثبات . كما اتسمت المقاييس الستة المكونة لمقياس جودة الخدمة الصحية المقترح بثبات جيد ، حي تراوحت قيمة معامل ألفا كرونباخ بين 0.736 و 0.892 ؛
- أظهرت نتائج الانسجام الداخلي عن ضرورة استبعاد البند الخامس الخاص بالخدمات الإدارية ، و هي نفس النتيجة المتوصل اليها بتطبيق المقياس في القطاع الصحي العام ؛
- أسفرت نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية عن سبعة مكونات أيضا ، تضم في مجملها 32 بندا تفسر 60.983% من التباين الكلي ؛
- بعد القيام بعملية التدوير و حذف البنات المركبة و إعادة التدوير تغير عدد العوامل من سبعة إلى ستة عوامل ، و هي نفسها الأبعاد الستة المقترحة ، حيث احتفظ كل عامل أو بعد بالبنود الخاصة به بالتالي تأكيد هيكلية الأبعاد الستة ؛
- لأسباب عملية خاصة أساسا بطول الاستبانة ، ارتأينا أنه من الأفضل استبعاد البنود الثلاثة (2 و 4 و 7) و إدماجها مع البنود التي تتقارب و إيائها في المفهوم حتى يتسنى لنا توحيد المقياس و استعماله لقياس جودة الخدمة الصحية في القطاعين العام و الخاص ، ليصبح بذلك العدد النهائي لبنود المقياس 29 بندا محتواة ضمن ستة أبعاد ؛

في خطوة لاحقة و من خلال الدراسة الكمية النهائية (المرحلة التوكيدية من الدراسة) قمنا بإعادة جمع البيانات الأولية بهدف استكمال الدراسة و تقدير مدى اعتمادية المقياس و صلاحيته لعملية القياس و بالتالي التأكد من مدى مطابقة النماذج القياسية للنموذج المقترح . أفرزت نتائج هذه الخطوة بعد تطبيق المقياس في القطاع الصحي بشقيه العام و الخاص عن ما يلي :

- نسبة المستجوبين الإناث في القطاعين العام و الخاص كانت أكبر من نسبة الذكور ، حيث بلغت 66.97% و 68.08% من الاناث مقابل 33.03% و 31.92% من الذكور؛
- قدرت فئة المستجوبين الذي تتراوح أعمارهم بين 26 و 40 سنة 41.05% في القطاع العام و 41.04% في القطاع الخاص، تليها بعد ذلك الفئة التي تراوحت أعمارهم بين 41 و 60 سنة و ذلك بنسبة 36.42% و 32.90% ؛
- بلغت نسبة الفئة المتزوجة أعلى نسبة من المستجوبين في كلا القطاعين حيث قدرت بـ 75.62% و 69.71% على التوالي ؛
- أغلبية أفراد عينة الدراسة في القطاع العام كانوا دون مستوى بنسبة بلغت 33.64%، أما في القطاع الخاص فقد تقاربت نسب المستجوبين بين عديمي المستوى و المتوسط و الثانوي ، حيث تراوحت هذه النسب بين 24.43% و 28.01% ؛
- أغلبية المستجوبين من ذوي الأمراض المزمنة بنسبة بلغت 65.12% في القطاع العام و 60.26% في القطاع الخاص ؛
- تم تسجيل أعلى نسبة من المستجوبين في كل من القطاعين العام و الخاص ضمن مصلحة النساء و التوليد ، حيث بلغت هذه النسبة في القطاعين على التوالي 39.25% و 42.16% في حين توزع البقية على بقية المصالح بنسب متفاوتة نسبيا.
- أظهرت نتائج معامل الارتباط عن درجة جيدة من الانسجام الداخلي و بالتالي تأكد صدق البناء

التكويني للمقياس ؛

- أسفرت نتائج معامل ألفا كرونباخ عن قدر جيد من الثبات ، حيث قدرت قيمته بـ 0.720 في

القطاع الصحي العام و 0.735 في القطاع الصحي الخاص ؛

- أكدت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي بعد عملية التدوير النتائج السابقة ، حيث أفرز عن ستة

عوامل و هي نفسها الأبعاد المقترحة ، احتفظت كلها بالبنود الخاصة بها ، بالتالي تأكيد هيكلية

المقياس المقترح ليتأكد بذلك الصدق العاملي للمقياس ؛

- بينت نتائج التحليل العاملي التوكيدي عن مدى صلاحية أداة القياس المقترحة بعد تعديله ، التي تم

من خلالها استبعاد بعض البنود التي جاء معامل ارتباطها ضعيفا (البند السادس من بعد

التشخيص الطبي و المتعلق بتمتع موظفي مخابر التحليل و الأشعة بالمهارة في أداء مهامهم ، و

البند السادس من بعد خدمات التمريض الخاص بتقهم الممرضين للحاجات الشخصية للمرضى

دون التصريح بها ، و البند الخامس من بعد الأمان و الذي يتضمن حرص الإدارة على أن يؤدي

جميع الفاعلين واجباتهم بفعالية) ؛

- أظهرت مؤشرات المطابقة أن النموذج يتمتع بمطابقة جيدة (بعد تعديله) بالتالي صلاحية و جودة

النموذج العاملي المقترح لعملية قياس جودة الخدمة الصحية .

ثالثا . توصيات و اقتراحات عملية :

انطلاقا من الدراسة النظرية ، وصولا إلى تحليل بيانات الدراسة التطبيقية و الحصول على النتائج

المرغوب بها ، يمكن أن نقترح ما يلي :

- استخدام الأداة المقترحة بهدف تتبع تطور الجودة عبر الزمن و نتائج الجهود المبذولة بهدف

تحسينها ؛

- الاستعانة بالأداة لقياس جودة الخدمة الصحية في مختلف الولايات و إجراء المقارنة بين النتائج

المتحصل عليها بهدف البحث عن مكامن الضعف و إحداث التوازن الجهوي في إطار تقديم

الخدمات الصحية (مستشفيات ، عيادات ، أطباء ، أدوية ...) ؛

- تقسيم الأداة إلى مقاييس فرعية (الأبعاد) و الاستفادة من صياغة الاستراتيجية المناسبة لعملية

تحسين الجودة ، فمتطلبات التحسين في كل بعد تختلف عن متطلبات الأبعاد الأخرى ؛

- ضرورة دعم المؤسسات الصحية بالبرامج و الأنظمة المعلوماتية المتطورة بهدف جمع البيانات

اللازمة لعملية التقييم و التحسين ، و العمل على انشاء خلية للجودة في المؤسسة الصحية و تفعيل

أنشطة الرقابة المستمرة بها ؛

- الاستعانة بالأداة المقترحة لقياس مستوى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية و الكشف عن

مكامن الضعف في تقديم هذه الخدمات ، بالتالي تبني التوجهات العلمية الحديثة و الأساليب

الإدارية المتطورة بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية ؛

- على المؤسسات الصحية السعي نحو تصميم خدمات صحية تتوافق و توقعات و رغبات المرضى

وصولاً إلى تحقيق أقصى رضا لديه ؛

- العمل على التقليل من الاختلافات في الممارسة الطبية و تقليل الأخطاء الطبية ؛

- تحديث الجوانب المادية الملموسة في المؤسسات الصحية لما لها من أهمية في تحديد اتجاهات

المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الصحية ؛

- ضرورة القيام بالقياس بصفة دورية للمستوى الذي وصلت له المؤسسة الصحية في تحقيق رغبات

المرضى من خدمات مقدمة ، خاصة في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام و عدم التهرب

من النتائج بحجة أن المستفيد من الخدمة العمومية ليس له بديل، بالتالي فهو مجبر لتقبل مستوى

جودة الخدمة المقدمة له ؛

- ضرورة تكاثف الجهود (وزارة الصحة ، مديرية الصحة ، إدارة المستشفى) سعياً لتحقيق الأهداف

المسطرة ، أهمها تحقيق الجودة في تقديم الخدمة الصحية سعيا لتحقيق رضا المريض.

- ضرورة الاهتمام بكافة أبعاد تقديم الخدمة الصحية دون التقليل من أهمية أي بعد .

رابعاً . آفاق البحث :

مثلاً مثل أي دراسة ، لا يمكن الجزم بشمولية و خلو الدراسة الحالية من النقائص . بالرغم من هذا إل أن دراستنا هذه ساعدت بشكل جلي على تحديد أبعاد و مضامين هامة لواضعي السياسات و البرامج . و عليه فإن اجراء دراستنا قد يفتح المجال لتطلعات مستقبلية يمكن إدراج أهمها فيما يلي :

- إجراء المزيد من الاختبارات البسيكومترية على الأداة المقترحة عبر دراسات أكبر حجماً ، و في بيئات خاصة (كتطبيق المقياس على المؤسسات الصحية في الجنوب الجزائري) أو على بلدان عربية أخرى ، أو دول نامية التي تتقارب في خصائصها مع البيئة الجزائرية ؛
- استخدام الأداة المقترحة في قياس توقعات و إدراكات المرضى و الكشف عن الفجوات و العمل على سدها و وضع سياسات التحسين المناسبة ؛
- ترجمة بنود الأداة إلى لغة أجنبية (الفرنسية) قبل إعداد الدراسة الميدانية خاصة في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص كون بعض المرضى لا يجيدون اللغة العربية ؛
- إعادة نفس الدراسة مع أطراف أخرى تم الاستغناء عنها خلال هذه الدراسة و التي لها علاقة قوية بالموضوع ، كاستجواب الطاقم الطبي و الشبه طبي و الإداري ؛
- تطوير نموذج قياس خاص بقياس مستوى جودة الخدمة الصحية في كل قطاع ، بمعنى فصل القطاعين العام و الخاص و إدخال عنصر التكلفة كونه الفارق الأساسي الذي يحدد توجه المريض نحو أي من القطاعين ؛
- استخدام الأداة لقياس جودة الخدمة الصحية في فترات الذروة (ذروة الطلب على الخدمة الصحية)

و مقارنة نتائجها في الحالات العادية للطلب ؛

- القيام بدراسة مقارنة لنتائج قياس جودة الخدمة الصحية قبل و بعد القيام بعملية التحسين و معالجة
مكامن الضعف ؛
- بناء نموذج يحوي متغيرات تابعة كالرضا و الولاء ، أو متغيرات وسيطية كالمتغيرات الديمغرافية و
السلوك الشرائي للمستهلك ، أو متغيرات تفاعلية كاحتفاظ المؤسسات الصحية .

قائمة المراجع

أولاً- المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم طلعت الدمرداش : اقتصاديات الخدمات الصحية ، مكتبة القدس، الطبعة الثانية ، مصر ، 2006 .
2. أحمد بن عبد الرحمن الشميمري : جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة ، المجلد 41 ، العدد 2 ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، يوليو، 2001 .
3. أحمد بن عشاوي : إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية ، مجلة الباحث العدد 4، كلية الحقوق و العلوم الاقتصادية ، جامعة ورقلة ، 2006 .
4. أحمد بوزيان تيغزة : اختبار صحة البنية العالمية للمتغيرات الكامنة في البحوث منحنى التحليل و التحقق ، بحث علمي محكم ، مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، 2011 .
5. أحمد عبد الخالق : الأبعاد الأساسية للشخصية ،دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 1994 .
6. أحمد عبد الله الرشدي : استخدام إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى جودة الخدمة التعليمية في الجامعات اليمنية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص إدارة أعمال ، قسم علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2009 .
7. أحمد يونس السبعائي : اختبار نموذج قياس لجودة تصميم نظام المعلومات الإدارية باستخدام التحليل العالمي التوكيدي ، الخطوات التفصيلي في إطار دراسة تطبيقية ، مجلة المثني للعلوم الإدارية و الاقتصادية ، المجلد 9 ، العدد 2 ، جامعة المثني ، 2019 .
8. إدريس ثابت عبد الرحمن : بحوث التسويق : أساليب القياس و التحليل و اختبار الفروض ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع ، الاسكندرية ، مصر ، 2002 .
9. أزمو رشيد ، علي دحمان محمد : تقييم الانفاق الصحي بالجزائر من خلال مؤشرات أهداف الألفية -دراسة تحليلية قياسية- ، مجلة التنمية و الاستشراف للبحوث و الدراسات ، المجلد 03 ، العدد 04 ، جوان 2018 .
10. أزهار نعمة أبو غنيم: قياس جودة خدمات التعليم العالي في جامعة الكوفة من وجهة نظر المستفيدين ،دراسة تطبيقية في كلية الآداب ، مجلة الكلية الاسلامية الجامعة ، العدد 14، النجف الأشرف ، 2012.

- 11.أسامة الفراج : تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية ، المجلد 25 العدد 2 ، 2009 .
- 12.أسامة عبد الحليم مصطفى : تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية و اثاره الاقتصادية ، مجلة البحوث التجارية ، المجلد 22 ، العدد 2 ، كلية التجارة ، جامعة الزقازيق، مصر ، 2000 .
- 13.اقبال ابراهيم مخلوف : الرعاية الطبية و الصحية و رعاية المعوقين ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، دون ذكر سنة النشر .
- 14.اقبال ابراهيم مخلوف : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية -اتجاهات و تطبيقات- ، دار المعرفة ، الاسكندرية، مصر ، 1991 .
- 15.أكرم أحمد الطويل و آخرون: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية ،دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الادارية و الاقتصادية، المجلد 6، العدد 19 ، جامعة تكريت، 2010 .
- 16.إلهام يحيوي ، ليلي بوحديد : تقييم جودة الخدمات الصحية و مستوى رضا الزبائن عنها (دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة) ، مجلة الباحث ، العدد 14 ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، 2014 .
- 17.أميرة منصور يوسف : المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية، مصر ، 1999 .
- 18.أميرة منصور يوسف علي : المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1999 .
- 19.أمين عبد العزيز حسن : الطلب على الخدمة الصحية و نظم تسويقها ، مجلة الادارة ، اتحاد جمعيات التنمية الادارية ، المجلد 25 ، العدد 3 ، القاهرة ، 1993
- 20.أنساعد رضوان : أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية.مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال ، المجلد 01 ، العدد 01 ، جوان 2015 .
- 21.أوشن ريمة : إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية-دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري - ، أطروحة دكتوراه تخصص تسيير المنظمات ، قسم علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة باتنة 1 ، 2018
- 22.إيمان العباسي : تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات

23. باركة محمد الزين ، خلاصي عبد الإله : ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر ، تطورها، أسبابها و متطلبات ترشيدها ،المجلة الجزائرية للمالية العامة ، العدد 07 ، 2017 .
24. بديسي فهيمة : تفعيل مدخل النظم لتحقيق الجودة الشاملة ، دراسة تطبيقية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، جامعة منتوري -قسنطينة ، 2006 .
25. بديسي فهيمة ، زويوش بلال : جودة الخدمات الصحية -الخصائص ، الأبعاد و المؤشرات - ، مجلة الاقتصاد و المجتمع ، جامعة قسنطينة 2 ، العدد 7 ، 2011 .
26. بديسي فهيمة، زويوش بلال: جودة الخدمات الصحية:الخصائص، الأبعاد و المؤشرات، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري ، قسنطينة ، يومي 10-11 ماي 2011 .
27. بريس عبد القادر :جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك ، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، العدد 3، ديسمبر 2005 .
28. بشرى عبد إبراهيم : قياس جودة الخدمات الصحية -دراسة استطلاعية في مستشفى ابن بلدي للنسائية و الأطفال ، مجلة الكرت للعلوم الاقتصادية و الادارية ، العدد 16 ، جامعة واسط ، العراق ، 2014 .
29. بشير عابد : دراسة تحليلية تقييمية لبرامج التنمية الاقتصادية في الجزائر لفترة 2001-2014 ،مجلة الاقتصاد و الإحصاء التطبيقي، المجلد 13 ، العدد 02 ، 2016 .
30. بقاش وليد ، بلواضح فاتح : خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر و أثره على جودة الخدمات الصحية ،مجلة المشكاة في الاقتصاد التنمية و القانون، المجلد 05 ، العدد 09 ، 2019.
31. بن صافي عبد الرحمن : دراسة تقييمية لطرق تقدير صدق و ثبات أدوات جمع المعطيات في أطروحات دكتوراه علم النفس و علوم التربية بجامعة الجزائر 2، أطروحة دكتوراه ، تخصص القياس النفسي و تحليل المعطيات ، شعبة علوم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة عبد الحميد بن باديس ، مستغانم ، 2016-2017 .
32. بن فرحات عبد المنعم : انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات -دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة- ، أطروحة دكتوراه ، تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسة ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة محمد خيضر - بسكرة ، 2017-2018 .

33. بن نافلة قدور، مزريق عاشور: إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية، بحث مقدم في الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة ، جامعة الدكتور الطاهر مولاي ، سعيدة، يومي 13 و 14 ديسمبر، 2010 .
34. بنيدكت كليمنس و اخرون : فاتورة الصحة ، مجلة التمويل و التنمية ، المجلد 51، العدد 4 ، صندوق النقد الدولي ، ديسمبر 2014.
35. بهاء الدين إبراهيم سلامة : الصحة و التربية الصحية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر، 1997.
36. بو عبد الله صالح : نماذج و طرق قياس جودة الخدمة، دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر ، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية ، قسم العلوم الاقتصادية ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة سطيف 1 ، 2014 .
37. بوسالم فاطمة ، قدي عبد المجيد : محاولة تقييم مدى مساهمة إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في افاق 2015، مجلة التكامل الاقتصادي ، المجلد 04 ، العدد 04 .
38. بوشلاغم عميروش ، شرفي منصف : واقع افاق المنظومة الصحية في الجزائر ، مجلة دراسات اقتصادية ، المجلد 04 ، العدد 03، ديسمبر 2017 .
39. بومعراف إلياس ، عماري عمار : من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر ، مجلة الباحث ، المجلد 07 ، العدد 07 ، 2009-2010
40. بينيدكت كليمنس و اخرون : فاتورة الصحة ، مجلة التمويل و التنمية ، المجلد 51 ، العدد 04، صندوق النقد الدولي ، ديسمبر 2014
41. تشارلز فيليبس، ترجمة جلال البنا : نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة ، المجلس الأعلى للثقافة ، القاهرة ، مصر ، 2003 .
42. توفيق محمد عبد المحسن: قياس الجودة و القياس المقارن : أساليب حديثة في المعايير و القياس، دار الفكر العربي للنشر و التوزيع ، القاهرة، مصر ، 2006.
43. ثامر ياسر البكري : تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2005 .
44. ثامر ياسر البكري :إدارة المستشفيات"، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن، 2005.
45. ثامر ياسر البكري: التسويق: أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2006 .

46. جلييلة عيدان حليجل ، مهند عبد الرحمن سلمان : أثر قياس تكاليف الجودة في زيادة الأرباح و تحقيق الميزة التنافسية ، مجلة دنانير ، المجلد 1 ، العدد 8 ، كلية الادارة و الاقتصاد ، الجامعة العراقية ، العراق ، 2016 .

47. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، مرسوم تنفيذي رقم 466/97 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد انشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها .

48. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، مرسوم تنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها .

49. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 ديسمبر 1997 ، مرسوم تنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها .

50. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 67 ، الصادرة في 24 أكتوبر سنة 2007 ، مرسوم تنفيذي رقم 321/07 المؤرخ في 10 شوال عام 1428 الموافق 22 أكتوبر سنة 2007 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة و سيرها .

51. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 8 الصادرة في أول محرم عام 1394 هـ الموافق لـ 25 يناير سنة 1974 ، مرسوم رقم 74-1 المؤرخ في 22 ذي الحجة عام 1393 الموافق لـ 16 يناير سنة 1974 و المتضمن مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية و الاجتماعية .

52. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 87 ، الصادرة في 27 رجب عام 1415 الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994 ، الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 الموافق 31 ديسمبر 1995 يتضمن قانون المالية لسنة 1995 ، المادة 132 .

53. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادرة في 3 جمادى الأول عام 1428 الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 ، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأول عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .

54. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 شعبان عام 1418 الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997 ، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها .

55.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 81 ، الصادرة في 10 شعبان عام 1418 الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997 ، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها .

56.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، الصادرة في 3 جمادى الأولى عام 1428 الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 ، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .

57.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الجريدة الرسمية ، العدد 42، الصادرة في 8 ربيع الأول عام 1409 الموافق لـ 19 أكتوبر سنة 1988 ، المرسوم التنفيذي رقم 88-204 المؤرخ في 7 ربيع الأول عام 1409 الموافق لـ 18 أكتوبر سنة 1988 يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة و فتحها و عملها .

58.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 02 جمادى الثاني 1406 هـ الموافق لـ 02 فبراير 1986 و المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية ، الجريدة الرسمية ، العدد السادس ، السنة الثالثة و العشرون ، الصادرة في 02 فبراير 1986.

59.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم تنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها ، الجريدة الرسمية ، العدد 33، الصادرة في 20 مايو 2007 .

60.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم تنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418 الموافق 14 يوليو سنة 1997 يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة و السكان الولائية و سيرها ، الجريدة الرسمية ، العدد 47 ، الصادرة في 16 يوليو 1997 .

61.الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة الصحة و السكان : ميثاق الصحة ، الجلسات الوطنية للصحة ، قصر الأمم ، الجزائر ، في 26/27/28 ماي 1998 .

62.جوان 2018 .

63.جون رولز : النظرية في العدالة ، ترجمة ليلي الطويل ، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب ، سوريا ، 2011 .

64.حاروش نور الدين : السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع ، مجلة دراسات استراتيجية ، العدد 7 ، 2009 .

65. حاروش نور الدين: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، دار كتامة للكتاب ، الجزائر ، 2008 .
66. حسين عبد الواحد الشاعر : الطب الاجتماعي و الأمراض المهنية ، الدار القومية للطباعة و النشر ، مصر ، دون ذكر سنة النشر
67. حضير كاظم حمود : إدارة الجودة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان، 2002 .
68. حمادي عياش : السياسة الصحية و الأسرة في الجزائر الواقع و الافاق ، مجلة الحقيقة ، العدد 23 ، ديسمبر 2012.
69. حمد حسن محمود فرج ، فائزة محمد الحسن خليل : استخدام التحليل العاملي في تحديد أهم العوامل التي تؤثر في هجرة الكفاءات العلمية السودانية : دراسة اقتصادية احصائية لحالة الكفاءات العلمية السودانية بالمملكة العربية السعودية ، مجلة أماراباك ، المجلد 5 ، العدد 12 ، 2014 .
70. حميد الطائي و آخرون : لأسس العلمية للتسويق الحديث ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن ، 2002
71. حميد عبد النبي الطائي ، بشير عباس محمود العلق : تسويق الخدمات : مدخل استراتيجي ، وظيفي ، تطبيقي ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2009 .
72. حميدة بن حليلة : تقييم جودة الخدمات الصحية : دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني -عنابة ، مجلة التواصل في العلوم الانسانية و الاجتماعية ، العدد 50 ، جوان 2017 .
73. حنان الأحمدى: تحسين الجودة: المفهوم و التطبيق في المنظمات الصحية ، دورية الادارة العامة ، مركز البحوث بمعهد الادارة العامة، المجلد 40، العدد 2، الرياض، 2000 .
74. حوالف رحيمة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، سلسلة أطروحات الدكتوراه ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، 2016.
75. حوالف رحيمة : واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات و الصعوبات ، مجلة المؤسسة، العدد 03 ، 2017 .
76. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد: ادارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد ، الرياض، 1997
77. خثير محمد ، مرايمي أسماء : العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة و رضا الزبون بالمؤسسة، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال ، المجلد 3، العدد 4، جامعة حسيبة بن بو علي ، الشلف ، 2017.

78. خدير نسيم : إدارة تكلفة الخدمة الصحية كوسيلة للتحكم و ترشيد النفقات الصحية ، مجلة المقار للدراسات الاقتصادية ، العدد 02 ، جوان 2018 .
79. خروبي بزاره عمر : إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير ن تخصص رسم السياسات العامة ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، كلية العلوم السياسية و الإعلام، جامعة الجزائر 3 ، الجزائر ، 2010-2011 .
80. خروف منير ، سماعلي فوزية : الشراكة بين القطاعين العام و الخاص في تحسين الخدمات الصحية ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني الأول حول: الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير و رهانات التمويل ،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة 8 ماي 1945 قالمة ، 10-11 أفريل 2018 .
81. خلاصي عبد الاله : إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2008-2017 ،مجلة المشكاة في الاقتصاد التنمية و القانون ، المجلد 01 ، العدد 06 ، 2017.
82. دبله عبد العالي : سوسيولوجية الصحة من خلال علم الاجتماع ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي الثاني حول العلوم الاجتماعية و الصحة و دورها في التنمية ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ، يومي 6 و 8 أفريل 2013 .
83. دبون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث ، العدد 11، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012.
84. دريدي احلام : دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببسكرة (رزيق يونس) ، رسالة ماجستير تخصص الأساليب الكمية في التسيير ، قسم علوم التسيير ،كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة 2014.
85. دريسي أسماء : تطور الانفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013) ، المجلة الجزائرية للعلوم و السياسات الاقتصادية ، العدد 6 ، 2015 .
86. دليو فضيل : معايير الصدق و الثبات في البحوث الكمية و الكيفية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 83، ديسمبر 2014

87. دهمان محمد ، قياس الجودة في التعليم : عامل أساسي لنجاح مسار إدارة الجودة الشاملة في قطاع التعليم ، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات ، جامعة منتوري قسنطينة ، 14 و 15 ديسمبر 2010 .
88. ديدان مولود: مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية ، دار النجاح للكتاب، الجزائر ، 2005.
89. ديفيد بلوم : شكل الصحة العالمية ، مجلة التمويل و التنمية ، المجلد 51 ، العدد 4 ، صندوق النقد الدولي ، ديسمبر 2014 .
90. ردينة عثمان يوسف : التسويق الصحي و الاجتماعي ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2008 .
91. رعد الطائي و اخرون: تقويم جودة الدراسات العليا في احدى كليات جامعة بغداد في ضوء بعض العوامل المؤثرة فيها، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، المجلد 6، العدد 11، 2012.
92. رعد حسن الصرف : عولمة جودة الخدمة المصرفية ، دار التواصل العربي ، عمان الأردن ، 2007.
93. رعد حسن الصرن : تطوير نموذج الفجوة في قياس جودة الخدمات المصرفية الى المستوى العالمي، مجلة العلوم الانسانية، العدد 6 ، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2004 .
94. رفاه جميل أحمد، أحمد عبد الوهاب: دور إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية، مجلة التنمية الصناعية العربية، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين ، المغرب، العدد 43 ، أبريل 2001
95. ري اتش جاريسون ، إريك نورين : المحاسبة الإدارية ، ترجمة محمد عصام الدين زايد و أحمد حامد حجاج ، دار المريخ للنشر ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2002 .
96. زكي خليل المساعد : تسويق الخدمات الصحية ، دار حامد للنشر و التوزيع ، الأردن ، 1998.
97. زنفوفي فوزية : السياسة الصحية بين الماضي والحاضر والمستقبل - إجراء مقابلات ميدانية مع الطاقم الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة الجزائر ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني الأول حول الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير و رهانات التمويل ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير جامعة 8 ماي 1945 ، قالمة ، 10-11 أفريل 2018 .
98. زنيني فريدة و اخرون : دور القيادة الإدارية في امكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات خدمات الرعاية الصحية بالجزائر - دراسة حالة مستشفى مستغانم -خروبة - مجلة الباحث ، المجلد 19 ، العدد 01 .

99. زينب حوري : جودة الخدمة لإرضاء العميل وأثرها في نجاح ونمو المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري ، قسنطينة.. يومي 10-11 ماي 2011
100. زينب مهداوي ، عبد القادر بودي: أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات : دراسة المؤسسة الاستشفائية ،مجلة مجاميع المعرفة ، العدد 5، أكتوبر 2017.
101. سامي أحمد عباس : قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ، دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز / اليمن من وجهة نظر المستفيد ، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العراق ، العدد 39، 2014 .
102. سعيدان رشيد ، بوهنة علي : واقع الخدمات الصحية من خلل الاصلاحات ، مجلة البشائر الاقتصادية ، العدد 01 ، سبتمبر 2014.
103. سعيدة رحمانية : وضعية الصحة و الخدمات الصحية في الجزائر ، مجلة الباحث الاجتماعي ، العدد 11 ، مارس 2015 .
104. سعيدة شين : التصورات الاجتماعية للطب الشعبي -دراسة ميدانية في منطقة الزيبان -، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تخصص علم اجتماع التنمية، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، 2015/2014 .
105. سكر فاطمة الزهراء : أهمية تعزيز الجودة في رفع رضا العميل، رسالة ماجستير ،تخصص تسوق، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007.
106. سلطاني وفاء : تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و اليات تحسينها -دراسة ميدانية بولاية باتنة- ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير ، شعبة تسيير المنظمات ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة باتنة 1 ، 2015-2016 .
107. سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية : من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر 2002 .
108. سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 1999 .
109. سليمان بومدين : الثقافة و المرض ، مجلة الأبحاث و الدراسات في العلوم الانسانية ، العدد 4 ، ماي 2009 .
110. سليمان مأمون الدراكة :إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء ، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2006 .
111. سميرة ميسون : تقنين مقياس البيئة الابتكارية للفصل المدرسي على عينة من الأساتذة بولاية الوادي ،مجلة العلوم الانسانية ، المجلد أ ، العدد 44 ، ديسمبر 2015.

112. سنوسي علي : تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010 ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر 03 ، الجزائر ، 2009-2010 .
113. سوسن اسماعيل عمر : التحليل العالمي لأسس التنمية بولاية جنوب كردفان باستخدام طريقة المكونات الرئيسية (دراسة حالة محلية الدنج في الفترة 2009-2011 ، أطروحة دكتوراه في الاحصاء ، كلية الدراسات العليا ، جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا ، 2016 .
114. سيد أحمد حاج عيسى : أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسويق ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر 3 ، 2012 .
115. سيدهم ذهبية : المسألة الصحية في الجزائر مقارنة نقدية سوسيو صحية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 24 ، جوان 2017 ، ص 271.
116. شبوطي حكيم ، خليفة أحلام : تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية ، مجلة الاقتصاد الصناعي ، العدد 12 ، جوان 2017 .
117. شرين سيد عثمان : رؤية جديدة لاليات تطبيق أدوات و نظم جودة المنتجات النسيجية و بعض المؤسسات الصناعية ، مجلة العمارة و الفنون ، العدد 13 ، 2018 ، ص 247.
118. شفيق حداد ، نظام سويدان : أساسيات التسويق ، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، 1998.
119. شلال حبيب الجبوري ، عبد صلاح حمزة : تحليل متعدد المتغيرات ، دار الكتب للطباعة و النشر ، بغداد ، العراق ، 2000 .
120. صافي محمد هادي الجزائري و اخرون: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد 4، جامعة البصرة، 2001.
121. صالح بو عبد الله : قياس أبعاد جودة الخدمة :دراسة تطبيقية على بريد الجزائر ، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، العدد 10، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2010 .
122. صالح حسن الدهراوي : مبادئ الصحة النفسية ، دار وائل للنشر ، الأردن ، 2005.
123. الصحية -دراسة حالة الجزائر - ، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية ، المجلد 05 ، العدد 01 ،
124. صفاء محمد هادي الجزائري و اخرون: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد 4، جامعة البصرة، 2001 .
125. صفوت فرج : التحليل العالمي في العلوم السلوكية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر ، 1999 .

126. صلاح محمود ذياب: قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى و الموظفين ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 1، كلية العلوم والاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، عمان ، الأردن، يناير 2012 .
127. صولة فيروز : المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض و أساليب علاجه (دراسة ميدانية بمدينة بسكرى) ، أطروحة دكتوراه في العلوم الاجتماعية تخصص علم الاجتماع و التنمية ، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، السنة الجامعية 2013-2014 .
128. طارق الخير: استخدام خرائط الرقابة على الجودة في شركات القطاع العام الصناعي في سورية (حالة تطبيقية على الشركة السورية للألبسة الجاهزة في دمشق) ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 17 ، العدد 2 ، 2001 .
129. طلال بن عايد الأحمدى : إدارة الرعاية الصحية ، معهد الادارة العامة ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2004 .
130. طنطاوي عبده أحمد علي: إدارة الجودة الاستراتيجية في منظمات الأعمال : منحى معاصر ، مجلة اماراباك، المجلد 7 ، العدد 21 ، 2016
131. الطيب جمعة : قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى، دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة-الجزائر ، مجلة رؤى اقتصادية ، العدد 7 ، ديسمبر 2014.
132. العابد محمد ، حامد نور الدين : أهمية تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مجلة رؤى اقتصادية ، العدد 3 ، ديسمبر 2012.
133. عاشور يوسف حسبن ، طلال عثمان العبدلة : قياس جودة الخدمات التعليمية ، مجلة الجودة في التعليم العالي ، وحدة الجودة ، الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين ، المجلد 1 ، العدد 1 ، سبتمبر 2004.
134. عبد الجبار منديل :أسس التسويق الحديث ،الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ،عمان ،الأردن، 2002 .
135. عبد الحق سايشي ، يوسف بودلة : أهمية تطبيق الادارة الاستراتيجية للموارد البشرية في تحسين الجودة الشاملة الصحية المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس -الجزائر - ، مجلة معارف ، السنة التاسعة ، العدد 17 ، ديسمبر 2014.
136. عبد العباس حسن كاظم : دور التحليل العملي في تحديد أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى (مستشفى الفرات الأوسط التعليمي نموذجا) ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية ، المجلد 16 ، العدد 4 ، 2014 .

137. عبد الله صحراوي ، عبد الحكيم بو صلب : النمذجة البنائية (SEM) و معالجة صدق المقاييس في البحوث النفسية و التربوية ، نموذج البناء العاملي لعلاقات كفاءات التسيير الإداري بالمؤسسة التعليمية ، مجلة العلوم النفسية و التربوية ، المجلد 3، العدد 2 ، 2016 .
138. عبد المجيد أحمد محمد المالكي : شروط و معايير استخدام التحليل العاملي ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية ، 2000 .
139. عبد المحي محمود حسن صالح : الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي ، دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة ، مصر ، 2003.
140. عبد الناصر الهاشمي عزوز : استخدام النمذجة بالمعادلة البنائية في العلوم الاجتماعية ، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية و الاجتماعية، المجلد 15، العدد 1 ، جامعة الشارقة ، 2018 .
141. عدنان مريزق : واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2008 .
142. عرباوي خديجة ، بلعربي عبد الكريم : أزمة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية، مجلة الحقيقة، المجلد 17 ، العدد 02 ، 2018 .
143. العربي فراح : أثر العدالة و الثقة التنظيمية على الالتزام التنظيمي "نموذج مقترح" دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ، أطروحة دكتوراه ، تخصص إدارة أعمال ، قسم علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و التسيير ، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان ، 2017 .
144. العزاوي محمد عبد الوهاب : أنظمة إدارة الجودة و البيئة ، الطبعة الثانية ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2005
145. عطية لعون ، صباح عاش : استخدام التحليل العاملي الاستكشافي و التوكيدي في تقنين المقاييس النفسية و التربوية ، مجلة العلوم النفسية و التربوية، المجلد 3 ، العدد 2 ، 2016 .
146. العلواني عديلة : أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية ، مجلة افاق للعلوم ، المجلد 04 ، العدد 13 ، جامعة زيان عاشور، الجلفة ، سبتمبر 2018 ، ص 223.
147. علي دحمان محمد : تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر ، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسيير المالية العامة، قسم العلوم الاقتصادية ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، 2016-2017
148. علي دحمان محمد : تقييم نفقات الصحة و التعليم (دراسة حالة ولاية تلمسان) رسالة ماجستير ، تخصص تسيير المالية العامة ، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية و علوم التسيير، كمدرسة الدكتوراه ، جامعة أبي بكر بلقايد ، تلمسان ، 2010-2011 .

149. علي دحمان محمد ، بوقناديل محمد : تقييم الانفاق العام مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة ،مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 02، 2016.
150. علي سكر عبود و اخرون : تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية، المجلد 11، العدد 03 ، 2009.
151. علي سكر عبود و اخرون : تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية ، المجلد 11 ، العدد 3 ، 2009 .
152. علي عبد عباس العزاوي : الأساليب الكمية الاحصائية في الجغرافية ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2017.
153. عماد عبد الجليل علي إسماعيل : مدى نجاح الاندماج بين شركات التأمين التعاوني السعودية ، مجلة الاقتصاد و المالية ، العدد 1 ، 2015.
154. عمر أكريم عبد النبي: البيئة الاجتماعية و النفسية و الاقتصادية و علاقتها بالأمراض و توطنها في المناطق الريفية "دراسة ميدانية لعينة من الأسر ، مجلة جامع بنغازي العلمية ، السنة الرابعة و العشرون ، العدد 3 و 4 ، 2011 .
155. عوفي مصطفى ، عاشوري شكري : علاقة الإدارة بجودة الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة : دراسة ميدانية بالعيادة الكبرى مزدوات بولاية خنشلة ، مجلة الحقيقة ، العدد 39 ، 2017 .
156. عياد ليلي : أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2015-2016)، أطروحة دكتوراه ، تخصص تسويق ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، 2015-2016 .
157. عياد ليلي، هلاي أحمد : قراءة في إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، مجلة البديل الاقتصادي ، المجلد 03 ، العدد 01 ، جوان 2016 .
158. عياشي نور الدين : المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج و ترشيد النفقات ، مجلة منتدى الأستاذ ، العدد 20، جوان 2017.
159. عياشي نورالدين : تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الإنسانية ،المجلد ب ، العدد 31 ، جامعة قسنطينة 1 ، جوان 2009 .
160. عيساوي نصر الدين ، براهيمية إبراهيم : نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية ، مجلة العلوم الانسانية ، المجلد ب ، العدد 41 ، جوان 2014 .
161. عيسى محمد الغزالي : اقتصاديات الصحة ، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22 ، 2003.

162. عيسى مرازقة ، سهام مخلوف : أهمية جودة الخدمة في تحقيق الرضا لدى العميل ، مجلة الاقتصاد الصناعي ، العدد 12 ، جوان 2017.
163. غرابية فضيلة : إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر - تحديات و إنجازات - ، مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية ، المجلد 07، العدد 01، جوان 2016 .
164. فالح عبد القادر الحوري: تشخيص واقع تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية " دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة"، مجلة البصائر العلمية ، المجلد 12 ، العدد 1، 2008
165. فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحيوي: قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى، بحث مقدم من خلال المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان 2006 .
166. فرحات عباس ، سعود وسيلة : عرض عام لبرامج التنمية الاقتصادية في الجزائر خلال الفترة 2001-2014 ، مجلة الاقتصاد و القانون ، العدد 01 ، جوان 2018.
167. فرطقي مفيدة: النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني الأول حول الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير و رهانات التمويل ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 ، قالمة ، 10-11 أفريل 2018 .
168. فريجة نجا ، غيدة فلة :مدى تحقيق التنمية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية بمساهمة الممارسات التسويقية الصحية - دراسة تطور التغطية الصحية للجزائر - ، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال ، المجلد 04 ، العدد 02 ، 2018 .
169. فريد النجار : إدارة المستشفيات و شركات الأدوية ، الدار الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2007.
170. فريد توفيق نصيرات :إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2008.
171. فريد زين الدين : تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح و مخاطر الفشل ، دون ذكر دار النشر ، القاهرة ، مصر ، 2002
172. فلة العيهازي : دور الجودة في تحفيز الميزة التنافسية للمؤسسة ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، قسم علوم التسيير ، تخصص إدارة أعمال ، جامعة الجزائر، 2005.

173. فوزي شعبان مذكور : مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العاملة المصرية لطرق إدارة الجودة و رعاية المريض ، المجلة العلمية للاقتصاد ، كلية التجارة ، جامعة عين الشمس ، مصر ، العدد 3 ، 1997 .
174. ثورين حاج قويدر، رضوان أنساعد: أثر رأس المال الفكري على تطبيق ادارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية ، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة ،جامعة شلف . ، يومي 13 و 14 ديسمبر 2011
175. قاسم نايف علوان : إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001 : 2000 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان، 2005
176. قاسم نايف علوان : إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم - عمليات - تطبيقات ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2006.
177. قندلي رمضان : الحق في الصحة في القانون الجزائري - دراسة تحليلية مقارنة -، مجلة دفاتر السياسة و القانون ،العدد 06 ، جانفي 2012
- 178.
- ريش أحمد : التحليل العملي الاستكشافي باستخدام برنامج (R) ، بحث مقدم من خلال اليوم الدراسي حول الأسس المنهجية لإنجاز البحوث الأكاديمية باستخدام البرامج الإحصائية الجاهزة ، جامعة البويرة ، يوم 17 فيفري 2016.
179. لحسن عبد الله باشيويه : الإحصاء و تطبيقاته على الحزمة الإحصائية SPSS ، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2011.
180. لراي سفيان الورثيلاني : تسويق الخدمات ، مفاهيم و تدريبات عملية ، دار أسامة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2018 .
181. مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة : أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة : دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة خلال الفترة من 1995-2003 ، أطروحة دكتوراه فلسفة ، تخصص إدارة أعمال ، جامع السودان للعلوم و التكنولوجيا ، السودان ، 2004 .
182. مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان: دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، بحث مقدم لكلية التجارة ، جامعة القاهرة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، 2001 .
183. مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن : دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناع الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات ، أطروحة دكتوراه ، تخصص إدارة الأعمال ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة ، مصر ، 2001 .

184. محفوظ أحمد جودة : إدارة الجودة الشاملة : مفاهيم و تطبيقات ، الطبعة الثانية ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2006
185. محمد أحمد عيشوني : ضبط الجودة : التقنيات الأساسية و تطبيقاتها في المجالات الإنتاجية و الخدمية ، دار الأصحاب للنشر و التوزيع ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2007 .
186. محمد الهلة : إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر ، دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة و العيادات الخاصة ، أطروحة دكتوراه، تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، 2017 .
187. محمد جاسم الياسري و اخرون : الاحصاء التحليلي بين النظرية و التطبيق ، دار الكتب و الوثائق، بغداد ، العراق ، 2011
188. محمد خثير: المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة -دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، فرع إدارة أعمال ، المدرسة العليا للتجارة ، الجزائر ، 2010.
189. محمد ريجان:التسويق لخدمة الرعاية الصحية، بحث مقدم من خلال المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات : تقنية نظم المعلومات ،القاهرة ، جمهورية مصر العربية ، 5-6 ديسمبر 2004.
190. محمد شامل بهاء الدين فهمي : الاحصاء بل معانة ، المفاهيم مع التطبيقات باستخدام برنامج SPSS، الجزء الثاني ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 2005 .
191. محمد صلاح : أهداف السياسة الاقتصادية الكلية في الجزائر حسب المربع السحري لكالدور- دراسة تحليلية تقييمية للبرامج التنموية مع إشارة للبرنامج الخماسي 2010-2014 -، مجلة كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ، العدد 16 ، 2016 .
192. محمد عبد الحسين محمد : استخدام التحليل العاملي من الدرجات العليا في تحديد أهم العوامل المؤثرة في التنشئة الاجتماعية للأطفال دون سن السادسة، مجلة القادسية للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد 13 ، العدد 4 ، 2011 .
193. محمد عبد العال النعيمي و اخرون : إدارة الجودة المعاصرة ، دار اليازوري للنشر و التوزيع ، عمان، الأردن ، 2009 .
194. محمد عبد العظيم أبو النجا : التسويق المتقدم ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع ، مصر 2008 .
195. محمد عبد الفتاح الصيرفي : الإدارة الرائدة ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن،.

196. محمد عبد الفتاح محمد : إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 2008 .
197. محمد عبد المنعم شعيب : إدارة المستشفيات : منظور تطبيقي - الإدارة المعاصرة ، خدمات الاسكان ، مكافحة العدوى ، التدريب و التنقيف الصحي - الجزء الثامن ، دار النشر للجامعات ، مصر ، 2014 .
198. محمد عبد الوهاب العزاوي : إدارة الجودة الشاملة ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2005 .
199. محمد علي محمد و اخرون : دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية، مصر، 1989.
200. محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحان : إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي و المكتبات و مراكز المعلومات ، الطبعة الثانية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان، الأردن ، 2009 .
201. محمد محمد إبراهيم : طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية ، المجلة العلمية لكلية التجارة ، جامعة أسيوط ، العدد 4 ، السنة الثالثة، 1983.
202. محمود جاسم الصميدعي : تسويق الخدمات ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2010.
203. مختار عطية بن سعد ، حليلة علي امشيرى : جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين، بحث مقدم من خلال المؤتمر الأول للاستثمار و التنمية في منطقة الخمس ، جامعة المرقب ، ليبيا ، يومي 25-27 ديسمبر 2017 .
204. مختار عطية بن سعد ، حليلة علي امشيرى : جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين، بحث مقدم من خلال المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار و التنمية في منطقة الخمس ، 25-27 ديسمبر 2017
205. مديوني جميلة : تحليل مكامن القوة و الضعف التي تواجه الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة ،مجلة اقتصاديات شمال افريقيا ، المجلد 14 ، العدد 19 ، 2018 .
206. مروان جمعة درويش: أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية حول "نحو أداء متميز للقطاع الحكومي"، يومي 1 و 4 نوفمبر 2009، معهد الإدارة العامة، الرياض ، المملكة العربية السعودية.
207. مروان جمعة درويش: أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية " نحو أداء متميز للقطاع الحكومي"، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، يومي 1 و 4 نوفمبر 2009 .

208. مصطفى حسين باهي و اخرون : التحليل العاملي (النظرية -التطبيق) ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة ، مصر ، 2002 .
209. مصطفى راشد العابدي : إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس و تقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها ، المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة ، العدد 2 ، كلية التجارة ، جامعة عين الشمس ، مصر ، 20 أبريل 2000.
210. مصطفى محمد : التسويق الاستراتيجي للخدمات ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2003 .
211. مصطفى وليد نور الله : فجوة جودة الخدمة في مصارف القطاع الخاص في محافظة اللاذقية ، سورية ، مجلة الباحث ، العدد 14 ، 2014.
212. معاريف محمد و اخرون : دور الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة ، بحث مقدم من خلال الملتقى الوطني حول استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة الدكتور طاهر مولاي ، سعيدة ، يومي 10 و 11 نوفمبر 2009 .
213. معزوز نشيدة ، بن عبد العزيز فطيمة : التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة : دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سعد دحلب ، البليدة ، يومي 18 و 19 ماي 2011.
214. المكاوي علي : علم الاجتماعي الطبي : مدخل نظري ، الطبعة الأولى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 1990.
215. منور أحمد رمضان : البناء العاملي لرائز القدرات المعرفية CogAt باستخدام التحليل العاملي التوكيدي و الاستكشافي، رسالة ماجستير ، تخصص القياس و التقويم النفسي و التربوي، كلية التربية، جامعة دمشق ، 2013-2014 .
216. مهدي السامرائي : إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي و الخدمي ، دار جرير للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2007.
217. مهديد يمينية : التوجه نحو إدارة الجودة الشاملة كالية لعصرنة المرفق العام و تحسين الخدمة العمومية في الجزائر - الخدمات الصحية العمومية نموذجا ، المجلة الجزائرية للمالية العامة ، العدد 08 ، ديسمبر 2018 .
218. مؤيد عبد الحسين الفضل : إدارة الجودة الشاملة إلى المستهلك ، دار الوراق للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2004 .

219. نافع ذنون حميد الدباغ : موقف المرتادين في خدمات المنشآت الخدمية الصحية ، دراسة ميدانية بمستشفى الخنساء التعليمي في مدينة الموصل، مجلة تنمية الرافدين ، العدد 88 ، المجلد 29 ، 2007 .
220. نافع ذنون حميد الدباغ ، سندية مروان سلطان :افاق توظيف التقنيات الطبية في تحقيق جودة الخدمة الصحية (بالتطبيق على بعض مستشفيات محافظة نينوي) ، مجلة تنمية الرافدين ، المجلد 32 ، العدد 101 ، كلية الادارة و الاقتصاد، جامعة الموصل ، 2010 .
221. نبيل محمد عبد الحسين الخناق ، جبار جاسم الربيعي: أهمية قياس تكاليف الجودة و الإفصاح عنها في القوائم المالية ، مجلة التقني ، المجلد 18، العدد4، هيئة التعليم التقني ، العراق ، 2005
222. نبيل محمد مرسى : استراتيجية الانتاج و العمليات (مدخل استراتيجي) ، دار الجامعة الجديدة للنشر و التوزيع ، مصر ، 2002
223. نجم العزاوي ، فراس ابوقاعد : أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 23 ، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، 2010.
224. نجم عبود نجم :إدارة الجودة الشاملة ،دار صفاء للنشر والتوزيع ،عمان ،2010 .
225. نسرین محمد عبد الله المحمود : العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة و مجالات إدارة الموارد البشرية و أثرها على الأداء ، رسالة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية ، جامعة اليرموك ، الأردن ، 2004 .
226. نظام موسى سويدان ، عبد المجيد البرواري : إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية ، دار حامد للنشر ، الأردن ، 2009.
227. نظام موسى سويدان، الشفيق ابراهيم حداد: التسويق :مفاهيم معاصرة .دار الحامد للنشر و التوزيع عمان، الأردن، 2006 .
228. نوال سعيد بركات : إختبار صلاحية النموذج المقترح لقياس فاعلية الإدارة باستخدام التحليل العاملي التوكيدي -دراسة تطبيقية على موظفي وزارة العمل و التأهيل بليبيا ، المجلة الدولية للإدارة و العلوم الإنسانية ، العدد 1 ، 2017 .
229. نيس سعيدة : تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015 ، مجلة الدراسات المالية و المحاسبية ، جامعة الشهيد حمة لخضر ، الوادي ، العدد 07 ، السنة السابعة ، 2016 .
230. نيس سعيدة : تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 200-2015 ، مجلة الدراسات المالية و المحاسبية ، جامعة الشهيد حمة لخضر ، الوادي ، الجزائر، العدد 7 ، السنة السابعة ، 2016 .
231. هاني حامد الضمور : تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر ، عمان ، 2002 .

232. وفيق حلمي الاغا: الجودة الشاملة و طرق اداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، بحث مقدم من خلال المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الادارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة ، الأردن ، يومي 26 و 27 أفريل 2006 .
233. يوسف بودلة ،سيد أحمد حاج عيسى : تطبيقات ادارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية، بحث مقدم من خلال ملتقى وطني حول إدارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة، جامعة د الطاهر مولاي، سعيده، 13-14 ديسمبر 2010 .
234. يوسف حجيم الطائي و آخرون: إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، دار الوراق للنشر و التوزيع ،عمان، الأردن ، 2008.
235. يوسف حسين عاشور، طلال عثمان العبادلة : قياس جودة الخدمات التعليمية في الدراسات العليا، مجلة جامعة الأقصى ، المجلد 11 ، العدد 1، يناير، 2007 .
236. يوسف عبد الاله أحمد : تأثير تحليل البيئة الداخلية في جودة الخدمة الصحية "دراسة استطلاعية في مستشفى العلوية التعليمي للولادة ، مجلة العلوم الاقتصادية و الادارية ، المجلد 19، العدد 70 ، جامعة بغداد ، 2013 .

<http://datatopics.worldbank.org/debt/ids/region/LAC>

<http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>

<http://www.majliselouma.dz/index.php/ar/2016-07-19-12-56-20/2016-07-19-13-37-57>

http://www.sante.dz/Rencontre_evaluation_alger_2015/

ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية :

1. Abdelmoti Suleiman Aburoub and al : **Relationship between Internal Marketing and Service Quality with Customers' Satisfaction**, International Journal of Marketing Studies, Vol. 3, No. 2; May 2011.
2. Ahmet Karav : **An applied stochastic modl of the quality _quantity trade-off in the public health care sector , Quality & Quantity** International journal of methodology ,Springer Netherlands , Vol 43 , N°2 , 2009 .
3. Alacoque Lorenzini Erdmann and other :**Secondary Health care : best practices in the health services network** , Revista Lation-Americana de enfermagem , Special issue , 2013 .
4. AliMohammad Mosadeghrad : **Healthcare Service Quality : towards a broad definition** , International Journal of health care quality assurance , Vol 26 ,N°3 , 2013 .
5. Alvin C Rencher : **Methods of multivariate analysis** ,2nd ed, John Wiley & Sons Edition , 2002 .
6. Amy S Beavers et al : **Practical Considerations for using exploratory analysis in educational research** , Journal of practical assesement research & evaluation , Vol 18 , N°6 , 2013 .
7. Anand Zachariah : **Tertiary Healthcare Within universal system ;some reflections** , Economic and political weekly , Vol 48 , N°12 , 2012 .
8. Asadi-Lari M and al : **Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model**, Health and Quality of Life Outcomes, Vol.2 , 2004 .

9. Avedis Donabedian : **Evaluating the Quality of Medical Care** , the Milbank Quarterly , vol 83 , N°4, 2005, Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 .
10. Bertrand Louapre: **La qualité s'il vous plaît !**, les éditions d'organisation, Paris, 1992 .
11. Boulding Willam and al : **A Dynamic Process Model of Service Quality : from expectations to behavioral intentions** , Journal of Marketing Research, 30 February 1993 .
12. Bouman M. et Van der Wiele T: **Measuring Service Quality in the car service industry, Building and testing an instrument** , International Journal of Service Industry management, vol 3 ,1992.
13. Brahmia Brahim : **Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie** , Colloque international sur les politiques de santé , Alger , 18/19 janvier 2014.
14. Brochado Ana, Rui Cunha Marques : **Comparing alternative instruments to measure service quality in higher education**, Quality Assurance in Education, Vol 17, N°2, 2009 .
15. Carman, James M. : **Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions**, Journal of Retailing, Vol 66, N°1, 1990 .
16. Chachoua Louiza : **le système national de santé 1962 à nos jours**, intervention au Colloque international sur les politiques de santé , Alger , 18-19 janvier , 2014 .
17. Chantal Bussenault , Martine Prétet : **Economie et gestion de l'entreprise** , 4eme édition , Edition Vuibert , Paris , Octobre 2006.
18. Chaouche Ali : **Le financement de système de santé**, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 8-19 janvier 2014 .
19. Christian Gronroos : **Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition**, 3rd Edition , John Wiley & Sons , England , 2007 , p117.
20. Christopher H.Lovelock : **Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights** , Journal of Marketing, Vol 47, Summer 1983 .
21. Claude Vilcot, Hervet Leclerc : **Indication Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles** ,AFNOR , France, 2006 .
22. Coulthard,Lisa J.Morisson :**Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual**, International Journal of Market Research,Vol 46,N° 4, 2004.
23. COUNT Michael A. et al : **Issue in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organization**, Department of Health Administration and Doctoral Program in Health Services Research, , International Journal for Quality in Health Care, Saint Louis University, USA, vol. 13, N° 3, 2001.
24. Cronin,J.Joseph, ,Taylor Steven A. : **Servperf versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality**, Journal of Marketing, Vol.58, 1994 .
25. Cronin,J.Joseph, ,Taylor Steven A. : **Measuring service quality : A Re-examination** , Journal of Marketing, Vol.56, N°3, 1992 .
26. Daniel Duret , Maurice pillet : **qualité en production : de Iso 9000 à Six sigma** , 2eme édition , édition d'organisation, Paris 2002 .
27. David Dranove and others : **Health Spending Slowdown is Mostly Due to Economic Factors, not Structural Change in the Health care Sector** , Journal of Health Affairs Vol 33 , N° 08 ,, 2014.
28. Detrie Philippe : **Conduire une démarche qualité** , les éditions d'organisations , Paris , 2001

29. Donna Harrington : **Confirmatory factor analysis** , Oxford University press , New York , 2009 .
30. Figen Yesilada, Ebru Direktör : **Health care service quality: A comparison of public and private hospitals**, African Journal of Business Management, Vol 4, N°6 ,2010.
31. Franklin White :**Primary Health care and public health : Foundations of universal health systemes , medical principales and practice** , international journal of the Kuwait university health sciences center ,Vol 24 , N°1 , 2015 .
32. Frederic Bielenner, Christophe Semples : **Les Fondements du Marketing des Services : Examen Critique et Evolution** , Revue française du Marketing, N°212, Avril 2007 ,p 56
33. Frederick F. Reichheld : The One Number You Need To Grow , Harvard Business Review , Vol 81, N°12, 2003.
34. Gilbert A, Churchill Jr : **A Paradigm for developing better measures of marketing constructs** , Journal of Marketing Research , Vol 16 , 1997 .
35. Gloria K.Q Agyapong : **The Effect of Service Quality on Customer Satisfaction in the Utility Industry – A Case of Vodafone (Ghana)**, International Journal of Business and Management, Vol. 6, No. 5; May 2011.
36. Gogue Jean Marie : **Management de la qualité** , Edition economica , 3eme édition , Paris, France , 2001 .
37. Grace-Blanche NGANMINI-ASATSOP : **La Mesure de la qualité perçue d'un dispositif de e-learning** , Thèse de doctorat en science de gestion ,Institut d'administration des entreprises , Université NANCY 2 .
38. Gronroos, C. :**A service quality model and its marketing implication**, European Journal of Marketing, Vol.18, N°4 ,1984.
39. Hans Kasper , Piet Van Helsen et al : **Service Marketing Management , A Strategic Perspective** , 2nd Edition , John Wiley & Sons , USA, 2006 .
40. Haya. R.Rubin and others :**Patients' ratings of out patient visits in différent practice settings: Results from the Médical Outcomes Study**, Journal of the American Médical Association JAMA, Vol 270, N°7, 1993 .
41. Hervé Leclerc , Claude Vilcot : **Indicateurs Qualité en Santé : Certification et évaluation des pratiques professionnelles**, 2eme édition , ED AFNOR , 2006.
42. Hollis Landrum and others : **Measuring IS System Service Quality with SERVQUAL: Users' Perceptions of Relative Importance of the Five SERVPERF Dimensions**, International Journal of an Emerging Transdiscipline, Vol 12, 2009 ,
43. Hoyle Rick H : **Model specification in structural equation modeling** , In R H Hoyle ed handbook of structural equation modeling , New York , US , 2012 .
44. Husser Jocelyn : **Le Management stratégique de la Qualité Hospitalière Par L'Encadrement Intermédiaire**, Conférence Internationale de Management Stratégique ,Genève , 13-16 Juin 2006 .
45. Ibrahim S Al-Eisa and al : **Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region, Kuwait** , Middle East Journal of Family Medicine,; Vol. 3 ,N°3, 2005.
46. Ishfaq Ahmed and al : **Impact of Service Quality on Customers Satisfaction : Empirical evidence from telecom sector of Pakistan**, Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business, Vol 1, N°12, 2010 ..
47. IVAN ILLICH : **L'expropriation de la santé** , N° 436(6) , Edition Esprit , Paris , 1974.
48. JEAN FRANÇAIS NYS ; CLAUDE LACOUR : **La santé : Consommation ou investissement**, Edition Economica , Paris , 1981.
49. Jean François Durand : **Eléments de calcul Matriciel et d'analyse Factorielle de Données** , Université Montpellier 2 , France , 2002 .

50. Jean Stafford et al : **L'analyse multivariée avec SPSS** , PUQ , Québec , 2006 .
51. Joseph F Hair et al : **Multivariate data analysis** , 7th ed , Pearson New International edition , USA , 2014 .
52. Kalthom Abdullah et al : **A Strucural Equation Modelling Approach To Validate The Dimensions Of Servperf In Airline Industry Of Malaysia**, International Journal of Engineering and Management Sciences , VOL.3, N°.2, 2012 .
53. Keegan, O and al : **Community involvement in A/E satisfaction survey By The Health Board Executive, Measurement of Patient Satisfaction** Guidelines ,Health Strategy Implementation Project, 2003.
54. Koichiro Otani : **Patient Satisfaction : Focusing on « Excellent »** ,Journal of Healthcahre Management , Vol 54, N°2 ,2009 .
55. KOTLER Philip & CLARKE Roberta N : **Marketing for Health Care Organization**, New Jersey, Prentice Hall, 1987 .
56. La République Algérienne Démocratique et Populaire , Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009** , novembre 2004 .
57. la République Algérienne Démocratique Populaire, Ministère de la santé et de la population : **Développement du système national de santé , stratégie et perspectives**, Alger , Mai 2003.
58. Lamri Larbi , **le Financement du Système de Santé Algérienne Réalités en Jeux et Perspectives , le Gestionnaire** , Revue de l'école Nationale de sante publique N Spécial , juillet , Alger , 1998 .
59. Lamri Larbi ,**Le système de santé Algérien,Organisation,Fonctionnement et tendances** , mémoire de magistère , Institut des sciences économique, Université d'Alger , Novembre 1986.
60. Langlois Michel, Tocquer Gérard : **Marketing des services : le défi relationnel** , Edition Gaetan Morin, 1998.
61. Lee J .Krajewski, Larry P.Ritzman : **Operations Management :Strategy and Analysis** , 5th edition , Addison – Wesley , 1999 .
62. Lovelock Christopher H :**Classifying services to gain strategic marketing insights**, Journal of Marketing , vol 47, 1983 .
63. Lovelock, Wright,K.Lauren : **Principles of Service Marketing and Management**, 2nd Ed, Prentice, C.H,Hill, 1999.
64. Luc Boyer , Noel Equilbey : **Organisation ; théorie et application** , Edition d'organisation , Paris , France, 2003.
65. Mahfoud Nacera , Brahmia Brahim : **Impact du vieillissement futur de la population algérienne sur les dépenses de santé : Projection à l'horizon 2060** , Revue d'économie et de statistique appliquée , Vol 13 , N°1 ,2017 .
66. McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O & Koenig, H. F: **Service quality measurement: Examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction, and purchase intentions in a health care setting** , Journal of Health Care Marketing, Vol14, N°1, 1994.
67. Meredith J and Wood N : **The development of the Royal College of Surgeons of England's patient satisfaction audit service**, Journal Quality in Clinical Practice, Vol 15, 1995.
68. Merry .M.D , Crago.M.G : **The Past the present and futur of health care quality Urgent need for innovative, external review processes to protect patients**, Journal of Occupational and Environmental Medicine, The Physician Executive , vol 27 , N°5 , 2001 .

69. Michael K. Brady, J. Jr. Cronin, Richard R. Brand : **Performance-only measurement of service quality: a replication and extension**, Journal of Business Research, Vol 55, N°1, Elsevier, 2002 .
70. Michel Cattani: **Maîtriser les processus de l'entreprise , guide opérationnel**, les éditions d'organisation, Paris, France, 2000.
71. Miguel Morales and al, **La Validité De La Mesure De La Qualité Des Services : Une Évaluation De 10 Ans D'Utilisation De Servqual**, Document De Travail 014, Université Laval, Québec, Canada 1998 .
72. Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière : **Les Réformes en santé , Evolution et perspectives , Les acquis des réformes ,** Alger , Décembre 2015 .
73. Ministère de la Santé , de la population et de la réforme hospitalière , Institut National de Santé Publique : **Evaluation du système national d'information sanitaire ;Rapport final ,** Algérie 2011.
74. Mohamed Noor et al : **The effect of total equality management implementation on employees performance to achieve competitive advantage**, International Journal of Management and Business Studie, Vol 5 ,Issue December, 2012.
75. Mohd. Adil and others : **SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research ,** Global Journal of Management and Business Research Marketing, Vol13, Issue 6, Version 1.0 ,2013 .
76. Mudie Peter , Pirrie Angela : **Service Marketing Management ,** third edition, Butterworth-Heinemann, Great Britain, 2006 .
77. Namkung,Young, Jang,SooCheong (Shawn): **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,.2007
78. Nani kurniati and all : **Quality Inspection and Maintenance : the framework of interaction ,** Journal of Industrial Enineering and Service Science , vol 4 , 2015 .
79. Nigel Slack et al : **Opérations Management**, 7th edition , Edition Pearson , 2013 .
80. Nitin Seth ,S.G. Deshmukh : **Service quality models: a review**, International Journal of Quality & Reliability Management , Vol. 22 No. 9, 2005.
81. OCDE : **Quel avenir pour les dépenses de santé ,** Note de politique économique n° 19 , Département des affaires économiques , Juin 2013 .
82. Ofriha Fatima Zohra : **De Réforme en réforme : Un système de santé à la croisée des chemins ,** READ, algerie , 2006 .
83. Olu Ojo :**The Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Telecommunication Industry: Evidence From Nigeria**, Broad Research in Accounting, Negotiation and Distribution, Vol 1, Issue 1, 2010.
84. Organisation Mondiale de la santé , Bureau régional pour l'Afrique : **Algérie Plan de travail 2004-2005 ,** novembre 2003.
85. Oufriha Fatima Zohra : **Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie ,** Office des Publications Universitaires , Alger , 1992 .
86. P.kotler, K.keller, D.manceau, B.dubois :**Marketing Management ,**12^{eme} édition, Pearson, Paris, 2006.
87. Parasuraman, A. and al : **Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research**, Journal of Marketing,Vol 58, 1994a .
88. Parasuraman, Zeithaml, Berry : **A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research ,** Journal of Marketing , (Fall) ,1985 .
89. Parasuraman,A.,Zeithaml, Valarie A.,and Berry, Leonard L : **Servqual: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality ,** Journal of Retailing, Vol.64, N°.1, 1988.

90. Parasuramn,A., Zeithaml,V.A and Berry,L.L , **Refinement and Reassessment of the Servqual Scale** , Journal of Retailing , Vol.67 , N°4 , 1991 .
91. Pettigrews,N Turgeon :**Marketing** , 2éme édition, MC GRAWS-HILL ,Canada ,1990 .
92. Philip .G , Hazlett .S.A : **The Measurement of service quality : a new P-C-P attributes model** , International Journal of Quality & Reliability Management , Vol 14 , N°3 , 1997 .
93. Philip Holmes-Smith et al : **Structural equation modelling : from the fondamentals to advanced topics** , Melbourne , SREAMS , 2006 .
94. Philip Kotler : **Marketing Management ; analysis planning implantation and control** , 7th edition, Prentice-Hall edition, 1991 .
95. Pierre Louis Bras : **Traité d'économie et de gestion de la santé**, presse de sciences po , Edition de santé , Paris , 2009 .
96. Pierre Vandeville : **Gestion et Contrôle de la Qualité** , Edition AFNOR , 1985 .
97. R.Keneth Teas : **Expectation, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality** , Journal of Marketing , Vol 59 , October 1993.
98. R.Vandamme, J.Leunis : **Development of a Multiple ItemScale for Measuring Hospital Service Quality** , International Journal of Service Industry Management, Vol 4 , N°3 , 1993
99. Ramsaran Fowdar : **Investigating service quality dimensions through exploratory factor analysis in a Health care setting** , paper presented to the international conference on services management, New Delhi , 11-12 march ,2005
100. Ranajit Chakraborty, Anirban Majumdar : **MEASURING CONSUMER SATISFACTION IN HEALTH CARE SECTOR: THE APPLICABILITY OF SERVQUAL**, Journal of Arts, Science & Commerce, Vol 2, N° 4, 2011 .
101. Rushton A.M ,Carson D.J : **The marketing of services ;Managing the intangibles** , European Journal of Marketing , vol 19, N° 3 .
102. Sabine Moeller : **Characteristics of services – a new approach uncovers their value** , Journal of services marketing , vol24 , N° 5 , 2010 .
103. Schumacker R E , Lomax R G : **Abeginer's guide to structural equation modeling** , 3rd ed, Routledge , New York, 2010.
104. Seddiki Abde : **Management de la qualité** , Edition OPU , Alger , Algérie , 2004 .
105. Sheila Twinn and al, **Community Health Care Nursing : Principles for Practice**, Elsevier Health Sciences, 2002 .
106. Siew-Phaik Loke, and al : **Service Quality and Customer Satisfaction in a Telecommunication Service Provider**,International Conference on financial Management and Economics, IPEDR ,vol.11, Singapore,2011.
107. Soudabe Saraei, Amir M.Amini : **Astudy of service quality in rural ICT renters of Iran by SERVQUAL**, TelecommunicationsPolicy, Department of Agriculture, University of Technology, Isfahan, Iran ,2012 .
108. Spreng, Richard A. and Robert D. Mackoy : **An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction**, Journal of Retailing, Vol 72, N°2, 1996 .
109. Stephen W Brown, Evert Gummesson et al : **Service Quality : Multidisciplinary and Multinational Perspectives**, Lexington Books , New York , .
110. Su Yueh Chen et al : **Organizational justice , trust , and identification and their effects on organizational commitement in hospital nursing staff** , BMC Health services research , Vol 15 , N° 363 , 2015 .
111. Sureshchandar.G.S & al :**Customer perceptions of service quality ; a critique** , Journal of total quality management , Vol12. 2001 .

112. Suzana Markovic : **An Application of the multivariate Statistical Analysis to Service Quality Measurement in Higher Education** , Journal of Hospitality and Tourism Management , Vol 9 , N° 1 .
113. T.W.Anderson : **An Introduction to Multivariate Statistical Analysis** , 3rd Edition , Willey Series in Probability and Statistics , 2003.
114. Tabachnick Barbara G , Fidell Linda S : **Using multivariate statistics** , 4th ed , Needham Heights , Mass Allyn and Bacon , 2001 .
115. Talbot.L , Verrinder.G , **Promoting Health : The Primary Health Care Approach**, 4th Edition ,Elsevier Australia , 2010 .
116. Thomas J. Page Jr , Richard A. Spreng : **Difference Score versus Direct Effects in Service Quality Measurement**, Journal of Service Research, Vol 4, N°3 , 2002 .
117. Timothy Teo et al : **Applying structural equation modeling (SEM) in educational research : An Introduction in application of structural equation modeling in educational research and practice** , Vol 7 , Sense Publishers , Rotterdam , The Netherlands , 2013 .
118. Timothy A Brown : **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research** , 2nd ed , The Guilford Press , USA , 2015.
119. Tom.J.Brown, Gilbert.A.Churchill Jr , J.Paul Peter : **Improving the measurement of Service Quality**, Journal of Retailing, Vol.69, Issue.1 , 1993 .
120. Treiblmaier H , Filzmoser P : **Exploratory Factor Analysis Revisited : How Robust Methods Support the Detection of Hidden Multivariate Data Structures in IS Research**, Journal of Information and Management , Vol 47 , N°4 , 2010.
121. Valarie.A. Parasuraman et al : **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations** , Edition Illustrée , The Free Press , New York , 1990.
122. Valarie.A.Parasuraman et al : **A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research** , Journal of Marketing , Vol.49 , 1985 .
123. Valarie.A.Parasuraman et al : **The Behavioural Consequences of Service Quality**, Journal of Marketing, Vol 60, N°2 , 1996.
124. Wael Hassan El Garaily : **Developing and Validating A Hospitality Service Quality Scale in Saudi Arabia (HOSP-SQ) : A Structural Equation Model** , International Journal of Business and Social Science, Vol 4, N°14 , November 2013.
125. Wieslaw Urban : **Service Quality Gaps and Their Role in Service Enterprises Development** , Journal of Technological and Economic Development of Economy , Vol 15 , N° 4 , 2009 .
126. William E Warren , David L Loudon : **Applying Lovelock's services classification system to residential alternative long-distance telephone services** , proceedings of the 1986 academy of marketing science (AMS) annual conference , vol 9 ,USA, 1986.
127. William M.Pride , O.C.Ferrell : **Marketing : Concepts and Strategies** , 12th ed , Boston : Houghton Mifflin Co , 2003 .
128. World Health Organization : **The World Health Report 2000 : Improving Health Systems**. Switzerland ; World Health Organization , 2000 .
129. Yap Sheau Fen, Kew Mei Lian : **Service Quality and Customer Satisfaction: Antecedents of Customer Re-patronage Intentions**, Sunway Academic Journal, Vol.4.
130. Yonggui Wang, Hing-P. Lo, Yee V. Hui : **The antecedents of service quality and product quality and their influences on bank reputation: evidence from the banking industry in China**, Managing Service Quality, Vol13, Iss1, 2003.
131. Youssef Mahyaoui : **Etude Juridico-economique de la contractualisation dans les systèmes de soins**, Université de Paris, Doctorat le système de soins hospitalier , 2003.

132. Zainab Allawi Ibrahim : **Diagnose and Analyze the defect cause for the production process for an industrial product using quality tools** , The Iraqui Journal of Mechanical and Material Engineering , Vol 13 , N°3 , 2013.

ملحق رقم (01): استمارة الدراسة الميدانية (الجزء الأول من الدراسة التطبيقية)

الجزء الأول : الرجاء أن تشير إلى مدى موافقتك على توفر المميزات في العبارات التالية وذلك بوضع علامة × في الخانة المناسبة.

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارات	
الملموسة Tangibles						أولا
					يتلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة.	1
					تتوفر المستشفى على تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات.	2
					تمتلك المستشفى تجهيزات و أجهزة طبية و معدات تقنية حديثة.	3
					يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر.	4
الاعتمادية Reliability						ثانيا
					تتمتع المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.	5
					تلتزم المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية.	6
					يتعاطف الموظفون في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي.	7
					تحتضن المستشفى بثقة المرضى.	8
					تتمتع المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق.	9
الاستجابة Responsiveness						ثالثا
					ان العاملين في المستشفى دائمي الاستعداد للمساعدة و الاستجابة لطلبات المرضى.	10
					تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.	11
					تقوم المستشفى بالرد بسرعة على شكاوي و استفسارات المرضى.	12
					يتجاوب الموظفون مع طلبات المرضى مهما كانوا مشغولين.	13
الامان Assurance						رابعا
					يشعر المرضى بالأمان و الثقة عند التعامل مع موظفي المستشفى.	14
					يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	15
					يتعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة.	16
					يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.	17
التعاطف Empathy						خامسا
					يتمتع العاملون في المستشفى المعرفة و الدراية باحتياجات و رغبات المرضى.	18
					يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مبسطة و مفهومة.	19
					يتمتع العاملون في المستشفى القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى.	20
					تضع المستشفى مصلحة المرضى في مقدمة اهتماماتها.	21
					تعمل ادارة المستشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى.	22

الجزء الثاني : البيانات الشخصية للمستجوب (المريض) : الرجاء وضع علامة X في المربع الملائم

نوع المرض :	المستوى الدراسي :	الحالة الاجتماعية :	الجنس :	السن :
☐ مزمن	☐ بدون مستوى	☐ أعز	☐	☐ أقل من 25 سنة
☐ غير مزمن	☐ ابتدائي	☐ متزوج	☐	☐ من 26 إلى 40 سنة
	☐ متوسط	☐ أرمل		☐ من 41 إلى 60 سنة
	☐ ثانوي			☐ 61 سنة فأكثر
	☐ جامعي			

المستشفى / العيادة :

المصلحة :

مدة المكوث في المستشفى / العيادة :

ولاية الإقامة :

شكرا لتعاونكم

ملحق رقم (02) : مصفوفة الارتباط لبنود مقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع العام

	Tang. P.1	Tang. P.2	Tang. P.3	Tang. P.4	Relia. P.1	Relia. P.2	Relia. P.3	Relia. P.4	Relia. P.5	Resp. P.1	Resp. P.2	Resp. P.3	Resp. P.4	Assur. P.1	Assur. P.2	Assur. P.3	Assur. P.4	Empa. P.1	Empa. P.2	Empa. P.3	Empa. P.4	Empa. P.5
Tang. P.1	1,000	,441	,456	,410	,376	,300	,241	,465	,083	,303	,436	,414	,454	,509	,433	,182	,342	,365	,217	,423	,418	,408
Tang. P.2	,441	1,000	,249	,419	,310	,232	,179	,348	,306	,296	,377	,358	,351	,319	,356	,176	,322	,330	,151	,411	,345	,327
Tang. P.3	,456	,249	1,000	,308	,307	,236	,238	,384	,169	,189	,243	,253	,265	,287	,224	,140	,246	,197	,044	,263	,334	,249
Tang. P.4	,410	,419	,308	1,000	,502	,377	,196	,457	,182	,418	,381	,398	,456	,369	,278	,233	,301	,345	,146	,492	,471	,397
Relia. P.1	,376	,310	,307	,502	1,000	,551	,418	,629	,184	,599	,520	,503	,542	,564	,441	,427	,483	,516	,308	,560	,509	,521
Relia. P.2	,300	,232	,236	,377	,551	1,000	,318	,497	,164	,506	,579	,561	,519	,568	,316	,414	,424	,515	,413	,511	,519	,487
Relia. P.3	,241	,179	,238	,196	,418	,318	1,000	,449	,141	,412	,327	,460	,244	,410	,347	,514	,459	,526	,497	,330	,392	,368
Relia. P.4	,465	,348	,384	,457	,629	,497	,449	1,000	,339	,572	,554	,566	,521	,703	,482	,446	,456	,589	,384	,631	,600	,571
Relia. P.5	,083	,306	,169	,182	,184	,164	,141	,339	1,000	,242	,211	,166	,102	,198	,168	,136	,223	,296	,194	,258	,216	,250
Resp. P.1	,303	,296	,189	,418	,599	,506	,412	,572	,242	1,000	,540	,744	,576	,551	,416	,557	,532	,519	,426	,578	,515	,517
Resp. P.2	,436	,377	,243	,381	,520	,579	,327	,554	,211	,540	1,000	,682	,704	,591	,468	,266	,492	,548	,338	,602	,606	,544
Resp. P.3	,414	,358	,253	,398	,503	,561	,460	,566	,166	,744	,682	1,000	,615	,571	,495	,529	,544	,550	,368	,587	,594	,550
Resp. P.4	,454	,351	,265	,456	,542	,519	,244	,521	,102	,576	,704	,615	1,000	,617	,495	,230	,430	,434	,198	,616	,547	,534
Assur. P.1	,509	,319	,287	,369	,564	,568	,410	,703	,198	,551	,591	,571	,617	1,000	,539	,496	,508	,601	,382	,627	,583	,546
Assur. P.2	,433	,356	,224	,278	,441	,316	,347	,482	,168	,416	,468	,495	,495	,539	1,000	,430	,519	,542	,287	,477	,532	,451
Assur. P.3	,182	,176	,140	,233	,427	,414	,514	,446	,136	,557	,266	,529	,230	,496	,430	1,000	,541	,507	,505	,353	,394	,320
Assur. P.4	,342	,322	,246	,301	,483	,424	,459	,456	,223	,532	,492	,544	,430	,508	,519	,541	1,000	,692	,532	,554	,538	,433
Empa. P.1	,365	,330	,197	,345	,516	,515	,526	,589	,296	,519	,548	,550	,434	,601	,542	,507	,692	1,000	,614	,665	,610	,561
Empa. P.2	,217	,151	,044	,146	,308	,413	,497	,384	,194	,426	,338	,368	,198	,382	,287	,505	,532	,614	1,000	,464	,454	,387
Empa. P.3	,423	,411	,263	,492	,560	,511	,330	,631	,258	,578	,602	,587	,616	,627	,477	,353	,554	,665	,464	1,000	,714	,657
Empa. P.4	,418	,345	,334	,471	,509	,519	,392	,600	,216	,515	,606	,594	,547	,583	,532	,394	,538	,610	,454	,714	1,000	,657
Empa. P.5	,408	,327	,249	,397	,521	,487	,368	,571	,250	,517	,544	,550	,534	,546	,451	,320	,433	,561	,387	,657	,657	1,000

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (03) : الاتساق الداخلي لبنود مقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع العام

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Tang.P.1	72,96	186,915	,546	,502	,940
Tang.P.2	73,01	190,684	,465	,359	,941
Tang.P.3	73,05	190,254	,372	,334	,942
Tang.P.4	72,96	183,117	,537	,438	,940
Relia.P.1	72,81	178,559	,705	,595	,938
Relia.P.2	72,80	181,243	,651	,536	,938
Relia.P.3	72,33	185,977	,520	,458	,940
Relia.P.4	73,00	176,500	,768	,668	,936
Relia.P.5	72,94	193,237	,290	,248	,943
Resp.P.1	72,59	180,207	,723	,689	,937
Resp.P.2	73,23	177,317	,725	,674	,937
Resp.P.3	72,81	176,585	,758	,734	,937
Resp.P.4	73,47	178,151	,687	,675	,938
Assur.P.1	72,97	177,201	,760	,681	,937
Assur.P.2	72,87	187,645	,616	,503	,939
Assur.P.3	72,16	187,955	,548	,596	,940
Assur.P.4	72,48	185,504	,676	,598	,938
Empa.P.1	72,75	183,070	,748	,702	,937
Empa.P.2	72,14	188,219	,508	,558	,940
Empa.P.3	72,96	178,245	,777	,705	,936
Empa.P.4	73,06	178,821	,758	,658	,937
Empa.P.5	72,97	184,525	,701	,558	,938

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (04) : مصفوفة الارتباط لبنود مقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص

	Tan g.P. 1	Tan g.P. 2	Tan g.P. 3	Tan g.P. 4	Reli a.P. 1	Reli a.P. 2	Reli a.P. 3	Reli a.P. 4	Reli a.P. 5	Res p.P. 1	Res p.P. 2	Res p.P. 3	Res p.P. 4	Assu r.P.1	Assu r.P.2	Assu r.P.3	Assu r.P.4	Emp a.P.1	Emp a.P.2	Emp a.P.3	Emp a.P.4	Emp a.P.5
Tang .P.1	1,00 0	,081	,941	,618	,031	- ,068	- ,037	- ,080	,031	,053	- ,020	- ,037	,031	-,024	,013	,003	-,021	-,001	-,027	,000	,033	-,052
Tang .P.2	,081	1,00 0	,060	,410	- ,071	- ,041	- ,046	- ,072	- ,091	- ,056	- ,001	- ,036	- ,086	-,126	-,002	-,023	-,029	-,118	-,128	-,053	-,003	,074
Tang .P.3	,941	,060	1,00 0	,579	- ,022	- ,054	- ,042	- ,069	- ,039	,047	- ,003	- ,036	- ,020	-,036	,006	-,006	-,023	-,012	-,038	,018	,029	-,045
Tang .P.4	,618	,410	,579	1,00 0	- ,008	- ,056	- ,019	- ,067	- ,008	,009	,001	,012	,013	-,056	-,006	-,020	-,047	-,032	-,058	,004	,028	,016
Relia .P.1	,031	- ,071	,022	- ,008	1,00 0	,313	,486	,370	,976	,669	,296	,425	,564	,490	,353	,516	-,052	,511	,505	,184	,328	-,017
Relia .P.2	- ,068	- ,041	- ,054	- ,056	,313	1,00 0	,573	,652	,306	,356	,262	,553	,455	,284	,076	,273	,075	,289	,284	,220	,345	,008
Relia .P.3	- ,037	- ,046	- ,042	- ,019	,486	,573	1,00 0	,551	,484	,402	,314	,534	,422	,279	,093	,303	,038	,298	,291	,238	,358	-,035
Relia .P.4	- ,080	- ,072	- ,069	- ,067	,370	,652	,551	1,00 0	,357	,353	,172	,596	,436	,328	,117	,367	,076	,334	,321	,251	,433	,060
Relia .P.5	,031	- ,091	,039	- ,008	-,976	,306	,484	,357	1,00 0	,666	,303	,412	,561	,484	,347	,513	-,059	,506	,500	,174	,317	-,012
Resp .P.1	,053	- ,056	,047	,009	,669	,356	,402	,353	,666	1,00 0	,429	,553	,737	,626	,368	,528	-,071	,640	,622	,220	,338	,050
Resp .P.2	- ,020	- ,001	- ,003	- ,001	,296	,262	,314	,172	,303	,429	1,00 0	,466	,301	,116	,033	,106	,032	,151	,105	,062	,147	-,080
Resp .P.3	- ,037	- ,036	- ,036	- ,012	,425	,553	,534	,596	,412	,553	,466	1,00 0	,573	,393	,149	,409	,091	,403	,392	,269	,487	,034
Resp .P.4	,031	- ,086	,020	- ,013	,564	,455	,422	,436	,561	,737	,301	,573	1,00 0	,613	,355	,588	,024	,617	,613	,234	,411	,036
Assu r.P.1	,024	,126	,036	,056	,490	,284	,279	,328	,484	,626	,116	,393	,613	1,00 0	,445	,654	,025	,931	,968	,219	,400	,059
Assu r.P.2	,013	- ,002	,006	- ,006	,353	,076	,093	,117	,347	,368	,033	,149	,355	,445	1,00 0	,367	,415	,404	,451	,076	,178	-,067
Assu r.P.3	,003	- ,023	- ,006	- ,020	,516	,273	,303	,367	,513	,528	,106	,409	,588	,654	,367	1,00 0	,045	,612	,624	,228	,730	,024
Assu r.P.4	- ,021	- ,029	- ,023	- ,047	- ,052	,075	,038	,076	- ,059	- ,071	-,032	,091	,024	,025	,415	,045	1,00 0	,017	,015	,058	,067	-,056
Emp a.P.1	- ,001	- ,118	- ,012	- ,032	,511	,289	,298	,334	,506	,640	,151	,403	,617	,931	,404	,612	,017	1,00 0	,923	,226	,436	,029
Emp a.P.2	- ,027	- ,128	- ,038	- ,058	,505	,284	,291	,321	,500	,622	,105	,392	,613	,968	,451	,624	,015	,923	1,00 0	,221	,383	,051
Emp a.P.3	,000	- ,053	,018	,004	,184	,220	,238	,251	,174	,220	,062	,269	,234	,219	,076	,228	,058	,226	,221	1,00 0	,299	,106
Emp a.P.4	,033	- ,003	,029	,028	,328	,345	,358	,433	,317	,338	,147	,487	,411	,400	,178	,730	,067	,436	,383	,299	1,00 0	,024
Emp a.P.5	- ,052	,074	- ,045	,016	- ,017	,008	- ,035	,060	- ,012	,050	- ,080	,034	,036	,059	-,067	,024	-,056	,029	,051	,106	,024	1,00 0

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (05) : الاتساق الداخلي لبنود مقياس جودة الخدمة الصحية في القطاع العام

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Tang.P.1	71,64	98,987	,122	,901	,859
Tang.P.2	71,65	101,621	-,030	,259	,864
Tang.P.3	71,66	99,097	,118	,893	,859
Tang.P.4	71,63	99,255	,108	,518	,860
Relia.P.1	71,85	89,638	,657	,956	,841
Relia.P.2	72,23	90,221	,506	,533	,846
Relia.P.3	71,86	89,767	,540	,500	,844
Relia.P.4	72,47	89,122	,546	,561	,844
Relia.P.5	71,85	89,919	,649	,956	,841
Resp.P.1	71,87	90,259	,718	,728	,840
Resp.P.2	71,16	96,172	,305	,370	,853
Resp.P.3	71,96	88,352	,653	,624	,840
Resp.P.4	72,08	88,900	,721	,658	,838
Assur.P.1	71,99	91,985	,661	,953	,843
Assur.P.2	71,87	95,076	,373	,467	,851
Assur.P.3	72,02	89,015	,654	,757	,840
Assur.P.4	71,66	99,978	,058	,306	,862
Empa.P.1	72,01	91,769	,671	,891	,842
Empa.P.2	71,99	91,990	,655	,944	,843
Empa.P.3	72,06	95,305	,313	,151	,853
Empa.P.4	71,96	88,896	,559	,667	,844
Empa.P.5	71,92	100,226	,019	,070	,866

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (06) : استقصاء علمي حول جودة الخدمة لدى المؤسسات الصحية



استقصاء علمي حول جودة الخدمة
لدى المؤسسات الصحية



أخي المستجوب ، أختي المستجوبة : في إطار التحضير لبحث أكاديمي بعنوان "تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمة الصحية في الجزائر" ، نضع بين أيديكم هذه الاستبانة رغبة في تعاونكم لأجل جمع البيانات ذات الصلة ، و هذا بالإجابة على أسئلة الاستبانة بوضع دائرة O على الرقم الذي يمثل وجهة نظركم. نحيطكم علما بأن ما تدلون به من معلومات لن يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي حفاظا على السرية التامة . شكرا لتعاونكم .

الجزء الأول : أبعاد جودة الخدمة الصحية : الرجاء أن تشير إلى مدى موافقتك على توفر المميزات في العبارات التالية وذلك بوضع دائرة O على الرقم المناسب .

أولا : الدعم المادي : ما مدى موافقتك على توفر ما يلي :		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	المظهر الداخلي و الخارجي للمستشفى/العيادة جذاب و ملائم	1	2	3	4	5
02	قاعات الاستقبال واسعة و مكيفة و تحتوي عل أحدث الأجهزة لتقديم الخدمات الطبية	1	2	3	4	5
03	يتوفر المستشفى/العيادة على تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال بمقدمي الخدمة	1	2	3	4	5
04	يحرص مقدمو الخدمة على درجة عالية من النظافة الشخصية و حسن المظهر	1	2	3	4	5
ثانيا : الخدمات الادارية : ما مدى موافقتك على توفر ما يلي :		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
05	يعمل المستشفى / العيادة وقت حاجة المريض	1	2	3	4	5
06	إجراءات الدخول للمستشفى/العيادة بسيطة و سهلة	1	2	3	4	5
07	يقدم موظفو الاستقبال معلومات واضحة حول إجراءات الدخول للمستشفى/العيادة	1	2	3	4	5
08	تستجيب إدارة المستشفى/العيادة لاستفساراتك بسرعة	1	2	3	4	5
09	يتعامل موظفو الاستقبال مع المرضى بلطف و لباقة	1	2	3	4	5
ثالثا : خدمات التشخيص الطبي : ما مدى موافقتك على توفر ما يلي :		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
10	يقدم الطاقم الطبي تشخيصا دقيقا لحالتك الصحية	1	2	3	4	5
11	يعمل الأطباء على شرح الحالة الصحية بعد تشخيص المرض	1	2	3	4	5
12	يقدم الأطباء خدماتهم بصدر رحب	1	2	3	4	5
13	يلتزم الطاقم الطبي بتشخيص المرض في الوقت المناسب مع وقت انتظار أقل	1	2	3	4	5
14	يوفر المستشفى/العيادة الخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة	1	2	3	4	5
15	يتمتع موظفو مخبر التحاليل و الأشعة بالمهارة و السرعة في أداء مهامهم	1	2	3	4	5
رابعا : خدمات التمريض : ما مدى موافقتك على توفر ما يلي :		غير موافق	غير موافق	محايد	موافق	موافق

بشدة			موافق	موافق بشدة	
5	4	3	2	1	16 يتميز الطاقم التمريضى بالسرعة في تلبية حاجتك
5	4	3	2	1	17 يعمل طاقم التمريض على تزويدك بالأدوية المطلوبة في الوقت المحدد
5	4	3	2	1	18 يتسم الممرضون بالكفاءة و المهارة في تقديم الخدمة
5	4	3	2	1	19 يتعامل معك الممرضون بكل لطافة و لباقة
5	4	3	2	1	20 يتواصل الممرضون معك بلغة مقبولة و مفهومة
5	4	3	2	1	21 يفهم الممرضون الحاجات المحددة دون التصريح بها
موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	خامسا: الضيافة و الاطعام : ما مدى موافقتك على توفر ما يلي :
5	4	3	2	1	22 تتوفر الغرفة على نوعية جيدة من الأثاث و خدمات التبريد و التدفئة
5	4	3	2	1	23 تحوي الغرفة حمامات ملائمة صحية و نظيفة
5	4	3	2	1	24 يحرص المستشفى/العيادة على توفير العناية الكاملة بنظافة الغرفة
5	4	3	2	1	25 تحرص إدارة المستشفى على توفير الراحة و الهدوء للمرضى
5	4	3	2	1	26 هناك تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى / العيادة
5	4	3	2	1	27 يحرص المستشفى/العيادة على تقديم الطعام للمرضى بكميات و نوعيات جيدة
5	4	3	2	1	28 يتم تقديم الوجبات وفقا للحالة الصحية لكل مريض و في الوقت المناسب
موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	سادسا: الأمان : ما مدى موافقتك على توفر ما يلي :
5	4	3	2	1	29 يراعي العاملون خصوصية ديانة ، عادات ، تقاليد و أعراق المريض
5	4	3	2	1	30 يملك العاملون في المستشفى/العيادة المعلومات الكافية للإجابة على تساؤلاتك
5	4	3	2	1	31 تضع ثقتك الكاملة عند تعاملك مع الأطباء و الممرضين في المستشفى/العيادة
5	4	3	2	1	32 تشعر بأن الأطباء يمتلكون مهارات عالية في التشخيص و العلاج
5	4	3	2	1	33 تحرص الادارة على أن يؤدي جميع الفاعلين واجباتهم بفعالية

الجزء الثاني : البيانات الشخصية للمستجوب (المريض) : الرجاء وضع علامة X في المربع الملائم

السن :	الجنس :	الحالة الاجتماعية :	المستوى الدراسي :	نوع المرض :
☐ أقل من 25 سنة	☐ ذكر	☐ أعزب	☐ بدون مستوى	☐ مزمن
☐ من 26 إلى 40 سنة	☐ أنثى	☐ متزوج	☐ ابتدائي	☐ غير مزمن
☐ من 41 إلى 60 سنة		☐ أرمل	☐ متوسط	
☐ 61 سنة فأكثر			☐ ثانوي	
			☐ جامعي	

المستشفى / العيادة :

المصلحة :

مدة المكوث في المستشفى / العيادة :

شكرا لتعاونكم

Questionnaire sur la qualité des services au sein des établissements sanitaires (ou hospitaliers)

Dans le cadre de préparation d'une recherche académique portant sur le développement d'un modèle de mesure de la qualité des services de santé au sein des établissements sanitaires en Algérie.

Nous mettons entre vos mains ce questionnaire afin de coopérer avec vous dans le but de collecter les données pertinentes, et ce en répondant aux questions du questionnaire en mettant le cercle O sur le nombre qui représente votre point de vue. Nous vous informons que vos informations ne seront utilisées qu'à des fins de recherche scientifique afin de maintenir une confidentialité totale. Merci de votre coopération.

Veuillez indiquer votre accord pour fournir des fonctionnalités dans les termes suivants en plaçant le cercle O sur le numéro approprié :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. L'intérieur et l'extérieur de l'hôpital/clinique sont attrayants et appropriés.	1	2	3	4	5
2. Les salles de réception sont spacieuses et climatisées et disposent des derniers appareils pour fournir des services médicaux.	1	2	3	4	5
3. L'hôpital / clinique dispose d'un design intérieur structuré qui facilite la communication avec les prestataires de services.	1	2	3	4	5
4. Les prestataires de services sont soucieux d'un degré élevé de l'hygiène personnelle et d'une bonne apparence.	1	2	3	4	5
5. L'hôpital/la clinique travaille lorsque le patient en a besoin.	1	2	3	4	5
6. Les admissions à l'hôpital ou à la clinique sont simples et faciles.	1	2	3	4	5
7. Les réceptionnistes fournissent des informations claires sur les procédures d'admission à l'hôpital / clinique.	1	2	3	4	5
8. La direction de l'hôpital ou de la clinique répond rapidement à vos demandes.	1	2	3	4	5
9. Les réceptionnistes traitent les patients avec douceur et tact.	1	2	3	4	5
10. Le personnel médical fournit un diagnostic précis de votre état de santé.	1	2	3	4	5
11. Les médecins expliquent l'état de santé après avoir effectué un diagnostic.	1	2	3	4	5
12. Les médecins offrent leurs services avec grand cœur.	1	2	3	4	5
13. Le personnel médical s'engage à diagnostiquer la maladie en temps opportun avec moins de temps d'attente.	1	2	3	4	5
14. L'hôpital/la clinique fournit des services d'urgence.	1	2	3	4	5
15. Le personnel du laboratoire et radiologie est compétent et rapide dans l'exercice de ses tâches.	1	2	3	4	5
16. Le personnel infirmier est assez rapide pour répondre à vos besoins.	1	2	3	4	5

17. Le personnel infirmier vous fournit les médicaments requis à temps.	1	2	3	4	5
18. Les infirmiers sont efficaces et compétents dans la prestation de services	1	2	3	4	5
19. Les infirmiers vous traitent avec gentillesse et tact .	1	2	3	4	5
20. Les infirmiers communiquent avec vous avec un langage acceptable et compréhensible.	1	2	3	4	5
21. Les infirmiers comprennent les besoins spécifiques sans les déclarer.	1	2	3	4	5
22. Les infirmiers comprennent les besoins spécifiques sans les déclarer.	1	2	3	4	5
23. La chambre dispose d'un mobilier de bonne qualité et de services de climatisation et de chauffage.	1	2	3	4	5
24. La chambre dispose de salles de bains correctes, saines et propres.	1	2	3	4	5
25. L'hôpital / clinique est désireux de fournir des soins complets pour la propreté de la chambre.	1	2	3	4	5
26. La direction de l'hôpital tient à apporter le confort et le calme aux patients.	1	2	3	4	5
27. Il y a une organisation minutieuse des visites au sein de l'hôpital / clinique.	1	2	3	4	5
28. L'hôpital/clinique tient à fournir de la nourriture aux patients en bonne quantité et qualité.	1	2	3	4	5
29. Les repas sont servis en fonction de l'état de santé de chaque patient et en temps opportun.	1	2	3	4	5
30. Les travailleurs tiennent compte de la spécificité de la religion, des coutumes, et des traditions du patient	1	2	3	4	5
31. Le personnel de l'hôpital ou de la clinique dispose de suffisamment d'informations pour répondre à vos questions.	1	2	3	4	5
32. Vous accordez toute votre confiance aux médecins et aux infirmiers de l'hôpital ou de la clinique.	1	2	3	4	5
33. Vous estimez que les médecins ont des compétences élevées en matière de diagnostic et de traitement.	1	2	3	4	5
34. L'administration veille à ce que tous les acteurs s'acquittent efficacement de leurs tâches.	1	2	3	4	5
35. Les travailleurs tiennent compte de la spécificité de la religion, des coutumes, et des traditions du patient	1	2	3	4	5
36. Le personnel de l'hôpital ou de la clinique dispose de suffisamment d'informations pour répondre à vos questions.	1	2	3	4	5

ملحق رقم (07) : عدد و نسب الاستثمارات الموزعة و المسترجعة في المستشفيات التابعة للقطاع العام

المنطقة	المستشفى	الاستثمارات الموزعة		الاستثمارات المسترجعة		الاستثمارات المستبعدة		الاستثمارات القابلة للتحليل	
		النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
الجزائر شرق	CHU نفيسة حمود (حسين داي، بارني سابقا)	%100	39	%100	39	%2.56	01	%97.44	38
	EPH بشير منتوري (القبة)	%100	39	%100	39	%00	00	%100	39
	EHS سليم زميرلي (الحراش)	%100	39	%100	39	%5.13	02	%94.87	37
الجزائر وسط	CHU مصطفى باشا	%100	39	%100	39	%00	00	%100	39
	EPH جيلالي بلخنشير (الأيبار)	%100	39	%100	39	%2.56	01	%97.44	38
	EHS بيار و ماري كوري (مصطفى باشا)	%100	38	%100	38	%00	00	%100	38
الجزائر غرب	CHU جيلالي بونعامة (الدويرة)	%100	39	%100	39	%5.13	02	%94.87	37
	EPH بلقاسمي الطيب (زرالدة)	%100	39	%100	39	%00	00	%100	39
	EHS دويرة	%100	39	%100	39	%2.56	01	%97.44	38
المجموع		%100	350	%100	350	%02	07	%98	343

المصدر : من إعداد الباحثة

ملحق رقم (08) : عدد و نسب الاستثمارات الموزعة و المسترجعة في العيادات الخاصة

المنطقة	العيادة	الاستثمارات الموزعة		الاستثمارات المسترجعة		الاستثمارات المستبعدة		الاستثمارات القابلة للتحليل	
		النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
الجزائر شرق	عيادة الياسمين (القبة)	%100	38	%100	38	%2.63	01	%97.37	37
	عيادة نجمة (باش جراح)	%100	38	%100	38	%00	00	%100	38
	عيادة اللوتس (روبية)	%100	39	%100	39	%5.13	02	%94.87	37
الجزائر وسط	عيادة النجاح (بئر خادم)	%100	40	%97.5	39	%05	02	%92.5	37
	عيادة النهضة (بئر خادم)	%100	39	%100	39	%7.69	03	%92.31	36
	عيادة رفاق الفتح (الأبيار)	%100	39	%100	39	%00	00	%100	39
الجزائر غرب	عيادة شهرزاد (شراقة)	%100	39	%100	39	%5.13	02	%94.87	37
	عيادة الأزهر (دالي إبراهيم)	%100	39	%100	39	%00	00	%100	39
	عيادة الزهور (سحولة)	%100	39	%100	39	%00	00	%100	39
المجموع		%100	350	%99.71	349	%2.85	10	%96.86	339

المصدر : من إعداد الباحثة

ملحق رقم (09) : نتائج التحليل العاملي قبل عملية التدوير (الدراسة الكمية الأولية)

	Composante						
	1	2	3	4	5	6	7
Ta1	,340	-,101	,314	,169	-,087	,581	-,016
Ta2	,223	-,200	,237	,111	-,013	,572	,135
Ta3	,223	-,233	,231	-,038	-,122	,449	-,249
Ta4	,272	-,129	,318	,057	-,035	,611	,017
Ad1	,303	,092	,115	,386	,644	,045	,040
Ad2	,337	,068	,161	,381	,595	-,190	-,028
Ad3	,270	,034	,117	,410	,589	-,094	-,050
Ad4	,330	,001	,143	,315	,667	,041	-,036
Cm1	,458	-,511	-,384	-,216	,091	-,069	,135
Cm2	,521	-,519	-,337	-,288	,107	-,050	,041
Cm3	,481	-,537	-,370	-,238	,144	-,057	,041
Cm4	,390	-,515	-,299	-,277	,175	,032	,170
Cm5	,436	-,486	-,286	-,302	,058	,023	-,150
Cm6	,456	-,417	-,170	-,242	,080	,006	-,277
Inf1	,419	,495	-,444	,144	-,094	-,018	-,029
Inf2	,391	,430	-,457	,082	-,069	,126	,077
Inf3	,473	,426	-,423	,072	-,015	,079	-,034
Inf4	,436	,499	-,445	,110	-,120	,058	,050
Inf5	,451	,432	-,444	,121	-,083	,211	,027
Inf6	,443	,426	-,454	,036	-,033	,169	,144
HR1	,432	,241	,455	-,443	,053	-,074	,384
HR2	,517	,328	,379	-,376	-,006	-,213	-,009
HR3	,307	,235	,382	-,469	,106	-,016	,530
HR4	,476	,285	,359	-,436	,059	-,040	-,043
HR5	,449	,234	,261	-,355	,007	,053	-,284
HR6	,479	,242	,204	-,187	-,048	-,214	-,582
HR7	,472	,313	,257	-,290	-,032	-,021	-,186
As1	,578	-,207	,197	,388	-,309	-,106	,035
As2	,490	-,207	,213	,300	-,276	-,293	,175
As3	,566	-,203	,169	,436	-,357	-,146	,003
As4	,565	-,254	,188	,404	-,321	-,141	-,029
As5	,509	-,152	,207	,385	-,340	-,240	,138

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (10) : نتائج التحليل العاملي بعد عملية التدوير (الدراسة الكمية النهائية بالتطبيق على القطاع العام)

Rotation de la matrice des composantes^a

	Composante					
	1	2	3	4	5	6
Ta1	-,194	-,063	-,049	-,015	,855	,107
Ta2	-,017	-,113	,105	-,041	,772	,158
Ta3	-,077	-,143	,058	-,035	,825	,024
Ta4	,010	,006	-,009	-,169	,770	-,046
Ad1	-,005	-,205	,034	,010	-,150	,657
Ad2	,068	-,053	,012	,012	,036	,910
Ad3	,017	,000	-,046	,108	,168	,788
Ad4	-,013	,010	,017	,077	,179	,808
Cm1	,835	,087	,014	,034	-,012	,023
Cm2	,875	,041	,057	,037	-,104	-,052
Cm3	,860	,035	,038	,014	,020	-,078
Cm4	,738	,124	,298	-,061	-,094	-,016
Cm5	,782	,006	-,043	,008	-,057	,044
Cm6	,677	-,044	-,010	-,046	-,044	,120
Inf1	,190	,744	-,208	,207	-,037	-,018
Inf2	,002	,778	,082	-,154	-,022	-,024
Inf3	,020	,794	-,002	-,132	,090	-,079
Inf4	,051	,812	,023	,113	-,135	-,009
Inf5	,020	,785	,049	-,098	-,173	-,056
Inf6	-,018	,716	-,123	,088	-,075	-,083
HR1	-,013	-,011	,099	,853	-,058	,036
HR2	-,026	,117	,149	,819	-,094	,031
HR3	-,042	-,070	,013	,908	-,015	,049
HR4	,073	-,057	,212	,799	-,107	,106
As1	,053	-,015	,828	,080	,142	-,006
As2	,049	,006	,748	,071	,104	,043
As3	,000	,006	,853	,140	-,123	,071
As4	,040	-,052	,792	,251	,011	-,009
As5	,090	-,078	,799	-,036	-,031	-,076

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation Kaiser.

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (11) : نتائج التحليل العاملي بعد عملية التدوير (الدراسة الكمية النهائية بالتطبيق على القطاع الخاص)

Rotation de la matrice des composantes^a

	Composante					
	1	2	3	4	5	6
Ta1	-,002	-,060	-,013	,027	,866	,062
Ta2	,020	-,046	,022	-,030	,809	,044
Ta3	-,010	-,085	,018	,080	,831	-,023
Ta4	,067	-,020	,014	-,093	,779	,012
Ad1	,004	-,088	-,020	-,005	-,021	,798
Ad2	,045	-,002	,037	-,120	,025	,825
Ad3	-,046	,003	-,011	,088	,057	,765
Ad4	-,070	,017	-,014	-,049	,029	,780
Cm1	,834	,025	,026	-,014	,010	,007
Cm2	,864	-,021	,090	,013	-,004	-,022
Cm3	,859	-,009	,062	,038	-,007	-,042
Cm4	,787	,069	,081	-,067	,037	,082
Cm5	,762	-,044	-,023	-,017	,010	-,028
Cm6	,694	-,028	-,048	-,038	,038	-,069
Inf1	-,018	,779	-,089	,055	-,058	-,006
Inf2	-,003	,753	-,063	-,002	-,084	-,027
Inf3	,017	,793	,014	-,028	,065	-,014
Inf4	,020	,820	,019	,051	-,042	-,016
Inf5	-,025	,785	,026	,066	-,084	-,052
Inf6	-,006	,768	,109	-,028	-,028	,038
HR1	-,007	,023	,041	,856	-,042	-,027
HR2	-,010	,037	-,001	,860	-,008	,007
HR3	-,039	,030	,012	,907	,042	-,048
HR4	-,028	,016	,002	,850	-,013	-,016
As1	,029	-,009	,842	,048	,075	-,043
As2	-,006	,007	,760	,020	,036	,005
As3	,016	,042	,865	,058	-,047	,071
As4	,083	,007	,839	-,043	,015	,009
As5	,039	-,033	,805	-,027	-,036	-,049

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation Kaiser.

المصدر : تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (12) : نتائج الانسجام الداخلي ، مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع
(بالتطبيق على القطاع العام)

البعد	البند	مصفوفة ارتباط كل بند بمحوره					ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الدعم المادي	Ta1	1					0.744	0.778
	Ta2	0.627	1				0.659	0.809
	Ta3	0.674	0.528	1			0.686	0.797
	Ta4	0.584	0.583	0.536	1		0.624	0.824
قيمة ألفا للبند		324 = n $\alpha = 0.843$						
الخدمات الإدارية	Ad1	1					0.627	0.752
	Ad2	0.579	1				0.666	0.729
	Ad3	0.517	0.455	1			0.576	0.775
	Ad4	0.437	0.585	0.469	1		0.608	0.759
قيمة ألفا للبند		324 = n $\alpha = 0.803$						
التشخيص الطبي	Cm1	1					0.746	0.863
	Cm2	0.652	1				0.792	0.854
	Cm3	0.813	0.713	1			0.776	0.857
	Cm4	0.549	0.688	0.614	1		0.693	0.872
	Cm5	0.543	0.566	0.504	0.496	1	0.651	0.878
	Cm6	0.411	0.520	0.446	0.454	0.591	0.585	0.887
قيمة ألفا للبند		324 = n $\alpha = 0.889$						
خدمات التمريض	Inf1	1					0.670	0.850
	Inf2	0.458	1				0.647	0.851
	Inf3	0.528	0.584	1			0.681	0.845
	Inf4	0.665	0.496	0.512	1		0.725	0.839
	Inf5	0.450	0.598	0.588	0.577	1	0.687	0.846
	Inf6	0.579	0.437	0.493	0.607	0.508	0.653	0.853
قيمة ألفا للبند		324 = n $\alpha = 0.869$						
الضيافة و الاطعام	HR1	1					0.746	0.870
	HR2	0.602	1				0.752	0.866
	HR3	0.761	0.720	1			0.822	0.838
	HR4	0.630	0.677	0.674	1		0.741	0.870
قيمة ألفا للبند		324 = n $\alpha = 0.892$						
الأمان	As1	1					0.743	0.849
	As2	0.564	1				0.634	0.873
	As3	0.662	0.582	1			0.775	0.840
	As4	0.617	0.544	0.690	1		0.745	0.849
	As5	0.625	0.469	0.612	0.614	1	0.692	0.860
قيمة ألفا للبند		324 = n $\alpha = 0.880$						

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (13) : نتائج الانسجام الداخلي ، مصفوفة ارتباطات البنود و ارتباط البند بالمجموع

(بالتطبيق على القطاع الخاص)

البعد	البند	مصفوفة ارتباط كل بند بمحوره						ارتباط البند بالمجموع	قيمة ألفا بعد حذف البند
الدعم المادي	Ta1					1		0.736	0.775
	Ta2			1		0.617		0.652	0.812
	Ta3		1	0.533		0.667		0.694	0.793
	Ta4	1	0.553	0.519		0.549		0.629	0.821
307 = n 0.800 = α								قيمة ألفا للبند	
الخدمات الإدارية	Ad1					1		0.448	0.818
	Ad2			1		0.542		0.803	0.677
	Ad3		1	0.637		0.340		0.632	0.760
	Ad4	1	0.589	0.705		0.304		0.651	0.747
307 = n 0.808 = α								قيمة ألفا للبند	
التشخيص الطبي	Cm1					1		0.748	0.863
	Cm2				1	0.687		0.816	0.850
	Cm3			1	0.736	0.812		0.771	0.857
	Cm4		1	0.596	0.653	0.523		0.669	0.875
	Cm5		1	0.508	0.514	0.616		0.673	0.874
	Cm6	1	0.572	0.436	0.410	0.523		0.561	0.890
307 = n 0.888 = α								قيمة ألفا للبند	
خدمات التمريض	Inf1					1		0.656	0.841
	Inf2				1	0.420		0.659	0.837
	Inf3			1	0.596	0.516		0.679	0.833
	Inf4		1	0.502	0.538	0.659		0.720	0.829
	Inf5		1	0.582	0.592	0.618		0.684	0.835
	Inf6	1	0.453	0.548	0.461	0.409		0.602	0.851
307 = n 0.861 = α								قيمة ألفا للبند	
الضيافة و الاطعام	HR1					1		0.743	0.856
	HR2			1		0.596		0.737	0.857
	HR3		1	0.704		0.752		0.807	0.828
	HR4	1	0.646	0.645		0.619		0.717	0.863
307 = n 0.884 = α								قيمة ألفا للبند	
الأمان	As1					1		0.734	0.840
	As2				1	0.582		0.633	0.863
	As3			1	0.541	0.669		0.767	0.830
	As4		1	0.671	0.534	0.583		0.715	0.845
	As5	1	0.567	0.616	0.482	0.585		0.675	0.853
307 = n 0.874 = α								قيمة ألفا للبند	

المصدر : من إعداد الباحثة تبعا لمخرجات SPSS

ملحق رقم (14): نتائج مخرجات برنامج Amos لمؤشرات المطابقة قبل تعديل النموذج

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	93	1328,937	371	,000	3,582
Saturated model	464	,000	0		
Independence model	58	7053,438	406	,000	17,373

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,812	,794	,857	,842	,856
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,914	,742	,782
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	957,937	850,438	1072,995
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	6647,438	6378,370	6922,910

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	4,114	2,966	2,633	3,322
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	21,837	20,580	19,747	21,433

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,089	,084	,095	,000
Independence model	,225	,221	,230	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1514,937	1533,982		
Saturated model	928,000	1023,017		
Independence model	7169,438	7181,315		

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4,690	4,357	5,046	4,749
Saturated model	2,873	2,873	2,873	3,167
Independence model	22,196	21,363	23,049	22,233

ملحق رقم (15): نتائج مخرجات برنامج Amos لمؤشرات المطابقة بعد تعديل النموذج

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	110	647,123	354	,000	1,828
Saturated model	464	,000	0		
Independence model	58	7579,803	406	,000	18,669

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,915	,902	,959	,953	,959
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,872	,797	,836
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	293,123	225,675	368,400
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	7173,803	6894,464	7459,539

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	2,003	,908	,699	1,141
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	23,467	22,210	21,345	23,095

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,051	,044	,057	,425
Independence model	,234	,229	,239	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	867,123	889,649		
Saturated model	928,000	1023,017		
Independence model	7695,803	7707,681		

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2,685	2,476	2,918	2,754
Saturated model	2,873	2,873	2,873	3,167
Independence model	23,826	22,961	24,711	23,863