

تطبيق نموذج (ServQual) لقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية

معاينة في المؤسستين: المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي ومستشفى الأم والطفل تلمسان

د. مزيان التاج

أستاذ محاضر ب

المركز الجامعي - بلحاج بوشعيب - عين تموشنت

ملخص:

إن أهم ما تهدف إليه اصلاحات تدبير الموارد البشرية في المرفق العمومي الجزائري هو تحقيق الرضا الوظيفي الذي يعتبر من أهم عوامل وأسس بناء ونجاح المؤسسة، كما أنه يشكل دافعا مهما نحو الإنجاز المتميز. تأسيسا على ما تقدم. ماهي الاستراتيجية التي تبنتها المؤسسة الصحية العمومية الصحية لتحقيق الاندماج والانتفاء إلى المنظمة وبالتالي تحسين أدائها ورفع مستوى جودة خدماتها ممثلة في الأبعاد الرئيسية الخمسة: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف؟ وهل تحققت الأهداف؟

لقد تم تبيان ذلك من خلال محاولة قياس وتقييم جودة الخدمات باستعمال نموذج 'سير فيكال' في المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي وفي المستشفى الولائي الأم والطفل بتلمسان.
الكلمات المفتاحية: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف.

Résumé :

L'objectif primordial visé par les réformes de la gestion des ressources humaines dans le secteur public algérien est de parvenir à la satisfaction du personnel qui est à son tour, l'un des principaux facteurs de réussite d'une organisation, ainsi qu'un élément motivateur d'excellence.

Vu ce qui précède, quelle est la stratégie adoptée par l'établissement public de santé pour atteindre l'intégration, l'appartenance à l'organisation et pour rehausser le niveau de la qualité des services et atteindre les objectifs à travers les cinq principales dimensions à savoir : la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, la confiance et l'empathie ?

Nous avons tenté de mesurer et d'évaluer la qualité des prestations hospitalières à travers l'application en utilisant le model 'ServQual' au niveau du Centre Hospitalier Universitaire régional (C.H.U.T) et de l'hôpital de la wilaya mère et enfant (E.H.S) de la ville de Tlemcen.

Mots-clés : tangibilité, fiabilité, réactivité, confiance, empathie.

تمهيد:

تعد الخدمات الصحية من القطاعات الأكثر أهمية وتعقيدا في اقتصاديات الدول اعتبارا أن لها تكلفة وليس ثمنا.

ضمن هذا المسعى تعمل معظم دول العالم ومنها الجزائر الى زيادة الإنفاق على الاستثمار في مجالات قطاع الصحة ووضع استراتيجيات ان على مستوى تكوين وتدريب الموارد البشرية ورفع كفاءتهم أو على مستوى بناء وتجهيز المرافق والهيكل سيما منها المتوسطة والثقيلة.

غير أن ما يلاحظ اجمالا لدى المواطنين تدمرا وعدم رضا خصوصا تعاملات الممارسين والمستخدمين.

ضمن هذه الورقة البحثية، حاولنا دراسة قياس مستوى أداء وجودة الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان عن طريق اسقاط استخدامات نموذج مقياس جودة الخدمة (ServQual) الذي وضع من قبل "بارسورمان" وآخرون (Parasuraman) ¹ بعد ذلك حاولنا الوقوف على مواطن الخلل، ومن ثمة تشخيص الأسباب الكامنة وراء الظاهرة بغية المساهمة في الحلول ووضع ورقة علاج.

وضع النموذج في سنة 1985 وتم تعديله في سنة 1988 بحيث أصبح يتكون من خمسة أبعاد رئيسية وهي: الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف.

في الجزائر وبالرغم من مضاعفة ميزانيات تسيير قطاع الصحة من سنة إلى أخرى وتوظيف مزيدا من الموارد المادية والبشرية إلا أن المستوى العام لأداء المؤسسات العمومية يظهر أنه مازال متواضعا في جوانب كثيرة ولا يعكس بالفعل حجم إنفاق الدولة، فضلا عن وجود حجم كبير في التفاوت من حيث التغطية الطبية والرعاية الصحية من منطقة إلى أخرى.

بغية مواجهة هذه الصعاب، اعتمدت الحكومة على استراتيجية جديدة بداية من إعادة هيكلة وزارة الصحة والسكان، إلى وزارة لإصلاح المستشفيات أيضا وذلك منذ سنة 2002 تحت مسمى (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات)، وأعيد هيكلة المؤسسات الصحية (الأشياء الملموسة) في سنة 2007 وفق خريطة صحية جديدة، تبتعتها بسياسة تتمين الموارد البشرية باستصدار قوانين أساسية لمختلف الأسلاك (احدى عشر

¹¹ - Parasuraman, A.Zeithaml,V.A and Berry,L.L, A Conceptual model of service Quality and its implications for future Research, Journal of marketing , p 49,1985.

(11) مرسوما تنفيذيا انتهت من إعدادها في نهاية سنة 2011 ولا زالت إلى غاية الآن تصدر مجموعة من القرارات المتعلقة بتعويضات المستخدمين خصوصا المنح الخاصة بمنحة العدوى، منحة تحسين الأداء وكذا منحة المناوبات الطبية وشبه الطبية وأعوان الإدارة.

إن تحقيق هذه المكاسب يهدف إلى تحسين وترقية الخدمات الصحية المقدمة للمنتفعين والحصول على مستويات عالية من الأداء الفني (الطبي) والإداري.

بالرجوع إلى أدبيات الدراسات نجد أبحاث كل من " بيرى "، " زايثامل " و " براسورأمان " في عام 1988 (Parasuraman, Zeithaml and Berry) حيث تمكن هؤلاء من دمج أبعاد الخدمة إلى خمسة عناصر رئيسية هي : النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والعطف، كما احتوت هذه الأبعاد على اثني وعشرين عبارة مترجمة لمظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.

ومن الملاحظ أن هذه الأبعاد الخمسة هي من وجهة نظر الباحثين أبعادا عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة. أطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة أو مقياس ال (ServQual) وهذه الفجوات تحدث إذا نتج اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات.

أما بخصوص الأبحاث العربية الحديثة نسبيا المتعلقة بسياق موضوعنا، نجد بحثا يعتبر في نظرنا مرجعا أنجز في سنة 2010 بعنوان " قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة " للباحثين صفاء محمد هادي الجزائري و آخرين¹ بحيث توصلت الدراسة إلى أن هناك ضعفا واضحا في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لكل متغير من المتغيرات الرئيسية

باحث آخر عطية مصلح من جامعة القدس المفتوحة بفلسطين، تناول الموضوع و هدفت دراسته إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعا للمتغيرات الآتية: المستشفى، المبحوث، الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة و قد تكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث الدولية (أنوروا)، وشملت العينة 126 موظفا ومريضا من أصل 420 شخصا، أي ما نسبته 30% من مجتمع الدراسة.

¹ - Safa M. Al Jazairi Journal, Managériat Studies Journal ادارية 2011 Volume, 4, Page. 59

لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية، استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس الأداء (السيرف بارف. (ServPerf)¹.

توصل الباحث الى ضرورة العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أم المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية كافية للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

انطلاقاً مما توصل اليه الباحثون أعلاه، وتأسيساً على الأبعاد الخمسة الرئيسية للخدمة الصحية، تبلور في أذهاننا معالم الإشكالية التالية: ما هو مستوى كفاءة الخدمات الصحية في المؤسستين العموميتين: المركز الاستشفائي الجامعي ومؤسسة الأم والطفل تلمسان موضوع دراستنا-؟ وما هي متطلبات معالجة الفجوة بين ما هو واقع وبين ما هو متوقع ضمن احتياجات المنتفع (المريض)؟

II- الطريقة:

لمعالجة هذا الموضوع وباستعمال المنهج الوصفي باستعمال برنامج المعالج الاحصائي (نسخة Spss20)، اعتمدنا في بادئ الأمر على وضع حدود الدراسة من خلال ضبط المفاهيم النظرية المتعلقة بخصوصية الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات وكذا أبعادها الرئيسية ممثلة في: (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف)، وذلك في ظل زيادة الطلب الملازم لنوعية الخدمات من جهة باعتبار الزبون ملكا (Le client est Roi)، ومحدودية عرض انتاج الأعوان الاقتصاديين من جهة أخرى.

بعدها ولأن متغيرات الدراسة يغلب عليها الطابع النوعي، استلزمت الدراسة والتحليل بغرض تفسير سلوك المستهلك (المريض) اسقاط نموذج ال (ServQual) في دراسة الأبعاد الرئيسية للخدمة. بعد ذلك قمنا في خطوة تالية عن طريق المعاينة بقياس وتقييم خدمات الصحة في المؤسستين العموميتين محل الدراسة (C.H.U.+ E.H.S TLEMCEN) وذلك باستخدام النموذج المشار إليه أعلاه في شكل استبيان تضمن اثني وعشرين (22) سؤالاً وإجابات.

اعتمدنا على عينة إحصائية طبقية مكونة من 380 مفردة في حدود (11%) من حجم مجتمع الدراسة وفق أسلوب التوزيع التناسبي لمجتمع مكون من 345 ممارس طبي، 818 شبه طبي، 763 عون في الإدارة والأسلاك المشتركة قصد معرفة مستوى رضاهم و 898 مريضاً ومرافقاً مقيمين بمختلف الأقسام الطبية، الجراحية والطب-

³ - عطية مصلح، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد السابع والعشرين (حزيران 2012).

تقنية للمستشفى الجامعي فضلا عن 369 موظفا في مختلف الرتب و 261 مريضا ومرافقا بمستشفى الأم والطفل بغية أيضا استطلاع ومعاينة توجهاتهم ازاء الخدمات الصحية والادارية العمومية المقدمة إليهم. لقد تم توزيع الاستبيان خلال شهر مارس 2013 في كامل مصالح المركز الاستشفائي الجامعي والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل بتلمسان، استرجع منها 347 مفردة كانت قابلة للتحليل الإحصائي وذلك وفق الجدول التالي:

جدول يوضح عينة وصفة المستجوب

Valide	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
ممارس طبي	48	13.8	13.8	13.8
شبه طبي	106	30.5	30.5	44.4
موظف	96	27.7	27.7	72.0
مريض بالمؤسسة	84	24.2	24.2	96.3
مرافق مريض	13	3.7	3.7	100.0
Total	347	100.0	100.0	

المصدر: من اعداد الباحث وفق مخرجات SPSS v.20

بعد ما تقدم، تم استخدام البرنامج الاحصائي (Spss.V20) وفق المنهجية التالية:

- 1/ تم حاصل ضرب التكرارات بقيم مقياس ليكورت السباعي للحصول على القيم النهائية.
- 2/ لمعرفة أهمية كل متغير رئيسي وجزئي، تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغيرات الدراسة الرئيسية (الموسمية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف) بما فيها من متغيرات جزئية لكل بعد من الأبعاد الخمسة.
- 3/ لمعرفة فروقات أحوبة الاستبيانات ذات المتغيرات الثنائية، تم استخراج قيمة (t) عند مستوى دلالة (0.05).
- 4/ لدراسة و قياس درجة الثقة، تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ (Alpha de cronbach)، وكانت نتيجة المعامل (ألفا α) لجملة الأبعاد الرئيسية الخمسة 0.46 ومؤشر الصدق من خلال احتساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات الذي أعطى لنا نتيجة 0.68 كمؤشر وهو معامل ثبات جد مرضي علما بأن النسبة المقبولة إحصائيا لمعامل الثبات والصدق هي 67%. وهذا ما يشير إلى مصداقية الإجابات وفق ما تم عرضه.

15/ بغية معرفة الأهمية النسبية لمواقف وآراء أفراد العينة للأبعاد الرئيسية للخدمات تم مقارنة النتائج المتوصل إليها بنتائج الدراسة التي قام بها كوتلر (Kotler) لجودة الخدمات المقدمة من طرف الممارسين الطبيين وشبه طبيين وكذا الأهمية النسبية لدى المقيمين من المرضى.

أولاً: كفاءة الخدمات الصحية:

1- الكفاءة:

ارتبط مفهوم الكفاءة في الفكر الاقتصادي بالمشكلة الاقتصادية الأساسية والمتمثلة في كيفية تلبية حاجات الأفراد المتجددة والمتزايدة في ظل ندرة الموارد المتاحة.

والكفاءة هي: «... إنجاز الكثير بأقل ما يمكن أي العمل على تقليل الموارد المستخدمة، سواء كانت بشرية أم مادية أم مالية والعمل على تقليل هدر وتعطيل الطاقة الإنتاجية...»¹.

بالمقابل فإن اللاكفاءة تعني أن المنظمات لا تشتغل إلا بأقل من المستوى الممكن والمطلوب، أو أنها تستخدم توليفة من الموارد ذات تكاليف مرتفعة لإنتاج منتجات وخدمات متواضعة قياساً بالتكاليف -على حسب ما ذكره (Reddin, 1970)².

وتأسيساً على ذلك فإن الكفاءة تتحقق عندما يتم معالجة المدخلات إلى مخرجات حيث تتساوى وتتعهد الفجوة ويكون الإهدار صفراً.

2- أنواع الكفاءة:

تختلف مقاييس الكفاءة حسب غرض ومستويات التحليل الاقتصادي، كما تختلف من مؤسسة تنتج بهدف تحقيق الأرباح إلى مؤسسة خدمية لا تسعى إلى تحقيق هذه الغاية.

من خلال ما سبق يمكن أن نستخلص ما يلي:

الكفاءة هي صورة من صور العمل بدون وجود تبذير في الموارد؛ أما تقييم الكفاءة عادة ما يكون بواسطة حساب تكاليف الإنتاج قياساً بتحقيق مستوى الربحية؛

¹ - فلاح حسن الحسيني وآخرون، إدارة البنوك: مدخل كمي واستراتيجي معاصر، د.س.ن، 1999، ص 227.

² - Reddin William James, Managerial effectiveness and style, Mc Graw-Hill Book Companies, London, 1970, P.06

تعتبر الكفاءة في الغالب الأعم مرادفا للإنتاجية وتظهر في شكل قياس داخلي لأداء المؤسسة بحيث يعرف الأداء على أنه درجة تحقيق تلك الأهداف المسطرة لفترة تشغيل معطاة؛ حتى تكون دلالة في حساب نسبة الكفاءة يجب أن تتم على أساس المقارنة بين عدة فترات نشاط (على أساس تاريخي) أو مقارنتها بكفاءة النظام (نسبة للمقارنة) وذلك حتى يمكننا الوقوف على مستوى تطور المؤسسة.

3- تحليل العلاقة بين الكفاءة والفعالية:

إن مفهوم الفعالية يعتبر أكثر اتساعا من مفهوم الكفاءة، وفي غالب الأحيان يمكن التعبير عن الكفاءة في القطاع الصحي على أنها متغير من متغيرات دالة الفعالية، فتحقيق هدف زيادة العمليات الجراحية في جناح العمليات الجراحية كمييار وفعالية يمكن أن يتم من خلال تخفيض خط الانتظار (Le fil d'attente). يمكن ملاحظة التباعد في بعض الأحيان بين البحث عن الفعالية والبحث عن الكفاءة، أي أن البحث عن الفعالية يكون على حساب البحث عن الكفاءة، والعكس صحيح، ولتحليل ذلك يجب أن نميز بين المتغيرات التالية:

المؤسسة الصحية يمكن اعتبارها على أنها تركز على عمليات داخلية أو عمليات خارجية؛ أما المورد البشري يمكن اعتبار تصرفاته على أنها تصرفات عقلانية أو تصرفات طبيعية. وبناء على تفاعل هذه المتغيرات يمكن تشكيل المصفوفة التالية التي تعبر عن تشخيص العلاقة بين الفعالية والكفاءة من خلال الشكل أسفله ويتم قراءة المصفوفة المذكورة كما يلي:

الشكل رقم (02): مصفوفة تشخيص العلاقة بين الفعالية والكفاءة في المؤسسة الصحية

المصدر: من تصميم الباحث

- أ. مكونات الكفاءة الداخلية: هي ضمان تحويل مدخلات المؤسسة إلى مخرجات ضمن مواردها المالية والمادية المتاحة بأقل التكاليف.
- ب. مكونات الكفاءة الخارجية: يرتبط بالانتقال والتحويل الجيد للموارد والكفاءات بين المؤسسة والبيئة من خلال الرضا الوظيفي ورضا المنتفعين (المرضى).
- ج. مكونات الفعالية الداخلية: يرتبط بتحضير المستخدمين بصيانة (Entretien) العلاقات القائمة بين الأفراد

المؤسسة الصحية	اتجاهات داخلية	اتجاهات خارجية
المورد البشري	كفاءة داخلية:	كفاءة خارجية:
سلوك عقلائي	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تعظيم نسبة استغلال المصالح الطبيعية والتمريضية. ➤ تخفيض تكاليف الإقامة. 	<ul style="list-style-type: none"> - تعظيم مركز وصورة المؤسسة. - تفعيل العلاقة بين المؤسسة ومحيطها.
سلوك طبيعي	<ul style="list-style-type: none"> ➤ - تحضير، تخفيف، المستخدمين، تحقيق رضاهم واشباع رغباتهم. 	<ul style="list-style-type: none"> - تعظيم اشباع حاجات ومتطلبات أفراد المجتمع وقضاء حوائجهم.

والجماعات والتأكيد على التعاون كعنصرين من عناصر الفعالية، ويمكن قياس ذلك من خلال: معدل دوران العمل؛ معدل التغيب؛ عدد الشكاوى والاحتجاجات؛ اتجاهات الأفراد؛ البيئة التنظيمية؛ العنف المتمثل في مظاهر الصراعات والإضرابات.

د. مكونات الفعالية الخارجية: ترتبط هذه المكونات بقدرة المؤسسة على إشباع تطلعات وتوقعات المنتفعين وقضاء حوائجهم (المرضى)، ويمكن قياس الفعالية الخارجية بواسطته عندما تتساوى الإدراكات والتوقعات.

هـ. نتائج العلاقة بين الكفاءة والفعالية:

يمكن اعتبار أن الأداء الكلي للمؤسسة هي ناتج الحساب الرياضي للأبعاد الأربعة:

$$\text{الأداء الكلي} = \text{الكفاءة (الداخلية + الخارجية)} + \text{الفعالية (الداخلية + الخارجية)}$$

من خلال هذه المعادلة فإن قيمة الأداء تتوقف على قيمة كل متغير من المتغيرات الأربعة.

4- الأداء (Performance):

من التعاريف الأكثر استعمالا للأداء ما يتجه الى البحث عن تعظيم العلاقة أو النسبة بين النتائج والوسائل انطلاقا من وجود هدف محدد¹.

هذا يعني أن الأداء يتمثل في: «... البحث عن الكفاءة من خلال إنتاج أكبر ما يمكن، والبحث عن الفعالية من خلال القيام بأفضل عملية لتحقيق نمو دائم...»².

يعرف الأداء أيضا على أنه: «... فعالية العملية وكفاءة استخدام الموارد...»³.

تأسيسا على ذلك، يظهر لنا الأداء بصور متعددة حسب سياق الدراسة، ويمكن أن نميز من وجهة نظر

زاويتين:

أ. الأداء من زاوية اقتصادية؛ والذي يعبر عن استراتيجية الحصول والمحافظة على ميزة تنافسية تسمح بمعالجة نوعية لمختلف المدخلات.

ب. الأداء من زاوية تنظيمية؛ والذي يعبر عنه بمفهوم القيادة (Pilotage) من خلال تحقيق كل من الكفاءة والفعالية.

5- العلاقة بين الأداء والفعالية والكفاءة:

بداية يجب التوضيح بأن خصائص الأداء تكمن فيما يلي:

أ. نعب عن مؤشر الأداء بالكمية وليس بالقيمة، باعتبار أن التعبير المالي لا يكون دقيقا في الخدمات الصحية ولا يعكس الزيادة أو النقصان في كمية المخرجات.

¹ - Fernandez Alain, Les nouveaux tableaux de bord des décideurs, Ed, organisation, Paris, 2ème éd, 2000, p.41.

² - op.cit, P.41

³ - Berrah Lamia, L'indicateur de performance, éd Cepadues, Paris, 2002, p.130.

ب. يقيس مؤشر الأداء الفعلية، والتي تعني قدرة النظام على تحصيل أداء جزئي أو كلي للنشاط على مستوى وحدة العمل أو المصلحة أو القسم أو كل المؤسسة بمختلف مستوياتها التنظيمية.
ج. يقيس مؤشر الأداء الفعلية بالنسبة لمعيار في شكل هدف أو خطة محددة ومقبولة مما يتطلب تعبئة الموارد البشرية وتحفيزها.

نتيجة لما سبق ذكره، يمكن تحديد العلاقة بين الكفاءة والفعالية والأداء من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (03): العلاقة بين الكفاءة والفعالية والأداء.

الأداء	الفعالية	الكفاءة	
فعل أفضل شيء بأفضل طريقة Doing The right thing with the right way.	فعل أفضل شيء Doing The right thing	فعل شيء بطريقة أفضل Doing The thing right	المفهوم
متكامل	{ شامل أفقي نوعي	جزئي عمودي كمي	المدى

المصدر: من اعداد الباحث

ويمكن أن نستخلص من الشكل أن:

الكفاءة ترتبط بالمدى القصير والمتغيرات الكمية، بينما الفعالية ترتبط بالمدى الطويل والمتغيرات النوعية؛
التنظيم كمتغير أساسي يدرس من زاوية الفعالية، بينما الأداء يقدم لنا النظام متكاملًا حيث مدخلاته تتمثل في
الفعالية، الكفاءة ومخرجاته تتمثل في تحقيق الأهداف؛

الارتباط بين الأداء والكفاءة من زاوية النتائج السريعة لفترة محددة وتكوين طاقة مستقبلية من خلال:
تحسين ظروف عمل المستخدمين وإدماج التكوين كحافز أساسي ومستمر لتطوير الكفاءات وفعاليتها وهذا ما
يؤدي إلى فهم الأداء واعتباره: «... الفعالية الاقتصادية الاجتماعية...»¹

ثانياً: نموذج ال (ServQual):

¹ - Savall.H, Zardet.V, Maitriser les coûts et les performances cachés, éd Economica 3ème éd, 1995, p.172.

إن ارتباط الخدمة بالجودة يتطلب اعتماد عدد من المقاييس لتأثير مستوى الرضا لدى المرضى، وهذا ما قاد (Zeithaml) وآخرون إلى اعتماد مقياس الـ (ServQual) وهو عبارة عن مجموعة مقاييس متكاملة ومتراصة لمعرفة رأي المريض بما يتوقعه من مستوى أداء في الخدمة المقدمة له وذلك وفقا لعدد من المواصفات. أساس هذه المقاييس هو معرفة الفجوة بين ما يدركه المريض من الخدمة المقدمة له، وبين ما يتوقعه. إن مستوى جودة الخدمات الصحية ليس ثابتا فهو يخضع للتطوير والتحسين المستمر.

ثالثا: قياس وتقييم خدمات الصحة في المؤسسة باستخدام أداة الـ (ServQual): حاولنا إجراء استبيان بالمركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان وذلك لمعرفة واقع الخدمات الصحية على مستوى المؤسستين ومعرفة حجم الفجوات بين إدراكات المرضى وتوقعاتهم.

من خلال المعايير الميدانية لواقع الحال (خلال الثلاثي الأول لعام 2013)، بدا لنا في أول الأمر أن المؤسستان تعانيان من بعض المشاكل، منها ما تعلق بمحيط المؤسسة نفسها (داخلية) من حيث محدودية الإمكانيات المادية، المالية والبشرية، ضعف الشعور بالمسؤولية المهنية لدى بعض الموظفين، ويعزى البعض الآخر لأسباب خارجة عن إرادتهما، منها قلة المناصب المالية المفتوحة للكفاءات الطبية المتخصصة من قبل الهيئة الوصية، ضعف ميزانيات التسيير الممنوحة وتأخرها المتكرر، ضعف الوعي الصحي والوازع الأخلاقي لدى المواطن وأفراد المجتمع، هجرة الكفاءات الطبية المؤهلة إن لم يكن خارج الجزائر فيلى القطاع الخاص، أو عن طريق النشاط التكميلي (Activité Complémentaire) الذي أضعف مستوى الخدمات الصحية والرعاية الصحية. هذا الواقع، أثار لدينا الرغبة في دراسة الظاهرة من بعض جوانبها، والوقوف على أسبابها ومحاولة إيجاد حلول مناسبة لها.

III- النتائج ومناقشتها:

من خلال نتائج المعاينة تأكد لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية هي دون المستوى المطلوب إذ أن المتوسط الحسابي العام بلغ (4.26) وحتى يتم التأكد من الدلالة الإحصائية لهذه النتيجة تم اختبار الفرضية الرئيسية بالمتوسط الحسابي العام باعتباره قاعدة لقرار اختيار الدلالة الإحصائية للفرضية باستخدام (t) للمقارنات الثنائية وبمستوى دلالة (0.05) لجميع عبارات الاستبيان وعددها (22).

تأسيسا على ما تقدم تبين أن قيمة (t) المحسوبة (4.96) في حين بلغت (t) الجدولة (2.66) وبمقارنة القيمتين يتضح لنا جليا أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية.

وبذلك ترفض فرضية العدم (H0) وتقبل الفرضية البديلة (H1) التي تنص على أن (هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين متغيرات أبعاد جودة الخدمات وهي: الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف وبين مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسستين محل الدراسة). ان ما يؤكد هذا الطرح هو معدل الإجابات إذ بلغ (4.16) باتجاه الموافقة بأن معايير جودة الخدمات متواضع ولا يرقى إلى مستوى التوقعات والآمال المنشودة.

باستخدام نتائج الفرضيات، أمكن لنا إبراز ان الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من المنظومة الصحية وذلك وفق زوايا ثلاث أطراف معنية بدراستنا:

1- الجودة من المنظور المهني الطبي وشبه الطبي (Professionnels) اذ بحسب نتيجة آراء هذه الفئة تعني فيما تعنيه، تقدم أفضل الخدمات وفق التطورات العلمية والمهنية وبحكم ذلك أخلاقيات الممارسة الصحية والخبرات المهنية المتراكمة، ويعزى تدني مستوى جودة الخدمات لهؤلاء بحسب المرضى ومرافقيهم الى اتهام أصحاب المهن الطبية والتمريضية بعدم الكفاءة، عدم القدرة على التعامل الإنساني مع المرضى وكذا عدم الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهنة، إضافة إلى ضعف التأهيل والممارسة والخبرة.

2- الجودة من منظور المنتفعين (المرضى والمرافقين Malades et gardes maladies)، يختلف تفسير جودة الخدمات عند هذه الفئة عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية.

3- الجودة من الناحية الإدارية (المستخدمين Administratif)، تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة ضمن ميزانية التسيير، والموارد البشرية ضمن المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية (P.A.G.R.H)، والتأهيل والكفاءة ضمن مخطط التكوين المستمر (PFC).

إن نتائج مخرجات الدراسة أوضحت بأن المستجوبين أجمعوا على تواضع الخدمات بالمؤسستين، فقد عبر كل المستجوبين باتجاهات إيجابية نحو عبارات الاستبيان في عشرين عبارة باستثناء العبارة الثانية (طبيعة الهياكل، قاعات المرضى وأماكن الانتظار والاستقبال ومكاتب الأطباء والموظفين الحالية على أنها لا تتلاءم مع توقعات المرضى).

كذلك الشأن بالنسبة للعبارة رقم إحدى عشر (11) التي تنص على أنه من غير المتوقع أن يحصل المرضى المتوافدين على الخدمة الفورية وخدمة نداء الاستعجال من قبل الموظفين في المؤسستين، حيث أجمع المستجوبون باتجاهات إيجابية نحو هذه العبارة.

مما سبق يستنتج بأن مستوى جودة الخدمات العمومية بالمؤسستين محل الدراسة لا ترقى إلى مستوى الاتفاق بإجماع الأطراف المفترض توفره لتحقيق مستوى جودة عالية للخدمات الطبية وشبه الطبية والإدارية.

IV- الاقتراحات:

- بفعل الضغط، المشاكل المتعلقة وفقدان الثقة في المؤسسات القاعدية للصحة الجوارية وتفضيل توجه المرضى إلى المركز الاستشفائي الجامعي وإلى مستشفى الأم والطفل، يستوجب من السلطات والإدارة العليا (وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات على المستوى المركزي، مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان على المستوى المحلي) الإسراع في إنجاز المستشفى الجامعي الجديد وفق متطلبات إدارة الجودة الشاملة لاستيعاب الطلب المتزايد في مواجهة العرض الذي يبدو في الظروف الحالية ساكنا.
- يمثل مكتب الجودة كهيكلة منظم، الأداة الفعلية لتنفيذ سياسات وخطط مجلس الجودة، ويتم به تطبيق نظم وبرامج الجودة.

إن المتمعن في منظومتنا الصحية يجد خلوها من هذا الفضاء الهام، وعليه نقترح إعادة هيكلة المؤسسات العمومية التي لم تعرف الى يومنا هذا أي تغيير في هياكلها، سيما المركز الاستشفائي الجامعي¹ والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة وذلك منذ عامي 1997 للأولى و 1998 للثانية².

- تفعيل خلايا تقييم مردودية الأفراد وتحسين الأداء داخل المؤسسة (Cellule de Performance) وذلك لتحفيز الموظفين وتقييمهم وفق الشروط الموضوعية لتعزيز الانتماء وحصول الرضا الوظيفي، وبالتالي ترقية جودة الخدمات.

تطبيق مقاييس جودة الخدمات داخل المؤسستين بصفة دورية، فلقد مرت اثنا عشر سنة على إطلاق تسمية " إصلاح المستشفيات " على وزارة الصحة، وما زال إصلاح المستشفيات لم يحقق أهدافه، ومقاييس إدارة وتقييم الجودة منعدم بالمؤسسات.

10 - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 39 المؤرخة في 07 جوان 1987، ص 16 .

11-يشير مؤسس الفيزياء الحديثة وليام تومسون لورد كلفن إلى أنه: «... حين تستطيع قياس ما تتحدث عنه وتعبر عنه بالأرقام، فمعنى ذلك أنك تعرف شيئا عنه، ولكن حين تعجز عن قياسه والتعبير عنه بالأرقام فإن معرفتك ستكون ضئيلة وغير مرضية، وفي تلك الحالة قد يكون الأمر بداية معرفة فقط، لكنك قلما ستتقدم في أفكارك وتصل إلى مرحلة العلم...»

وضع ميكانيزمات للصحة العمومية تجعل تدخل القطاع الصحي الخاص مكملا وليس منافسا من خلال قواعد بيانات وطنية صحيحة ودقيقة تعكس حقائق الأمور وتتيح مجالات قياس الفجوات¹. إن ما يمكن قياسه يمكن عمله (What gets measured gets done)، وإن التكفل والرعاية الصحية تتطلب التكفل الجيد والرعاية الطبية وشبه الطبية اللازمة.

V- الخلاصة :

من خلال نتائج وتحليل معطيات الدراسة، تأكد لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسستين موضوع الاستبيان (المركز الاستشفائي الجمعي تلمسان ومستشفى الأم والطفل هي بالفعل دون المستوى المطلوب).

يتشكل وعاء مستخدمى القطاع الصحي العمومي في الجزائر ومنها في المؤسستين العموميتين من أكثر من احدى عشر سلكا (أطباء عامون ومختصون، أطباء مقيمين، قابلات، شبه طبيون أسلاك مشتركة... الخ)، وهو لا شك قطاعا ثريا واستراتيجيا من حيث اتساع رأسماله البشري وحجم نشاطاته اذ تكمن أهميته في أن الرعاية الصحية المقدمة يتم امدادها حينما تكون هناك هيئات مؤهلة وعلى مستوى عال وتجهيزات مادية متاحة وهياكل تنظيمية جيدة وأموال مخصصة.

إن برنامج عقود النجاعة الذي اعتمده حديثا وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات مع مسيري المرافق العمومية (مارس 2014) بغية تحقيق أهداف اصلاح الخدمة العمومية وارتقاء مستوى خدمات الفحص، العلاج والوقاية، يبقى في رأينا ناقصا باعتبار أن المدخل الحديث لإدارة أعمال منظمات الصحة يعتمد على أن التركيز على الجودة ورقابتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل ولكن في كل المؤسسة الصحية بما في ذلك الاستثمار في محفظة الموارد البشرية.

نقترح أخيرا وليس بالآخر معالجة مشكل التكوين والسلطة في المستشفى وتحديد مستويات المسؤولية الطبية وشبه الطبية كاستراتيجية بديلة في رفع مستوى أداء جودة خدمات المستشفى، ذلك أن التركيز على تغيير الخريطة

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 81، ص13.¹

الصحية مرارا وتكرارا بمجرد تغيير مسؤولي السلطات المركزية وتحميل مسؤولية دواليب التسيير لشخص المسير(المدير) وحده وهو فاقد لسلطة اتخاذ القرار، وحتى بم عزل عن المكونات البشرية الأخرى للمنظمة، لا تفي بالغرض المطلوب ولا بالمحصل المأمول.

مراجع باللغة العربية:

- 1- باتريك تونسيند، جون حيهاردت، كيف تحقق الجودة؟ ترجمة فريق بين الأفكار الدولية بأمريكا، الرياض، مؤسسة المؤتمر للتجارة.
- 2- البهي السيد فؤاد، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط3، دار الفكر العربي، 1979، القاهرة.
- 3- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 39 المؤرخة في 07 جوان 1987.
- 4- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 81، ص13.
- 5- عطية مصلح، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات- العدد السابع والعشرون (حزيران 2012).
- 6- فلاح حسن الحسيني وآخرون، إدارة البنوك: مدخل كمي واستراتيجي معاصر، د.س.ن، 1999.
- 7- يومية الخبر الجزائرية، العدد: 7178 ليوم 29 أوت 2013.

مراجع باللغة الأجنبية:

- 8- Berrah Lamia, L'indicateur de performance, éd Cepadues, Paris, 2002.
- 9- Fernandez Alain, Les nouveaux tableaux de bord des décideurs, Ed, organisation, Paris, 2ème éd, 2000.
- 10- Parasuraman, A.Zeithaml, V.A and Berry, L.L., A Conceptual model of service Quality and its implications for future Research, Journal of marketing, 1985.
- 11- Reddin William.James, Managerial Effectiveness and style, Mc Graw-Hill Book Companies, London, 1970.
- 12- Safa M. Al Jazari Journal: Managerial Studies Journal ادارية Volume,4 . 2011.
- 13- Savall.H, Zardet.V, Maitriser les coûts et les performances cachés, éd Economica 3ème éd, 1995.

ملحق يتضمن التغطية الطبية لولاية تلمسان

