

واقع رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية  
في ظل آلية التسعير على أساس الأنشطة .

**The reality of patients satisfaction on the quality of hospital services in French public hospitals under the activity-based pricing mechanism.**

ط.د/ بوزناد دليلة<sup>1\*</sup>، د. تومي عبد الرحمان<sup>2</sup>

<sup>1</sup>جامعة امحمد بوقرة بومرداس، dal.bouzenad@gmail.com

<sup>2</sup>جامعة امحمد بوقرة بومرداس، toumi\_abdrahmane@yahoo.fr

تاريخ التسليم: 2019/10/15، تاريخ المراجعة: 2020/06/22، تاريخ القبول: 2020/12/04

**Abstract**

The aim of this article is to present the mechanism of financing public hospitals in France, which is represented in activity-based pricing, which aims to create an incentive for the managers of public hospitals to improve the quality of their services by activating competition between this type of organizations. The reflection of this mechanism on how well the quality of hospital practices is improved by analyzing the results of measuring patient satisfaction about the quality of the services provided in French public hospitals during the years 2016 -2017-2018

**Keywords:** public hospital, activity-based pricing, quality of hospital services

**الملخص**

تهدف من خلال هذا المقال إلى عرض آلية تمويل المستشفيات العمومية في فرنسا والتمثلة في التسعير على أساس الأنشطة، والتي تهدف إلى خلق الحافز لدى مديري المستشفيات العمومية لتحسين جودة خدماتها من خلال تفعيل المنافسة بين هذا النوع من المنظمات.

كما نسعى إلى إبراز انعكاس هذه الآلية على مدى تحسين جودة الممارسات الاستشفائية من خلال تحليل نتائج قياس رضا المرضى حول جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات العمومية الفرنسية خلال سنوات 2016-2017-2018

الكلمات المفتاحية: المستشفى العمومي، التسعير على أساس الأنشطة، جودة الخدمات الاستشفائية

\*المؤلف المراسل

**1. مقدمة:**

تحتل مسألة تحسين الجودة أهمية بالغة في مجال تقديم الخدمات الاستشفائية، نظرًا لما تُظهره من أثر واضح في نتائجها النهائية على صحة الفرد والمجتمع، لكن وعلى الرغم من هذه الأهمية الكبرى، إلا أنّ تحقيق ذلك يعتبر هدفًا بعيد المنال طالما أن المستشفى العمومي لا ينظر إلى المرضى على أنّهم زبائن وُجبت دراسة حاجاتهم وتطلعاتهم ومن ثمّ وجب العمل على تلبية هذه الحاجات والتطلعات.

ففي الوقت الذي قطعت فيه المستشفيات الخاصة أشواطًا كبيرة في تحسين أدائها وجودة خدماتها وتحقيق نسبة معتبرة من رضا عملائها، لا يزال الحديث عن المستشفيات العمومية خاصة في الدول النامية، لا يخرج عن إطار الحديث عن مؤسسات تعاني من واقع مريض ومتأزم، يتجلى هذا المرض من خلال العديد من الأعراض، بدءًا بانعدام الكفاءة والتسيب وضعف وسائل الرقابة، مرورًا بعدم قدرتها على ترشيد نفقاتها وضبط الكلفة المتصاعدة في ظل ضعف وقلة مصادر التمويل، وصولًا إلى مستوى الأداء المتدني وكثرة شكاوي المرضى حول جودة الخدمات المقدمة. ولأنّ السعي من أجل تحسين جودة الخدمات ونيل رضا المرضى يُعدُّ ضرورة أخلاقية قبل أن يكون ضرورة اقتصادية، اتجهت معظم دول العالم المتقدم إلى تبني سياسات وبرامج إصلاح للنهوض بالنظام الصحي، ركزت معظمها على تفعيل أدوات القطاع الخاص في إدارة المؤسسات الصحية العمومية.

وتماشيا مع هذا الطرح سعت العديد من الدول وبالأخص فرنسا مع دخول القرن الحالي نحو إصلاح القطاع الاستشفائي العام من خلال تبني آلية التسعير على أساس الأنشطة كأداة تمويل تحفيزية، تهدف إلى خلق نوع من المنافسة غير السعرية من أجل تحسين جودة الخدمات الاستشفائية، مدعمةً بتأييد الأكاديميين ومهنيي الصحة من جهة، وبدفع كبير من قبل منظمة الصحة العالمية من جهة أخرى. ولعلّ الشيء الملاحظ هنا هو الاتفاق السائد حول أنّ الخلل لم يكن في أهداف المستشفيات العمومية بل في طرق تسييرها وآليات تمويلها، ودعمت هذه الفرضية النجاحات الباهرة التي حققتها المنظمات الصحية بفضل الثورة الإدارية التي عرفها القطاع الخاص.

وانطلاقاً من هذه الإصلاحات سعت معظم المستشفيات العمومية لتحسين جودة خدماتها سعياً منها لتحسين وضعيتها المالية والحصول على تمويل يضمن استمراريته واستقرارها المالي.

انطلاقاً مما سبق فإننا نطرح الإشكالية التالية:

ما هو واقع رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية في ظل آلية التسعير على أساس الأنشطة؟

وقد تبيننا في مقالنا هذا المنهج الوصفي محاولة من لبناء مقارنة نظرية، حيث اعتمدنا بالأساس على المسح المكتبي وتحليل الدراسات السابقة، كما اعتمدنا على المنهج التحليلي للمعطيات الواقعية الميدانية من خلال تحليل الاستبيان الذي تضعه وزارة الصحة الفرنسية على مستوى المستشفيات العمومية الممولة بواسطة التسعير على أساس الأنشطة لقياس رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية، وهو المنهج الذي يقوم على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، بوصفها والتعبير عنها كمياً، واستخدام الأدوات المناسبة لتحليلها وتفسيرها وصولاً إلى حقائق الظروف القائمة بغية الخروج بالنتائج والاقتراحات.

وبهذا سنسعى من خلال محاور الدراسة نحو تحقيق جملة من الأهداف أهمها:

- عرض مبادئ وأساسيات آلية التسعير على أساس الأنشطة؟
- استعراض واقع جودة الخدمات الإستشفائية (الطبية والتمريضية) من وجهة نظر المرضى في المستشفى العمومي الفرنسي؟
- إبراز علاقة ذلك بالآلية التسعير على أساس الأنشطة؟

الفرضيات:

- يعكس نظام التسعير القائم على أساس الأنشطة طرحاً أكثر تحفيزاً فيما يتعلق بتحسين جودة الخدمات الاستشفائية في المستشفى العمومي الفرنسي.
- ساهم نظام التسعير القائم على أساس الأنشطة في تحسين جودة الخدمات الاستشفائية في المستشفى العمومي في فرنسا.

- رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية في تحسن مستمر.

سنقوم بمعالجة الموضوع من خلال مايلي:

## 2.الأسس الاقتصادية للتسعير على أساس الأنشطة

بعد تحديد المقصود من التسعير القائم على أساس النشاط ، وشرح العملية العامة لهذا النظام وشروط تنفيذه ، فإننا نوضح الآثار المحتملة لتطبيقه وتأثيراته، من أجل فهم أفضل للتداعيات المحتملة للنموذج المستخدم في فرنسا.

### 1.2.التأصيل التاريخي للتسعير على أساس الأنشطة:

يعود تأسيس نظام التسعير القائم على أساس الأنشطة كأحد أنظمة التمويل الصحي إلى عام 1982 عندما تم تقديمه في الولايات المتحدة الأمريكية لرعاية المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا. حيث كان جزءًا من برنامج التأمين الصحي للرعاية الصحية للسيطرة على النمو في نفقات المستشفى، والتي تضاعفت تقريبًا بين عامي 1970 و 1982، سرعان ما تبع هذا المثال في كندا وأستراليا ونيوزيلندا، ثم تطور في معظم البلدان الأوروبية (Alain, anita, & cathrine, 2013, p. 223)

وفي مطلع القرن الحالي اتجهت فرنسا على غرار المملكة المتحدة إلى اصلاح نظامها الصحي من خلال إدخال هذا النظام بطريقة تدريجية لأن ذلك يؤدي إلى إجراء تغييرات كبيرة كتلك التي تتعلق بتحديد الموارد ، وإجراءات الميزانية والمحاسبة ، ودوائر معالجة المعلومات والبيانات حيث لم يكن من الممكن إجراء جميع هذه التغييرات مرة واحدة.وقدم تطبيقه على الخدمات الطبية وخدمات الجراحة والتوليد والتي تشكل 75 ٪ من نشاط المستشفيات، أما الباقي يمول في شكل مخصصات، تسمى المخصصات السنوية الإضافية (DAC).

بالنسبة للمستشفيات العمومية، شهدت فترة توسع امتدت بين عامي 2004 و 2008، زاد التمويل المرتبط بحجم النشاط من 10 ٪ في عام 2004 إلى 25 ٪ في عام 2005، و 35 ٪ في

عام 2006، و 50 ٪ في عام 2007 و - 100 ٪ في عام 2008. (choné, evian, wilner, & yilmaz, édition 2013).

## 2.2. ماهية التسعير على أساس الأنشطة

إن هذا النظام وإن كان متطابقاً من حيث المفهوم، فإنه من ناحية التطبيق يختلف من بلد إلى آخر ويعزى ذلك إلى الاختلاف في كل من الاختيارات المقدمة من حيث النطاق، والأنظمة السياسية والدور الذي تلعبه كل من السلطات المركزية و اللامركزية، وهيئات التأمين الصحي، فضلاً عن الخصائص التقنية لكل من النظم الصحية للدول المختلفة.

### 1.2.2. مفهوم التسعير على أساس الأنشطة

هي "طريقة للتمويل، تهدف إلى إرساء تخصيص الموارد للمرافق الصحية العامة والخاصة التي لا تهدف إلى الربح، استناداً إلى طبيعة وحجم نشاطها المنفذ والمقاس في معظم الأحيان على أساس البيانات من برنامج معالجة نظم المعلومات (Krief, 2006, p. 6)

كما يعرف على أنه نظام تمويل مرفق صحي يربط الدفع بالنشاط المنجز، والذي يتم تحديده من خلال حلقات الرعاية بواسطة مجموعات التشخيص، والذي يُشار إليها أيضاً بالمجموعات المتجانسة من المرضى بدلاً من التخصصات (مثل جراحة العظام) أو خدمات المستشفيات (مثل وحدة الرعاية الجراحية. (bussières, simoncelli, bourdon, & lachaîne, May-June 2010, p. 236)

يستند المبدأ النظري للتسعير القائم على النشاط إلى مفهوم "المنافسة عن طريق المقارنة، هذه الآلية للمنافسة تتم من خلال تحديد سعر بناء على متوسط التكلفة، ويتم تقديم نفس المبلغ لنفس الخدمة، مما يساعد على تحفيز المنافسة بين المؤسسات، وبالتالي يتم تشجيع المؤسسات على السعي لتحقيق الكفاءة من أجل خفض تكاليفها.

من حيث المبدأ، يستحدث التسعير القائم على النشاط آليات فعالة تشجع المؤسسات على تحقيق مكاسب إنتاجية، من أجل موازنة تكاليفها مع التعريفات الوطنية & (bras, pourville, & tabuteau, 2009, p. 349).

**2.2.2. أهداف التسعير على أساس النشاط :**

- يطمح هذا الإصلاح إلى تعزيز التغييرات التنظيمية التي يمكن أن تحسن أداء المستشفيات العمومية. من خلال تحقيق أربعة أهداف رئيسية تتمثل في (Holcman, 2015, p. 571):
- ✓ ضمان تطابق أفضل بين الموارد والنشاط عن طريق ربط التمويل بإنتاج الرعاية في نظام شفاف؛
  - ✓ السماح بالمعاملة المتساوية بين المؤسسات حيث يتم دفع نفس السعر لنفس الخدمة لجميع مقدمي الرعاية؛
  - ✓ الانخراط في إصلاح المنظمات الاستشفائية العمومية؛
  - ✓ تحسين الكفاءة، في كل مرفق (على حدا) ونظام إنتاج الرعاية بأكمله.

**3.2. أدوات التسعير على أساس الأنشطة:** تعتبر جودة البيانات المستخدمة لبناء وتطبيق التسعير القائم على الأنشطة ، وكذلك تصنيف الخيارات واختياراتها ، ضرورة لعملها الصحيح. والعنصران الأساسيان في هذا السياق هما قواعد بناء المجموعات المتجانسة للمرضى وطريقة حساب التكاليف (مصادر البيانات المستخدمة ، طريقة الحساب ، التعريف مع الأخذ في الاعتبار الإقامة القصوى) وبرنامج المعالجة الطبية لنظم المعلومات.

**1.3.2. المجموعات المتجانسة للمرضى**

يعتبر التصنيف المتجانس للخدمات المقدمة شرط أساسي في آلية التسعير على أساس الأنشطة، ويستخدم كل بلد تصنيف مختلف، في فرنسا يتم تصنيفها في المجموعات المتجانسة للمرضى أو ما يعرف بـ Les Groupes Homogènes des Malades-GHM- والتي تشبه إلى حد بعيد النموذج الأمريكي للتصنيف -المجموعات المرتبطة بالتشخيص ( Ddiagnostic RelatedGroups).

يتم تصنيف الإقامة في مجموعات متجانسة باستخدام شجرة مبنية على التشخيصات ومعظم الأعمال الطبية والتمريضية التي تتم أثناء فترة الاستشفاء والتي لها دورا حاسما في تكلفة الإقامة. تمثل المجموعات المتجانسة للمرضى خريطة الوظائف الطبية داخل المؤسسات الاستشفائية وهي وسيلة لتنظيم النشاط الطبي داخل المستشفى من خلال تجميع الأمراض التي لها نفس العلاج والتي

تتميز بخصائص مشتركة في حقول، يتم تقييم كل حقل أو مجموعة متجانسة بمؤشر ملخص للنشاط يعكس هذا المؤشر التكلفة الإجمالية للعلاج أثناء فترة الإقامة بالمستشفى، ويساعد هذا المؤشر على معرفة ثقل كل مجموعة في استهلاكها للموارد الاستشفائية.(Milcen, 2017)

### تكاليف الأمراض في المستشفى

تمكن برامج نظم المعلومات الطبية قياس منتج المستشفى بدقة بفضل تعريفات GHM (مجموعات متجانسة من المرضى) تتكون التكلفة الإجمالية لكل مجموعة من ثلاثة أنواع من التكاليف: (Hirtzlin, 2017)

- ✓ تكاليف هيكلية : مصاريف مالية، اهتلاك البنائيات، ضرائب ورسوم على الأجور.
- ✓ تكاليف لوجستية: المغسلة، المطعم، أعباء التسيير العام الأخرى والمعدات.
- ✓ تكاليف طبية : هذا النوع من التكاليف يتكون

- مصاريف تتحمل من طرف المريض مباشرة مثل : أكياس الدم، أعضاء اصطناعية، أدوية وأدوات خارجية:

- مصاريف الأقسام العلاجية التي مر بها المريض مثل ( : أعباء الأطباء، الممرضين والتقنيين، عمال آخرين اهتلاك وصيانة الأجهزة الطبية، لوازم مستهلكة ) الموزعة على فترة مكوث المريض حسب الأيام الاستشفائية المستفاد منها

-مصاريف الأدوات المقدمة من طرف الأقسام الطبية التقنية الموزعة على المريض على أساس الأدوات المستفاد منها في هذه الأقسام ( أشعة، مخبر، غرفة العمليات ...) والتي توزع على فترة المكوث على أساس مؤشر التكاليف.

### 2.3.2. برنامج المعالجة الطبية لنظم المعلومات: هو أداة وصف وقياس طبي-اقتصادي لنشاط

المستشفياتم تقدمه في فرنسا في أواسط الثمانينيات من قبل جان دي كيرفاسدوي ، مسؤول عن إدارة

المستشفيات كأداة لتصنيف الأوبئة قبل أن يصبح أداة تخصيص للميزانية. كما أنه مسؤول عن تشجيع تبادل أفضل بين شركاء المستشفى: الأطباء ومقدمو الرعاية والإداريون. تعتبر برنامج المعالجة الطبية لنظم المعلومات إلزامية يلزم المؤسسات الصحية بالشروع في التقييم وتحليل نشاطها.

يلعب برنامج المعالجة الطبية لنظم المعلومات دورا رئيسيا في منح الاعتمادات المالية للمؤسسات الصحية العمومية فمن خلاله تتحصل الجهات الوصية على المعلومات الضرورية، واللازمة والتي يتم على ضوءها تحديد حجم المساهمات المالية الضرورية لهذه المؤسسات. حيث تقوم المؤسسات بإرسال ملخصات الخروج النموذجية الخاصة، وهذا بعد التأكد من شموليتها ونوعية المعلومات التي تتضمنها، إلى وزارة الصحة كل 6 أشهر، فتقوم المصالح الوزارية المكلفة، بحساب إنتاج هذه المؤسسات انطلاقا من هذه المعلومات المرسله، ثم تقوم بالتعبير عن هذا الإنتاج باستعمال مؤشر يطلق عليه "مؤشر النشاط الشمولي". (Holcman, 2015، صفحة 558) بالإضافة إلى كونه أداة لتخصيص الميزانية، فهو مفيد لأغراض أخرى كثيرة:

- ✓ يقودنا تأسيس برامج نظم المعلومات الطبية إلى إنشاء أول قاعدة بيانات طبية دائمة على المستوى الوطني.
- ✓ يوفر بيانات عن أنواع وحجم الأمراض في المستشفى.
- ✓ يمكن أن تكون قاعدة البيانات الطبية بمثابة دعم لتنفيذ لوحة القيادة الإستراتيجية، مع بعض التعديلات، والتي تعد أداة لمساعدة اتخاذ القرارات الإستراتيجية للمديرين.
- ✓ تسمح برامج نظم المعلومات الطبية بالحصول على التكلفة الحقيقية للاستشفاء والتي تعتبر بيانات أساسية للدراسات الاقتصادية. (Odier, 2007)

#### 4.2. أثر التسعير على أساس الأنشطة على جودة الخدمات الاستشفائية

- يتميز المستشفى العمومي بالعلاقات المزدوجة ويتضارب الأهداف:
- ✓ من جهة ممول المستشفى ( الدولة أو مؤسسات الضمان الاجتماعي) الذي يسعى إلى تخفيض التكاليف إلى أقصى حد ممكن.



- ✓ من جهة أخرى مدير المستشفى الذي يسعى إلى تعظيم الإيرادات من خلال تضخيم الميزانية التقديرية.
- ✓ ومن جهة ثالثة الأطباء ومهنيي الصحة الذين يتلقون دخلاً ثابتاً بغض النظر إلى جودة الخدمة المقدمة أو مستوى الأداء و الجهد المبذول.
- إن تمويل المستشفى دون الأخذ بعين الاعتبار مستوى الجهد المبذول أو السعي إلى تخفيض التكاليف ودرجة الأداء التقني للمستشفى (دالة الإنتاج ودالة التكاليف) قد يقود مدير المستشفى إلى الوقوع في حالة تواطؤ ، كأن يخفي الأداء الجيد للأطباء (التكلفة المنخفضة) للحصول ميزانية عالية ، هذا من جهة .( mougeot, 1999, p. 99)
- ومن جهة أخرى فإن غياب إجراءات تحفيزية في المستشفيات العامة تربط بين مكافآت مختلف الجهات الفاعلة والجهد المبذول أو النتيجة النهائية للأداء ؛ وغياب آليات للرقابة على النشاط الطبي، من شأنه أن يؤدي إلى تضارب الأهداف فبدل أن تخلق الحافز لتحسين الأداء تشجع على اللامعافاة في الأداء.(من خلال تضخيم الميزانية التقديرية)
- بعد إدخال التسعير على أساس الأنشطة، تتمثل إحدى التحديات التي تواجه المستشفيات العمومية في جذب المرضى لزيادة نشاطهم، وبالتالي مواردهم المالية، على عكس الوضع الذي كان موجوداً قبل الإصلاح، حيث أصبحت الإقامة الإضافية تحقق دخلاً إضافياً.
- أحد العوامل الموجهة لتحقيق هذا الهدف هو الاستثمار في الجودة ويشير مصطلح الجودة هذا إلى كل من جودة الرعاية التي يتلقاها المرضى وجودة أداء المستشفيات، من أجل الحصول على حصة في السوق (bras, pourville, & tabuteau, 2009, p. 401) .
- في هذا السياق تبرز الآثار الايجابية للتسعير على أساس الأنشطة وهي:
- ✓ تفعيل المنافسة من حيث الجودة، حيث تنتبأ النظرية الاقتصادية في سياق المنافسة بين المؤسسات العمومية بأن الدفع المستقبلي هو الأكثر فعالية استناداً إلى نموذج نظري قائم على المنافسة من حيث الجودة.

✓ تساهم أيضاً على تشجيع المؤسسات على الاستثمار في الإنفاق الجيد من أجل تحسين جاذبيتها للمرضى وبالتالي زيادة حصتهم في السوق (crainich, leleu, & mauleon, 2009)

### 3. واقع رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية

في إطار التسعير على أساس الأنشطة يتم استخدام مقارنة عامة لتحسين جودة وسلامة الرعاية في المرافق الصحية، من خلال ملخص وطني موحد للمؤشرات تضعه السلطات العليا للصحة في فرنسا، بغرض تمكين جميع المستشفيات من قياس أدائها، ومعرفة مستوى جودة خدماتها وبالتالي تحسينها، تُستخدم هذه المؤشرات في إصدار الشهادات للمنشآت الصحية، وفي نظام الحوافز المالية لتحسين الجودة في المستشفيات العمومية، يتم حساب هذه المؤشرات من خلال:

• تحليل المستشفيات لسجلات المرضى ؛

• إجابات المستشفيات على الاستبيانات ؛

• قاعدة بيانات نظام المعالجة الطبية لنظم المعلومات ؛

• ردود المريض على استبيانات الرضا. (<https://www.atih.sante.fr/>):

#### 1.3. استبيان الرضا:

لأن معرفة وجهة نظر المريض يعد أمراً ضرورياً لتحسين جودة وسلامة الرعاية في المستشفيات، تم تصميم استبيان الكتروني (e-satis) من طرف متخصصي وخبراء الصحة في فرنسا لقياس رضا المريض، يسمح هذا الاستبيان بتوفير رؤية تكميلية لمؤشرات الجودة تركز على احترام الممارسات السريرية والتنظيمية الجيدة والتي يتم تقييمها من قبل المتخصصين من خلال قياسات موثوقة.

يتم قياس رضا المرضى وخبراتهم من أجل (<https://www.atih.sante.fr/>):

✓ إعطاء صوت للمرضى، والسماح لهم بالتعبير عن أنفسهم أثناء فترة الاستشفاء، بشكل

مجهول وشفاف؛

✓ إعطاء المهنيين وجهات نظر مختلفة حول ممارساتهم تسمح لهم باستدراك النقائص وتحسين الممارسات؛

✓ السماح للمستشفيات بمقارنة نفسها بالمستشفيات الأخرى.

### 2.3. حدود الدراسة :

تتناول الدراسة واقع رضا المرضى على الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية خلال ثلاث سنوات 2016، 2017، 2018.

### 3.3. عينة الدراسة:

يخص هذا الاستبيان كل من:

- المرضى الراقدين في المستشفيات العمومية الفرنسية أكثر من 48 ساعة.
  - المرضى الراقدين في المستشفيات العمومية من أجل جراحة اليوم الواحد.
- جميع المستشفيات العمومية التي تقدم خدمات الطب والجراحة والتوليد معنية بهذا الأمر وملزمة به. والجدول التالي يوضح تطور عدد المستشفيات العمومية المشاركة في قياس رضا المرضى.

#### الجدول 1: تطور مشاركة المستشفيات على استبيانات الرضا خلال الفترة 2016-2018

السنوات	2016	2017	2018
عدد المستشفيات المشاركة	983	1101	1113
عدد المستشفيات التي شاركت بأقل من 30 استبيان (محدوفة)	157	61	40
عدد الاستبيانات الكلية	56759	124628	137331
نسبة المشاركة الفعلية	84.02	94.4	96.4

المصدر: من اعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

يوضح الجدول أعلاه الانخراط المتزايد للمستشفيات العمومية في منهج تحسين جودة الممارسات الاستشفائية من خلال توجه هذه الأخيرة لقياس رضا مرضاها حول مستوى جودة الخدمات المقدمة، حيث زاد عدد المستشفيات المشاركة بـ 130 مستشفى سنة 2018 مقارنة بسنة 2016 كما تزايد

اهتمام المستشفيات المشاركة بهذا المنهج وينعكس ذلك من خلال انخفاض عدد المشاركات المحذوفة والتي تقل عن 30 استبيان، حيث قدمت المستشفيات المزيد من رسائل البريد الإلكتروني للمرضى خلال هذه الحملة: تم استرجاع 137331 رسالة بريد إلكتروني من عند المرضى سنة 2018، أي أكثر من 80572 رسالة بريد إلكتروني إضافية مقدمة مقارنة بسنة 2016. هذا يعني أن مشاركة المريض في ازدياد مستمر، حيث تمت الإجابة بشكل كامل على المسح الإلكتروني-e Satis (+12703 مقارنة بعام 2017).

### 4.3. تطور رضا المرضى على الخدمات الاستشفائية من 2016 إلى 2018

يتكون اختبار رضا المرضى الراقدين في المستشفى الذي يقدم الخدمات الطبية والجراحية وخدمات التوليد في أربعة مراحل رئيسية من رحلة الاستشفاء : الاستقبال، الرعاية من قبل المهنيين الطبيين والمساعدين الطبيين، الغرفة والوجبات ،تنظيم الخروج. يسمح هذا التركيب المتعدد الأبعاد للمؤسسات ، عند تحليل نتائجها ، باستهداف إجراءات التحسين التي يتعين تنفيذها.

### كيف يتم احتساب درجة الرضا العام؟

يتم احتساب درجة الرضا لكل مريض من روده على الاستبيان وتقديمها في شكل درجة من 100. ثم يتم حساب نسبة درجة الرضا لكل مرحلة النتيجة الإجمالية: تمثل هذه النتيجة متوسط درجة الرضا العام التي قدمها المرضى في كل مسارهم ، من الاستقبال إلى الخروج من المستشفى. تسمح النتيجة الإجمالية بالسماح بالمقارنة بين المستشفيات وتصنيفها حسب جودة خدماتها.

## جدول رقم 2 : رضا المرضى حول الاستقبال خلال الفترة 2016-2018

بيانات الاستقبال	2016	2017	2018
متوسط درجة الرضا حول التفاعل	90	91	91,4
متوسط درجة الرضا حول عملية الإدخال	66	67	67
متوسط درجة الرضا حول الحصول على المعلومات	78	94	94
متوسط درجة الرضا العام عن الاستقبال	78	84	84,13

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر متوسط هو متوسط درجة الرضا حول الحصول على المعلومات حيث بلغ 94 درجة سنتي 2018 و 2017 وسجل زيادة تقدر بـ 16 درجة مقارنة بسنة 2016 وهي درجة رضا ممتازة، أما أقل متوسط لدرجات الرضا كان سنة 2016 وقدر بـ 66 درجة وتتعلق بالرضا حول عملية إدخال المريض للمستشفى ولقد ارتفعت إلى 67 درجة سنتي 2017 و 2018 وهي درجة رضا جيدة .

على العموم درجات الرضا حول الاستقبال تتراوح ما بين الدرجات الجيدة والممتازة.

## جدول رقم 3: رضا المرضى حول الرعاية والتكفل بالمريض خلال الفترة 2016-2018

بيانات الرعاية والتكفل بالمريض	2016	2017	2018
متوسط درجة الرضا حول الشرح والإجابة على أسئلة المريض	72	90	90
متوسط درجة الرضا حول مشاركة المريض بالقرارات الطبية	70	39	39,8
متوسط درجة الرضا حول التعامل مع الألم	87	88	87,8
متوسط درجة الرضا حول احترام خصوصية المريض	88	88	89
متوسط درجة الرضا حول احترام سر المهنة	94	94	94
متوسط درجة الرضا العام عن الرعاية والتكفل بالمريض	82,2	63,8	80,12

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

عموما أغلب درجات الرضا حول الرعاية والتكفل بالمريض تزيد عن الدرجة 80 وهي درجات رضا ممتاز ، كما أن أغلبها سجلت ارتفاعا ولو طفيفا خلال الفترة المذكورة، ماعدا فيما يتعلق بدرجة الرضا حول مشاركة المريض بالقرارات الطبية حيث انخفضت من الدرجة 70 وهي درجة

رضا جيدة إلى 38,8 سنة 2018 وهي درجة رضا ضعيفة، قد يعود ذلك إلى طبيعة بعض الخدمات العلاجية التي لا تستدعي مشاركة المريض في اتخاذ القرارات بسبب خاصية عدم تماثل المعلومة بين الطبيب والمريض، أو ربما مراعاة لمصلحة المريض من الناحية النفسية.

#### جدول رقم 4: تطور نسبة رضا المرضى حول الإقامة خلال الفترة 2016-2018

بيانات الإقامة	2016	2017	2018
متوسط درجة الرضا حول الغرف	74	74	85,4
متوسط درجة الرضا حول جودة وتنوع الوجبات	45	74,4	78
متوسط درجة الرضا العام عن الإقامة	59,5	74,2	81,7

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

نلاحظ من خلال الجدول أن درجات الرضا حول الإقامة بالمستشفى عرفت تحسنا كبيرا سنة 2018 مقارنة بـ 2016 فبالنسبة لدرجة الرضا حول جودة وتنوع الوجبات ارتفعت بـ 33 درجة سنة 2018 لتبلغ 78 وهي درجة جيدة، في حين بلغت 45 درجة سنة 2016 وهي درجة رضا ضعيفة. كذلك ارتفعت درجة الرضا على الغرف بـ 11,4 درجة سنة 2018 مقارنة بسنة 2016 لتصبح 85,4 وهي درجة رضا ممتازة، ويعود ذلك لاهتمام المستشفيات بوجهة نظر المرضى والعمل على تحسين جودة خدماتها.

#### جدول رقم 5: رضا المرضى حول تنظيم الخروج خلال الفترة 2016-2018

بيانات تنظيم الخروج	2016	2017	2018
متوسط الرضا حول معلومات حول الخروج	76	90	76
متوسط الرضا حول معلومات حول الدواء المستخدم بعد الخروج	90	90	91
متوسط الرضا حول المعلومات عن كيفية التعامل في حال وجود تعقيدات	90	65	90
نسبة الرضا العام عن تنظيم الخروج	85,83	81,66	85,66

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

يظهر الجدول من خلال تقييم تجربة المرضى أن نسبة الرضا العام عن تنظيم الخروج قد انخفض سنة 2017 مقارنة بسنة 2016 وهو العنصر الوحيد الذي سجل انخفاضا قدر ب4,17، ويتعلق الأمر برضا المرضى حول توفر معلومات تخص كيفية التعامل في حال وجود تعقيدات درجة، غير أنه تم استدراك الوضع سنة 2018 من قبل المستشفيات وتم تحسين رضا المرضى حول عملية تنظيم الخروج حيث بلغت 85,66 وهي درجة رضا ممتازة مما يدل على أنه تم بذل الجهود من قبل المستشفيات لتنظيم الخروج.

جدول رقم 6: متوسط الرضا العام الوطني

الرضا العام	2016	2017	2018
متوسط درجة الرضا العام الوطني	72.7	73.2	76.4

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

عموما تسجل المستشفيات العمومية الفرنسية درجة رضا وطني جيد فيما يتعلق بالممارسات الاستشفائية الطبية والتمريضية وحتى فيما يتعلق بالممارسات الإدارية، عدا عن ذلك في تطور مستمر، وهنا تبرز التوجه نحو المرضى ومعرفة مدى رضاهم حول الخدمات المقدمة، الأمر الذي يساعد على تدارك النقائص وتحسين جودة الخدمات المقدمة وبالتالي نيل رضا المرضى.

جدول رقم 7: تصنيف المستشفيات العمومية الفرنسية

السنوات	صنف أ النتيجة <77,3	صنف ب النتيجة >77,3	صنف ج النتيجة >70,7	صنف د النتيجة >70	المجموع
2016	44 (%11)	98 (%24.3)	166 (%41.1)	95 (%23.6)	403
2017	73 (%11.7)	181 (%29.1)	230 (%36.9)	139 (%22.3)	623
2018	100 (%13.3)	225 (%29.9)	278 (%36.9)	150 (%19.9)	753

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على موقع [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

باختصار: في عام 2017 ، تم تضمين 623 مستشفى عمومي في التصنيف الوطني مقارنة بعام 2016 عندما كانت 403.

من بين المستشفيات العمومية المصنفة ، تم تصنيف 40.1 % على أنها أ أو ب. أكثر من 3/2 من المستشفيات لم يتغير تصنيفها بين عامي 2016 و 2017 ، 74 مستشفى عمومي غير تصنيفه نحو الأحسن، بينما تفقر 45 مستشفى مغيرا تصنيفه نحو الأسوأ. أما في عام 2018، تم تضمين 753 مستشفى في التصنيف الوطني (130 أخرى مما كانت عليه في عام 2017). 43 % من المستشفيات المصنفة في الصنف "أ" أو "ب".

أكثر من 3/2 من المستشفيات لم يتغير تصنيفها بين عامي 2017 و 2018، بينما 18 % منها حسنت تصنيفها على الأقل بدرجة واحدة، فيما انخفضت 14 % من إجمالي المستشفيات درجة واحدة على الأقل في التصنيف.

على العموم انخراط المستشفيات العمومية في التوجه في برنامج تحسين جودة الرعاية الصحية يبدو واضحا وفي تزايد مستمر.

#### 4. خاتمة:

في النهاية يمكن القول أن التسعير على أساس الأنشطة باعتباره آلية لتمويل المستشفيات العمومية مبدئه الأساسي يتمثل في الدفع مقابل حجم ونوع الأداء المنجز من طرف هذه الأخيرة، يهدف إلى تحسين أداء المؤسسات الصحية العمومية التي تعاني من هدر في الموارد وانخفاض مستويات الجودة مقارنة بالقطاع الخاص، من خلال إضفاء نوع من المنافسة غير السعرية بشكل يضمن تحسين فعاليتها وبالتالي الإبداع والابتكار وتطوير الخدمات الصحية وتحقيق رضا المنتفعين بها، وهو ما حاولنا معالجته من خلال مقالنا هذا الذي توصلنا من خلاله إلى العديد من الاستنتاجات، أهمها:

✓ أن توفير الحافز لدى المستشفيات العمومية للاستثمار في الجودة يدفع بها لجذب المرضى من أجل زيادة نشاطهم، وبالتالي زيادة مواردهم المالية، بالإضافة إلى تشجيعها على الاستثمار في الإنفاق الجيد من أجل تحسين جاذبيتها للمرضى وزيادة حصتها في السوق؛



- ✓ إن توفير إجراءات تحفيزية في المستشفيات العامة تربط بين مكافآت مختلف الجهات الفاعلة والجهد المبذول أو النتيجة النهائية للأداء تساعد على تحسين الأداء وتشجع على تحسين جودة الخدمات المقدمة؛
- ✓ إن قيام المستشفيات العمومية الفرنسية بقياس رضا مرضاها يؤكد توجهها نحو المستفيدين من خدماتها والنظر على أنهم زبائن وجبت مراعاة احتياجاتهم و تطلعاتهم بدل النظر إليهم على أنهم مجرد مواطنين تفضل عليهم بتقديم خدمات مجانية؛
- ✓ هناك تطور ملحوظ ومستمر في متوسط رضا المرضى على الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية، والذي يؤكد حرصها على تحسين جودة خدماتها وسعيها لنيل رضا مرضاها؛
- ✓ ساعدت آلية التسعير على أساس الأنشطة بالفعل على تحسين أداء المرافق الصحية من حيث تحفيز فرق الإدارة. وقد ساعد ذلك أيضًا على تعزيز نظام تمويل المستشفيات في الشفافية والإنصاف وتحريره من سلبيات الميزانية التقديرية، وأخيرًا سمح ذلك بالاعتراف و التحقق من النشاط المهني للمستشفيات العمومية وتصنيفها حسب جودة خدماتها من وجهة نظر المرضى.
- ومن هذا المنطلق نقدم التوصيات التالية:
- ✓ العمل على إرساء المقومات التنافسية في السوق الصحي العمومي في الجزائر؛
- ✓ السعي من أجل التكيف مع متغيرات البيئة الصحية العالمية من خلال اكتساب أدوات التسويق الصحي؛
- ✓ ضرورة اقتراب المستشفى العمومي من المنطق الاقتصادي والتخلي تدريجيا عن الصبغة التي تضفي على عمل المستشفى الروتين و الجمود بدل الحركية و التطور؛
- ✓ توفير المتطلبات اللازمة وتوفير المناخ الملائم من أجل ضمان القدرة على الاستفادة من أدوات تحسين الجودة.

##### 5. قائمة المراجع:

David Crainich, H. L. ( 2009). IMPACT DU PASSAGE À LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ Une modélisation pour l'hôpital

- public. *Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)« Revue économique* , p. 471 à 488.
- Hirtzlin, I. ( 2017). Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : impasses et pistes de solutions . *Journal de gestion et d'économie médicales /2-3 (Vol. 35)*, p. 81 à 92
- Holcman, R. (2015). *Managment Hospitalier*. Paris: Dunod.
- Jean-François Bussières, M. S. ( May–June 2010). *Doit-on s'inspirer de la tarification à l'activité pour le financement des médicaments onéreux en établissements de santé ?* . france: CJHP – Vol. 63, No. 3.
- Krief, N. (2006). *La mise en œuvre de la tarification `a l'activité `a l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ?* france: Université Jean Moulin Lyon 3 / IAE de Lyon / ISEOR.
- Milcen, C. ( 2017). PREMIER BILAN DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SUR LA VARIABILITÉ DES COÛTS HOSPITALIERS . *La Documentation française | « Économie & prévision »/1 n° 210* , p. 45 à 67.
- mougeot, M. (1999). *régulation du système de santé*. Paris: La Documentation française.
- Odier, B. (2007, 7). Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP. *L'information psychiatrique (Volume 83)*, p. 539 à 549.
- Philippe CHONÉ, F. E. (édition 2013). *tarification à l'activité et concurrence non tarifaire*. DREES, Le panorama des établissements de santé.
- Pierre-Louis Bras, G. d. (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. paris: Presses de Sciences Po.
- venot, A., burgun, a., & quantin, c. (2013). *Informatiaqe médicale, e-santé, fondements et applications*. paris: springer.
- <https://www.atih.sante.fr/>