

تقييم أداء النظام الصحي وتحقيق جودة الخدمات الصحية Evaluating the performance of the health system and achieving the quality of health services

سلمية حفيظي¹

1 جامعة محمد خيضر، بسكرة. s.hafidi@univ-biskra.dz

تاريخ الاستلام: 2023/04/23 تاريخ القبول: 2023/06/03 تاريخ النشر: 2023/06/29

Abstract :

Health organizations, as a form of service organizations, are concerned with providing care services, consultations, and follow-up to citizens. With the developments in methods and technologies that raise the quality of health services, most health organizations tended to adopt international standards by which they achieved this, by focusing on evaluating the performance of these organizations.

Therefore, this research paper aims to shed light on evaluating the performance of health organizations as a concept, determinants, components and difficulties, as well as the quality of health service whose components, dimensions and influencing factors we have addressed.

Keywords: performance evaluation, health performance evaluation, health system, quality of service, quality of health services.

الملخص:

تعنى المنظمات الصحية كشكل من أشكال المنظمات الخدمية بتقديم خدمات الرعاية والاستطباب والمتابعة للمواطنين، ومع التطورات الحاصلة على مستوى الأساليب والتقنيات التي ترفع من جودة الخدمات الصحية انتمت أغلب المنظمات الصحية إلى اعتماد المعايير العالمية التي تحقق بها ذلك، من خلال التركيز على تقييم الأداء بهذه المنظمات.

لذا تهدف هذه الورقة البحثية إلى تسليط الضوء على تقييم أداء المنظمات الصحية مفهومًا ومحددات ومقومات وصعوبات، وكذا جودة الخدمة الصحية التي عاجلنا مقوماتها أبعادها والعوامل المؤثرة فيها، وللربط بين تقييم أداء المنظمة الصحية وجودة الخدمة التي تقدمها قدمنا نماذج عالمية من أجل تحقيق هذا المسعى.

الكلمات المفتاحية: تقييم الأداء، تقييم الأداء الصحي، النظام الصحي، جودة الخدمة، جودة الخدمات الصحية.

■ مقدمة:

تشهد المنظومة الصحية في الجزائر تحولات وتغيرات كبيرة مما جعلها تعرف بعض المشكلات والصعوبات التي حالت دون تقديمها الخدمات الصحية التي يتطلع لها المواطن الجزائري بالمواصفات والمعايير التي تتناسب مع مستوى الجودة الذي يحقق له الرضا، وقد ازدادت هذه المشكلات بروزا مع جائحة كوفيد 19 التي اجتاحت العالم مطلع عام 2020 ، والتي كشفت ميدانيا عن عجز هذه المنظمة في مواجهة الأزمات الصحية العالمية، ناهيك عن عدم وجود إستراتيجية إدارة الأزمات التي ينبغي أن تكون موجودة مسبقا وليس حين حلول الأزمة، ومنه أصبح لزاما على القائمين على هذه المنظومة الوقوف عند تقييم أدائها ورصد مواطن الضعف والقصور، بغية تحقيق الجودة المنشودة في الخدمات الصحية التي تقدمها وفقا للمعايير العالمية.

وعليه تتجه هذه الورقة العلمية في البحث في التساؤل الرئيس التالي:

كيف يمكن لتقييم أداء النظام الصحي من تحقيق جودة الخدمات الصحية؟

أولا. النظام الصحي

1. مفهوم النظام الصحي:

النظام الصحي هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد فهو ينقسم إلى شقين أولهما بلوغ أفضل مستوى صحي أي تحري الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، والثاني هو الحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية بمعنى تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على الخدمات الصحية.

ويعرف أيضا بأنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس

صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان بتكلفة معقولة وطريق وميسرة. (محمد، مدخل في الإدارة الصحية، 2011، الصفحات 15-16))

النظام الصحي هو مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه، وترقيته باستمرار. (غضبان، 2023)

2. مكونات النظام الصحي:

يتكون النظام الصحي من ثلاث مكونات أساسية هي: (محمد، مدخل في الإدارة الصحية، 2011، الصفحات 16-17))

1-2 الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، أو ما يرمز له بالعنصر الشخصي وهذا المكون يمثل الأشخاص والعائلات الذين سيحتاجون في حياتهم للخدمات الصحية التي توفرها لهم المؤسسات والمنشآت الصحية المختلفة.

2-2 المكون المهني والفني، ويتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، كالأطباء باختلاف تخصصاتهم والمرضى والصيادلة...إلخ.

3-2 المكون الاجتماعي، ويتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع والدولة والذين يقوم كل منهم بدوره بعمل أو أعمال معينة، حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسرة وموجودة في خدمة الجمهور، وتشمل هذه الأعباء تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تشريع وتحسين مستوى الرعاية الصحية، استقطاب وحشد التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

ثانياً.تقويم الأداء في المنظومة الصحية

1. مفهوم تقويم الأداء الصحي:

يعرف "علي وحمود" تقويم الأداء بأنه المقارنة بين الأداء الفعلي المحقق للمنظمة مع أدائها التشغيلي زمنياً ومكانياً على مستوى المنظمة من خلال عمر المنظمة بالمقارنة مع المنظمات المماثلة أو مع الأداء المخطط وفقاً للسياسات والأهداف الموضوعية مسبقاً بهدف التعرف على مدى كفاءتها في استغلال الموارد المتاحة من جهة وكشف الإخفاقات والانحرافات المرافقة سلباً أو إيجاباً والعمل على دراسة العوامل التي أدت إلى ظهور نقاط الإخفاق ومعرفة أسبابها واقتراح الحلول المناسبة لها دعم الجوانب الإيجابية للأداء المتحقق في مجمل أنشطة المنظمة التشغيلية والإدارية من جهة أخرى. (البياتي، 2009، صفحة 108)

ويرتبط تقويم الأداء في المنظمة الصحية بمستوى الرعاية والخدمة الصحية التي تسعى إلى بلوغها وتجسيدها، من حيث إعداد البرامج الصحية ومستوى تنوع هذه الخدمات وانعكاسها على إستراتيجيتها وأهدافها في النتائج المحققة فعلياً.

2. محددات الأداء الصحي:

أورد التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان (النظم الصحية: تحسين الأداء) جملة من المحددات رتب من خلال الدول على أساس الأداء الصحي، وهذه المحددات هي: (محمد، مدخل في الإدارة الصحية، 2011، الصفحات 18-19)

- الاستجابة، حيث أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، أولهما احترام الأشخاص بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر وحفظ أسرارهم ومراعاة حرمتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم ، أما الثاني فيمكن في توجيه المرضى وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية وإتاحتها، وضمان جودة الخدمات الصحية، وهذه الاستجابة قائمة على توفر الموارد.

- عدالة المساهمة المالية، سجل التقرير تفاوتاً بين الدول فيما تعلق بمدى تحقيق العدالة المالية في النظم الصحية، واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقتطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل، والذي تخصصه لنفقات الرعاية الصحية بما فيها الضرائب والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة.
- مستوى الصحة العام، وذلك لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساساً في تعزيز مستوى الصحة العام، وقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول باحتساب مدد الإعاقة كميّار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي لتقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة، حيث يعتمد هذا المياري بأنه قابل للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.
- توزيع الانتفاع، حيث يتعين على النظم الصحية الحد من التباينات في الانتفاع من الخدمة الصحية بين الأفراد وذلك بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت لهدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن للنهوض بجودة الخدمات الصحية.
- توزيع التمويل، حيث أشار التقرير إلى الطرق الجيدة لتمويل النظم الصحية هي تلك ترتبط أساساً بتوزيع الأعباء المالية توزيعاً عادلاً، والجدير بالذكر أن النظم الصحية في العالم متعدد ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات المواطنين وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط المواطنين.

3. أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

هناك عدة اعتبارات تعزى لها أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية حتى تحقق خدمات صحية بجودة عالية، أهمها: (البياني، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة، 2009، الصفحات 109-110)

- يعكس تقويم الأداء التطور التاريخي للمستشفيات وتحليل أشطتها وفعاليتها في الفترة الماضية على النحو الذي يسهل مهمة تجاوز اخفاقاتها وتعزيز إيجابياتها.
- توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة وبخاصة الصحية منها على النحو الذي يتيح صورة واضحة عن كيفية سير الأنشطة والفعاليات والتزامها بالتوجيهات الصادرة من قبلها.
- تكشف عن قدرة إدارة المستشفى على استغلال الموارد المتاحة لها في تحقيق أهدافها، ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.
- يكشف التقويم عن الانحرافات الحاصلة السلبية والايجابية على النحو الذي يسهل مهمة البحث عن أسباب هذه الانحرافات والمعالجات الضرورية لها.
- يوفر الفرصة نحو إيجاد نوع من المنافسة بين المستشفيات الماثلة أو بين التشكيلات المنظمة في المستشفى الواحدة أو الأفراد العاملين فيها باتجاه زيادة المنتج كما وكيفا وتحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.
- كما تسهل مهمة تحقيق الموارد الاقتصادية من خلال تعزيز التناغم بين مختلف أقسام المستشفى وأنشطتها وتفعيل حالة التكامل فيما بينها على النحو الذي يقلل من الهدر والضياع في الموارد.
- يفرض اعتماد التخطيط المركزي لأنشطة القطاعات المختلفة للدولة ومن ضمنها القطاع الصحي الذي تعد المستشفيات إحدى اللبنة الأساس له والعمل على تعزيز التكامل بين المنظمات العاملة في كل القطاع وكذا بينها وبين المنظمات في القطاعات الأخرى، وعليه تسهل عملية التقويم مثل هذا التكامل على النحو الذي يحقق النمو المتوازن لجميع المنظمات ولتختلف القطاعات على وفق الاستراتيجية الكلية للدولة.

4. مقومات نظام تقييم الأداء

- يعرض "سيد محمد جاد الرب" مجموعة من المقومات التي يتميز بها نظام تقييم الأداء، أهمها: (محمد، مدخل في الإدارة الصحية، 2011، الصفحات 27-28)

- تحديد وتوضيح أهداف نظام تقييم الأداء لجميع العاملين في مختلف المستويات التنظيمية في المنظمة، حيث أن أي دراسة للتقييم لا بد وان تستند على عاملين أساسيين هما الموضوع الذي تجري دراسته والهدف من الدراسة.
- اقتناع الإدارة العليا بأهمية تقييم الأداء وخطورته والنتائج الإيجابية المتوقعة منه، وأيضا اقتناع كافة الأطراف الأخرى، وهذا من شأنه أن يشيع جوا من الثقة والشعور بالالتزام تجاه النظام والاستعداد للمشاركة في تنفيذه.
- في مجال تقييم أداء الأفراد بصفة خاصة وهو جزء هام وجوهري في نظام تقويم الأداء الكلي للمنظمة، تكون المشكلة في تحقيق شكل من التوافق المقبول بين موضوعية التقييم والاموضوعية المؤثرات الشخصية التي تحكم العلاقة بين طرفي عملية التقييم، ولذلك يجب أن يصمم نظام تقويم الأداء بحيث يكون بعيدا بقدر الإمكان عن المؤثرات والتحيزات الشخصية.
- يجب توفير العنصر البشري الفعال الذي يتمتع بالمهارة العالية والخبرة العملية المناسبة، وذلك في مجال المتابعة والرقابة على تنفيذ الأداء والقيام بإجراءات التقييم.
- يمكنان يؤدي نظام التقييم أهدافه بنجاح إذا ما كان قائما على تحديد دقيق وواضح للمعايير والأدوات المستخدمة في القياس، وهذا يستوجب القيام بالدراسات اللازمة بغية التوصل على أكثر هذه المعايير قدرة على تحقيق الأهداف المسطرة.
- إن من أهم المقومات الأساسية التي يجب أن يركز عليها النظام الفعال للتقويم الأداء هي ما يلي:

- توفير البيانات والمعلومات اللازمة لعملية التقييم عن الأنشطة والمستويات الإدارية بالمنظمة الصحية.
- توفير مختلف البيانات عن المنظمات المماثلة وأيضا عن البيئة الخارجية للمنظمة.
- معالجة البيانات بطريقة علمية تتفق وطبيعة وحجم البيانات وإمكانات المنظمة.

5. معوقات تقييم الأداء في المنظمات الصحية

هناك العديد من الصعوبات التي تعيق قياس وتقييم الأداء في المنظمات الصحية، وتمثل الأسباب التالية: (البياتي، 2009، الصفحات 112-113)

- تباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المستشفيات بتباين الجهات ذات العلاقة إلى درجة التناقض أحياناً للمريض يبحث عن أفضل الخدمات، والكادر العامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل، والإدارة تنظر إلى الموضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة بصرف النظر عن حصول مريض معين على قدر من الرعاية تفوق المتاح لغيره لظروف حالته المرضية، وتنظر ذات النظرة إلى الكادر العامل مع اختلاف تخصصاتهم.
- تتصف الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الربح والمنافسة كما هو الحال بالنسبة للمنظمات الصناعية والتجارية حتى في حالة اعتماد أسلوب التمويل الذاتي، يضاف إلى ذلك تعذر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة، فعند قياس أداء العاملين في المستشفى نجد العناصر الملموسة وغير الملموسة إذ يمكن اعتماد المقياس الكمي لقياس أداء هيئة التمريض من خلال تحديد مستوى الرعاية التمريضية الملائمة، ولكن مثل هذا القياس الكمي يهمل القياس النوعي بسبب اختلاف الرعاية التمريضية الضرورية من مريض إلى آخر حسب حالته المرضية، إلى جانب إهمال العوامل الإنسانية التي قد تتطلب رعاية أكثر للمريض، ناهيك عن القياس أداء الأطباء الذي يرتبط هو الآخر بالجوانب الغير ملموسة، فتبصر الطبيب عند تشخيص الحالة ووصف العلاج المناسب للمريض ومدى اهتمامه بإرضاء هذا الأخير والإجابة عن استفساراته المختلفة وعن وضعه الصحي، ونفس الشيء بالنسبة لعمل الصيدلي وأخصائي التحليل.
- على الرغم من وجود عدة هيئات ومنظمات ومؤسسات تعنى بالرعاية الصحية فإن قضية قياس الأداء بهذه الجهات مازالت قاصرة، ففي الولايات المتحدة الأمريكية توجد

عدد من الجهات لقياس أداء هيئة الأطباء من خلال دراسة المستشفيات من حيث توافر حد أدنى من المعدلات الموضوعية، كما توجد منظمات تهدف إلى وضع حدود دنيا لمستويات الرعاية الطبية التي يمكن قبولها لأي مستشفى من التشخيص والعلاج، فضلا عن وجود هيئات تعنى بوضع حدود دنيا للنشاط الذي يمكن تقديمه من قبل الصيادلة وأخصائيي التحليل، وأنشأت وزارة الصحة البريطانية منذ 1958 وحدة لدراسة الوقت والحركة بهدف قياس الأداء بالمستشفيات.

ثالثا. جودة الخدمات الصحية

1. مفهوم جودة الخدمات الصحية

الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية لها مخرجات ملموسة، ذلك أن هذه المؤسسات تقوم بتقديم خدماتها على المجتمع قبل ظهور الحاجة إليها، وعليه عرفت الخدمات الصحية بأنها مجموعة البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال حدوثها.

ذكر (خسرون، 2008) أن أول من استخدم مفهوم جودة الخدمة الصحية في المجال الطبي ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتفيل" المشرفة على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في أعداد الوفيات في تلك المستشفيات. (الغزالي، 2014، صفحة 31)

عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية على أنها التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة مع المجتمع وبتكلفة مناسبة ومقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية. (رضوان، 2021، صفحة 118)

2. المعايير المعتمدة في جودة الخدمة الصحية

حتى تكون الخدمة لصحية جيدة وتتفق مع توقعات العميل وتلبي حاجاته، فإن هناك عدة معايير يمكن الحكم من خلالها على جودة هذه الخدمات، وأوردها (توفيق، 2004) في الآتي: (عباس، العدد 39-2014، صفحة 268)

- **الموثوقية**، ويقصد بها القدرة على الأداء في انجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق، ويمثل هذا البعد أهمية كبيرة بالنسبة للأبعاد الأخرى.
- **الاستجابة**، وهي تعبر عن قدرة المستشفى بشكل دائم في تقديم الخدمة للعملاء عند احتياجهم لها وسرعة مقدمي الخدمة لمطالب واحتياجات المرضى.
- **الجوانب الملموسة**، وتمثل في الجوانب المرتبطة بتقديم الخدمة كالمباني والأثاث والتقنيات الحديثة المستخدمة في تقديم الخدمة والمظهر الداخلي للمستشفى وديكوراتها والمظهر الشخصي للعاملين.
- **درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات العملاء**، أي قدرة الطبيب على تفهم احتياجات المريض وتزويده بالرعاية والعناية الفائقة، التعاطف مع المرضى والكفاءة والجدارة، حيث تشير إلى حسن معاملة المرضى وتقدير ظروفهم وكفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات المصرفية التي تمكنهم من أداء الخدمة.
- **التأكيد وضمان الجودة**، وتتضمن حصول المريض على التشخيص السليم والفحص الدقيق وشعور المريض بالرضا والاطمئنان تجاه الخدمات التي تقدمها المستشفى.
- **الجودة الفنية**، وتتضمن توفير جميع الخدمات الطبية وإجراء كافة العمليات الجراحية وبالأسعار المناسبة.
- **إدارة الجودة الطبية**، تتضمن جميع الخدمات والتسهيلات الطبية المتعلقة بالإسعافات الأولية وتوفير الكادر الطبي المتخصص.
- **الجدارة**، وتعني اقتناء المهارات والمعرفة الضروريتين لتقديم الخدمة.
- **الاتصال**، وتعني إدامة الاتصال مع المريض وتوصيل المعلومات الضرورية له باستمرار.

- الأمان، ويقصد بها عدم الشعور بالخطر والمخاطرة.

3. أبعاد جودة الخدمة الصحية

تستمد المنظمات بشكل عام والمنظمات الصحية تحديدا من أبعاد داخلية وأخرى خارجية لتحديد مستوى جودة خدماتها، فالأولى ترتبط بالأنشطة والعمليات التي يتم التحكم فيها داخل المنظمة، أما الثانية فترتبط بمدى قدرة المنظمة على فهم العملاء وتقديم الخدمات التي تشبع احتياجاتهم وتحقيق الرضا.

ومهما اختلفت وجهات نظر المفكرين في تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية، فإن "جرونروس" من أوائل الباحثين الذين قاموا بتصنيف هذه الأبعاد في الآتي: (المغربي، 2014، الصفحات 59-62)

- **البعد الفني (المخرجات):** ويشير إلى الخدمة المقدمة للعميل نتيجة تعامله مع منظمة الخدمة، ويمكن قياس هذا البعد بموضوعية أكبر من جانب العميل نظرا لكونه يمثل حل فني لمشكلة قائمة.

- **البعد الوظيفي (العمليات):** ويشير إلى الطريقة التي تتم بها المخرجات النهائية التي يحصل عليها العميل، والتي تؤثر في تقييمه للجودة المدركة للخدمة، ويرتبط البعد الوظيفي بالتفاعل بين مقدم الخدمة والعميل بشكل مباشر، وعليه لا يمكن قياس جودة التفاعل من وجهة نظر العميل أو مقدم الخدمة بمفرده.

ويؤثر لقاء الخدمة على كل من العميل وكذلك العاملين بمنظمات الخدمة، فهو يؤثر على تقييم الجودة الكلية المقدمة له كما يؤثر على العاملين في مجال الخدمات وكذلك دافعيتهم ورضاهم عن العمل وعن العوائد المرتبطة به، ويحدث مثل هذا التأثير من خلال ما يعرف بلحظة الصدق والتي تعرف بأنها الأحداث الحرجة التي تحدث عند اتصال العميل بمنظمة الخدمة والتي كون فيها انطباعاته عن جودة الخدمة.

ويقاس البعد الوظيفي أو البعد المرتبط بالعمليات اعتمادا على معايير شخصية من جانب العميل ويتضمن عدة عناصر كآتي:

- الاتجاهات والسلوكيات الخاصة بموظفي الخدمة.
 - العلاقات المتداخلة بين العاملين والعميل.
 - العلاقات بين أعضاء منظمة الخدمة.
 - مظهر وشخصية مقدم الخدمة.
 - ميل الأفراد لتقديم الخدمة.
 - إمكانية تقييم الخدمة من جانب العميل.
- بعد الصورة الذهنية لمنظمة الخدمة: وقد أضاف " جرونروس " هذا البعد لأهميته بالنسبة لنظم المعلومات، حيث تعكس الصورة الذهنية للمنظمة الصورة الذهنية للعملاء بواسطة كل من الجودة الفنية والجودة الوظيفية، وتؤثر هذه الصورة على الجودة المدركة للخدمة بطرق عديدة، فالمنظمة التي تتمتع بصورة ذهنية طيبة يكون عملائها أكثر استعداداً للتغاضي عن الأخطاء البسيطة من جانبها، في حين يتأثر العميل سلباً بدرجة أكبر بالأخطاء البسيطة لمنظمة الخدمة التي تتمتع بصورة ذهنية سلبية وهو ما يؤثر بالطبع في تقديم الجودة المدركة للخدمة ذاتها.
- ويمكن أن نضيف أيضاً ما قدمه " بيرى وزملاؤه " في خلاصة لدراسات حول أبعاد جودة الخدمة من وجهة نظر العميل، تتمثل في:
- إمكانية الوصول للخدمة.
 - الاتصالات الفعالة مع العملاء.
 - كفاءة وقدرة موظفي الخدمة.
 - الذوق واللياقة في التعامل مع الزملاء.
 - المصادقية التي تظهر في اسم المنظمة وسمعتها وخصائصها.
 - الاعتمادية القائمة على أداء الخدمة في وقتها المحدد وبكل دقة والاحتفاظ بالسجلات الدقيقة.
 - سرعة الاستجابة لمطالب العميل.

-الأمن المادي والمالي والسرية.

-الأشياء الملموسة، من تسهيلات مادية، مظهر العاملين، الأدوات والمعدات المستخدمة في أداء الخدمة...إلخ.

-تفهم العميل من خلال معرفة احتياجاته والاهتمام به.

4. العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتمثل في التالي: (الغزالي، 2014،

الصفحة 36-37)

1.4 تحليل توقعات المريض:

تحتاج المستشفيات إلى فهم احتياجات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة وهي:

- **الجودة المتوقعة**، وهي تلك الدرجة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية، فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى.
- **الجودة المدركة**، وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له.
- **الجودة القياسية**، وهي ذلك المستوى من الخدمة المقدمة التي تتطابق مع الموصفات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.
- **الجودة الفعلية**، وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

2.4 تحديد جودة الخدمات:

عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة

ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

4.4 أداء العاملين

عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنه في المقابل يجب أن تعامل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها وهنا من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان.

5. مؤشرات جودة الخدمة الصحية:

هناك عدة مجالات تتحدد فيها مؤشرات جودة الخدمة الصحية، وتتمثل في الآتي:

(البكري، 2005، الصفحات 203-210)

1.5 مؤشرات النشاط والعمليات :

أبرزها:

$$\checkmark \text{ نسبة الوفيات بالمستشفى} = \frac{\text{عدد الوفيات بين المرضى الراقدين بالمستشفى}}{\text{الراقدين بالمستشفى}}$$

$$\checkmark \text{ معدل بقاء المريض} = \frac{\text{العدد الاجمالي لأيام الرقود بالمستشفى}}{\text{عدد المرضى الراقدين بالمستشفى}}$$

$$\checkmark \text{ متوسط أيام الانتظار} = \frac{\text{فترة انتظار المريض لإجراء عملية جراحية}}{\text{عدد المنتظرين}}$$

$$\checkmark \text{ نسبة الشكاوي} = \frac{\text{عدد الشكاوي}}{\text{عدد المرضى القادمين للمستشفى}}$$

$$\checkmark \text{ نسبة المطابقة} = \frac{\text{عدد العمليات المنجزة وفق المعايير المطبقة}}{\text{مجموع العمليات المقارن بالمعايير المطبقة}}$$

2.5 مؤشرات البنية الأساسية أو الهيكلية

وتتمثل في المؤشرات التي تقيس مدخلات العمليات من موارد بشرية ومادية ومالية لازمة لتقديم الخدمة الصحية، وهذا يمكن رصده من خلال المؤشرات التالية:

- مؤشرات لقياس أداء الموارد البشرية

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

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

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

$$\frac{\text{عدد الأطباء الأخصائيين}}{\text{عدد الكلي للأطباء}} = \text{أخصائي/إجمالي الأطباء}$$

$$\frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الكلي للأطباء}} = \text{مرضة/طبيب}$$

$$\frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد المرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية}} = \text{مرضة/مريض}$$

$$\frac{\text{عدد الأسرة بالمؤسسة الصحية}}{\text{عدد الممرضات}} = \text{سرير/مرضة}$$

- مؤشرات قياس الأداء للموارد المادية والمالية:

$$\frac{\text{عدد الأسرة بالمستشفى} \times 360 \text{ (يوماً)} - \text{عدد أيام البقاء بالمستشفى}}{\text{العدد الكلي للمرضى الموجودين بالمستشفى}} = \text{عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى}$$

$$\frac{\text{عدد المرضى الراقدين في المستشفى}}{\text{عدد الأسرة المهيأة للرقود}} = \text{مريض راقد في السرير خلال فترة معينة}$$

رابعاً: تقييم الأداء وتحقيق جودة الخدمة الصحية

لقد ارتبط تقييم الأداء بتحقيق جودة الخدمة في أغلب المؤسسات الخدمية كحتمية لا مناص منها، ولعل المؤسسات الصحية أبرز وأهم هذه المؤسسات كونها ترتبط بصحة المواطن وتطلعه لخدمة صحية بمعايير الجودة المنشودة، ومن أجل ذلك ومنذ منتصف القرن الماضي والباحثون قد أجرو العديد من الدراسات في سبيل تحقيق ذلك ومن أبرز هذه النماذج:

1. نموذج الفجوة

في ثمانينيات القرن الماضي قام كل من (Parasuraman , Zeithmal et Berry) بعدة دراسات بغية تحديد وتحليل مصادر مشاكل الجودة والمساعدة في كيفية تحسينها في ما أطلقوا عليه اسم (نموذج الفجوة)، الذي يعنى بتحديد الفجوة بين توقعات العملاء والخدمة المدركة، ويعبر عنها بالعلاقة التالية: **جودة الخدمة = التوقع- الإدراك**

وقد توصل (Berry) وزملاؤه سنة 1985 إلى أن المحور الأساسي في تقييم جودة الخدمة وفق هذا النموذج يتمثل في الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته بشأنها، وأن طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها، وقد حددت بهذا النموذج خمس فجوات يمكن توضيحها في الآتي: (الغزالي، 2014، 48-49)

- الفجوة رقم (1):

هي الفجوة بين ما يرغب العملاء وبين ما تعتقده الإدارة عن ما يرغبه هؤلاء العملاء وتنتج هذه الفجوة من نقص في الفهم أو سوء تفسير حاجات ورغبات للعملاء، وتزداد هذه الحالة في تلك النوعية من الشركات التي لا تقوم باستكشاف رضا العملاء أو تلك التي لا تقوم بمثل هذه الأبحاث إلا في حالات قليلة أو نادرة، لذلك فإن أهم خطوة لسد هذه الفجوة يتمثل في البقاء عن قرب من العملاء والقيام بالبحوث المتعلقة بالتعرف على حاجات وقياس مدى رضاهم عن الخدمات التي تم تقييدها.

- الفجوة رقم (2):

وتشير إلى عدم وجود تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع إدراكات الإدارة لتوقعات العميل، أي رغم إدراك إدارة المؤسسة الخدمية لتوقعات العميل إلا أنها غير قادرة ترجمة ذلك إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة.

- الفجوة رقم (3):

هي فجوة بين مواصفات الخدمة الموضوعية والأداء الفعلي لها، فإذا تمكنت المؤسسة الخدمية من وضع المواصفات المطلوبة في الخدمة فلا يمكنها أداء هذه الخدمة بسبب وجود مواصفات معقدة وغير مرنة، وعدم تدريب العاملين على تدريب العاملين على أدائها أو عدم اقتناعهم بالمواصفات المطلوبة، أو عدم وجود الحافز الكافي لأداء هذه الخدمة.

- الفجوة رقم (4):

وتتمثل في فجوة من الخدمة المروجة والخدمة المقدمة، أي أن الوعود المعطاة من خلال الأنشطة الترويجية لا تتطابق مع الأداء الفعلي للخدمة وذلك لوجود ضعف في التنسيق بين العمليات والتسويق الخارجي للمؤسسة الخدمية.

- الفجوة رقم (5):

وتتعلق بالفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المؤداة، وهذا يعني أن الخدمة المتوقعة لا تتطابق مع الخدمة المدركة وتكون محصلة لجميع الفجوات بحيث يتم على أساسها الحكم على جودة أداء المؤسسة الخدمية.

2. نموذج أداء الخدمة الفعلي:

يعرف هذا النموذج باسم (Servperf) وظهر خلال سنة 1992 في الدراسات التي أجراها (Taylor and Cronin) وتأخذ الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف على أنه " تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة".

حيث رفض هذا النموذج فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة بل ركز على الأداء الفعلي للخدمة، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالعميل فقط ذلك أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات وهي دالة لإدراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب تعامل المؤسسة ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة، هذا الأخير الذي يعتبر عاملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها وضمن هذا الإطار تتم عملية التقييم لجودة الخدمة من طرف العميل.

ويتلخص هذا النموذج في ثلاث عناصر هي:

- أن الأداء الحالي للخدمة يحدد بشكل كبير تقييم العميل لجودة الخدمة المقدمة فعليا من المؤسسة الخدمية.
- ارتباط الرضا بتقييم العميل لجودة الخدمة أساسه الخبرة السابقة في التعامل مع المؤسسة أي أن التقييم عملية تراكمية طويلة الأجل نسبيا.
- تعتبر المؤشرات المحددة لمستوى الجودة (الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان والملموسية) ركيزة أساسية لتقييم مستوى الخدمة وفق هذا النموذج.

● الخاتمة

إن جودة الخدمات الصحية ليست مطلب المستفيدين من الخدمة فحسب، بل هي مسعى الحكومات والهيئات المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية أيضا، ذلك أن التزامها بالمعايير العالمية في تقديم هذه الخدمات من شأنه أن يرفع من ترتيب الدول ضمن الهيئات العالمية للصحة كمنظمة الصحة العالمية وغيرها، وقد حاولنا في هذه الورقة العلمية تسليط الضوء على مفهوم ومحددات وأهمية نظام تقييم الأداء الصحي وكذا مقوماته التي تجعل منه في مستوى تطلعات المستفيدين من الخدمة الصحية، التي طرحنا مؤشراتنا العالمية ومعاييرها وأبعادها، لنخلص إلى أن تقييم الأداء الصحي بشكل مستمر وفعال من شأنه الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية التي تشعر المستفيد بالرضى من جهة، وتجعل المنظومة الصحية متأهبة لأي أزمة صحية كنتلك التي حدثت عام 2020 من جهة ثانية.

■ قائمة المراجع:

- 1- حسين ذنون علي البياتي(2009)، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة، دار وائل، الأردن.
- 2- علي عبد الجليل علي الغزالي(2014)، جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى- دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي-، رسالة مقدمة لاستكمال الحصول على درجة الماجستير، تخصص إدارة، كلية الاقتصاد، جامعة بنغازي.
- 3- عبد العزيز سلطان العنقري وعبد الحميد عبد الفتاح المغربي(2014)، تخطيط الخدمات الصحية الأصول العلمية والتطبيقية العملية، جامعة الطائف، مكتبة الملك فهد الوطنية .
- 4- علاء فرج حسن رضوان(2021)، دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية-دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة

- 5- سامي أحمد عباس(2014)، 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 للجامعة، العدد 39
- 6- محمد عدمان مريزيق(2011)، مدخل في الإدارة الصحية، دار الراية، الأردنية
- 7- غضبان, ف. (2023, 02 16). المرجع الإلكتروني للمعلوماتية, 2023, 03 30, Consulté le .
sur <https://almerja.net/reading.php?idm=195557>