

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أمحمد بوقرة *بومرداس*



كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

رسالة دكتوراه

مقدمة من طرف

بوزناد دليلة

لنيل شهادة دكتوراه علوم في :

شعبة : العلوم الاقتصادية

التخصص : إدارة تسويقية

التسعير على أساس الأنشطة كمدخل لتفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية

التجربة الفرنسية

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة بومرداس	أستاذ التعليم العالي	أوسرير منور
مشرفا ومقررا	جامعة بومرداس	أستاذ التعليم العالي	تومي عبد الرحمان
متحنا	جامعة بومرداس	أستاذ محاضر قسم أ	بركاني سمير
ممتحنا	المدرسة العليا للتجارة	أستاذ التعليم العالي	عدمان مريزق
ممتحنا	جامعة البليدة 2	أستاذ التعليم العالي	حاج عيسى سيد أحمد
ممتحنا	جامعة الجزائر 3	أستاذ التعليم العالي	جيلالي عمير

إهداء:

إلى من كلله الله بالهبة والوقار، إلى من علمني السعي دون انتظار، إلى
من أحمل اسمه بكل افتخار، ستبقى كلماتك نجوما في سماء العمر ،
أهتدي بها في درب الحياة اليوم وفي الغد وإلى الأبد، أبي الغالي
إلى ملاكي في الدنيا، إلى معنى الحب والحنان والتفاني إلى بلسم
الشفاء، إلى بسمه الحياة وسر الوجود، إلى من كان دعائها سر نجاحي
أمي الغالية.

إلى إخوتي وأخواتي الذين أتمنى لهم كل النجاح والتوفيق.

إلى كل الأهل والأصدقاء.

إلى كل من أعانني من قريب أو بعيد

شكر وعرfan:

الحمد لله رب العالمين، حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه على عطائه وفضله
ومنه، وصلى الله وسلم على سيدنا وشفيعنا محمد وعلى آله وصحبه
أجمعين.

أتوجه بالشكر والعرfan إلى كل من ساعدني من أجل إتمام هذه الأطروحة
داعية المولى عز وجل أن يجعل هذا في ميزان حسناتهم ، وأخص بالذكر
البروفيسور تومي عبد الرحمان لرعايته وتفضله الإشراف على هذه
الأطروحة

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة فردا فردا لقبولهم
مناقشة هذا العمل المتواضع.

كما أتوجه بالشكر والتقدير والعرfan إلى كل أسرتي وخاصة بوزناد فيصل،
بن ميسية منير، داهش عائشة، داهش خولة على جهودهم الصادقة
ومساندتهم لي خلال فترة إعدادي لهذا العمل .

فجزى الله الجميع عني كل خير

وآخر دعوانا ان الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف
المرسلين.

ملخص:

تهدف الدراسة إلى عرض آلية التسعير على أساس الأنشطة كآلية لتمويل المستشفيات العمومية والتي تهدف إلى خلق الحافز لدى مديري المستشفيات العمومية لتحسين جودة خدماتها من خلال تفعيل المنافسة بين هذا النوع من المنظمات، وإبراز مدى مساهمتها في تهيئة المناخ لإرساء وتفعيل التوجه التسويقي في المستشفى العمومي، من خلال التطرق إلى أسباب الاختلالات التي يعاني منها المستشفى العمومي التقليدي، وعلاقة ذلك بضعف مستوى الأداء ونوعية الخدمة المقدمة، حيث يبقى الهدف الأساسي لأي نظام صحي هو النهوض بمستوى أداء المستشفى العمومي وتحسين جودة الخدمة الصحية، لذلك حاولنا أيضا إبراز مدى أهمية التوجه التسويقي كأداة لحل الأزمة التي تعاني منها المستشفيات العمومية، مع التطرق للخطوات التي من شأنها خلق مناخ لإرساء التسويق في هذا النوع من المنظمات.

وذلك من خلال دراسة حالة النموذج الفرنسي باعتبارها حالة رائدة و إبراز انعكاس هذه الآلية على مدى توجه المستشفيات العمومية الفرنسية نحو عملائها وبالتالي أثر ذلك على تحسين جودة الممارسات الاستشفائية من خلال تحليل نتائج قياس رضا المرضى حول جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات العمومية الفرنسية خلال سنوات 2016-2017-2018-2019-2020

الكلمات المفتاحية: المستشفى العمومي، التوجه التسويقي، آليات، التسعير على أساس الأنشطة، جودة الخدمات الاستشفائية، العملاء

Abstract:

The study aims to present the pricing mechanism based on activities as a financing mechanism for public hospitals, which aims to create incentives for public hospital managers to improve the quality of their services by activating competition between this type of organizations, and to highlight the extent of their contribution to creating the climate for establishing and activating the marketing orientation in the public hospital, from While addressing the causes of the imbalances that the traditional public hospital suffers from, and their relationship to the poor level of performance and quality of service provided, where the main objective of any health system remains to improve the performance level of the public hospital and improve the quality of health service, so we also tried to highlight the importance of the marketing orientation as a tool to solve the crisis. public hospitals, with reference to the steps that would create an atmosphere for the establishment of marketing in this type of organization.

And that is through studying the case of the French model as a pioneering case and highlighting the reflection of this mechanism on the extent of the orientation of French public hospitals towards their customers and thus the impact of this on improving the quality of hospital practices through analyzing the results of measuring patient satisfaction about the quality of services provided in French public hospitals during the years 2016– 2017–2018– 2019–2020

Keywords: public hospital, marketing orientation, mechanisms, pricing based on activities, quality of hospital services, clien

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
	إهداء
	شكر وعرفان
	الملخص Abstract
	فهرس المحتويات قائمة الجداول قائمة الأشكال
أز	المقدمة العامة
01	الفصل الأول: المستشفى العمومي أزمات التسيير وحتمية التغيير
01	المبحث الأول: مدخل عام إلى المستشفى
01	المطلب الأول تطور دور المستشفى
09	المطلب الثاني: الخصائص الإدارية للمستشفى العمومي التقليدي
12	المبحث الثاني: خصائص الخدمات الصحية العمومية
13	المطلب الأول: خصوصية تقديم الخدمات الصحية العمومية
17	المطلب الثاني: المطلب الثاني: خصوصية عرض الخدمات الصحية العمومية
19	المطلب الثالث: خصوصية سلوك مستعملي الخدمة الصحية العمومية
24	المبحث الثالث: ملامح المستشفى العمومي الحديث
25	المطلب الأول: إصلاح المستشفى العمومي
32	المطلب الثاني: الإدارة العامة الجديدة للمستشفى العام
38	المطلب الثالث: حوكمة المستشفى العام
47	خاتمة الفصل
49	الفصل الثاني: التوجه التسويقي مستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

49	المبحث الأول: التوجه التسويقي للمستشفى توضيح المفاهيم وإزالة الغموض
49	المطلب الأول: مفاهيم عامة حول التوجه التسويقي
54	المطلب الثاني: مفهوم التسويق الصحي
59	المطلب الثالث: أدوات التسويق الصحي
71	المبحث الثاني: نهج الجودة ضمن التوجه التسويقي
72	المطلب الأول: مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية
77	المطلب الثاني: إدارة جودة الخدمة الصحية في المستشفيات
85	المطلب الثالث: العلاقة بين الجودة والتوجه التسويقي
89	المبحث الثالث: صعوبات وسبل تفعيل التوجه في المستشفى العمومي
89	المطلب الأول: صعوبات تفعيل التوجه في المستشفى العمومي
91	المطلب الثاني: سبل تفعيل التوجه في المستشفى العمومي
94	خاتمة الفصل
96	الفصل الثالث: التسعير على أساس النشاط مدخل لتفعيل التوجه التسويقي
96	المبحث الأول: التأصيل التاريخي لتمويل المستشفيات العامة في فرنسا
96	المطلب الأول: السعر اليومي
100	المطلب الثاني: المخصصات العامة
104	المطلب الثالث: التسعير على أساس الأنشطة
109	المبحث الثاني: أسس التسعير على أساس الأنشطة
109	المطلب الأول: متطلبات التسعير على أساس النشاط
123	المطلب الثاني: البرنامج الطبي لنظم المعلومات (PMSI) الأداة الرئيسية للعمل
129	المبحث الثالث: دور التسعير على أساس الأنشطة في تفعيل التوجه التسويقي في المستشفى العمومي
129	المطلب الأول: دور التسعير على أساس الأنشطة في خلق المنافسة على العملاء بين
130	المستشفيات العمومية
134	المطلب الثاني: التسعير على أساس الأنشطة وإرساء مبادئ الإدارة العامة الجديدة المبحث
138	الرابع: النظام الصحي الجزائري و سياسة التسعير على أساس الأنشطة 137
	المطلب الأول: السياسات الصحية العامة في الجزائر 138

138	أولا:السياسة الصحية في الجزائر منذ سنة 1962 إلى غاية الآن
140	ثانيا : اختلالات النظام الصحي الجزائري
143	المطلب الثاني : النمط التعاقدى وإصلاح المؤسسة الاستشفائية
143	أولا : ماهية النمط التعاقدى
147	ثانيا:أوجه الشبه بين التسعير على أساس الأنشطة والنمط التعاقدى
148	المطلب الثالث : إمكانية الاستفادة من التجربة الفرنسية القائمة على التسعير على أساس
149	الأنشطة في إصلاح النظام الصحي الجزائري
149	أولا: إنشاء مقياس لنشاط المستشفى:
150	ثانيا التخلي عن أنظمة التمويل المسبق
150	ثالثا إنشاء أنظمة معلومات ذات طبيعة طبية
152	رابعا تفعيل المنافسة بين المستشفيات العمومية
152	خاتمة الفصل
153	الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي يفى المستشفيات العمومية الفرنسية في ظل التسعير على أساس النشاط
154	المبحث الأول: لمحة عامة حول النظام الصحي الفرنسي
154	المطلب الأول: مميزات وخصائص النظام الصحي الفرنسي
158	المطلب الثاني: تنظيم الأنشطة الصحية في النظام الصحي الفرنسي
162	المطلب الثالث : واقع التوجه التسويقي في النظام الصحي الفرنسي
169	المبحث الثاني: الإطار العام للدراسة التطبيقية
169	المطلب الأول: منهجية الدراسة
171	المطلب الثاني: أداة الدراسة
177	المطلب الثالث: طرق حساب مؤشر الرضا العام ودرجة الخبرة
179	المطلب الرابع : منهجية تصنيف المستشفيات
188	المبحث الثالث: اختبار الفرضيات
188	المطلب الأول: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى
190	المطلب الثاني: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية
194	المطلب الثالث: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة
198	خاتمة الفصل الرابع
200	الخاتمة العامة

204	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول رقم 01	مقارنة بين النموذج القديم والنموذج الحديث للمستشفى العام	26
الجدول رقم 02	مقارنة بين الإدارة القديمة والإدارة الحديثة	29
الجدول رقم 03	أدوات وإجراءات التسويق في المستشفيات العمومية	58
الجدول رقم 04	عدد المجموعات المرتبطة بالتشخيص حسب كل نسخة	112
الجدول رقم 05	فئات التشخيص الرئيسية	117
الجدول رقم 06	معلومات طبية وإدارية من قاعدة بيانات PMSI	127
الجدول رقم 07	وحدة تحليل صلاحية العناصر	161
الجدول رقم 08	تحليل تجانس البعد	162
الجدول رقم 09	تأكيد هيكل البعد	162
الجدول رقم 10	تأكيد هيكل الاستبيان	163
الجدول رقم 11	حساب مخاطر ألفا كدالة لعدد الردود في النتيجة	172
الجدول رقم 12	تطور مشاركة المستشفيات في استبيانات الرضا خلال الفترة 2016-2020	174
الجدول رقم 13	رضا المرضى حول الاستقبال خلال الفترة 2016-2020	176
الجدول رقم 14	رضا المرضى حول الرعاية والتكفل بالمرضى خلال الفترة 2016-2020	177
الجدول رقم 15	تطور متوسط درجات رضا المرضى حول الإقامة خلال الفترة 2016-2020	178
الجدول رقم 16	متوسط رضا المرضى حول تنظيم الخروج خلال الفترة 2016-2018	179
الجدول رقم 17	متوسط الرضا العام الوطني	180
الجدول رقم 18	تصنيف المستشفيات العمومية الفرنسية	181

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
08	الإطار الفكري للمنظمات	الشكل رقم 01
46	مرتكزات حوكمة المستشفيات	الشكل رقم 02
65	مستويات المنتج	الشكل رقم 03
74	مستويات توقعات العملاء	الشكل رقم 04
77	طبيعة ومحددات توقعات العميل للخدمة	الشكل رقم 05
80	نموذج <i>tétraclasse</i> لرضا العملاء	الشكل رقم 06
166	تأثير التغيير في الحالة الصحية المتصورة للمرضى على النتيجة	الشكل رقم 07
166	تأثير مستوى رضا المريض عن الحياة بشكل عام على النتيجة	الشكل رقم 08
167	تأثير عمر المريض على النتيجة	الشكل رقم 09

المقدمة العامة

تمهيد :

لا يزال السعي المستمر لتحسين كفاءة وفعالية المرافق العمومية الشغل الشاغل والسؤال الذي يحرك النقاشات الجارية في جميع دول العالم، خاصة بعد تزايد المطالبة بتقديم خدمات ذات جودة للمواطن أكثر من أي وقت مضى وتعالى الأصوات الداعية إلى ضرورة تحسين الخدمات العامة والمزيد من مشاركة المواطنين في تطويرها وإبداء آرائهم حول جودتها. ولقد مثلت الأزمات المتتالية للمرافق العمومية لعدة عقود من الزمن دليلا واضحا على إخفاقات التسيير العمومي التقليدي في النهوض بهذا القطاع الذي ظل يعاني من قטיعة مع جودة وكفاءة الأداء ومن العجز على توفير الخدمات بالصورة المتوقعة. ولهذا السبب تدعو الإدارة العامة الجديدة المقدمة كواحدة من الركائز الرئيسية لإصلاحات الخدمة العامة في جميع أنحاء العالم، إلى عكس المذاهب الأساسية للإدارة العامة التقليدية عن طريق تقليل الاختلافات بين القطاعين العام والخاص وتقديم خدمات ذات جودة للمواطن من خلال العمل على تفعيل نشاط الحكومات وجعله أكثر كفاءة وتخطي مظاهر البيروقراطية وترسيخ مبادئ الشفافية والمساءلة في تسيير منظمات القطاع العام

والمستشفى العمومي ليس بمنأى عن كل ذلك، خاصة في ظل تنامي التحديات التي تواجه مختلف الأنظمة الصحية كمشكلة استدامة أنظمة الرعاية الصحية وضرورة مواجهة الطلبات المتزايدة على الإجراءات الطبية الجديدة، شيخوخة السكان، انخفاض التمويل، المطالبة المستمرة بتحسين جودة الخدمات الصحية التي أصبحت تحتل أهمية بالغة في مجال تقديم الخدمات الاستشفائية، نظرا لما تظهره من أثر واضح في نتائجها النهائية على صحة الفرد و المجتمع ، ولكن على الرغم من هذه الأهمية الكبرى، إلا أن تحقيق ذلك في المستشفيات العمومية يعتبر هدفا بعيد المنال طالما أن المستشفى العمومي لا ينظر إلى المرضى على أنهم زبائن وجبت دراسة حاجاتهم وتطلعاتهم ومن ثم وجب العمل على تلبية هذه الحاجات والتطلعات

مقدمة

ففي الوقت الذي قطعت فيه المستشفيات الخاصة أشواطاً كبيرة في تحسين أدائها وجودة خدماتها وتحقيق نسبة معتبرة من رضا عملائها لا يزال الحديث عن المستشفيات العمومية في الدول النامية بما في ذلك المستشفيات الجزائرية لا يخرج عن إطار الحديث عن مؤسسات تعاني من واقع مريض ومتأزم، يتجلى هذا المرض من خلال العديد من الأعراض، بدءاً بانعدام الكفاءة والتسيب وضعف وسائل الرقابة، مروراً بعدم قدرتها على ترشيد نفقاتها وضبط الكلفة المتصاعدة في ظل ضعف وقلة مصادر التمويل، وصولاً إلى مستوى الأداء المتدني وكثرة شكاوي المرضى حول جودة الخدمات المقدمة.

ولأسباب عديدة أبرزها :

✓ السعي من أجل تحسين جودة الخدمات ونيل رضا العملاء يُعدُّ ضرورة أخلاقية قبل أن يكون ضرورة اقتصادية.

✓ نمو الطلب على مرفق عام ذو نوعية في ظل فشل المالية العمومية وتناقص المجاميع المتوفرة لغرض إدارة هذه المرافق.

✓ مستعملي المرفق العام يتحملون شيئاً فشيئاً رداءة نوعية المرافق التي تستقبلهم.

✓ تشير الاتجاهات الوبائية والاقتصادية والسياسية العالمية إلى حاجة كبيرة لمنظمات رعاية صحية جديدة تركز على الكفاءة والجودة

اتجهت معظم دول العالم إلى تبني سياسات وبرامج إصلاح للنهوض بالنظام الصحي، ركزت معظمها على تفعيل أدوات القطاع الخاص في إدارة المرافق الصحية العمومية .

وتماشياً مع هذا الطرح سعت العديد من الدول وبالأخص فرنسا وبريطانيا مع دخول القرن الحالي نحو إصلاح

القطاع الاستشفائي العام، مدعماً بتأييد الأكاديميين ومهنيي الصحة من جهة، وبدفع كبير من قبل منظمة الصحة

العالمية من جهة أخرى. ولعل الشيء الملاحظ هنا هو الاتفاق السائد حول أن الخلل ليس في أهداف

المستشفيات العمومية بل طرق تسييرها وآليات تمويلها، ودعمت هذه الفرضية النجاحات الباهرة التي حققتها المنظمات الصحية بفضل الثورة الإدارية التي عرفها القطاع الخاص، وانطلاقاً من هذا ظهرت العديد من النداءات التي دعت إلى دراسة متطلبات وكيفية تحسين أداء وجودة مخرجات المستشفيات العمومية.

على المستوى التنظيمي ، أدى هذا التركيز المستمر على الكفاءة والجودة إلى اعتماد المستشفيات لممارسات محاسبية قائمة على النمذجة المحسنة للنشاط الطبي. على غرار النموذج الأمريكي للمجموعات ذات الصلة بالتشخيص ، الذي تم تطويره في السبعينيات ، طريقة لتطبيق التقنية المحاسبية لمراكز التحليل لحساب سعر تكلفة حلقات رعاية مركزة. تم تبني هذا النموذج من قبل العديد من الحكومات في جميع أنحاء العالم وشكل الأساس لنماذج الدفع الجديدة والمستقبلية المتزايدة الشعبية في أستراليا على سبيل المثال يمكن القول إن اعتماد التمويل المستند إلى النشاط الذي يعتمد على نسخة معدلة من المجموعات المرتبطة بالتشخيص كان أحد إصلاحات قطاع الصحة الرئيسية في العقد الماضي، كذلك الحال في فرنسا باعتماد ما يسمى بنظام "التسعير على أساس النشاط" الذي يستند إلى منطق الدفع التطلعي و يهدف في قلب هذه الإصلاحات إلى تشجيع المستشفيات على المنافسة في ما بينها لتقليل إنفاقها من خلال فصل الأموال التي تلقتها عن تكاليف التشغيل الفعلية بالإضافة إلى ذلك ، وتماشياً مع مبادئ الآليات الوقائية الوطنية ، التزمت معظم البلدان في جميع أنحاء العالم بتنفيذ لوائح جديدة تهدف إلى إدخال المنافسة بين مختلف مقدمي الرعاية على أمل تحفيزهم على خفض التكاليف والاهتمام أكثر بالمقاربات والمناهج التنظيمية الحديثة لتحسين الأداء كالتوجه أكثر نحو الزبون ودراسة حاجاته ورغباته ومن ثم العمل على تلبيتها بالطريقة التي تحقق رضاه من خلال تعزيز قدر أكبر من المسائلة حول جودة الخدمات المقدمة والاستفادة من أدوات التي قدمها التوجهات التنظيمية الحديثة.

1. إشكالية الدراسة:

في هذا السياق تعتبر التجربة الفرنسية القائمة على إعداد أنظمة دفع على نحو حصيف ترتبط بحالات التشخيص كما هو الحال في الو م أ وبريطانيا واسبانيا والعديد من الدول الأخرى من شأنها أن تحقق دفع أكبر للمستشفيات العمومية لتبني المقاربات الحديثة للإدارة على رأسها المقاربة التسويقية أو بمعنى آخر التوجه نحو الزبون لما يقدمه من العديد من المنافع .

انطلاقا مما سبق تتبلور معالم السؤال الرئيسي التالي:

كيف ساهم نظام التسعير القائم على أساس الأنشطة في تفعيل التوجه التسويقي في المستشفى العام في فرنسا؟

ويندرج ضمن هذا السؤال الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية :

- ✓ ما هي مبادئ وأساسيات آلية التسعير على أساس الأنشطة ؟
- ✓ كيف أثرت آليات التمويل التقليدية سلبا على كفاءة المستشفى العام؟
- ✓ هل المستشفى العمومي بحاجة إلى التسويقي؟
- ✓ ماذا يمكن أن تقدم مقاربة التوجه التسويقي للمستشفى العمومي؟
- ✓ ما علاقة ذلك بآلية التسعير على أساس الأنشطة ؟
- ✓ ما هو واقع التوجه التسويقي في المستشفى العام في فرنسا؟

2. فرضيات الدراسة:

على ضوء ما تقدم يمكن صياغة الفرضية التالية :

- ✓ الفرضية الأولى: تفتقر أنظمة التمويل التقليدية للحافز من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية

✓ **الفرضية الثانية:** التوجه التسويقي ضرورة اجتماعية واقتصادية من أجل تحسين جودة مخرجات المستشفى العام

✓ **الفرضية الثالثة:** يعكس التسعير على أساس الأنشطة طرحا أكثر تحفيزا فيما يتعلق بالتوجه التسويقي في المستشفى العام.

✓ **الفرضية الرابعة :** تشكل آلية التسعير على أساس الأنشطة مدخلا لتفعيل التوجه التسويقي للمستشفيات العامة الفرنسية.

3. أهمية الدراسة: تشمل أهمية الدراسة العناصر التالية

✓ تعتبر جودة مخرجات المرافق الاستشفائية العمومية من المواضيع المهمة خاصة في ظل تنامي

التحديات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية

✓ فشل التسيير العمومي التقليدي في تحسين أداء المستشفى العمومي والارتقاء بمستوى جودة مخرجاته

وتحقيق الكفاءة التشغيلية اللازمة استدعى حتمية تجديد المقاربات والمفاهيم وتغيير التوجه أكثر فأكثر نحو

المريض واعتباره زبون يجب العمل على نيل رضاه، هذا البحث يساعد على لانخراط في هذا المسعى و

إبراز مدخل من مداخل تفعيل هذا التوجه .

✓ المسار الخاطئ لإدارة و تمويل المرافق العمومية والمنافي أصلا للمنطق الاقتصادي خاصة وأنها تفتقر

للحافز على تحسين الأداء بل هي نفسها كانت تعتبر السبب في تدني مستويات الجودة الخدمات الصحية

ومنه فإن الفهم الصحيح للعوامل التي توفر دفعا للتحسين الجودة والكفاءة التشغيلية وتلك التي تعوق ذلك

يمكننا من تطوير مقترحات تنظيمية أكثر فعالية

4. أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة لتحقيق جملة من الأهداف تتمثل فيما يلي:

✓ إبراز حاجة المستشفى العمومي لتبني المقاربة التسويقية والتخلي عن مقاربات التسيير التقليدي.

✓ فهم خصوصية المستشفى العمومي ومدى انعكاس هذه الخصوصية على طريقة عمله.

✓ تتبع أهم العقبات التي تحول دون توجه المستشفى العمومي نحو المريض واعتباره كزبون يجب السعي لنيل رضاه.

✓ عرض آلية التسعير على أساس الأنشطة كآلية تمويل من شأنها تفعيل المنافسة حول نيل رضا المرضى بين المستشفيات العمومية وتحفيزهم لتبني المقاربة التسويقية.

✓ التعرف على النموذج الفرنسي لتمويل المستشفيات العمومية و تسليط الضوء على هذه التجربة كمدخل لتفعيل التوجه نحو الزبون.

4. منهج الدراسة: من أجل الدراسة المعمقة والتحليل الشامل لمختلف العناصر والمتغيرات المؤثرة

في مفردات البحث الساعي إلى عرض التسعير على أساس الأنشطة كآلية لتمويل المستشفيات العمومية ودورها في تفعيل التوجه نحو الزبون وبالتالي تبني المقاربة التسويقية وبهدف اختبار صحة الفرضيات المقترحة استخدمنا في بحثنا **المنهج الوصفي التحليلي** لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة، **ومنهج دراسة حالة** الذي يمكن من التعمق في فهم مختلف جوانب الموضوع وكشف أبعاده، وذلك بالاطلاع على واقع التوجه بالزبون في المستشفيات العمومية الفرنسية ومدى تطور رضا المرضى حول جودة الخدمات المقدمة فيها خلال خمس سنوات متتالية .

5. حدود الدراسة : يمكن تقسيم حدود الدراسة إلى حدود موضوعية، زمانية ومكانية يمكن إيجازها فيما يلي :

✓ **الحدود الموضوعية:** دراسة التوجه نحو الزبون في المستشفى العمومي و دور التسعير على أساس النشاط في تفعيله .

✓ **الحدود المكانية:** تشمل الحدود المكانية دراسة حالة النظام الصحي الفرنسي.

الحدود الزمانية: التغيرات التي شهدتها المستشفى العمومي الفرنسي ابتداء من تبني آلية التسعير على أساس النشاط سنة 2004 مع التركيز بشكل خاص على السنوات الخمس الأخيرة من 2016 الى 2020 .

6. صعوبات الدراسة:

لأنه لا يخلو أي عمل بحثي من الصعوبات فقد واجهنا أيضا مجموعة من الصعوبات يمكن حصرها فيما يلي:

1- ندرة المراجع باللغة العربية المتعلقة بالآلية التسعير على أساس الأنشطة.

7. برغم سعينا إلى إجراء دراسة ميدانية على مجموعة من المستشفيات العمومية الفرنسية في إطار استفادتنا من

برنامج تحسين المستوى بالخارج إلا أن كل محاولتنا باءت بالفشل .

8. الدراسات السابقة

كشفت الدراسة المسحية للدراسات السابقة التي تم القيام بها والمتعلقة بموضوع البحث، عن وجود بعض الدراسات

التي عالجت متغيرات الدراسة سواء المتعلقة بالتوجه التسويقي في المنظمات الصحية ، أو تلك المتعلقة بالتسعير

على أساس الأنشطة وسوف نتطرق إليها فيما يلي

أولا:الدراسات باللغة العربية

1-دراسة قسي حبيبة، بعنوان " أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الدمات الصحية في

المؤسسات الاستشفائية " ، دراسة مقدمة ضمن متطلبات الحصول نيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الإقتصادية

بجامعة محمد خيضر بسكرة، 2020.

سعت الدراسة للإجابة على الإشكالية التالية: ماهو أثر أسلوب التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة

الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، ومن أجل الإجابة على الإشكالية المطروحة إستخدمت

الباحثة كل من المنهج الوصفي التحليلي و منهج دراسة ، توصلت من خلال ذلك إلى النتائج التالية:

-تخبط قطاع الخدمات الصحية في العديد من المشاكل أبرزها سوء التسيير والتنظيم سواء قبل أو بعد الإصلاحات

-ضعف مستوى التوجه بالمريض في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة كما بينت الدراسة وجود أثر للتوجه بالمريض على تحسين جودة الخدمات الصحية .

2- دراسة عبد القادر براينيس، والمعنونة بـ" التسويق في المؤسسات الخدمية العمومية" وكانت عبارة عن أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية بجامعة الجزائر 2007.

تناولت الأطروحة الإشكالية التالية: بالنظر على الحاجة الملحة التي تشعر بها مؤسسات الخدمات العمومية للتسويق وتقنياته، فأى شكل من أشكال سياسات التسويق سيكون مناسباً لها ومنسجماً مع خصائصها المميزة والمختلفة عن خصائص المنتجات المادية؟

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الاستقرائي ، مركزاً على مؤسسات الخدمات العمومية للبريد في الجزائر معتبراً أن هذه المؤسسات تعد نموذجاً للمؤسسات العمومية الخدمية الأخرى، لذلك عمم نتائج الدراسة عليها والتي كانت على النحو التالي: المستهلك الخدمات العمومية هو مستهلك مختلف لديه خصوصيات يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في إنتاج الخدمة، هذا من جهة ومن جهة أخرى جميع المؤسسات الخدمية مضطرة في محاولتها لادماج التسويق لتكييف التقنيات التسييرية للتسويق التجاري حسب الطبيعة المميزة لنشاطها الخدمي.

3- دراسة قصاص ذكية ودحمون سعيد ، تطبيق تسويق الخدمات في المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية غليزان، مقال منشور بمجلة دفاتر بوداكس العدد رقم 4 ، سبتمبر 2015، من 291-317

تمحورت الدراسة حول الإجابة على الإشكالية الرئيسية التالية : كيف يمكن للمؤسسات العمومية الاستشفائية في ظل تبنيتها لنظام جودة الرعاية الصحية أن تحقق رضا مرضاها وقصد الإجابة على الإشكالية المطروحة، استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي فيما يتعلق بالجانب النظري أما فيما يتعلق بالجانب التطبيقي فقد كانت عبارة عن

مقدمة

دراسة استكشافية ، وتوصلت الدراسة إلى أن كل من العوامل التقنية المرتبطة بالكفاءة العلمية والعوامل المرتبطة بالمحيط الداخلي لها تأثير مهم على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

4-دراسة عميروش بوشلاغم، وشهرازاد الوافي بعنوان " البرنامج الطبي لنظام المعلومات كأداة حديثة للمحاسبة الاستشفائية وتخصيص الموارد" مداخلة في الملتقى الدولي حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل جامعي 8 ماي 1945 قالمة ، أبريل 2018.

طرحت الباحثتان الإشكالية التالية: ما مدى مساهمة البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية في حساب التكاليف الاستشفائية؟

اعتمدت الباحثتان على المنهج الوصفي التحليلي من خلال جمع أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة وتحليلها تحليلا دقيقا للخروج بنتائج علمية عن الظاهرة المدروسة ، وتوصل الباحثتان في هذا العمل إلى النتيجة التالية: أن إرساء نظام معلومات طبي على المستوى الوطني ذو أهمية بالغة للمزايا التي يقدمها وهذا ما أثبتته تجارب الدول كأمريكا وفرنسا.

5- دراسة محمد أمين بربري، الطيب بولحية بعنوان: " أهمية تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة في تحديد تكلفة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية" ، مقال منشور بمجلة دراسات ، العدد الاقتصادي ، المجلد 10، العدد 02 جوان 2019 جامع الأغواط

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية تطبيق طريقة المجموعات المتجانسة في تحديد تكلفة الخدمة الصحية بالمؤسسات الاستشفائية من خلال دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية "الأخوات باج" بولاية الشلف توصلت الباحثتان إلى النتائج التالية :

مقدمة

- إدخال نظام محاسبة التكاليف في أي مؤسسة لا بد أن يوافق مجموعة من العوامل التي تعكس طبيعة نشاط المؤسسة ويصمم بالشكل الذي يمكنه من تحقيق أهدافها و يلبي احتياجات إدارتها
- تهدف المحاسبة التحليلية في المؤسسات العمومية الصحية الاستشفائية إلى ترشيد الموارد المتاحة ومتابعة أوجه الإنفاق المختلفة وتخفيضها إلى أدنى حد ممكن.

ثانيا: الدراسات باللغة الأجنبية:

1-دراسة Amani ziani aouaz تحت عنوان : L'impacte de l'utilisation de la tarification a

l'activité sur la qualité et l'accès de soins à l'hôpital public en France

شهادة الدكتوراه جامعة باريس 3، 2013. طرحت الدراسة مجموعة من الدراسات تمثلت فيما يلي:

-هل كان لاستخدام طريقة التمويل تأثير "سلبى" أو "إيجابى" و "مُقاس" على جودة الرعاية والدعم للمرضى في المستشفيات؟ إذا كان الأمر كذلك ، فما هي التأثيرات الأكثر ملاحظة أو على الأقل الأكثر توثيقًا؟

-هل حد هذا النظام من الوصول إلى الرعاية الصحية لعامة السكان أو لفئة معينة؟

- ما هي العواقب التي يمكن أن تترتب على تبني مثل هذا النظام في فرنسا من وجهة نظر قانونية فيما يتعلق

بحقوق المرضى؟ ما هو التأثير على جودة الرعاية وإمكانية الوصول إليها؟

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

-إن دور التسعير على أساس الأنشطة في النظام الصحي الفرنسي لا يتمثل في تقليل الهدر في الرعاية

بالمستشفيات فقط وإنما له دور فعال في ترشيد التمويل.

مقدمة

-تنفيذ التسعير على أساس الأنشطة مدعم بوسائل تهدف إلى جعل الجهات الفاعلة مسؤولة عن طريق تحفيزها والاستثمار في الوقاية والكفاءة وتقليل تكاليف عدم الجودة، لأن الصرامة الاقتصادية لا تتعارض مع الوصول العادل والمنصف إلى الرعاية الجيدة.

2- دراسة zaynep or, Thomas Renaud ورقة عمل بعنوان **à Principes et enjeux de la tarification**

l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences

étrangères تدرس وثيق العمل هذه المبررات الاقتصادية لالية التسعير على أساس الأنشطة والتدابير الرئيسية في تنفيذه و القضايا الناشئة عنه.

و استخلصت جملة من النتائج أهمها :

-المبدأ الأساسي للتسعير القائم على أساس الأنشطة و الذي يتمثل المبدأ في الدفع للمستشفيات وفقا لنشاطها المقاس بواسطة المجموعات المتجانسة من المرضى، له مزايا لتحسين الكفاءة والشفافية في تمويل الرعاية.

-يشكل ضمان الاتساق السريري والاقتصادي في تصنيف نشاط المستشفى وتحديد مستوى أسعار الخدمات تحدي حقيق للتسعير على أساس الأنشطة.

3-دراسة **La tarification à l'activité (T2A) ou** بعنوان **K. Le Lay, R. Launois, N. Chemali**

déontologique à l'hôpital de l'efficience comme impératif la recherche عبارة عن مقال منشور في

La Lettre de l'Infectiologie – Tome XXI – n° 2 – mars-avril 2006 تناول المقال أهمية

التسعير على أساس النشاط (T2A) في تحقيق الكفاءة كضرورة أخلاقية في المستشفيات واستخلص النتيجة التالية:

يستجيب إصلاح الجديد للمستشفى (التسعير القائم على النشاط) لمنطق البحث عن الكفاءة داخل المستشفى

بغض النظر عن المنظور المدروس: المريض ، مؤسسة الرعاية والدافع / الممول ، كل شيء. مع احترام

الأخلاق وقبل كل شيء الأخلاق الغائبة . كما أنه يجعل من الممكن إدراج البعد الاقتصادي في تقييم الممارسات الطبية

4-دراسة كل من Mauleon David Crainich, Hervé Leleu, Ana المعنونة بـ:

Impact du passage à la tarification à l'activité Une modélisation pour l'hôpital public

وهو عبارة عن مقال منشور في Revue « Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) | économique » 2009/2 Vol. 60 | pages 471 à 488 تناول المقال عواقب الانتقال من التمويل عن طريق المخصصات العامة إلى التمويل التطلعي المرتبط بالنشاط وحاول تحديد كيف يمكن أن يكون الإصلاح ضارًا أو مفيدًا للصحة المالية للمستشفيات العامة.

كما هدف إلى تطوير نموذج نظري يربط طلب المريض بالقرارات المشتركة للأطباء ومديري المستشفيات لتحليل كيفية تأثير طريقة التمويل الجديدة على القرارات التي يتخذها جميع الوكلاء وبالتالي على موازنة المستشفيات.

في الأخير توصل الباحثين إلى جملة من النتائج نلخصها فيما يلي:

-فيما يتعلق بالتمويل المستند إلى النشاط لم يعد السؤال اليوم يتعلق بإظهار أن هذا النظام متفوق على الأنظمة الأخرى بل التفكير في تأثير طريقة التمويل هذه على سلوك المستشفيات.

-هذه التغييرات لها تأثير على كل من الطلب، مستوى جهد كل وكيل، على ميزانيات المستشفيات، على التوازن المالي واستدامة المؤسسات

-من خلال النظر في حيادية الميزانية التي يكون فيها معدل التسعير على أساس النشاط مطابقاً لمتوسط التكلفة في ، يتأثر المستشفى بشكل مباشر بالإصلاح من خلال قيود الميزانية الخاصة به.

-يمكن للمستشفى من خلالها تطوير نشاطه بفضل هذا الإصلاح غير أن الاستجابة تعتمد على مرونة طلب المريض فيما يتعلق بإدخال المستشفى. إذا كانت هذه المرونة أكبر من الوحدة ، فإن المستشفى يستفيد من التحول إلى التسعير القائم على النشاط لأنه ، من خلال زيادة مستوى المدخلات ، فإنه يؤدي إلى زيادة الطلب مع الاستمرار في تلبية قيود الميزانية الخاصة به. التأثير على الطبيب إيجابي لأن مستوى فائدته يعتمد بشكل إيجابي على الطلب ومستوى المدخلات من المستشفى. كما أن التأثير على المرضى إيجابي لأن الطلب يعكس رضا المريض. على العكس من ذلك ، إذا كان مستوى البداية لهذه المرونة أقل من الوحدة ، فلا يمكن للمستشفى الاستفادة من زيادة مستوى مدخلاته

3: مساهمة الدراسة : يتجلى من خلال العرض السابق، أن هذه الدراسة تختلف عن سابقتها من ناحيتين:

- بالنسبة للتوجه التسويقي في المستشفيات العمومية ركزت هذه الدراسة على التوجه التسويقي كضرورة لتبني نهج الجودة وتحسين أداء المستشفى العمومي دون الخروج عن خصوصية هذا القطاع، فيما يتعلق بسبل تفعيل هذا التوجه و الصعوبات التي تكتنفها.
- بالنسبة لآلية التسعير على أساس الأنشطة تناولت الدراسة دور هذه الآلية في تقديم الحوافز وتفعيل المنافسة بين المستشفيات العمومية في تهيئة المناخ المناسب للمستشفيات العمومية في تبني التوجه التسويقي ونظم الجودة .

9. هيكل الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة، والإجابة على الإشكالية الرئيسية والأسئلة الفرعية التي ذكرناها فيما سبق ، واختبار الفرضيات المقدمة وتحليلها ، ارتأينا تقسيم الدراسة إلى أربعة فصول، حاولنا من خلالها الإلمام بكل جوانب البحث، مع الحرص قدر الإمكان على الترابط والتسلسل المنطقي للأفكار، وجاء هيكل الدراسة كالآتي:

مقدمة عامة لموضوع البحث ، اشتملت على إشكالية الدراسة والتساؤلات الفرعية وفرضيات الدراسة إضافة إلى عناصر أخرى

يعتبر الفصل الأول الذي جاء بعنوان "المستشفى العمومي بين مشكلة التسيير وحتمية التغيير" بمثابة فصل تمهيدي لتوضيح الإطار العام للدراسة تناولنا فيها المستشفى العمومي.

ينصب اهتمامنا في الفصل الثاني المعنون بـ : المقارنة التسويقية في المستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم حاولنا في هذا الفصل الإجابة على التساؤلات التالية:

✓ ما هو التسويق الصحي وما علاقته بالتوجه نحو الزبون.

✓ ما الذي يمكن أن يقدمه للمستشفى و هل المستشفى فعلا بحاجة إلى تبني هذه الفلسفة.

✓ هل يجب تكيف التسويق بأدواته وأساليبه مع بيئة المستشفى باعتباره منظمة لها خصوصيتها وكيف يمكن ذلك.

✓ ما هي العراقيل أو العوائق التي تحول دون تبني هذا التوجه في المستشفى العمومي؟ وهل هناك سبيل للتغلب عليها .

سعينا في الفصل الثالث الذي جاء بعنوان "آلية التسعير على أساس الأنشطة و دورها في تفعيل التوجه التسويقي" إلى عرض جوهر ومضامين هذه الآلية في إطار تمويل المستشفيات العمومية ، والذي تبين حتمية الاعتماد على نظام معلومات صحية كاستجابة لتوفير المعلومات اللازمة حول نشاط المستشفى؛ كما تمّ التطرق

مقدمة

لأسس التسعير على أساس النشاط وفي الأخير تناولنا كيفية مساهمة آلية التسعير على أساس الأنشطة في تحفيز المستشفيات العمومية على تبني المقاربة التسويقية أو التوجه نحو الزبون

الفصل الرابع بعنوان "التوجه التسويقي في ظل آلية التسعير على أساس الأنشطة في المستشفيات العمومية الفرنسية" تناولنا فيه واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية في ظل الإصلاحات التي شهدتها القطاع ومن أبرزها التسعير على أساس الأنشطة من خلال تحليل نتائج استبيانات رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية المقدمة في المستشفيات العمومية خلال أربع سنوات من سنة 2016 إلى غاية سنة 2020

كما تطرقنا إلى تحليل نتائج تطور تصنيف المستشفيات العمومية الفرنسية حسب جودة الخدمات المقدمة وعلاقته بالتوجه نحو العملاء .

الفصل الأول

المستشفى العمومي بين أزمة

التسيير وحتمية التغيير

تمهيد:

ظلت المستشفيات العمومية تعاني من الانخفاض المستمر للأداء وسوء حالة الخدمات الاستشفائية مما نتج عنها حالة من عدم الرضا لدى المواطنين وحتى لدى العاملين أنفسهم، وتساعد أزمة ثقة المواطنين في المستشفيات العمومية، في وجود تحديات

مما أوجب عليها إحداث نقلة نوعية على أدائها، غير أن ذلك يعد أمرا صعبا إن لم يكن مستحيلا ما لم يبدأ بمواجهة العقبات التي تراكمت عبر عقود طويلة من الزمن، ذلك أن أي إصلاح إداري يجب أن يتم من خلال إعادة النظر في الأساليب والطرق التنظيمية بطريقة تضمن المزيد من الكفاءة في إدارة المستشفى العمومي، وحصر مجالات الانحراف السلوكي وما طرأ من خلل على إدارة المستشفى من أجل معالجته ، وهذا ما سنتبناه في هذا الفصل حيث سنسعى إلى التقاط العناصر الرئيسية لمنظمة المستشفى من أجل فهم أفضل لكيفية عملها و قواعد التشغيل الرئيسية للمستشفيات قبل تخيل طبيعة التغييرات التي سترافق تحولها.

المبحث الأول : مدخل عام إلى المستشفى

كانت ولا زالت المستشفيات أحد أهم وأكبر مكونات النظام الصحي التي تقدم الخدمات الصحية في المجتمعات المنظمة سنحاول في هذا المبحث التعرف على المستشفى من خلال التطرق لتطور دوره في المجتمع و الخصائص الإدارية التي تميزه عن باقي المنظمات.

المطلب الأول :تطور دور المستشفى

يعود تاريخ المستشفيات كمؤسسات اجتماعية لإبواء وعلاج المرضى إلى تاريخ حديث نسبيا مقارنة مع تاريخ الطب والجراحة التي تعود إلى أقدم العصور ، ويلاحظ أن ولادة وتطور المستشفى عبر التاريخ جاء نتيجة لتقدم الحضارة وتطورها وانتقال التركيز على القيم من الفرد إلى العائلة ثم إلى قيم الجماعة

وأخيرا إلى المجتمع المنظم، حيث نمت المسؤولية العامة و المجتمعية نحو ذوي الدخل المنخفض و عديمي الدخل، وأصبحت معترف بها من قبل جميع الأفراد في المجتمعات المختلفة عبر تاريخ الحضارة الإنسانية، ونجد اليوم الكثير من المجتمعات والدول التي تنص في دساتيرها على حق الفرد في العلاج والخدمة الاستشفائية.

مع أن الدوافع الإنسانية وتطور العلوم تعتبر عوامل حاسمة لدى الكثيرين في إنشاء و إدامة المستشفيات إلا أن المستشفيات الأولى وجدت كامتداد للدين أكثر منها لتطور الطب، ولكن أيضاً في سياق الرخاء الاقتصادي وتطوير القواعد ساهمت العوامل السياسية والاقتصادية تدريجياً في إطار التوسع الجغرافي للدول في إثراء الدور الاجتماعي لها ففي حين أن المستشفى كان في الواقع مؤسسة استقبال للمرضى في المقام الأول، أصبح أداة سياسية لتحقيق الاستقرار للسلطة، ليصبح المستشفى مؤسسة عامة تضمن تقديم خدمة عامة.

أولاً: المستشفى كهيكـل استقبال

لقد حدث ظهور المستشفى أولاً كهياكل لاستقبال وعلاج المرضى أو الفقراء في البلدان التي يتواجد فيها الدين بشكل كبير، فلقد ظهرت مراكز الإيواء الأولى للفقراء والمسافرين في الهند وسيلان (القرن الثالث قبل الميلاد) مع إنشاء الأديرة البوذية تحت قيادة مجلس نيقية (325 م)، أوجستيان الأول (525-565)، حيث يشير التاريخ الحضاري للهند القديمة أن بوذا عين طبيباً لكل عشرة قرى وبنا مستشفيات للفقراء والمعاقين جسدياً كما بنى ابنه Upatiso الملاجئ للمرضى والنساء الحوامل الفقيرات¹.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن 2008، ص 18.

ثم أصبح المستشفى في اليونان منذ القرن السادس قبل الميلاد مكانًا مخصصًا حصريًا للعلاج من طرف الآلهة، والتي كان يطلق عليها آلهة الطب حيث كان علاج المرضى عبارة عن طقوس من السحر والشعوذة¹.

كما قد كان لتعاليم الديانة المسيحية دور في تعميق مشاعر الحب و التعاطف مع المرضى والفقراء فأعطى ذلك دفعة لإنشاء المستشفيات و التي أصبحت مع تقدم وانتشار المسيحية جزءا من الكنيسة حيث حلت المستشفيات المسيحية محل مستشفيات اليونان و روما وأصبحت مكرسة لرعاية المرضى في أبنية ملحقة بالكنائس.

أبدى المسلمون أيضا اهتماما كبيرا في مجال رعاية المرضى حيث بنو مؤسسات صحية فاخرة في كل من بغداد والقاهرة ودمشق وقرطبة وغيرها من المدن التي خضعت للحكم الإسلامي و يشير التاريخ أن الخليفة هارون الرشيد أبدى اهتماما كبيرا بصحة الشعوب حيث بنا نظاما ضخما من المستشفيات و كان يدفع رواتب الأطباء من خزينة الدولة كما كانت الرعاية الطبية مجانية في هذه المستشفيات بل أن العالم الإسلامي بنا مستشفيات للمجانين والمجنونين قبل أوروبا بألفي علم².

الجدير بالذكر أن الدين والممارسات الدينية كان لها دور أساسي في بناء وتطوير المستشفيات فقد أقيمت الملاجئ والمستوصفات والاستراحات بجانب الأديرة والمساجد لتقديم الطعام والمأوى المؤقت للمسافرين والحجاج والمرضى ولهذا كان يوجد نوعان من مؤسسات الرعاية والاستقبال: أحدهما مخصص للحجاج الأجانب ، والآخر للفقراء المرضى.

ثانيا: المستشفى مؤسسة ذات خدمة عامة

¹ نفس المرجع، ص19
² مخيمر عبد العزيز والطعامنة محمد، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 14

كانت المستشفيات في الأصل مؤسسات خيرية مكرسة لإيواء معوزين العجزة، ولكن توسيع عدد عملاء المستشفى والتقدم الطبي والعلاجي وتطور طبيعة الأمراض جعل المستشفى اليوم مركزاً للتشخيص والرعاية عالي التقنية، تم تعديل منظمته بعمق، من حيث زيادة الميزانية، وتطوير المزيد من الموظفين المؤهلين والمتنوعين، ونمو كبير في الخدمات والمعدات التقنية، وتنويع المهام وهكذا، انتقل المستشفى من هيكل المساعدة الحرفية والإنسانية إلى هيكل مؤسسي واسع النطاق ينتج خدمات ذات طبيعة معقدة وغير متجانسة بعد أن كان منشأة إقامة مع قدر ضئيل من التقنيات الطبية.

فأصبح يعرف المستشفى على أنه مؤسسة تقوم بنشاط ذو مصلحة عامة، يمارسه أو يسيطر عليه شخص عام ويخضع كلياً أو جزئياً لنظام قانوني يستمد من القانون المشترك، تدور الخدمة العامة، وفقاً لـ Percebois، حول فكرتين¹:

-الفكرة الأولى وصول الجميع إلى الخدمات الأساسية وتسليط الضوء على الأولويات مثل أمن التوريد والاستخدام الفعال للموارد الجماعية واحترام القيود البيئية، أن الخدمة العامة الفرنسية تقوم على منطق توفير الدولة للمرافق الجماعية، التي تعتبر ضرورية لاحتياجات المجتمع، والتي من الواضح أن المستشفى جزء منها. والغرض منه هو خدمة المصلحة العامة، من خلال تجميع الأنشطة معاً في مساحة مؤسسية خارج المنظمات الخاصة. تم بناء المؤسسات العامة تاريخياً حول خمسة مبادئ²:

1-غرض المصلحة العامة.

2-نظام بيروقراطي وعمل قانوني: على النموذج المثالي للبيروقراطية الفيدرالية، التي تتميز بتقسيم وظيفي للمهام الرأسية والأفقية.

¹ Percebois J. (2002) ; **la définition des missions de service public**, revue de l'énergie, n° 534(février 2002), p.81-89

² Ibid

3-الافتقار إلى الربحية الرأس مالية: لا تخضع للربحية المالية ، تعمل هذه المنظمات على أساس مخصصات الميزانية وبدون عائد على الاستثمار ، بمنطق الوسائل وليس النتائج.

4-تنفيذ المهام في ظل المنافسة الصفرية أو غير الكاملة: في حالات شبه احتكار الأنشطة لسد فجوات القطاع الخاص.

5-خضوع النشاط الإداري للسياسة.

يتبلور جوهر الخدمة الصحية العامة ، المشترك بين جميع الخدمات العامة ، حول مبادئ الاستمرارية والمساواة والقدرة على التكيف ، والتي تم تنظيمها في ثلاثينيات القرن الماضي من قبل لويس رولاند ، أستاذ القانون العام، تعني هذه المبادئ أنه يجب ضمان عمل الخدمات العامة بأي ثمن ودون انقطاع ، بسبب إخضاعها لتلبية احتياجات الجمهور (مبدأ الاستمرارية). يجب أن يكون وصولهم ممكناً للجميع ، وهنا يظهر مبدأ المساواة على أنه "إسقاط مأخوذ من إعلان حقوق الإنسان للمساواة أمام القانون، وهذا يعني أنه لا ينبغي أن يتدخل أي تمييز اجتماعي أو سياسي أو ديني أو جغرافي في الوصول إلى الخدمة العامة من حيث التوافر والتكلف وأخيراً ، يجب أن تتكيف هذه الخدمات مع التغيرات في الاحتياجات ذات الاهتمام الجماعي والعام ، وكذلك وفقاً لتقييم هذه الاحتياجات من قبل السلطات العامة مبدأ القدرة على التكيف¹

تستند الخدمة العامة إلى منطق توفير الدولة للمرافق الجماعية ، والتي تعتبر ضرورية لاحتياجات المجتمع ، والتي من الواضح أن المستشفى جزء منها. ويهدف إلى خدمة المصلحة العامة ، من خلال

¹ Barreau J et Mouline A.(2000) , **Concurrence et services publics :enjeux et perspectives**, Rennes, les presses universitaires de rennes.p 37

تجميع الأنشطة في مساحة مؤسسية خارج المنظمات الخاصة. تاريخياً تم بناء المنظمات العامة حول خمسة مبادئ¹:

1- غرض المصلحة العامة

2- نظام بيروقراطي ووظيفة قانونية: على النموذج القياسي المثالي لبيروقراطية ويبير ، يتميز بتقسيم وظيفي للمهام الرأسية والأفقية

3- عدم وجود ربحية رأس المال: لا تخضع للربحية المالية ، تعمل هذه المنظمات على أساس مخصصات الميزانية وبدون عوائد الاستثمار ، في منطوق الوسيلة بدلاً من النتائج

5- المهام مكفولة في ظل انعدام المنافسة أو المنافسة غير الكاملة: في حالات شبه الاحتكار للأنشطة لسد أوجه القصور في القطاع الخاص

5- خضوع النشاط الإداري للسياسة العامة

وصل نموذج القطاع العام هذا إلى ذروته في الثمانينيات ، وفي ذلك الوقت لم يكن هناك ما يشير إلى أن الإدارة العامة "ستجبه إلى إدارة القطاع الخاص بحثاً عن الإلهام" ، ومع ذلك شهدت التسعينيات ظهور إصلاح عميق للنموذج البيروقراطي للإدارة ، مع وضع فكرة التحديث في الاعتبار.

في ذلك الوقت تحت ضغط الأزمة الاقتصادية ، ووزن الديون وتغير توقعات المستخدمين ، كان القطاع العام تحت الضغط ، إن الأساليب التي تكون مكلفة للغاية وبيروقراطية وخاملة ومركزة على تتميتها وغير فعالة يتم التشكيك فيها دائها وبشكل أساسي ونتيجة لذلك، لم تعد الإدارة العامة هي الحل للمجتمع، ولكنها أصبحت المشكلة.

¹ Ibid, 38

ثالثاً: المستشفى تنظيم مفتوح

عندما يضم الفرد جهوده بطريقة رسمية مع جهود عدد من الأشخاص الآخرين لتحقيق الهدف تخلق هناك "ظاهرة تنظيمية" بالإضافة إلى حالة الشركات، فهي كذلك حالة العديد من المؤسسات: من بينها المستشفيات، فالمنظمة تجمع عددًا من الأشخاص المستقلين الذين يعملون معًا لتحقيق أهداف مشتركة، وتعتبر الإدارة القوة الدافعة لهذا العمل.

وفقًا لـ J. P. GRUERE ، يمكن أن يُنظر إلى المنظمة من طرف الاقتصاديين على أنها تجمع للموارد البشرية والمادية والعمل ورأس المال¹. أما بالنسبة لعالم الاجتماع M. CROZIER ، يعتبرها استجابة للعمل الجماعي، و بناء قابل للتكيف بطرق متفاوتة يعتمد على كل من الأفراد والمستقلين عنهم. مثل أي نظام حي ، يتطور وفقًا للتأثيرات الخارجية والداخلية².

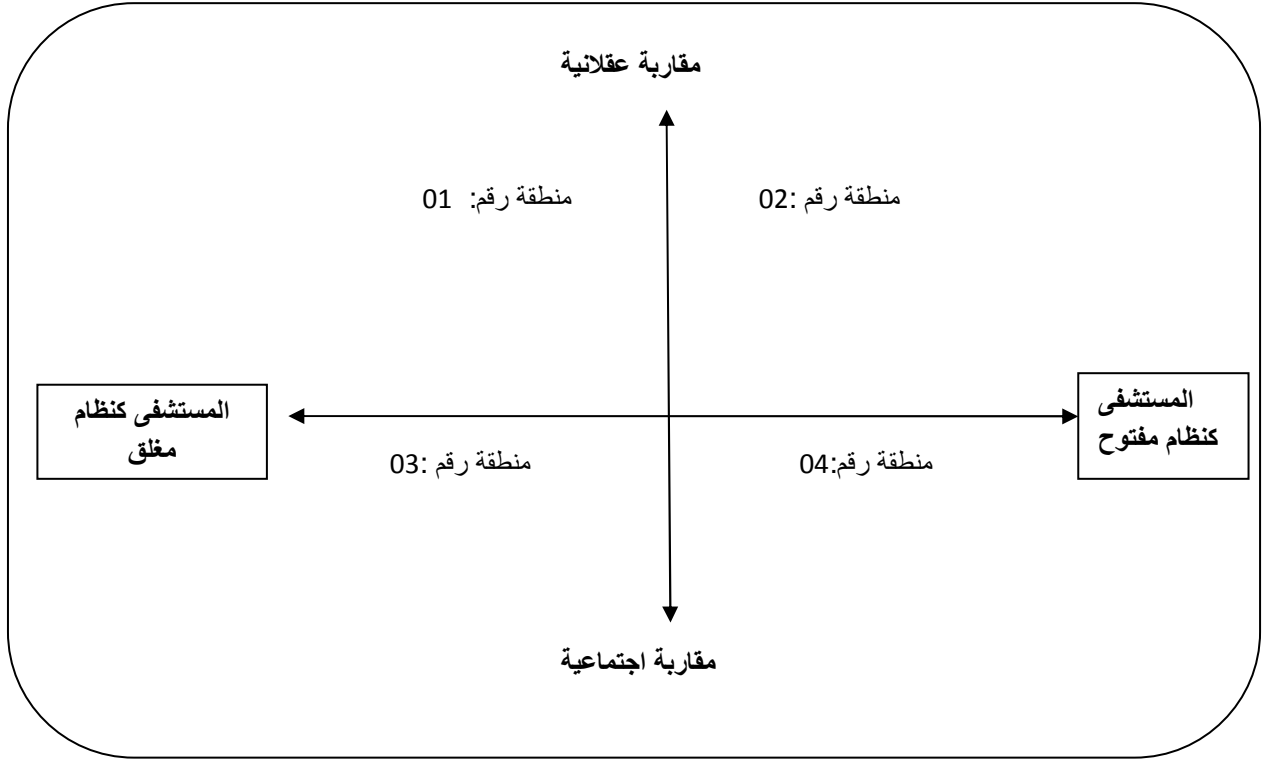
تعتمد جودة الإدارة على درجة تحقيق أهداف المنظمة وتكييفها مع العالم الخارجي ، وبالإشارة إلى تحليل J.P. GUERE ، W.R. SCOTT من الممكن تحديد أنماط مختلفة من تنظيمات العمل والتيارات النظرية المرتبطة به. بالاعتماد على المحورين ثنائي القطب المتعامدين³ الذي يبينه الشكل التالي:

¹ Géraldine prunet,(2000) **Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier l'objectif de soins et objectifs socio-économiques c as d'hôpitaux publics** ,Thèse de Doctora de l'Université Lyon 2, p 17.

² Ibid,17

³ Ibid,18

الشكل رقم 01: الإطار الفكري للمنظمات



المصدر: Géraldine prunet, **Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier l'objectif de soins et objectifs socio-économiques des hôpitaux publics**, Thèse de Doctorat de l'Université Lyon 2, p 18

يكشف المحور الرأسي عن بعدين أساسيين للإدارة مرتبطان ببعضهما البعض.

البعد العقلاني والبعد الاجتماعي، يقع الأمر على عاتق الإداريين لدمج هذين البعدين في الإدارة اليومية. سيكون السؤال على سبيل المثال حول "كيف يمكن مع مجموعة من الموظفين المحفزين، القيام

بكل الأنشطة للحصول على المزيد على عائد أكبر يمثل هذا القدر من الجهد، أو نفس العائد بجهد أقل

فيما يتعلق بالمستشفى كان النهج الاجتماعي هو السائد حتى العقد الماضي، وديناميكية الموارد البشرية السائدة من خلال البحث عن إجماع الرعاية المثمر، من خلال رضا الموظفين وتحفيزهم. ثم، أصبح

النهج العقلاني ، الذي يركز على النتائج التقنية والاقتصادية ، أكثر إلحاحًا ، مما يفرض وجود أهداف واضحة يمكن الوصول إليها بهدف تحقيق الكفاءة وميزانية متوازنة.

يشير المحور الأفقي إلى إغلاق وفتح النظام الذي يمثل أي منظمة ، ويفترض إشكالية التيار النظامي عكس النظام المغلق ، الذي يركز فقط على إدارة المتغيرات الداخلية وعلاقاتها المتبادلة ، الحالة الذهنية التي سادت قبل الستينيات ، وهي عدم أولوية المتغيرات "البيئية" ، "المنافسة" أو "السوق". أي أن المنظمة مستقلة ومكتفية ذاتيا. أي التواجد في المنطقتين الأولى والثالثة.

أدى النظر التدريجي للعناصر الخارجية (الاقتصادية والسياسية والثقافية والاجتماعية والتكنولوجية والقانونية) باعتبارها تؤثر على الآليات الداخلية ، ونتيجةً لمصير المنظمات إلى جعلها تتطور نحو نظام "مفتوح" ، " كان المستشفى في قلب هذا التطور تمامًا ، لأنه في قلب نظام معقد مع العديد من الاعتمادات المتبادلة: السلطات وشركاء مؤسسات الرعاية والموردين والصناعيين والعملاء .

تم الاعتراف به كمنظمة ذات نظام مفتوح وتم إعادة النظر في مكان المستخدمين، و أصبح ينظر إلى المستشفى على أنه منظمة مفتوحة يجب تركيز طاقتها وانعكاسها وعملها على البيئة من خلال التحليل الاستراتيجي، من هذه النقطة ، كان على أي عمل أن يقاوم من أجل البقاء ، لأن طبيعة البيئة أصبحت معقدة للغاية.

المطلب الثاني: الخصائص الإدارية للمستشفى العمومي التقليدي

يؤكد التحليل الاقتصادي للمستشفيات على بعض الخصائص المتعلقة بطريقة عمل هذه الأخيرة في أصل عدم كفاءة الأداء، ويرجع ذلك أحيانًا إلى العرض المفرط لمديري المستشفيات بهدف تحقيق أهدافهم (نظرية البيروقراطية) ، وأحيانًا إلى غياب الحافز على الارتقاء بمستوى الأداء في المستشفى،

(النهج السلوكي) ، وفي بعض الأحيان إلى السلوكيات الاستراتيجية للجهات الفاعلة التي تخضع للمنطق القانوني أكثر من خضوعها للمنطق الاقتصادي

أولاً: المستشفى العمومي تنظيم البيروقراطي:

لطالما أثارت البيروقراطية الجدل حول مدى قدرتها على تحقيق أهداف المنظمة ، ولقد تعرضت لانتقادات شديدة من مفكري الإدارة فيما يتعلق بجوانبها السلبية في قيادة المستشفى العام نحو بلوغ أهدافه ، لاسيما وضع خطوط السلطة عن طريق التسلسل الرئاسي وتقسيم التنظيم إلى مستويات تتخذ الشكل الهرمي، Hierarchy أين تشرف المستويات العليا على أنشطة المستويات الدنيا في إدارة المستشفى فينشأ نوع من الجمود التنظيمي لبعده المسافة بين المستويات الدنيا و العليا للتنظيم¹ .

وبالتالي فكلما كبر حجم المستشفى كلما أدى ذلك إلى ابتعاد مراكز اتخاذ القرارات عن مراكز التنفيذ الفعلي، الأمر الذي يقلل من حرية العاملين في المستويات الدنيا ويخفض من القدرة على التصرف عدا عن ذلك فإن عملية اتخاذ القرارات تتم ببطء وتتخذ وقت أطول مما ينعكس في شكل جمود في العمل و بطء في الإجراءات خاصة إذا تعلق الأمر بالمستشفيات العمومية التي تتميز بكبر حجمها وتنوع خدماتها وتشابك وظائفها وارتفاع درجة التعقيد في نمط عملها.

إن عدم المشاركة في اتخاذ القرارات والميل إلى النزعة الفردية ومعاملة الموظفين على أنهم مجرد منفذين لهاته القرارات ينعكس على أداء العاملين في المستشفى من ناحيتين :

1- من ناحية يقضي على روح المبادرة والابتكار والنمو والتطوير الشخصي.

¹ (2003), « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics », Revue française de gestion, 2003/5, n° 146,p147

2- ومن ناحية أخرى يخلق نوع من الروتين بسبب تعقد الإجراءات و جمود القواعد و القوانين في الأجهزة الحكومية مما يتسبب في عدم شعور العاملين بالانتماء إلى التنظيم و عدم إدراكهم لأهداف العامة للمنظمة.

ثانيا: **المستشفى العمومي و غياب المنافسة** : تجبر المنافسة المنظمات على البحث المستمر عن أفضل الطرق لتقديم أفضل المنتجات لأنها إذا لم تحسن منتجاتها فإن ذلك سيقضي على حظوظها في البقاء، ففي المنظمات الخاصة التي تعمل في سوق تنافسية ، يكون لكل من المالك والمدير حق حصري في الدخل من النشاط أو من الربح ، فوجود مؤشر الكفاءة ، المتمثل في الربح يعدل وينظم السلوكيات مما يجعل تعظيم المنفعة الشخصية للمدير تسير جنبا إلى جنب مع منفعة المالك، وعلاوة على ذلك ، يمكن تعبئة آليات مختلفة لجعل أهداف المدير تتلاءم مع أهداف المالكين، مثل نظام المكافأة والعقاب ، فيما يتعلق بتحقيق الأرباح.

في المستشفيات العمومية أين توكل السلطة الوصية لمدير المستشفى مهمة تقديم خدمة عامة ، فإن غياب العقوبة التي يفرضها السوق تسمح لمدير المستشفى باستخدام الميزانية بحرية لتنظيم نشاطه؛ من خلال ما يسمى بالميزانية التقديرية¹

ذلك أن دخل المستشفيات العمومية مضمون من قبل السلطات الوصية سواء كانت الدولة أو مؤسسات الضمان الاجتماعي، بغض النظر عن نوع ومدى كفاءة الأداء وذلك احتراماً لمبدأ ضمان استمرارية الخدمة العامة .

علاوة على ذلك، فإن آلية تمويل المستشفى العمومي من خلال المخصصات العامة والتي تستند إلى التكاليف التقديرية التي يضعها مدير المستشفى بناء على حجم ومكانة المستشفى ومدى توفر

¹ Fargeon valérie, Introduction à l'économie de la santé, press universitaires de grenoble, France , 2014,p92

التقنيات المتطورة، تقود مدير المستشفى إلى تحقيق أهداف تعظيم حجم المنظمة والكمية المنتجة ، من خلال تضخيم الميزانية التقديرية كالإفراط في الإنتاج مقارنة بالاحتياجات الفعلية و تضخيم التكاليف، عوض السعي إلى ترشيد النفقات¹.

ثالثا:المستشفى العمومي وغياب الحافز يتميز المستشفى العمومي بالعلاقات المزدوجة ويتضارب الأهداف:²

1-من جهة ممول المستشفى (الدولة أو مؤسسات الضمان الاجتماعي)الذي يسعى إلى تخفيض التكاليف إلى أقصى حد ممكن.

2-من جهة أخرى مدير المستشفى الذي يسعى إلى تعظيم الإيرادات من خلال تضخيم الميزانية التقديرية.

3-ومن جهة ثالثة الأطباء ومهنيي الصحة الذين يتلقون دخلا ثابتا 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 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

¹ Larbi Lamri, *Essai d'évaluation de la situation sanitaire des travailleuses au niveau des entreprises de la commune de bejaia*,2010, p145

² Ibid, p 147

يؤدي إلى تضارب الأهداف فبدل أن تخلق الحافز لتحسين الأداء تشجع على اللاكفاءة في الأداء¹. (من خلال تضخيم الميزانية التقديرية)

إن مسألة تصميم الحوافز المادية تساعد على توجيه سلوك الأطباء والإداريين بطريقة تشجعهم على بذل الجهد (تخفيض التكلفة) أو الكشف عن المعلومات التي توضح دالة الإنتاج يعد أمرا ضروريا لتحسين أداء المستشفى العمومي وترشيد النفقات وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

المبحث الثاني: خصائص الخدمات الصحية العمومية

الحديث عن الخدمة الصحية العمومية له خصوصية جد خاصة، أحد أبرز سمات هذه الخصوصية هو تعدد جوانبها وامتداد آثارها حيث تنتج عنها مجموعة من الخصائص المميزة للخدمة الصحية العمومية تترك آثار كبيرة على سلوك مستعملي هذا النوع من الخدمات والذي بدوره يؤثر بطريقة غير مباشرة على التوجه التسويقي للمؤسسات الصحية العمومية.

سنخصص هذا المبحث لبحث مختلف الخصائص التي تميز الخدمات الصحية العمومية عن غيرها من الخدمات الصحية المقدمة من طرف الخواص، وسيتم التركيز على ثلاث عناصر مهمة تتعلق بـ :

1- فهم خصوصية تقديم الخدمات الصحية العمومية

2- فهم خصوصية عرض الخدمات الصحية العمومية

3- فهم خصوصية سلوك مستعملي الخدمات الصحية العمومية

المطلب الأول: خصوصية تقديم الخدمات الصحية العمومية

يخضع تقديم الخدمات الصحية العمومية إلى مجموعة من المبادئ تتمثل في¹:

¹ PESQUEUX Yvon (2006), « Le « nouveau management public » (ou New Public Management) », 2006 (hal-00510878, version 1, 2010), p134

✓ مبدأ المساواة (والذي يعني إلغاء الفروق والامتيازات للأشخاص أمام المصلحة العامة الموضوعة

للجميع)

✓ مبدأ الاستمرارية (أي ضمان سير إنتاج الخدمات العمومية دون انقطاع)

✓ مبدأ الملائمة (والذي يعني تناسب إنتاج المصالح العمومية مع رغبات الجمهور)

أولاً: مبدأ المساواة

مساواة المستعملين أمام الخدمة العمومية معناه ضرورة أن تشتغل في نفس الظروف والشروط أمام كافة المستعملين بلا تمييز، فليس مصلحة عمومية من لا يستجيب لمختلف الرغبات وكافة أصناف الحاجات بلا فوارق أو تمييز، فأول استعمال لمصطلح المساواة كان محدوداً، كان يدعو فقط إلى ضرورة تقديم نفس الخدمة لكل فرد

في هذا المفهوم، دراسة حاجات مختلف قطاعات المستعملين كانت غير ضرورية لأنه كان من اللائق اقتراح خدمات متنوعة حسب حاجات كل قطاع².

بعد ذلك أصبح بالإمكان تطبيق قاعدة المساواة بصفة أكثر توسعاً، إذ أصبحت مختلف الوضعيات الممكنة أن يتواجد فيها المستعملون تؤخذ بعين الاعتبار من قبل الإدارة لغرض تكييف عرضها معهم بدون أي التواء أو تحوير.

¹ Cf chealier J. le service public, p.u.f. 1971 et aussi jérabon ,AlbertLoupe 'Marketing des services publics p 131-132

²Jerame Bon ,Albert Loupe « Marketing des services publics » (L'étude des besoins de la population) édition d'organisations(1990) p31

وهذا يعني معالجة الوضعيات المختلفة للمستهلكين بكيفيات مختلفة, ومن هنا تأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الموضوعية في المواقف لتتخذ إجراءات خاصة حسب كل موقف إذ لا يسمح في حال من الأحوال عمل تمييز بعذر المحافظة على المصلحة العامة.

بعد ذلك أصبح بالإمكان "المرور من المفهوم الإنتاجي الذي من خلاله تكون الخدمة المؤداة هي نفسها للجميع إلى المفهوم التسويقي الذي من خلاله تكون الخدمة المؤداة هي مصدر المساواة¹

وكمثال على ذلك فإن الرجوع إلى إجراء المساواة بالنسبة لقطاع الصحة، يجب أن تكون متاحة طيلة اليوم في هذه الحالة فإن الخدمة المؤداة هي نفسها بالنسبة للجميع ولكن إمكانية الاستعمال الحقيقي للخدمة تشكل منبعا لعدم المساواة، في هذه الحالة الأشخاص الذين يعملون والذين يتمكنون من التنقل هم في الحقيقة غير مفضلين. ولكي تصبح الخدمة المؤداة هي نفسها بالنسبة للجميع, فيجب أن يأخذ كل ذلك بالحسبان حتى يتاح لجميع المواطنين الحصول على الخدمة بنفس الدرجة.

ولذلك فإن تقسيم السوق الى قطاعات لم يعد مخالفا مع مهمة ورسالة الخدمة العمومية بل بالعكس أصبح يسمح لقطاع الخدمات بتكريس وتجسيد "المساواة في المعالجة" على أساس أكثر صلابة وأكثر عدالة .

ثانيا: مبدأ الاستمرارية

باعتبار أن الخدمة العمومية موضوعة لتلبية حاجة جد ضرورية فيجب أن يكون استغلالها مضمونا بصفة منتظمة ومستمرة دون انقطاعات "فإذا كانت الخدمة المؤداة حقيقة ذات مصلحة عامة, فإنه من الضروري ضمان استمراريته حتى وإن كانت المؤسسة عاجزة"²,

¹ Jerame bon albertluppe, , op cit p :30

² Ibid,p 31.

نظرا لأنه يوجد حاجة حقيقة تستوجب الإشباع, لذا لا يمكن للمصالح العمومية هضم حالة حدوث الانقطاعات في مسيرة الخدمة, وهذا ما يفرض أن يتابع نشاط الخدمة العمومية بصفة دائمة ومستمرة ومن هنا اعتبرت الاستمرارية من المعايير الأساسية للخدمة العمومية.

وفي الحقيقة فإن «مبدأ الاستمرارية هو مسؤولية مرتبطة بتواجد الدولة في حد ذاتها، فالسلطات الإدارية يجب أن تأخذ الإجراءات اللازمة لضمان الاستغلال المستمر للخدمات العمومية»¹

ولذلك يجب أن تضمن الخدمة الصحية العمومية احترام هذا المبدأ بأي ثمن لا لاعتبارات تجارية (الخوف من نقص الأرباح، من ضخامة تكلفة الانقطاع في تأدية الخدمة أو من الإساءة إلى صورة المؤسسة)، وإنما لاعتبارات مبدئية متعلقة بمبادئ الخدمة العمومية.

ثالثا: مبدأ الملائمة

يجب أن تؤدي الخدمة العمومية في إطار التلاؤم والانسجام مع رغبات الجمهور، فإذا تغيرت الظروف وتطورت الحاجات، فإن الخدمة يجب أن تتلاءم والمصلحة العمومية يجب أن تتسجم، بتحسين نوعية وكمية أدائها ولذلك اعتبر "مبدأ الملائمة" كأساس " لمبدأ الاستمرارية".

وفي الحقيقة إن معرفة حاجات الجمهور ليس بالأمر الهين، فالأمر لا يتعلق بطلب مجموع الزبائن بل بمجموع الجمهور بأكمله وهذا ما يجعل المسألة أكثر تعقيدا.

فحسب أي معيار نحكم على تطور حاجات الجمهور؟

¹ Jacques Chevalier K op cit p 75

بعض المصالح العمومية تتغلق على نفسها أمام هذه الصعوبة، وتعتبر أنها الوحيدة التي باستطاعتها تمثيل المصلحة العامة على أحسن وجه "هي تعتبر اللجوء إلى الجمهور لا ينظر إلا للمصلحة الخاصة¹ في حين أن مصالح عمومية أخرى وخاصة منها ذات الطابع الصناعي والتجاري، تعتمد على دراسة السوق والطلب من الجمهور التعبير عن حاجاته، والإدلاء بالتحسينات الممكنة في نظره، ولكن مع ذلك فإن طرق الكشف عن حاجات الجمهور ما تزال متأخرة في ميدان الحاجات العمومية ، مما يشكل عرقلة أمام تحقيق هذا المبدأ.

خاصية أخرى للمصالح العمومية تشكل إساءة بمبدأ الملائمة، يتعلق الأمر بخاصية "مقارنة التغيير " وحتى لما تتسجم الخدمات العمومية مع الرغبات الجديدة للجمهور فإنها لا تقوم بذلك الا بعد تأخر معتبر، لما يكون الفارق بين الخدمة المؤداة وحاجيات الجمهور شاسع ومعروف ومروج من قبل أجهزة الإعلام، أو لما يصبح من المستعجل أخذ إجراءات ومقاييس، الهدف من ذلك هو الاستجابة السريعة لخطر تحييد المصلحة العامة²

وهذا ما يجعل تطور الخدمة العمومية غير متوازي مع حاجات الجمهور ، إلا في وضعيات الأزمة، أو تحت ضغط الرأي العام، " الأمر الذي يسبب في أحسن الأحوال انقطاع في نوعية الخدمة، ودائماً عدم التلاؤم.³

هذا بشكل موجز الخط المشترك الأول الذي يتضمن القواعد الثلاثة التي يجب أن يستجيب لها كل أسلوب تسييري للخدمة العمومية، باعتبارها مبادئ مشتركة لا يمكن إعادة النظر فيها، أو حتى إلغائها.

¹ Jerame bon , Albert Louppe , op cit p :35

² Ibid , p 35

³ Ibid , p 36

المطلب الثاني: خصوصية عرض الخدمات الصحية العمومية

يمثل العرض السوقي إجمالي الكميات التي يعرضها المنتجون للبيع فكل مؤسسة خدمية تعرض أشكالاً متنوعة من المنتجات. "هذا العرض للخدمة يشكل أول مكّون للمزيج التسويقي لمؤسسة الخدمات، وهو يعادل المنتج بالنسبة لمؤسسة صناعية"¹

وعادة يهدف المنتجون إلى تعظيم أرباحهم أو إلى زيادة الحصة السوقية أو تعظيم العائد أو الناتج مثلاً من وراء العرض والذي يتحدد بسعر السلعة وحجم الطلب إلى جانب عدد من العوامل الأخرى والذي يعبر عنه بقوى السوق، "غير أن الأمر يختلف تماماً بالنسبة للخدمة الصحية العمومية أين يكون العرض على قدر كبير من التنظيم، ولا يستجيب لقوى السوق بنفس الطريقة"²

إن منطق السوق يفرض على المؤسسة التي تعاني من العجز أن تتلقى شللاً محتوماً، في حين أن الخدمات الصحية العمومية مستثناة في هذه القاعدة (فاستمراريتها مضمونة بفضل تكفل الدولة بها) نظراً لضرورة وأهمية استمرارية خدماتها.

المؤسسة الصحية الخاصة لا تجلب مواردها إلا من السوق، ولذلك يعتبر ارتفاع وضخامة مبيعاتها كمؤشر لكفاءاتها وكجزءاً لحسن تعاملها مع السوق.

غير أن الأمر يختلف تماماً بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية التي تمول في أغلب الأحيان من طرف الدولة وذلك عن طريق الضرائب.

¹ Pier EiglierEricLangeard " L'offre des services : Concepts et désisions ",W.P. N° 275 AVRIL 1983 ? P 52.

² طلعت الدمرداش، اقتصاديات الصحة، المكتبة العالمية للنشر والتوزيع، مصر، ص 107

ومن هنا يطرح السؤال التالي: هل يمكن لمصالح الخدمات الصحية العمومية التي تجلب جل مواردها المالية من خارج السوق، والتي تتبع خدمات لزيائن خاضعين ... أن يكون مؤشر كفاءتها وفعاليتها هو ذاته مؤشر كفاءة المؤسسة الخاصة؟

إن الخدمات الصحية العمومية رغم كونها تتمتع بعلاقة سوقية مع مستعمليها الذين يعتبرون حسب المنطق الاقتصادي "زيائن" .. رغم ذلك لا يمكن اعتبار كثرتهم كمعيار لكفاءتها نظرا لعاملين:

✓ كون هؤلاء الزيائن خاضعون، ولا خيار ولا بديل لهم أمام التعامل مع المؤسسات الصحية العمومية.

✓ كون الخدمة الصحية العمومية تصدر عن قطاع شبه محتكر، لا يوفر للمرضى البدائل المناسبة التي يحتاجون إليها.

فالخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص هي خدمات جد مكلفة، كما أنها خدمات محدودة ولذلك فهي بديل لفئة قليلة من المجتمع ، فالمرضى الذي ينتظر لمدة شهر أو أكثر ليجري عملية جراحية او غير ذلك ، تجده غير مسرور بتواجده في تلك الحالة ، ولكنه مع ذلك يستمر في تعامله مع القطاع الصحي العمومي... لسبب وحيد هو كونه لا يملك حلول بديلة .

ولذلك كلّه فإن اللجوء للخدمة العمومية ليس نتيجة قرار، بل نتيجة احتكار مفروض من قبل السلطات العمومية ، فلا قرار عند انعدام الاختيار والقبول المفروض للخدمة كما هي .

" هذه الإمكانيّة لإيجاد موارد خارج السوق تحدد من جهة مفردة عدم تبعية الخدمة العمومية للسوق ومن هنا فإنّ عدم كفاية الموارد المتأنيّة من السوق لا تتسبب في اختفاء الخدمة العمومية ، لأنّه مادامت هذه

الخدمة ذات مصلحة فإنه من الضروري أن تؤدي " بأي ثمن " ، وإنّ أي عجز مهما كان وزنه يجب ان يؤخذ على عبء السلطات العمومية¹

وهذا ما يعتبر صراحة على محدودية سلطة السوق بالنسبة لعرض الخدمات العمومية بصفة عامة والصحية منها بصفة خاصة .

المطلب الثالث: خصوصية سلوك مستعملي الخدمة الصحية العمومية

هناك خصوصية نابعة من العلاقة التبادلية الموجودة بين الخدمة الصحية العمومية والمرضى والتي لا تعني أنه يوجد من جهة سلوك مستهلك عقلائي يسعى الى تعظيم منفعته وفق مجموعة من الاختيارات والبدائل المتاحة ومن جهة أخرى سلوك المصلحة المقدّمة للخدمة، والتي تحاول الانسجام والتّماشى مع الأولى.

وإنما توجد مصلحة عمومية تسعى لتحقيق الصالح العام وفق ما تراه هي مناسبة ، لا وفق ما يحتاجه متلقي الخدمة والمستفيد منها ، ووجود زيون خاضع مضطر للتعامل مع هذه المصلحة لعم توفر البدائل.

فهذه الصورة التقليدية للتسويق كما سنرى لاحقا هي صورة خاطئة " انه يوجد في الحقيقة تبادل ثابت في التأثير ، فالعرض والطلب كل واحد يشكل ويتشكل من الآخر باستمرار وفي آن واحد، حسب حالة مستوى السلطة المتواجدة بين المؤسسة وزيائنها² حسب هذه الخصوصية يمكن اعتبار أن مستعمل الخدمة الصحية العمومية يتميز بسلوك خاص هذا السلوك ناتج عن طبيعة الخدمة الصحية من جهة

¹ JERAME Bon ,AlbertLoupe, op citP 36

² Jean Paul Flipo, "Le Marketing des organisations a but non lucratif" , Revue Française de gestion ,Janvier – Février 1985, p 58.

وعن الطبيعة العمومية للخدمة الصحية من جهة أخرى، و فيما يلي سنتناول انعكاس طبيعة كل منهما على سلوك الفرد .

أولاً: انعكاس طبيعة الخدمة الصحيّة على سلوك المستهلك:

تعتبر الخدمات الصحية أحد العناصر العديدة التي تساهم في تحسين الحالة الصحيّة للفرد، فهي أحد المدخلات التي تساهم مع غيرها في تحقيق ناتج نهائي يسمى بالصحة الجيدة¹.

ولذلك يعتبر الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة. فالمريض عندما يطلب الخدمات الصحية لا يطلبها لذاتها ، ولكنه يطلبها بدافع الرغبة في مستوى صحيّ جيّد، أو رغبته في تحسين مستوى صحّته، والصحة الجيدة من دون شك تعتبر رأس مال الإنسان فالحياة بحد ذاتها من أكثر السلع نفاسة فإذا نظرنا الى سلم الحاجات لماسلو وجدنا أنّ الجانب الصحيّ يمثل المرحلة الثانية فبعد أن يشبع الفرد حاجاته من المأكل والملبس والسكن يصبح بحاجة إلى تحققي الأمن والاستقرار ويتمثل الجزء الأعظم من هذا الجانب في السلامة الصحيّة

إذ أنّ الحاجة للخدمة الصحيّة هي مسألة أساسية لكنّها تمتد صعوداً إلى قمة.

السلم كأن يرغب الفرد مثلاً في السفر إلى المنتجعات السياحية أو بحثاً عن خدمات العلاج الطبيعي الخ.

هذه الأهمية الكبيرة للصحة في حياة الفرد تبرّر خصوصية الطلب على الخدمات الصحيّة من قبل

الأفراد والذي يميّز بمجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي²:

¹ الدمداش، مرجع سابق ، ص 29-2¹

1- يعتبر الطلب على الخدمات الصحية من القرارات العاجلة التي لا يمكن تأجيلها، على عكس باقي الخدمات بسبب رغبة الأفراد الملحة في التمتع بالصحة الجيدة.

2- الطلب على الخدمة الصحية يتأثر بالعرض فمن المعروف أن العرض في قطاع الخدمات الصحية يولد المزيد من الطلب ، والطلب يبقى دائما أكثر من المعروض.

3- إن الطلب على الخدمة الصحية والحاجة لها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري لأي مجتمع فكلما زادت درجة التحضر والتقدم زادت الحاجة للخدمة الصحية.

3- الطلب على الخدمات الصحية يمثل شراء ضرورة في بعض الأحيان فإن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض ، ولكنها تمثل شراء ضروريا للتخلص من آلام الأسنان ، كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء عملية جراحية قد يكون أمرا غير مستحبا ولكنه ضروريا لتخليص المريض من آلامه واستعادة صحته وتحسينها.

4- الطلب على الخدمات الصحية يتأثر بمدى إدراك الفرد لحاجته للخدمة الصحية ومدى إدراكه للفرق بين الشكوى والمرض فالشكوى هي مفهوم غير علمي يشير إلى حالة فيزيائية واجتماعية معينة وهي بهذا المفهوم عبارة عن رد فعل الفرد لتغيير بيولوجي ما وعلى هذا يتم تعريفه بشكل مختلف من فرد إلى آخر حسب حالة الفرد ومعتقداته وقيمه. ولذلك فإن الشكوى هو مفهوم غير دقيق ويمثل استجابة فردية لمنبه فسيولوجي أو نفسي أما المرض فهو مفهوم علمي(مهني يحدده غالبا الطبيب) وعلى ذلك فهو مصطلح دقيق يعكس درجة عالية من المعرفة المهنية والمرض بهذا المفهوم يشير الى وجود خلل بيولوجي أو فسيولوجي يتطلب التدخل الطبي أو العلاج، وعلى ذلك يعتبر المرض بهذا التعريف جزءا أساسيا في

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره ، ص 310

تخطيط وتنظيم الخدمات الصحية وتوزيع الإمكانيات ضمن النظام الصحي الكامل ، وجدير بالذكر أنّ الشكوى يمكن أن تحدث في غياب المرض.

والنقطة الهامة هنا هو شعور الفرد بأنه مريض ليس المرض الحقيقي كما هو معروف علميا يعتبر الحافز الحقيقي للفرد للشروع في طلب الخدمة الصحية.

ثانيا: أثر طبيعة الخدمة العمومية على سلوك المستهلك:

عادة يتأثر سلوك مستعملي الخدمات أو السلع بمجموعة من المحددات، تساهم في مجملها في قرار تبني الخدمة أو السلعة من قبل المستهلك وتتمثل أهم هذه المحددات في : مستوى الدخل، سعر الخدمة، أو السلعة المراد شراؤها، أسعار السلع الأخرى، درجة جودة المنتج، أذواق المستهلكين....الخ

لكن هل سلوك مستعملي الخدمات الحية العمومية يتأثر بذات العوامل وهل يشبه سلوكهم مستعملي الخدمات الصحية المقدمة ضمن مؤسسات القطاع الخاص؟

في هذا الإطار أهم ما يجمع عليه المختصون هو أن مستعمل الخدمات الصحية العمومية ليس مستهلكا مثل الآخرين.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو لماذا يعتبر مستعمل الخدمات الصحية العمومية مستهلكا مختلفا عن الآخرين؟

الإجابة على هذا السؤال كانت موضوع العديد من الدراسات التي أجريت فلقد أظهرت الأعمال الرائدة ل ARROW (1963) أثر الخدمة الصحية العمومية على المستهلك وأهم ما جاءت به أن مستهلك الخدمات الصحية العمومية لا يتحمل تكاليف الخدمة التي يطلبها وبالتالي فهو لا يتأثر بمجمل المحددات المذكورة سلفا والتي يبني على أساسها الطلب عادة.

حسب ARROW فإن حصول المستهلك على الخدمة بطريقة مجانية وتحميل التكاليف لطرف آخر

يؤثر على زيادة الطلب من طرف المستهلك من ناحيتين¹:

1- إحساس الفرد بضمان الخدمة الصحية من شأنه أن يساهم في عدم تبنيه للسلوكيات الوقائية وبالتالي

زيادة المشاكل الصحية مما ينجر عنه زيادة في الطلب على هذه الخدمات.

2- انخفاض سعر الخدمة بشكل حافز للأفراد لزيادة استهلاكهم وطلبهم للخدمة.

وهذا ما أشار إليه الدمرداش في كتابه اقتصاديات الخدمات الصحية حيث يرى تزايد النسبة التي

تدفعها الحكومة من فاتورة الخدمات الصحية تؤدي إلى تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى

للخدمات الصحية وكذلك على اختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات ، ويكون من نتيجة ذلك تهميش و

إزالة الحوافز السعرية من جانب المرضى وزيادة قدرة مقدمي الخدمات الصحية على تحميل الأسعار

المرتفعة لطرف ثالث ، ومن ثم فإن التوسع في الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة

الطلب عليها.

فعندما تقدم الخدمات الصحية مجاناً لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى،

ولا حتى توقعات الدخل أو الأسعار أي دور يذكر في التأثير على سلوك المستهلك لتلك الخدمة ، ويمكن

توضيح الكمية المطلوبة بنقطة على المحور الأفقي على شكل منحني الطلب مقابل السعر صفر، إلا أنه

يمكن أن تتحدد الكمية المطلوبة بعوامل أخرى مثل²:

1- تكلفة بعض المستلزمات الطبية التي لا تدخل ضمن الخدمة المجانية مثلاً قد تقدم خدمات

اختبارات وجراحات العيون مجاناً ولكن العدسات والنظارات الطبية يتم تركيبها على نفقة من يرغب

¹ Pierre Bras et AUTRES « traiter d'économie et de gestion de la santé » presses de sciences po-Edition de santé, Paris 2009 , P47

² الدمرداش، مرجع سبق ذكره ص 101، 102

في تركيبها، لذلك فإن ارتفاع أسعار عدسات النظارات قد يؤدي إلى انخفاض الطلب على خدمات

اختبارات جراحة العيون المجانية.

2- تكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد.

3- وقد يؤثر بقيود العرض، ومثال ذلك وجود قوائم انتظار طويلة لإجراء هذه الاختبارات.

ولذلك فإن قرار تبني الخدمة الصحية العمومية خاضع لعملية معقدة، هذه الظاهرة هي نتيجة لخصوصية معايير اختيار المستعمل للخدمة العمومية، فعادة المستعمل يركز في اختياره على معايير متعددة ومتنوعة تختلف تماما عن تلك المعايير والمحددات التي يركز عليها مستعملي الخدمات المقدمة ضمن مؤسسات القطاع الخاص.

المبحث الثالث: ملامح المستشفى العمومي الجديد

مع بداية السبعينيات أصبحت الأموال العامة شحيحة بشكل متزايد، وزاد الإنفاق العام، واتسعت الديون السيادية، وزاد سخط المواطنين على رداءة الخدمات العامة. كل هذا أدى إلى إغراق المؤسسات العمومية في معاناة طويلة. شكلت هذه الأزمة أرضاً خصبة لنشر النظريات الإدارية الحديثة، والتي تم تقديمها على أنها العلاج العام لاختلالات الإدارة "المحكوم عليها بالتحديث لم يكن مجال الصحة العامة معزولا عن هذه الظاهرة، حيث خضع المستشفى باعتباره ترس رئيسي في نظام الرعاية الصحية لتغييرات تنظيمية كبيرة.

المطلب الأول: إصلاح المستشفى العمومي

شهدت المنظمات العامة في معظم البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) تحولات عميقة سعت لمعالجة "عدم الكفاءة" للإدارة العامة التقليدية من خلال إدخال ترسانة من أدوات الإدارة الخاصة مستوحاة من التيار النيوليبرالي.

أولاً: جذور الإصلاح الإداري للمستشفى العمومي

انطلقت هذه الإصلاحات في الدول الأنجلوسكسونية في سنوات 1980 باسم فعالية وكفاءة الخدمة العامة، ساهم الثنائي الأمريكي والبريطاني مارغريت تاتشر، رئيسة الوزراء البريطانية آنذاك ، ورونالد ريغان ، رئيس الولايات المتحدة الأمريكية -الشخصيتان الرائدتان في هذا الفكر الليبرالي على الساحة السياسية الدولية في ذلك الوقت¹. في استبعاد نموذج التدخل الكينزي وتجديد الإدارة من خلال إطلاق موجة من الخصخصة للخدمة العامة ، مثل الخطوط الجوية البريطانية أو بريتش تليكوم في المملكة المتحدة .

لتنقل بعد ذلك موجة إصلاحات إلى العديد من الدول التي عانت من نفس المشاكل، في مجال تقديم الخدمات العمومية و لم يفلت المستشفى العام ، مثله مثل أي خدمة عامة ، من موجة الإصلاح هذه بهدف تحديث التنظيم وتحسين الكفاءة الاقتصادية لهذه الهياكل. فكان المستشفى جزء من حركة أكبر لتحديث الخدمة العامة.

¹ MELNIK Ekaterina et GUILLEMOT Danièle (2010), « Vers une convergence du management public-privé ? Une revue de littérature économique », Revue française d'économie, 2010/2 Volume XXV, p. 167-225

سار الإصلاح الإداري للمستشفى جنباً إلى جنب مع الترشيح والديمقراطية وزيادة الأداء من خلال التركيز على تقييم أداء المنظمات، مما يعني ضمناً تطوير المؤشرات و نشر أدوات إدارية هدفها مراقبة الأداء¹.

تعتبر التغييرات العميقة في النظام الصحي ، وبشكل أكثر تحديداً ، تلك التي تؤثر على هياكل المستشفيات جزءاً من السياق العام لإصلاحات الإدارة العامة، تتميز هذه الإصلاحات بطابع النيوليبرالية، وهي مشبعة بالأيديولوجية الإدارية تستعمل مناطق المجتمع التي تخيلها المرء فوق احتمالات السوق ، ولا سيما الثقافة والاجتماعية والصحية".

يتوافق تعريف أداء القطاع العام وفقاً لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ،على² أنه جميع العوائد أو النتائج أو غيرها القابلة للقياس لنشاط القطاع العام، وبعبارة "إدارة الأداء" ، تعني منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي "جميع الإجراءات المنفذة لتعريف الإنجازات وقياسها ، وربطها بالتدابير التحفيزية أو العقوبات المطبقة من قبل رئيس هرمي (منظمة أو فرد) فيما يتعلق بمرؤوس ، وغالباً ما ترتبط باستقلالية إدارية أكبر للمرؤوس³ ."

يتميز هؤلاء المؤلفون عدة جوانب من الأداء في القطاع العام: النتائج المحققة (المخرجات) ،الكفاءة (تكاليف وحدة المنتجات) ، الفعالية (تم تحديد الأهداف) ، مراعاة احتياجات المستخدم (الرضا) ، وأخيراً ، مسؤولية ونزاهة السلطة العامة .

¹ DREYFUS Françoise (2010), « La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'Etat ? », Revue française d'administration publique, 2010/4 n° 136, p. 857-864

² HOOD Christopher (1991), « A Public Management for All Seasons », Public Administration, 69(1): 3- 9, 1991

³ Ibidi

تُستخدم مؤشرات الأداء داخل المؤسسات العامة كأدوات للإدارة و كأدوات للمقارنة والتنافس بين المنظمات أيضا، تركز هذه المؤشرات على الفعالية الاجتماعية والاقتصادية ، وجودة الخدمة وفعالية الإدارة ، أو الكفاءة

من خلال هذه الإصلاحات ، ستتأثر أربعة مستويات من الخصوصية للقطاع العام¹:

1-الغرض من المنظمات العامة مع الانتقال من منطق الخدمة العامة إلى منطق الخدمة العامة. حيث يصبح المستخدم عميلاً. ثم يتأرجح القطاع العام بين النموذج القديم للإدارة ، الذي يركز على المصلحة العامة ، وأنشطة الخدمات الجديدة من نفس طبيعة تلك الخاصة بالسوق.

2-الأنظمة البيروقراطية والأداء القانوني مع التحول من إدارة النشاط إلى الإدارة والحكم ، وكما رأينا معارضة النموذج البيروقراطي الفيبري.

3-الافتقار إلى الربحية الرأسمالية مع القيود الجديدة للربحية والأداء والكفاءة ، وتوقع النتائج وانعكاسات على الاستغلال الأمثل للموارد.

4-أداء المهمات في سياق المنافسة الصفرية أو غير الكاملة مع الاعتبار الحتمي للبيئة الخارجية. أدى التحول إلى الاقتصاد الثلاثي إلى تنافس القطاع الخاص مع الجمهور ، وهو ما يدفع الإدارات إلى التفكير في مدى جاذبيتها. كما زادت المنافسة بين الإدارات.

في هذا المناخ من الإصلاح ، ليس أمام هياكل المستشفيات خيار آخر سوى تطوير أدوات الإدارة ، وهو نوع من الرموز الشاملة للعصر الحديث الذي يستجيب لمنطق الإدارة عن بعد للمؤسسات

¹ MELNIK Ekaterina et GUILLEMOT Danièle (2010), Op sit

ثانيا: نظرية الوكالة في عالم المستشفيات

منذ الثمانينيات أثرت نظرية الوكالة بشكل كبير على تحول سياسات المستشفى ، فلقد عززت ظهور نظرية نيوليبرالية لإدارة المستشفيات لتحل محل المقاربات الكلاسيكية والتي تحجب عدم تناسق المعلومات والمشاكل الهيكلية.

تصف نظرية الوكالة العلاقة بين (الموكل) صاحب الشركة الذي يفوض جزء من حقوق ملكيته لمدير وبين هذا الأخير (الوكيل) الذي يملك سلطة اتخاذ القرار بموجب هذا التفويض، وتتميز هذه العلاقة بتضارب المصالح في سياق عدم تناسق المعلومات، بحيث يسعى المالك قبل كل شيء إلى تعظيم قيمة الشركة بينما يسعى المدير إلى زيادة دخله إلى الحد الأقصى: بحيث لا يمكن للمالك أن يضمن أن يستعمل هذا الأخير الوسائل الأكثر ملائمة لاستخراج أقصى ربح ممكن¹.

التعريف الأكثر كلاسيكية لعلاقة الوكالة هذه هو ذلك الوارد في مقال شهير بقلم Jensen and Meckling يعرف علاقة الوكالة على أنها عقد يقوم بموجبه شخص أو أكثر (المالك) بإشراك شخص آخر (المدير) للقيام نيابة عنه بأي مهمة تتطلب تفويض سلطة اتخاذ قرار معينة للوكيل²

تتطبق نظرية الوكالة على جميع المستويات الهرمية وجميع العلاقات القائمة في عالم المستشفى: طبيب، مريض ، مؤمن ، مؤمن ، طبيب مدير ، الوصاية ...

¹ DUBOIS Carl-Ardy et DUSSAULT Gilles (2002), « La politique de ressources humaines et la transformation des systèmes de soins », Gestion, 2002/3 Vol. 27, p. 55-63
² POUVOUVILLE Gérard et TEDESCO Joseph cit ,p. 205-

على الرغم من تنوع العلاقات بين العاملين بالمستشفى وتعقيدها .تتميز كل هذه العلاقات بعدم تناسق المعلومات بين المدير والوكيل، بالمستشفى عقدة من العلاقات التعاقدية التي تتناسب تمامًا مع نظرية الوكالة.

وتعتبر التفاعلات بين الجهات الفاعلة في المستشفى الداخلية والخارجية علاقات وكالة. مثل علاقة الوصاية بالمستشفى والعلاقة بين المدير والمهن الطبية علاقة وكالة ، بسبب عدم اليقين وعدم تناسق المعلومات والسلوك الانتهازي للمدراء الذين يسعون إلى تعظيم منفعتهم من أجل زيادة الميزانيات المخصصة لخدماتهم. وبالتالي ، يمكن اعتبار علاقة المدير و الطبيب كعلاقة وكالة نظرًا لأن المدير لا يمكنه قياس مستوى الجهد الذي يبذله الطبيب ضمناً لا يمكن قياس درجة الامتثال للعقد من قبل مهنة الطب

بالرغم من أن نظرية الوكالة تولد تكاليف كبيرة تتعلق بشكل أساسي بتنفيذ آليات التحفيز والرقابة اللازمة لجعل الوكيل يحترم العقد ويتصرف وفقاً لمصالح المدير، ولتقليل عدم تناسق المعلومات كتكاليف المراقبة وتكاليف الالتزام وتكاليف الحوافز لتوجيه السلوك غير أنها شكلت قلب الرؤية الكلاسيكية الجديدة للشركات وكان لتطبيقها في عالم المستشفيات مساهمات مهمة ، لا سيما النظر في عدم تناسق المعلومات والسلوكيات الانتهازية التي تسود المستشفيات¹

وفقاً لـ M. Mougeot ، فإن نظرية الوكالة هي النهج الوحيد القادر على مراعاة الاختلالات الوظيفية لنظام المستشفى الذي يتميز بوجود مجموعة من الجهات الفاعلة والمنطق والأهداف المتباينة في حالة المعلومات غير الكاملة².

¹ Pouvourville Gérard et Tedesco Joseph, (2003), op cit

² Ibid

و يؤكد على الحاجة إلى وضع آليات تحفيز معينة للحد من السلوك الانتهازي ، ومصدر عدم الكفاءة ، والسيطرة على الآثار السلبية لعدم تناسق المعلومات هذا.

ثالثا: العبور القسري إلى "المستشفى - المنظمة":

المستشفى هو المكان الذي يتم فيه مواجهة ثلاثة أنواع ومختلفة من المنطق: منطق طبي ومنطق بحثي جامعي ومنطق إداري أصبح يهتم بشكل أساسي بالاستجابة للمخاوف الإدارية. في الوقت الحالي ، يمر هذا المنطق الأخير حتمًا من خلال الالتزام بتحقيق الإيرادات ، وبالتالي فإن المدير ملزم بلعب دور المدير الذي يجب أن يدير المستشفى العام مثل أي منظمة خدمات تواجه المنافسة .

وبالتالي فإن مفهوم "المستشفى - منظمة" يأتي لتعزيز هذه الرؤية الإدارية في عالم المستشفى من خلال نقل النموذج الكلاسيكي الجديد للمنظمة إلى هياكل المستشفيات العامة، هذا المفهوم الجديد ، الذي يتكون من إدخال منطق الأعمال في المستشفى العام ، يعود أصوله إلى إصلاحات المستشفيات الفرنسية التي أدخلت في منتصف الثمانينيات. أصر مؤسسها J. de Kervasdoué على نشر ثقافة منظمات خاصة في جميع المستشفيات العامة الفرنسية. وهكذا تطورت رؤية إدارية جديدة في بيئة المستشفى من خلال تطبيق قواعد القطاع الخاص في المستشفيات العامة من المفترض أن تتصرف كمنظمة تجارية معنية بتطوير أنشطتها المربحة لتحقيق هذه الرؤية¹ .

وضع J. de Kervasdoué خطًا للتدريب الإداري مخصصة لمديري المستشفيات لتحويلهم إلى "رؤساء" في المستشفيات العامة. في الوقت نفسه ، حاول التأقلم في المستشفيات مع بعض تقنيات الإدارة التي تم تطويرها داخل المنظمات: لوحات القيادة ، والخطط المؤقتة ، وما إلى ذلك. خلال التسعينيات ، أدى انتشار نموذج "المنظمة" إلى تعزيز المنطق الخاص الذي بدأه مفهوم العمل بالمستشفى في بيئة

¹DUBOIS Carl-Ardy et DUSSAULT Gilles (2002), op cit.

الفصل الأول: المستشفى العمومي بين أزمة التسيير وحتمية التغيير

المستشفيات العامة الفرنسية. يهدف النموذج إلى تحويل المستشفيات العامة إلى مؤسسات شبه حكومية موضوعة في وضع شبه سوقي من أجل التخلص من البقايا التنظيمية والروتين غير الضروري لإدارات المستشفيات العامة، في عام 1991 ، تم إعداد إصلاح آخر ، بقيادة ج. فنسنت، مشروع المستشفى لإلزام المستشفيات العامة بالتفاوض على إنشاء مشروع يمكن أن يجمع كل أنواع المنطق وقوى المستشفى المتضاربة على مشروع واحد مشترك. وفقاً للمنطق نفسه، يتوافق تماماً مع مفهوم المستشفى المنظمة من خلال اشتراط تطبيق إجراءات معينة من المجتمع الإداري للمنظمات الكبيرة لتحسين إدارة المستشفيات العامة ، في عام 2009 ، حصل مفهوم "المستشفى-المنظمة" على فرصة للتطبيق في فرنسا حيث دعا إلى تحديث إدارة المستشفى من خلال إدخال أدوات الحوكمة¹.

فيما يتعلق بالأسس النظرية ، يعتبر فك ارتباط الدولة بقطاع المستشفيات ، الذي اقترحه J. de Kervasdoué كحل مثالي، مستوحى من النظرية الكلاسيكية الجديدة، ولا سيما من نظرية "الجمهور الخيار" الذي صاغها بوكانان وتولوك (1962) ، والذي ينقل فكرة تقليص ثقل الدولة لزيادة الحريات العامة. ويؤكد أيضاً أن مفهوم العمل بالمستشفى قد تم تطويره لإضفاء الشرعية على نقل الأدوات الإدارية للأعمال عالية الأداء إلى المستشفيات التي يجب أن تتصرف مثل الكيانات البسيطة التي تتمثل وظيفتها الرئيسية في تعظيم الأرباح، والجدول الموالي يوضح الفرق بين نموذج المستشفى القديم والنموذج الحديث:

الجدول رقم 01: مقارنة بين النموذج القديم والنموذج الحديث للمستشفى العام

النموذج القديم	النموذج الجديد
----------------	----------------

¹ GREVIN Anouck (2011), « Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don », Thèse, Laboratoire d'Economie et de Management de Nantes-Atlantique, Institut d'Economie et de Management de Nantes, 2011

الثقافة	<p>المستشفى عنصر من نظام صحي هرمي ، ورشات طبية متقابلة</p> <p>المستشفيات قائمة على أساس طبي واجتماعي،</p> <p>طبيب مسؤول على مصلحة، مدير</p> <p>مسير بيروقراطي، تسيير روتيني للإجراءات</p>	<p>مستشفى فاعل Acteur في شبكة علاج، مستشفيات قائمة على التقنية</p> <p>Vacation technique، مستشفى</p> <p>إنتاج مندمج Intégrée</p> <p>طبيب: مسؤول عن دائرة متخصصة</p> <p>مدير، رئيس مؤسسة</p> <p>تسيير تعاقدى مبني على الأهداف</p>
الهيكل	<p>هندسة منغلقة : هياكل على شكل</p> <p>أجنحة Pavillonnaire</p> <p>مصالح من الحجم الكبير ، قليلة التخصص، تشمل أنشطة متنوعة</p> <p>السلك الطبي قليل التعداد : مزدوج</p> <p>الصفة</p> <p>عمومي/ خاص (العمل الجزئي)</p> <p>تكنولوجيا موحدة بسيطة ومستقرة ، كل</p> <p>مصلحة تمتلك تكنولوجيا ملائمة لها</p> <p>تمويل بعدي</p> <p>غياب إنتاج المعلومات الطبية</p>	<p>هندسة مندمجة ومتكاملة</p> <p>Architecture Intégrée</p> <p>مصالح من الحجم الصغير وجد متخصصة</p> <p>السلك الطبي قليل التعداد: متفرغ نهائيا</p> <p>للقطاع العمومي</p> <p>تكنولوجيا تغير بسرعة ، مكلفة</p> <p>ومتخصصة ومتنقلة ، نفس التكنولوجيا</p> <p>المستخدمة بين المصالح</p> <p>تمويل عام استشرافي توقعي</p> <p>تطوير للمعلومات الطبية وإدماجها مع</p> <p>معلومات التسيير</p>

<p>تقليص عدد المصالح، تنسيق داخلي قوي</p> <p>الخدمات الاستشفائية منسقة ومبرمجة في شكل إقامة قصيرة الأجل ، جزء منها يتم خارج المستشفى</p> <p>أطباء متخصصون يعملون بشكل ترابطي Interdépendance</p> <p>الأطباء يخضعون للقيود الاقتصادية ومندمجون في عملية التسيير</p> <p>تتم مراقبة المشاط الطبي والتخطيط بناء على المعطيات الطبية نسبة إلى عدد السكان المغطى من طرف النظام الصحي المحلي.</p>	<p>استقلالية المصالح</p> <p>الخدمات الاستشفائية تقدم على أساس الإقامة طويلة الأجل</p> <p>أطباء متعددي التخصصات ينشطون بشكل مستقل</p> <p>الأطباء يجهلون الاعتبارات المالية والإدارية</p> <p>تتم مراقبة المشاط الطبي والتخطيط بناء على المعطيات الكمية نسبة إلى حجم النشاط</p>	<p>السلوكيات</p>
<p>إتقان إستراتيجية التحكم في المحيط</p> <p>إستراتيجية تقوم على النتائج</p> <p>تطوير الولادة وتسيير لاستعجالات هي الوسائل التي تدعم الوضعية المحلية للمستشفى (Position Locale للمستشفى مرجعي)</p>	<p>إستراتيجية مركزة نحو الذات Auto Centrée</p> <p>إستراتيجية قائمة على الوسائل الولادة والتكفل بالاستعجالات هي الوظائف التي تضي الشرعية على المستشفى</p>	<p>الاستراتيجيات</p>

المصدر: Contandrio Poulos. A.P. Souteyrandy, **L'Hôpital en Mutation d'un Modèle à l'Autre. In l'Hôpital Stratège**, John Libley, Paris, 1996, p 12.

باختصار ، يمكننا أن نؤكد أن المستشفى الحالي له خصائص مشابهة جدًا لخصائص المنظمات ويمكن استيعابها في منظمة ما عدا أن صعوبة توقع التدفقات غير المنتظمة للمرضى تجعل من الصعب للغاية التنبؤ بتخصيص الموارد اللازمة، و تشغيلها ، وبالتالي يمكن اعتبار المستشفى اليوم منظمة صناعة خدمات صحية تحت ضغط مستمر

المطلب الثاني: الإدارة العامة الجديدة للمستشفى العام

الفكرة الرئيسية لهذه النظرية هي أن الدولة يجب أن تتسحب من المجال الاقتصادي ، ولا سيما من خلال التوصية باستخدام المشغلين من القطاع الخاص من خلال الوسائل التعاقدية (التعاقد الخارجي) أو من خلال الشراكات بين القطاعين العام والخاص

أولاً تعريف الإدارة العامة الجديدة : مصطلح جديد تكمن فائدته في ملائمة كاسم مختصر لمجموعة من المذاهب الإدارية المتشابهة على نطاق واسع والتي هيمنت على أجندة الإصلاح البيروقراطي في العديد من مجموعة دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في أواخر السبعينيات " والتي تم نسخها على النحو التالي "مجموعة المذاهب الإدارية تظهر عناصر جديدة للإدارة العامة: الإدارة المهنية، ومقاييس الأداء الواضحة ، ورصد النتائج ، وتقسيم الوحدات في القطاع العام، لتنظيمه من خلال :

- التفصيل الهيكلي ، المنظمات المتخصصة أو الموجهة نحو العملاء.

-الاستقلالية الإدارية والتحكم في النتائج.

-تجزئة بين السياسات والعمليات ، وتقسيم المهام بين إعداد السياسات وتنفيذها.

الفصل الأول: المستشفى العمومي بين أزمة التسيير وحتمية التغيير

الإدارة العامة الجديدة هي تزاوج بين أيديولوجيتين مختلفتين الأولى تؤكد الاختيار الحر وآلية السوق المستوحاة من الاقتصاد المؤسسي الجديد. والثانية المرتبطة بتقليد الإدارة العلمية ، يركز على الإدارة وفقاً للأهداف والنتائج ، ولكن أيضاً على الاستقلالية التنظيمية تارة الإدارة للمديرين. وبالتالي ، فإن الخدمة العامة تسعى لتحقيق هدف الكفاءة.

و تقترح الإدارة العامة الحديثة نموذجاً تنظيمياً يختلف عن الإدارة التقليدية من حيث الأهداف ، ويركز أكثر على السعي لتحقيق النتائج، من حيث التنظيم مع مزيد من اللامركزية ؛ توضيح المسؤوليات. المزيد من الاستقلالية ومراقبة الأداء، ومرونة أكبر في تنظيم العمل ، والتركيز على رضا المستخدم وزيادة الاستعانة بمصادر خارجية للخدمات العامة.

الجدول رقم 02: مقارنة بين الإدارة القديمة والإدارة الحديثة

إدارة حديثة	إدارة بيروقراطية	
تحقيق النتائج ، وتلبية "عمل"	احترام القواعد و الإجراءات	الأهداف
اللامركزية (تفويض الكفاءة والتواصل والحوكمة)	(هيكل وظيفي ، هرمي)	منظمة مركزية
واضح	مشوش	تقاسم المسؤوليات السياسيين / المسؤولين

قسم تنفيذ المهام	التقسيم والتجزئة.	تخصص الحكم الذاتي
التوظيف	مسابقات	عقود
الترقية	الترقية بالأقدمية، لا توجد محاباة	على أساس الجدارة والأداء والمسؤولية
الرقابة	مؤشرات المراقبة	مؤشرات الأداء
نوع الميزانية	موجهة نحو الوسائل	موجهة نحو الأهداف

المصدر : DREYFUS Françoise (2010), « La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'Etat ? », Revue française d'administration publique, 2010/4 n° 136, p. 857-864

ثانيا: خصائص الإدارة العامة الجديدة :حدد فيشر وفارون ست خصائص رئيسية لـ للارة العامة الجديدة تتمثل في ¹ :

1-الفصل بين عملية صنع القرار الاستراتيجي ، وهي السلطة السياسية والإدارة التشغيلية ، والتي تقع تحت مسؤولية الإدارة ، من أجل التمييز بين أدوار الممولين والمشتريين والموردين.

¹ DREYFUS Françoise (2010), op cit.

2- توجيه الأنشطة الإدارية وفقاً للمنتجات التي سيتم توفيرها ، بدلاً من القواعد الإجرائية التي يجب اتباعها ، من حيث تخصيص الموارد. من خلال تخصصهم الطبي ، تستجيب الأقطاب لهذه الخاصية. من خلال التركيز على أنواع الأنشطة ، تعمل المستشفى حسب القطاع وبالتالي يمكنها تخصيص الموارد وفقاً لكل سوق.

3- تقليص التسلسل الهرمي ، وهذا يشمل تقليص البيروقراطيات ، واللامركزية في بعض المهام الإدارية وتفويض الإدارة إلى أدنى مستوى (التبعية). تم العثور على فكرة التبعية في إدارة المستشفى الجديدة مع إنشاء تفويض وبالتالي لا مركزية الإدارة.

4- مقدمة عن آليات السوق في إنتاج السلع والخدمات ذات الاهتمام العام. يرمز التعاقد الداخلي في المؤسسات الصحية إلى إدخال آليات السوق من خلال تحديد الأهداف ومؤشرات قياس الأداء وبالتالي المراقبة بالنتائج.

5- الشفافية بشأن جودة الخدمات الإدارية وتكاليفها ، بما يضمن كفاءة استخدام الموارد العامة. سنرى في الجزء الثاني من هذا الفصل أنه في تطورات المستشفى العام ، يتجه جزء كبير منه نحو تحسين جودة الرعاية.

6- توجيه الخدمات لاحتياجات المستخدمين وإشراكهم في تحديد وتقييم الخدمات التي سيتم تقديمها. يشغل المرضى مساحة أكبر في المستشفى ، مع تكوين جمعيات المرضى التي لها تأثير على السياسات العامة ، وبالتالي تشارك أكثر فأكثر في تحديد التوجهات الاستراتيجية.

المطلب الثالث: حوكمة المستشفى العام

مالت الجهود إلى تحديث وإدارة المستشفيات ، مما أدى إلى خلق ظروف مواتية لكل من المرضى والعاملين الصحيين وأصبح أكثر من أي وقت مضى قضية رئيسية. تتطلب التغييرات التي تم إجراؤها إعادة النظر في الأساليب التنظيمية والإدارية وتطبيق أدوات جديدة. كان الهدف هو إنشاء سلسلة قيمة موجهة نحو التوقعات الضمنية والصريحة للمستخدم والأهم من ذلك لمساعدة المستشفى على إعادة التفكير في أسلوب الإدارة الخاص بها وتحديد نموذج حوكمة يتوافق مع هذه التحديات الخاصة على أفضل وجه.

في الوقت الحاضر ، تجاوز مفهوم الحوكمة إلى حد كبير وظائفه ليشمل مجال القطاع العام كالحوكمة الإقليمية" ، والصحة كحكومة المستشفيات" ، و القطاع الخاص غير الربحي كالحكومة المجتمعية".

يرتبط تطبيق مفهوم الحوكمة في قطاع المستشفيات بالتغييرات المختلفة التي تمر به مثل إضفاء الطابع المهني على الجهات الفاعلة ، وتعقيد الإطار التنظيمي والمالي، وبالتالي فإن هذا يولد شكلاً جديداً من اللوائح التي تدعو إلى مشاركة المستخدم ، وتحديد متطلبات التأهيل ، والتطوير ، والتخطيط أو حتى التعاقد ، وكذلك آفاق إعادة تجميع ودمج تأثيرها على الممارسات الإدارية والحوكمة.

أولاً: تعريف الحوكمة

أصل مصطلح الحكم ، يأتي من اللغة الإنجليزية ، الحوكمة ، ، القادمة من اللاتينية GUBERNARE والتي تشير إلى قدرة ريان السفينة ومهارته في قيادتها وسط الأمواج، وما يمتلكه من

قيم وأخلاق نبيلة وسلوكيات نزيهة وشريفة في الحفاظ على أرواح وممتلكات الركاب، ورعايته وحمايته للبطانة المعهودة إليه وإيصالها لأصحابها¹.

وتشير الحوكمة إلى جميع التدابير والقواعد وصنع القرار وهيئات المعلومات والرصد التي تضمن حسن سير العمل والسيطرة على دولة أو مؤسسة أو منظمة أيا كانت ، سواء كانت عامة أو خاصة أو إقليمية أو وطنية أو دولية²

الغرض من الحوكمة هو توفير التوجيه الاستراتيجي لضمان تحقيق الأهداف وإدارة المخاطر بشكل صحيح واستخدام الموارد بروح مسؤولة، ويضمن احترام مصالح أصحاب الحقوق كأولوية. المساهمين، وما إلى ذلك والتأكد من أن أصواتهم مسموعة خلال سير العمل

ثانيا: تعريف حوكمة المستشفى

في الأدبيات الإدارية ، تعتبر الحوكمة الجديدة للمستشفى بمثابة إدارة براغماتية جديدة للسلطة في المستشفيات يمكن تعريفها على أنها خطة مبنية على استقلالية المؤسسات و إشراك و تمكين الجهات الفاعلة فيها بحيث يجب أن تؤدي إلى قانون جديد للمستشفى يُخضعه لصانعي القرار الإداري والتسلسل الهرمي المحلي و "مشتري الرعاية واحتياجات المستخدم"³.

وتعني أيضا إدارة صحية صحيحة ونزيهة ، في هيكل إداري فعال وقادر على ترجمة الأهداف إلى واقع⁴ أو هي الصورة الرسمية لجميع الأنشطة و السياسات والإجراءات الصحية التي تساعد في تحسين والحفاظ على مستويات عالية من جودة الرعاية الصحية ، بما يمكن المرضى من الحصول على أفضل علاج

¹ محسن ايمن الخضيرى، حوكمة الشركات ، الطبعة الأولى، مجموعة النيل العربية، مصر ، 2005، ص7.

² PESQUEUX Yvon op cit , p 145

³ Jean-Paul Domin , « la nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics » , Ed la Découverte, 2004, p.550.

⁴ لورانس زهير معزوز عيسى، أثر معايير الحوكمة على أداء العاملين في المستشفيات، رسالة ماجستير جامعة القدس 2017، ص9

يمكن بنفس المستوى من الأداء المالي و التشغيلي بما يساعد المستشفى على البقاء والمنافسة في بيئة معقدة¹

إذن يمكن القول أن حوكمة المستشفيات هي مصطلح جامع يشمل طيفا من الأنشطة التي يجب أن يشترك فيها الأطباء من أجل تحسين جودة الرعاية التي يقومون بها في خدمة العملاء والعمل على استدامتها، وضمان المساءلة الكاملة للنظام المعمول به تجاههم

يمكن تحديد طريقتين للحوكمة في عالم المستشفيات العامة²:

- الحوكمة الخارجية لإدارة العلاقة بين المستشفى وسلطتها الإشرافية من خلال التعاقد الفعال تركز الإدارة الخارجية للمستشفى بشكل أساسي على التحكم في التفاعلات بين المستشفى وأصحاب المصلحة ، ولا سيما الإشراف.

- وحوكمة داخلية أخرى تركز على تنظيم العمليات وتقاسم المسؤوليات. المجالات التشغيلية بالمستشفى. تركز بشكل أساسي على هدفين أساسيين: التحكم في التفاعلات بين القمة الاستراتيجية والمركز التشغيلي وإدارة التفاعلات داخل المركز التشغيلي لضمان التحكم التام في التكلفة والتحسين الدائم في جودة المريض رعاية.

يتم الحوكمة من خلال إنشاء منطقتي تعاقدية يقوم بشكل أساسي على الثقة و المعاملة بالمثل بين إدارة المستشفى وأقسامها المختلفة وأعمدة النشاط ومراكز المسؤولية

¹ مصطفى حنتر ، مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات ، مركز المشروعات الدولية الخاصة، مصر 2014 ، ص31

² Steve Vincent, Traduction Nicole Stora « CENTRÉ SUR LE CLIENT? CENTRÉ SUR LA PERSONNE?

Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche » 2011/2 n° 14 | pages 52 à 76 ISSN 1774-

وفقاً لـ G. Dechamp يجب أن يفي التعاقد (محور الإدارة الجديدة للمستشفى) بمتطلبات معينة من أجل

إنشاء إدارة تقارب حقيقية بنجاح في بيئة المستشفى. لذلك يجب أن¹:

- تعكس الإرادة التي عبر عنها أصحاب المصلحة في المستشفى.

- السماح للنظام بالتكيف مع المتطلبات البيئية .

- السماح بتحديد الأهداف والموارد اللازمة لتحقيقها.

- أن تكون مبنية على إطار تشريعي واضح المعالم (ترسانة قانونية).

تستند الحوكمة الجديدة للمستشفى أيضاً إلى مفاهيم أساسية أخرى يجب أخذها في الاعتبار أثناء إنشائها،

مثل الإدارة التشاركية ، والتفويض ، والإدارة بالأهداف ، واللامركزية ، وتحفيز الموظفين. وتحسين جودة

الخدمات المقدمة لمستخدمي خدمات المستشفيات. واليوم ، تهتم بشكل خاص بجودة الرعاية ورضا

المرضى الذين أصبحوا مثل العملاء في المستشفيات.

ثالثاً: أهداف حوكمة المستشفيات يتمثل الهدف الرئيسي لحوكمة المستشفى العمومي في التحسين

المستمر لجودة الرعاية المقدمة، وهو ما يتحقق من خلال السعي للوفاء بالأهداف الفرعية التالية²:

- ضمان استمرار عمليات تحسين الجودة، من خلال اكتشاف مشكلات الأداء السيئ والتعامل معها في

مرحلة مبكرة.

- تحديد وترتيب أولويات التعليم والتطوير المطلوبة للعاملين بما يضمن وجود قوة عمل لديها مهارات

مناسبة .

¹ Ibid.

² مصطفى حنتر، مرجع سابق ص 32.

-إدخال النظم اللازمة لدعم الممارسة المبنية على الأدلة، وإصدار التوجيهات المستخلصة من الطب المبنى على الدليل .

- ضمان أن تكون ترتيبات الحوكمة والمساءلة والقيادة مطبقة على جميع العاملين في كل الأقسام، وذلك من أجل تعزيز ثقافة تعلم نزيهة ومنفتحة.

- توفير بيانات عالية الجودة تساعد في متابعة الرعاية الاستشفائية.

- تشجيع ثقافة من عدم اللوم، تتميز بالانفتاح والأنصاف تسمح باكتشاف والتحقيق في الحوادث غير المرغوبة والأخطاء التي يتم الكشف عنها ، ومن ثم تعلم الدروس المستفادة وتعميمه.

- ضمان التعلم من الشكاوى والمعلومات والدعاوى القضائية والمطالبات عبر التحليل المنهجي لها، ونشر هذا داخل المستشفى.

- ضمان النشر المنتظم للممارسات والأفكار و الابتكارات الجيدة.

رابعا:مرتكزات الحوكمة

-الشفافية هي بمثابة وضوح العلاقة وحرية تدفق المعلومات ، والحد من الإجراءات والسياسات السرية غير المعلنة ، والعمل بطريقة تسمح لأصحاب المصالح في الحصول على المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات المناسبة والحفاظ على مصالحهم وتصويب الأخطاء ، وينطبق على الأعمال المرتبطة بمصلحة الجمهور، سواء مؤسسة عامة أو خاصة أو شبه حكومية¹

2-المساءلة: وهي التزام المسؤولين بالخضوع للمساءلة و تحمل المسؤولية عن أفعالهم أمام كل أطراف العقد بشأن نتائج أو مخرجات ذلك العقد ، والذي تم الاتفاق على شروطها من حيث النوع والتوقيت

¹ لورانس زهير معزوز عيسى ، مرجع سبق ذكره ،ص 11

ومعايير الجودة ، وبهذا فالموظف العام الذي يعطى المسؤوليات اللازمة لأداء وظيفة يكون مسؤولاً عن أداء مهام تلك الوظيفة طبقاً لما هو محدد سلفاً.

3- الأخلاق : ارتبط مفهوم أخلاقيات العمل بتحديد المعايير المعنوية للسلوكيات الصحيحة أو الخاطئة في صفقات الأعمال بين المنظمات¹ وتوجد أربع أنواع من المشاكل الأخلاقية المرتبطة بأعمال المنظمات هي:

مشاكل الموارد البشرية: وتتعلق بالعدالة في التعامل مع الموظفين الحاليين والمحتملين، كالسلوكيات غير الأخلاقية المرتبطة بالتمييز بين الموظفين.

مشاكل مرتبطة بتصادم المنافع: والتي تؤدي إلى التمييز في التعامل مع الآخرين حسب المصالح الشخصية.

المشاكل المرتبطة بالأمانة مع المستهلكين: وترتبط بسلوكيات تقليل احترام المستهلك وعدم الاهتمام بأمنه وسلامته من خلال المنتجات أو الخدمات التي تقدمها المنظمة.

المشاكل المرتبطة بالاستخدام السيئ أو الاستغلال الشخصي لموارد المنظمة من قبل الموظفين أو الاستخدام السيئ للموارد الطبيعية من قبل المنظمة.

4- المسؤولية : يجب أن يضمن نظام الحوكمة مسؤولية المنظمة وأعضائها ومساهميها تجاه الإجراءات التي تضمن الامتثال للتشريعات و المعايير الاجتماعية سارية المفعول ولا سيما قانون الضرائب ، وقانون المنافسة ، وقانون العمل ، والنصوص المتعلقة بحماية البيئة وتكافؤ الفرص ، وكذلك التشريعات ذات الصلة بالصحة والسلامة و تعتبر البيئية أيضاً جزء من مسؤوليتها، كما أنها ملزمة أيضاً بخدمة مصالح

قطي جوهرة ، مفرش فوزية، أثر حوكمة المستشفيات على المهنة الطبية مداخله مقدمة ضمن ملتقى حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة بسكرة ماي 2012.

المجتمع والمساهمين و تأخذ في الحسبان كل أصحاب المصلحة وتخدم مصالحهم بأمانة ، بما في ذلك مصالح الموظفين والدائنين والعملاء والموردين والمجتمعات المحلية¹.

5-الرعاية المتمركزة على المريض

يتم تعريف الرعاية التي تتمحور حول الشخص على أنها تقدير المريض كشخص ذي احتياجات فريدة. تشمل الرعاية التي تركز على الشخص فهم تجربة المريض والعمل معهم للتأكد من أن خطة الرعاية الخاصة بهم تعكس احتياجاتهم الفردية. وهذا يشمل إنشاء رعاية منسقة وتواصل جيد. وبالتالي ، يتم تشجيع المرضى على المشاركة في رعايتهم الخاصة والعمل بالشراكة مع فريق الرعاية الصحية الخاص بهم. هذا يؤكد أن "الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي" للمريض مشمول في خطة الرعاية الصحية²

ثلاث قيم أساسية تحدد النهج الذي يركز على المريض:

-مراعاة الاحتياجات والرغبات ووجهات النظر والخبرات الشخصية للمريض

-إتاحة الفرص للمرضى للتعبير عن آرائهم والمشاركة في الرعاية التي يتلقونها.

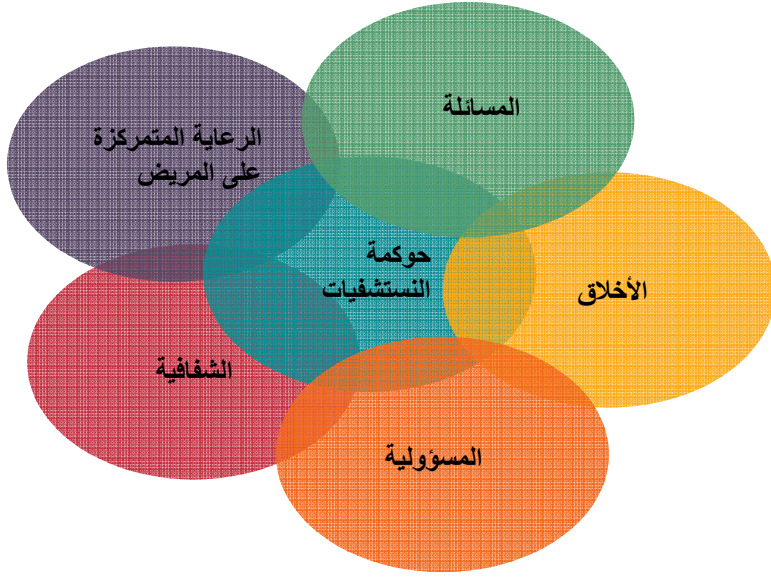
-تعميق الشراكة وفهم العلاقة بين المريض والطبيب.

والشكل التالي يوضح مرتكزات حوكمة المستشفيات

¹ **Principes de gouvernance d'entreprise du G20 et de l'OCDE**, Rapport de l'OCDE aux ministres des Finances et aux gouverneurs des banques centrales du G20 Septembre 2015, p59

² Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille, Le Collège des médecins de famille du Canada , Conseil Pratique, OCTOBRE 2014

الشكل رقم 02: مرتكزات حوكمة المستشفيات



المصدر: مصطفى حنتر ، مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات ، مركز المشروعات الدولية

الخاصة، مصر 2014 ، ص33.

خاتمة الفصل:

مما سبق يتضح أن المستشفى العمومي يختلف كلياً عن باقي المنظمات سواء من ناحية طبيعة الخدمة التي يقدمها أو من ناحية السوق الذي يعمل فيه، هذه الخصوصية ألفت بضلالها على أداء المستشفى الذي لازال يتخبط خاصة في الدول النامية التي لازالت متشبثة بأدوات التسيير التقليدي.

يمكن القول أن المستشفى التقليدي لا يمكنه الخروج من الأزمة التي يعاني منها، والتي نتجت أساساً بسبب أدوات التسيير التقليدي القائمة على التنظيم البيروقراطي الذي يفتقر إلى المرونة والحافز ويتسم أكثر بالجمود والروتين والتي أثبتت فشلها في جميع التنظيمات الحكومية ، إلا من خلال إصلاحات شاملة و إحداث تغييرات جذرية لبعث مستشفى عمومي أكثر قدرة على فهم العملاء وأكثر تحسناً لاحتياجاتهم، وتوفير طاقم طبي وتمريضي وإداري أكثر تمكينا وتدريباً.

الفصل الثاني

التوجه التسويقي في المستشفى العمومي

رؤية جديدة لقطاع متأزم

تمهيد:

التوجه التسويقي أو التوجه نحو العميل ووضعه في قلب اهتمامات إدارة المستشفى والسعي إلى كسب رضاه لم يعد هدف العيادات الخاصة فقط، فالمستشفيات العمومية في الدول المتقدمة خاصة تلك التي شهدت تغيرات جذرية في أنظمتها الصحية باتت تنظر إلى المريض على أنه عميل يجب معرفة تطلعاته واحتياجاته ومن ثم العمل على تلبيتها بالطريقة التي تضمن رضاه.

فإخفاقات التسيير العمومي التقليدي أجبرت معظم الحكومات على نقل الممارسات الإدارية في المستشفيات من الروتين والجمود إلى الحركية و المرنة، من أجل ضمان تكيف أفضل وفعال مع البيئة ومتطلباتها، وتحسين أداءها ومواجهة تحديات التكلفة المتصاعدة والجودة المتدنية على تبني المقاربة التسويقية -والتي تركز أساسا على التوجه نحو العميل- في المستشفيات العمومية.

سنحاول في هذا الفصل الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما هو التسويق الصحي.
- مالذي يمكن أن يقدمه للمستشفى و هل المستشفى فعلا بحاجة إلى تبني هذه الفلسفة .
- هل يجب تكيف التسويق بأدواته وأساليبه مع بيئة المستشفى باعتباره منظمة لها خصوصيتها.وكيف يمكن ذلك.
- ما هي العراقيل أو العوائق التي تحول دون تبني هذا التوجه في المستشفى العمومي؟ وهل هناك سبيل للتغلب عليها .

المبحث الأول : التوجه التسويقي للمستشفى توضيح المفاهيم وإزالة الغموض

يشكل التوجه نحو العميل الركيزة الأساسية للمقاربة التسويقية باعتبارها فلسفة تقوم على السعي إلى نيل رضا العملاء عبر معرفة حاجياتهم ورغباتهم ومن ثم تلبيتها بالطريقة الصحيحة.

غير أن فكرة التسويق في مجال الصحة العامة تعرضت لانتقادات شديدة من طرف مديري ومهنيي الصحة بسبب سوء الفهم لفلسفة التسويق، واعتبار أن التسويق يقتصر على الإعلان وتحفيز المرضى على شراء أكبر كم من الخدمات الصحية التي لا يحتاجونها، ولا تزال العديد من المفاهيم الشائعة الخاطئة عن التسويق الصحي معمولاً بها بشكل واسع، ولا يزال جزء كبير من القطاع الصحي يعاني من شكل معاد للتوجه نحو التسويقي (التوجه نحو العميل) ، كما أن العديد من المنظمات الاستشفائية لا تزال تفتقر إلى مصطلح "العميل" في حين أن هناك منظمات صحية أخرى قطعت أشواطاً متقدمة في تحسين جودة خدماتها ونيل نسبة معتبرة من رضا عملائها. فما هو التسويق الصحي؟ وما الذي يمكن أن يقدمه التسويق للمستشفى العمومي؟.

المطلب الأول : مفاهيم عامة حول التوجه التسويقي

ظهر التوجه نحو التسويقي كنتيجة لتغير توازنات العرض والطلب خلال حقبة الخمسينات، حيث ازداد المعروض من السلع والخدمات عن الطلب بشكل كبير مما أدى إلى ازدياد حدة المنافسة الأمر الذي أجبر المنظمات على الانتقال من التوجه البيعي إلى التوجه نحو العميل ضماناً لبقائها في السوق وتحقيقاً لأهدافها التي وجدت من أجلها.

أولاً: تعريف التوجه التسويقي

يشمل التوجه التسويقي كافة الأنشطة التي تتضمن جمع المعلومات عن العملاء المستهدفين وإيصالها إلى كافة أقسام المنظمة سعياً إلى توليد قيمة عالية لديهم، ذلك أن استحداث القيمة يعتمد بشكل كبير على المعلومات والتفاعل الجيد بين الموظفين.¹

والتوجه التسويقي يعني أيضاً قدرة المنظمة على تفهم ومعرفة حاجات الزبائن المستهدفين ورغباتهم، وكذلك خصائصهم والعوامل التي تؤثر في قراراتهم وسلوكياتهم الشرائية والخدمية.²

إنّ فهو قبل كل شيء عبارة عن ثقافة وفلسفة عمل تنظيمية تكفل للمنظمة تحقيق أهدافها من خلال إشباع احتياجات ورغبات الزبون بتوليد معلومات مكثفة حوله ونشرها إلى كافة الأقسام التنظيمية وبالتالي الاستجابة لهذه المعلومات من خلال تقديم منتجات ذات قيمة عالية للزبون.

وتكمن أهمية هذا التوجه في المزايا التي يحققها من خلال تأكيده على قيمة الزبون وإرضائه، عدا عن ذلك فهو يحقق منافع للموظفين أيضاً داخل المنظمة نفسها باعتبارهم عملاء داخليين.

حيث أن التوجه التسويقي له أهمية كبرى للمنظمة بشكل عام تؤدي إلى خلق قيمة عالية للعميل، كذلك النجاح على المدى الطويل وزيادة الأرباح وارتفاع حماسة الموظفين في المنظمة، كل هذه المزايا تعتبر مهمة للتغلب على المنافسة.

¹ Narver, J.C. & Slater, S.F. **The effect of a market orientation on business profitability.** Journal of Marketing, 54 (4), 20-35.1990

الربيعي ليث ، الربيعي ميثاق ، اثر التوجه السوقي والتزام العاملين على أداء شركة الخطوط الجوية الملكية الأردنية، مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية جامعة بغداد المجلد 17 العدد 63 ص 100-120

ثانيا : خصائص المنظمات المتجهة نحو العميل

ذكر كل من Cross , Brasher, Rigan & Bellenger مجموعة من الخصائص الفريدة تختص بها المنظمات التي تتخذ من التوجه نحو العميل ثقافة وسلوكا تتبناها لتحقيق أهدافها في السوق تتمثل هذا الخصائص في¹:

- مساعدة العملاء على وصف احتياجاتهم .
- وصف المنتج والخدمة بدقة من خلال الاتصالات التسويقية المتكاملة .
- مساعدة العملاء على اتخاذ قرارات الشراء التي تحقق لهم الرضا.
- تقديم منتجات وخدمات من شأنها تلبية تلك الاحتياجات.
- تكيف عروض التسويق لئلا تتناسب مع مصالح العملاء.
- تجنب التلاعب بالعملاء وإعطاء الوعود الكاذبة.

فيما ذكر كل من Davis & Goetsch الخصائص التالية²:

الرؤية المركزة على العملاء: من خلال ولاء القادة في هذه المؤسسات لهذه الرؤية، وإشاعة أجواء المناخ التنظيمي المهم بتلبية رغبات العملاء واحتياجاتهم.

التناغم مع الزبائن: من خلال إعطاء العميل دورا استشاريا، معرفة الأفراد لخصائص المنتج لاسيما تلك التي تساهم في خلق القيمة للعملاء، الاهتمام بالتغذية العكسية من العملاء والاستفادة منها في عملية تطوير المنتج.

¹ Cross, M, E, Brashear, T.G, Rigdon, E.E, & Bellenger, D.N, (2007). Customer orientation and salesperson performance. International Journal. 5(3), 222- 225.

² احسان دهش جلاب ، "نحو جامعات معلية متجهة نحو الزبون الباهر مجلة الأبحاث والدراسات العلمية ، جامعة بابل ، العراق 2014

استعمال معلومات العملاء: يمكن للمنظمة الاستفادة من المعلومات المرتدة من العملاء عبر الطرق التالية: معرفة كيف يعرف العميل الجودة، مقابلة العملاء، معرفة العميل الحقيقي للمنظمة، فهم الإدارة والأفراد لما يريده العملاء وما هي توقعاتهم.

الوصول إلى العملاء: المؤسسات المتوجهة نحو العميل لا تجلس وتنتظر عملائها للحصول منهم على المعلومات المطلوبة، بل يتوجب عليها القيام بما يلي: تسهيل أداء العميل الداخلي للأعمال، فسح المجال أمام الزبائن لطرح مشكلاتهم؛ السعي لحل مشكلات الزبائن كلها.

التحسين المستمر للمنتج والعملية: تعمل المنظمات المتوجهة نحو الزبون ما بوسعها لتحسين منتجاتها وعملياتها وهذا المدخل يمكن أن يتحقق من خلال الآتي: تعاون جميع الأقسام الداخلية للوصول إلى الأهداف المشتركة، دراسة التطبيقات الأفضل لأداء الأعمال وتبنيها، معرفة المشكلة قبل حدوثها و تجنبها أو حلها حال حدوثها، المباشرة بتنفيذ الأفكار الإبداعية والاستفادة منها في ميدان الواقع.

ثالثا: أبعاد التوجه التسويقي

أجمع الباحثين على أن هناك بعدين رئيسيين للتوجه التسويقي أحدهما يرتبط بالعميل ويشمل حاجاته ورغباته وتوقعاته، والآخر مرتبط بالمنظمة ويشمل المتطلبات التقنية اللازمة لتحقيق مطالب العميل¹:

1- حاجات ورغبات العميل : إن معرفة حاجات ورغبات العملاء ليست فقط الصريحة وإنما حتى الضمنية منها يعد الخطوة الأولى في التوجه التسويقي.

تتطلب المعرفة الدقيقة لحاجات العملاء جمع البيانات الأولية حول العميل المستهدف وتنظيمها وتفسيرها باستخدام التقنيات المناسبة لدراسة السوق، ثم بعد ذلك التفكير في تلبيتها بالطريقة

¹ احسان دهش جلاب ، "نحو جامعات محلية متجهة نحو الزبون الباهر مجلة الأبحاث والدراسات العلمية ، جامعة بابل ، العراق 2014،

المناسبة¹، لا يتم التوقف عند هذا الأمر بل يجب التأكد من مدى رضا العميل عن عملية التبادل

باستخدام بحوث السوق وأنظمة المعلومات التسويقية

وهناك طريقتين أساسيتين لمعرفة وجهة نظر العميل حول المنتج وعملية الشراء ككل²:

أ-طريقة ردة الفعل، أي حصول المنظمة على المعلومات بمبادرة من العميل نفسه كالشكاوى،

الاستفسارات، زيادة حجم مبيعات، وغيرها

ب-الطريقة الاستباقية، بمعنى أن تبادر المنظمة في الاتصال عملائها من خلال الاستبيانات،

المقابلات، الزيارات، الملاحظات وغيرها.

يركز الاستخدام الاستراتيجي لصوت العميل على ردود فعله اتجاه تصاميم، خصائص، ووظائف سلعة أو

خدمة محددة، ومدى توافق أولويات المنظمة مع حاجاته.

2-المتطلبات التقنية: تعرف بأنها تحويل مطالب وحاجات العميل إلى خصائص تقنية تمكن المنظمة

من تلبية ما يريده³، إن نجاح منتج أو خدمة يعتمد بشكل كبير على مدى مقابلة حاجات وتوقعات

العملاء. وبالنتيجة، فإنه ينبغي بذل جهود في الحصول على المعلومات الضرورية لتحديد رغباته ومطالبه

الحقيقية وترجمتها إلى متطلبات تقنية للمنتج ومواصفات للنظام الإنتاجي والإداري، إذ تحتاج المنظمة

لتلبية هذه المطالب توفير المتطلبات التقنية اللازمة لذلك، ابتداء من قياس مستوى إدارة المعرفة والتوجه

نحو العميل وتنافسية منظمات الأعمال مرورا بالعمليات الإنتاجية حتى تسليم المنتج.

كما أن تحديد المتطلبات التقنية تعني تحديد الكيفية التي يتم فيها تلبية هذه المطالب . وهذه المتطلبات

يمكن تحديدها من خلال العصف الذهني للفريق المكلف وقد تشمل كافة أقسام المنظمة من التصميم،

¹ نفس المرجع .

2

³ نفس المرجع ص88

الإدارة العليا، التسويق، الانتاج، وحتى تسليم البضاعة وقد يكون ذلك باستخدام آلية السبب والتأثير بما ينتج عنه تحديد المتطلبات التقنية اللازمة للإنجاز¹

المطلب الثاني : مفهوم التسويق الصحي

أشار كل من (Kohli and Jaworski) إلى أن التسويق الصحي هو استحداث استخبارات سوقية تخص حاجات المرضى الحاليين والمستقبليين والقدرات النسبية للمستشفى لاشباع تلك الحاجات ، إضافة إلى تكامل وتوزيع هذه المعلومة إلى الإدارات المختلفة لتنسيق رد الفعل الاستراتيجي للمنظمة مع الفرص التسويقية ومن ثم تنفيذه².

من خلال هذا التعريف فإن هناك ثلاث مسارات سلوكية للتوجه التسويقي:

- التوجه نحو العميل: ويتضمن الفهم الكافي للمستفيدين من الخدمات الصحية، بالصورة التي تمكن المستشفى من استحداث قيمة فائقة للمستفيدين من خدماتها.
- التوجه نحو المنافس: يتضمن فهم المستشفى لمنافسيه في المدى القصير والطويل ونقاط قوتهم وضعفهم، وقدراتهم واستراتيجياتهم، هذا الفهم يعتبر ضروريا لمواجهة المنافسين.
- التنسيق بين الإدارات الوظيفية المختلفة: من خلال استثمار الموارد الداخلية أثناء السعي لاستحداث قيمة فائقة للمرضى في السوق المستهدف.

ولقد حدد كل من (Kotler and Clarke) خمسة معايير للتسويق في المستشفى باعتباره مقارنة تقوم

على³:

صالح الدين عواد الكبيسي ، عبد الستار إبراهيم دحام، قياس مستوى إدارة المعرفة والتوجه نحو الزبون وتنافسية منظمات الأعمال كيميا ، مجلة الدنانير ، بغداد، العدد 14 2018، ص231- 264

نظام موسى سويدان، عبد المجيد البروراي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية ، الطبعة الأولى ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الأردن 2009، ص41

³ Dominique Crié, Daphné Salerno et Amandine Vincent, « Vers un marketing hospitalier, 2014, p191

1- فلسفة "العميل": هي احتياجات وتوقعات "العملاء" التي تم وضعها في الاعتبار عند تطوير إستراتيجية المنظمة وأنشطتها.

2- التسويق المتكامل: هل تقوم المنظمة بإجراء تحليل تسويقي وتخطيط وتنفيذ ومراقبة الأنشطة التسويقية؟

3- نظام معلومات التسويق: هل لدى الإدارة المعلومات الضرورية والجودة لتنفيذ سياسات تسويقية فعالة؟

4- التوجيه الاستراتيجي: هل تقوم المنظمة بتنفيذ الاستراتيجيات والتخطيط لتحقيق أهدافها على المدى الطويل؟

5- الكفاءة التشغيلية: هل الأنشطة التسويقية المنتشرة فعالة؟

إن التسويق هو جهد مستمر للتكيف يفرض على إدارة المستشفى الخروج من منطقة الراحة، والمراقبة المستمرة لتطور بيئة الفرد والمجتمع وعالم الصحة، لتوقع التحديات الجديدة، وخلق قيمة متصورة من طرف العميل تكون أكثر إيجابية، والسعي إلى التفوق بشكل مستدام على المنافسين واستكشاف مفاهيم الجودة والرضا، فالتسويق هو تغيير في المنظور من خلال بناء إستراتيجية طويلة الأجل تركز على برنامج متكامل يبدأ بوضع المريض في مركز الاهتمامات.

ثالثا: أهمية التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية

يحتل التسويق أهمية متنامية لأي منظمة تسعى لأن تبقى وتزدهر، والمستشفيات العمومية أوج ما تكون إلى تبني مداخل فاعلة في إدارتها، و لقد اعتبر (Mougeot) التسويق بمثابة الأداة الإستراتيجية للمستشفى العمومي التي تمكنه من تقديم أداء أكثر كفاءة و فاعلية، ومواجهة التحديات والرهانات التي تفرضها متغيرات البيئة العالمية في مجال الصحة.

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

وتبرز الحاجة إلى التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية من خلال حاجته إلى المزايا التي يمكن

أن يقدمها والتي يمكن حصرها فيما يلي¹:

1-على الرغم من خصوصية المستشفى إلا أنه قبل كل شيء منظمة تواجه متطلبات التوازن المالي، مطالبة بالحفاظ على مستوى عالٍ من الجودة والتميز في فرقها الطبية والتمريضية، ضمن موارد مالية محدودة.

2-يواجه المستشفى تحدي تقديم رعاية عالية الجودة بالتكلفة المناسبة، على الرغم من أن المستشفى العمومي لا يهدف إلى الربح إلا أنه بحاجة إلى ترشيد نفقاته وضمان موارده لضمان استدامته.

3-إن الرهانات الحاسمة التي يواجهها المستشفى العمومي تتطلب مواءمة الخطة الإستراتيجية للمستشفى مع سياسة التسويق التي تركز على احتياجات وتوقعات المرضى، وتمكين العاملين، و التحسين المستمر للعمليات.

4-إن التوجه تسويقي في المستشفى العمومي، شريطة أن يتم استخدامه بحكمة وعلى نحو سليم، يعزز التماسك والشعور بالانتماء سواء داخل فرق العمل المختلفة أو على مستوى مؤسسة الرعاية الصحية ككل.

5-بإمكان التسويق أن يخلق للمستشفيات العمومية ديناميكية تجمع بين جميع السلطات، وجميع الخدمات، وجميع وحدات الرعاية حول أهداف مشتركة وموحدة.

¹ Lebailly Géraldine, Petit traité de marketing hospitalier à l'intention des infirmiers d'unité, en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé, Ecole d'enseignement et de la communauté française, 2018, P24.

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متآزم

6-يجبر مجتمع المعلومات والاتصالات هذا القطاع المحظور تقليديا على الانفتاح على العالم الخارجي بشكل عام، وعلى المرضى العملاء على وجه الخصوص وعلى نطاق أوسع للتعامل مع مختلف أصحاب المصلحة في سوق متعدد الجوانب. وعلاوة على ذلك، فإن التسويق هو مجال رئيسي في إدارة المنظمات، سواء في القطاع الربحي أو غير الربحي. بالإضافة إلى أبعاده الإستراتيجية ، يُنظر إلى نهج التسويق على أنه أداة تكيف مرنة للبيئة ، ويتعامل مع جميع أصحاب المصلحة ويسهل علاقاتهم المتبادلة.

ولقد لخص كل من Dominique Crié, Daphné Salerno et Amandine Vincent الاسباب

تبنى التسويق في المستشفيات العمومية والادوات و الاجراءات في الجدول التالي:

الجدول 03: أدوات وإجراءات التسويق في المستشفيات العمومية

التساؤل	البعد	السبب أو الأداة
لماذا؟	البعد الإستراتيجي	لتطوير أي مشروع استراتيجي هناك عناصر، الموقع الاستراتيجي للمستشفى، الخطة الإستراتيجية، التوجه الاستراتيجي، إستراتيجية التوظيف، إستراتيجية الاتصال
	المنافسة	المنافسة تخلق الحافز على التحسين المستمر ، المستشفى العمومي مضطر لإثبات نفسه أمام الخواص، هدف المنافسة

تحسين الإنتاجية		
<p>إمكانية تحديد المواعيد عبر الانترنت ، تمديد أوقات عمل المستشفى،توفير خدمات الرعاية المنزلية،رسائل sms تذكير للمرضى (العلاج ،مواعيد المراقبة)، إنشاء سوار إلكتروني يحدد المدة الزمنية التي يقضيها المريض في المستشفى ويضمن رعاية أمنة، توفير خوادم الصوت التفاعلية.</p>	إجراءات التسويق	كيف؟
<p>المواقع الالكترونية، مواقع التواصل الاجتماعي، تنظيم تظاهرات داخل وخارج المستشفيات، المشاركة</p>	الأدوات والدعائم	
<p>معدل رضا المرضى، معدل رضا العاملين، نسبة استعمال الخدمات الصحية، نسبة التشغيل، معدل الحضور.</p>	أدوات التحليل	

Source : Dominique Crié, Daphné Salerno et Amandine Vincent, « Vers un marketing français », « Journal de hospitalier : Attitudes, pratiques et représentations des managers gestion et d'économie médicales »

196 2014/3 Vol. 32 | p

المطلب الثالث : أدوات التسويق الصحي

من الضروري تكييف أدوات العمل التسويقي مع سياق المستشفى العام من أجل تمكين المؤسسات الصحية من تحقيق أهدافها الكمية أو النوعية من خلال تلبية توقعات واحتياجات الجماهير المستهدفة. يتمثل أحد التحديات، في البيئة الطبية المهنية، وفي الربط بين الاستراتيجية والمهنة بطريقة تضمن سلامة جودة الرعاية وبالتالي جذب والحفاظ على العملاء بفضل تحقيق رضاهم. " تم تصميم نهج التسويق كأداة للتكيف المرن مع البيئة ، يستهدف جميع العملاء المعنيين وتسهيل علاقاتهم المتبادلة. وهي مبنية على سبع عناصر التي تكييفها مع تسويق المستشفيات على النحو التالي¹

أولاً: المنتج الصحي

يعتبر المنتج الصحي أهم العناصر المزيج التسويقي على الإطلاق لأنه سبب وجود المنظمة في السوق، كما أن باقي عناصر المزيج التسويقي تحدد على أساس المنتج فالمنظمة توزع للمنتج وتروج للمنتج وتسعر المنتج وهكذا، وتكمن مهمة التسويق في ضمان أن المنتج يشبع فعلا حاجات المستفيدين، لذلك أصبح تصميمه وخصائصه المتصورة وتعبئته أكثر أهمية بالنسبة لكل من مقدمي الرعاية الصحية والمسوقين، من الصعب تحديد المنتج بدقة في الرعاية الصحية، مما يخلق تحدياً للمسوقين في هذا المجال فهو يمثل

¹ AUBERT S., 2008, *De l'opportunité d'une démarche marketing à l'hôpital*, Mémoire directeur d'hôpital, EHESP, 53 p.

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة متكاملة من السلامة الجسمانية والنفسية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل¹

ولقد أشار كوتلر إلى جوهر المنتج والعناصر الداعمة له، ففي حالة الرعاية الصحية فإن الجوهر يتمثل في تشخيص حالة المرضى وبرنامج العلاج المقدم لهم²، ومن المسلم به أنه من غير المحتمل أن يكون هناك اختلاف في جوهر الخدمة المقدمة في جميع المنظمات وهذا يعد بمثابة الحد الأدنى اللازم لإشباع حاجات الزبائن.

أما العناصر الداعمة فتشمل المكون المادي الذي يعطي بعدا ملموسا للخدمة ويقلل من المخاطرة من وجهة نظر الزبون³، و يتمثل في جودة البيئة المادية المصاحبة للحالة المرضية نفسها مثل حداثة الأسرة ونظافتها والمقاعد وغيرها، وكذلك في تصميم الغرف والاستراحات وحتى الألوان المستخدمة.

وبالتالي فإن العناصر الداعمة تشكل المفتاح الرئيسي لتمييز خدمات المنظمات عن منافسيها وهو الجزء الذي يفوق توقعات المستفيدين عن الخدمة، أي أنه يمثل القيمة المضافة التي يمكن استخدامها كتمييز حقيقي في أذهان المستفيدين.

من أجل جعل عمليات تخطيط المنتج أكثر سهولة يقسم الباحثون المنتج الصحي إلى ثلاث مستويات تساعد على التركيز على منافع كل مستوى وتتمثل هذه المستويات في⁴:

1- جوهر المنتج: هو المنفعة الحقيقية التي يسعى الزبون للحصول عليها من الخدمة كالشفاء.

سمير حسين الوادي، مصطفى سعيد الشيخ "تسويق الخدمات الصحية منظور متكامل"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن الطبعة الأولى، 2016، ص 94

² نظام موسى سويدان، عبد المجيد البروراري "إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية" دار الحامد للنشر والتوزيع الأردن 2009، ص 97

³ نفس المرجع، ص 98

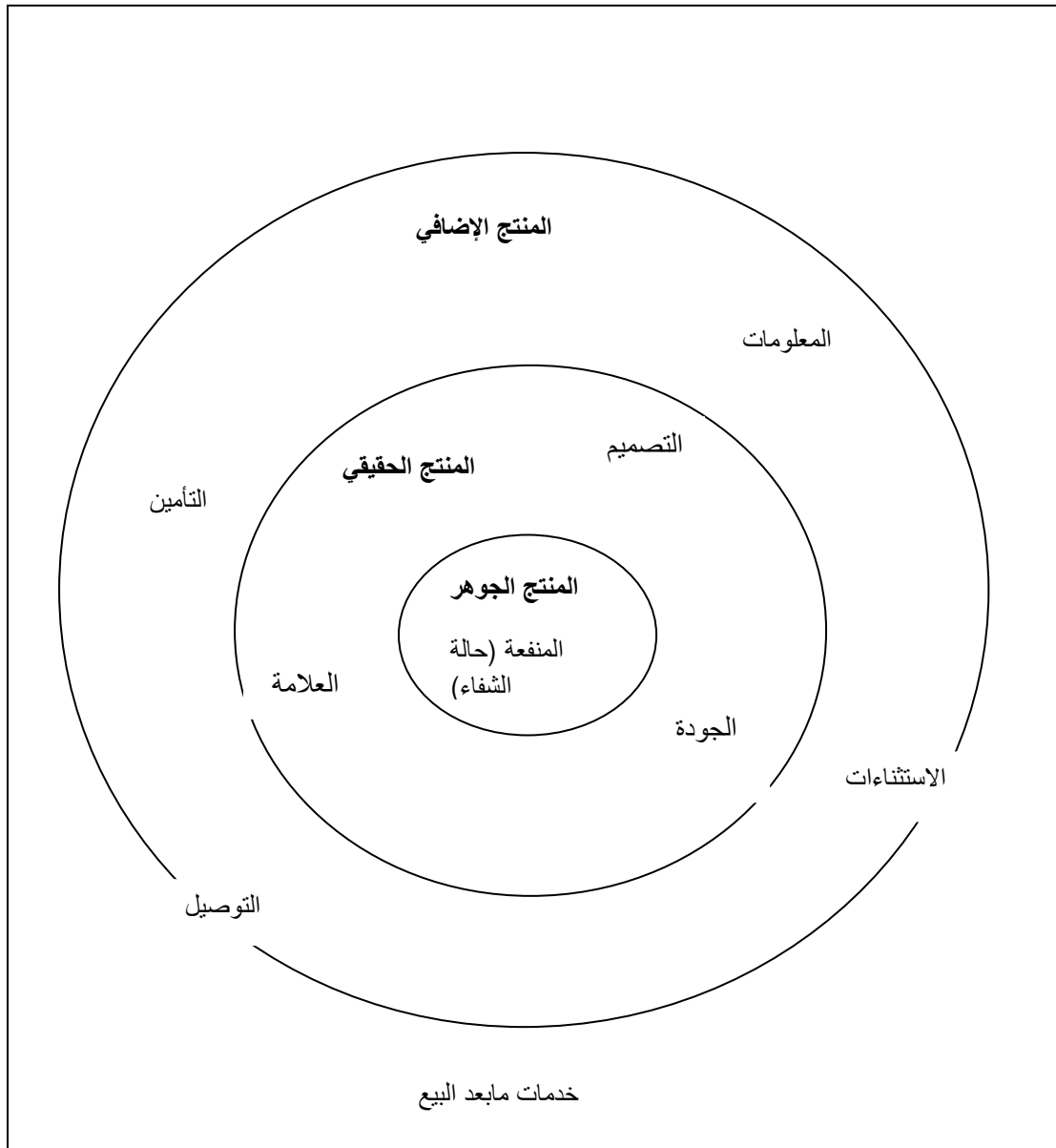
⁴ Kotler, Armstrong « Marketing An Introduction, New Jersey :Prentice Hall International,1990, p235

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

2- **المنتج الحقيقي:** ويشكل مجموع الخصائص الملموسة التي تميز التي تميز الخدمة عن بقية خدمات المنافسين كنوع المستشفى وهيئته ومستوى جودة الخدمة.

3- **المنتج الإضافي:** يشمل الخدمات الإضافية كطريقة تقديم الخدمة وخدمات ما بعد البيع كمتابعة علاج المريض والفحوصات اللاحقة بعد الجراحة، والشكل التالي يوضح مستويات المنتج الصحي:

الشكل رقم 03 : مستويات المنتج



المصدر: <https://www.e-marketing.fr> / boîte à outil du responsable marketing :

من الصعب إذن تحديد الخدمات وتقييمها من طرف المستخدمين بالنسبة للخطط الصحية ، على سبيل المثال ، قد يُنظر إلى المنتج على أنه الإحساس بالأمان والحماية من الصعوبات المالية أو الكوارث التي قد تنشأ عن مرض أو إصابة خطيرة والتأكيد على أن التمويل الشخصي لن يقف في طريق الحصول على الرعاية اللازمة .

من ناحية أخرى من الضروري الانتباه إلى دورة حياة المنتج وتطوراته التكنولوجية. من الناحية الكلاسيكية يتبع المنتج أو الخدمة أربع مراحل في حياته: الإطلاق والنمو والنضج ثم الانحدار. تتكون إدارة التسويق من إدارة المنتجات وفقاً لمواقع كل منها في هذه الدورة. وبالتالي تتبع تقنيات التشغيل منحنيات الحياة هذه. عادةً ما يكون تنظير البطن أو جراحة العيادات الخارجية تقنيات جديدة أو أشكال رعاية جديدة مرت بالمرحل الأولى من الدورة: الإطلاق والنمو والتي تصل حالياً إلى مرحلة النضج في المؤسسات الخاصة. في المقابل ، لا يزال المستشفى العام ، في المتوسط ، متأخراً بمرحلة. لا يتجلى الجانب السلبي بالضرورة من حيث جودة الرعاية (هذه مسألة تخص الأخصائيين الطبيين) ، ولكن من حيث الاستحواذ على السوق وربحية المؤسسات. في الواقع ، حقيقة عدم متابعة طلب السوق (سواء كان مبرراً أم لا) يقلل من مستوى نشاط المؤسسة لصالح أولئك الذين يتابعونها. ثم تستفيد الأخيرة من تأثيرات الهيمنة والحجم والخبرة التي تحسن ربحيتها. في نظام ألعاب محصلته صفر ، هذا يعني بالتالي خسارة الربحية للآخرين.

ومع ذلك ، تجدر الإشارة منذ البداية إلى الصعوبة التي تنشأ في قطاع الصحة حيث يتم إدارة الأسعار. لا يمكن تمويل إطلاق نشاط جديد أو خدمة جديدة إلا بموافقة التأمين الصحي أو الدولة التي تقبل أو لا تحمل التكاليف ذات الصلة. وبالتالي فإن إدارة مجموعة المنتجات تعتمد بشدة على سياسة التسعير التي يمكن تنفيذها والتي سنراها في الفقرة التالية. كما أنه يعتمد على نظام التراخيص الذي تديره الدولة.

ثانياً: السعر يشير السعر إلى المبلغ الذي يتم فرضه على المنتج ، بما في ذلك الرسوم والمصاريف والاشتراكات المتميزة ، والخصومات ، والمدفوعات ، والتكاليف الأخرى غير المباشرة للمستهلكين مقابل الخدمات الصحية¹، ويعتبر السعر أحد أهم عناصر العوض تأثيراً على حدوث عملية التبادل²، وبشكل خاص على الفقراء وغير المؤمنين ، فمن الناحية المثالية ولجعل الخدمة الصحية ميسورة لكل من يحتاجها ، يجب أن لا يتحمل المرضى الفقراء أي أعباء مالية عند حاجتهم للخدمة، لأن أي مبلغ مالي مهما كان رمزياً قد يمنع من الاستفادة من الخدمة أو الشروع في طلبها.

وتكاد المجتمعات المدنية المختلفة تجمع على أهمية توفير مستوى معين من العناية الصحية للفقراء مجاناً أما بالنسبة لخدمات الأطباء فهي ميسورة مالياً إلى حد ما بالنسبة للأغنياء والطبقة الوسطى ومن هنا تظهر أهمية وجود الطرف الثالث الدافع للفاتورة (برامج التأمين العام والتجاري وغيرها) لامتناع كلفة إنتاج الخدمات ورفع العائق المالي عن كاهل الأفراد و خاصة لخدمات المستشفيات.

وهناك أربه استراتيجيات يمكن استعمالها لتحديد سعر الخدمة الاستشفائية وهي³ :

1- التسعير المرتكز على كلفة المدخلات إضافة هامش ربح إلى مجمل كلفة المدخلات وهي من أكثر الاستراتيجيات شيوعاً كونها صريحة وواضحة وبسيطة كما أنها عادلة اجتماعياً بالنسبة لكل من مزود الخدمة والمستفيد منها.

2- الطريقة المرتكزة على الطلب: تنظر هذه الطريقة إلى ظروف ومستوى الطلب على الخدمة حيث يقوم مزود الخدمة بتقدير إدراك المشتري لقيمة الخدمة ومن ثم تحديد السعر بناءً على القيمة المدركة من المشتري وتمكن هذه الطريقة مزودي الخدمات من ممارسة التمييز السعري بين المشتريين والذي يتخذ

¹ Lebailly Géraldine , op cit, p 78

² فريد توفيق نصيرات ، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن 2004،

³ نفس المرجع ص158-160-154

أسس مختلفة قد يكون على أساس الزبون كأن يدفع الفقير سعر أقل من المريض الغني والمريض المؤمن أقل من المريض غير المؤمن، وقد يكون على أساس المنتج فسعر الغرفة المفردة أكثر من سعر الغرفة ذات السريرين ، وتتم ممارسة التمييز السعري في حالة كون السوق قابل للتجزئة .

3- الطريقة المرتكزة على المنافسة: يتم تحديد سعر الخدمة على أساس السعر الذي يتقاضاه المنافسون ويحافظ المزود على هذا السعر طالما أن المنافسون يفعلون ذلك ومن أكثر أشكال التسعير التنافسي المستعمل من قبل مزودي الخدمة الاستشفائية ما يعرف بالسعر الدارج أو التسعير المقلد لأنه يضمن استقرار الصناعة الاستشفائية وعدم تعرضها للاضطراب و الهزات والتنافس السعري

4- الطريقة المرتكزة على الحد الأعلى للتعويض حسب هذه الطريقة يقوم الأطباء والمستشفيات برفع فواتير التعويض بالحد الأعلى المسموح به من قبل شركات التأمين و الجهات الدافعة للفاكورة الطبية وهذا يعرف في الأدبيات الصحية بالسعر الذي يمكن للسوق حمله والمشكلة هنا ان شركات التأمين عادة لا تعلن الحد الأعلى المسموح به .

5- طريقة الدفع المحدد مسبقا حيث يتم تحديد مبلغ ثابت على أساس التشخيص المرضي فالمستشفيات التي تستطيع إدارة العمليات التشغيل وإنتاج الخدمة المطلوبة بأقل من المبلغ المحدد سلفا للتعويض يمكن تحقيق فائض و التي تفوق كلفة العمليات لديها المبلغ المحدد مسبقا سوف تتحمل خسائر

إن التحول في طريقة تعويض المستشفيات من الطرق المرتكزة على الكلفة إلى الطرق المرتكزة على السعر المحدد مسبقا على أساس التشخيص المرضي يشجع المستشفيات على تحسين كفاءة عمليات التشغيل وجعلها أكثر ترشيدا في استعمال الموارد المتاحة لها

أصبحت مسألة تسعير الخدمات الصحية مصدر قلق متزايد للمسوقين مع تغير بيئة الرعاية الصحية ، وهناك عدد من العوامل التي تساهم في الدور الأكبر لمتغير الأسعار في تطوير إستراتيجية التسويق. بالنسبة للمسوقين ، يتمثل التحدي في تطوير فهم لما يرغب العميل في استبداله بسلعة أو خدمة مرضية تلبى حاجته ، و نهج تسعير متوافق مع أهداف المنظمة وقيود التكلفة.

ثالثا: المكان

يمثل المكان العنصر الثالث من عناصر المزيج التسويقي وهو الطريقة التي يتم بها توزيع البضائع أو الخدمات للاستخدام من قبل المستهلكين¹. و يشير المكان إلى الموقع أو ساعات الوصول إلى الخدمة الصحية. ويتضمن مفهوم الوصول إلى الخدمة مفهوم التواجد أي توفير الخدمة بالكم والكيف اللازم لتلبية حاجات المستهلكين ومفهوم سهولة المنال أي إمكانية الوصول للخدمة والانتفاع بها دون عوائق مالية أو تنظيمية أو مادية أو نفسية²

إذا يرتبط المكان بجميع عوامل تجربة المعاملة أو العلاقة التي تجعل من السهل وليس الصعب على المستهلكين الحصول على خدمات المستشفى. بينما يتم تضمين العوامل الواضحة للمكان والتخطيط ، فإن ساعات العمل وإجراءات الوصول والعقبات وانتظار المواعيد وما إلى ذلك. في معظم الحالات تفرض جوانب المكان السلبي للقاء تكاليف مثل الوقت الضائع أو الإحباط في العثور على موقع الخدمة أو رسوم وقوف السيارات أو الملل أو غيره من الأمور العاطفية.

كما تعمل الجوانب الإيجابية للمستشفى على تقليل هذه التكاليف إلى الحد الأدنى ، كما هو الحال عندما يمكن الطبيب الذي يقدم ساعات الصباح الباكر أو المساء المرضى من الحصول على رعاية في طريقهم إلى العمل ومنه ، وبالتالي تجنب إجازة العمل وتكاليف السفر والأجور المفقودة.

¹ عثمان ردينة الصميدعي محمود ، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع ، عمان 2009، ص117
² فريد توفيق نصيرات مرجع سبق ذكره ، ص158

ولقد أثبتت الدراسات أن عوامل المكان تعزز تصورات جودة المنتج¹، كما هو الحال عندما يكون مكتب الطبيب أو المستشفى في مكان عصري يسهل كفاءة الرعاية، قد يكون الأطباء الذين يقومون بإجراء مكالمات منزلية الطريقة الوحيدة التي يمكن بها للمرضى المنومين الحصول على رعاية روتينية. يمكن للأنظمة أو الخطط الصحية تسريع أو إعاقة إعداد المواعيد من خلال إتاحتها عبر الإنترنت ، على سبيل المثال يضيف تقديم الاشتراك في الخطة الصحية والوصول إلى الحالة وسرعة تغيير المنافع عبر الإنترنت في موقع العمل أو الكمبيوتر المنزلي قيمة مضافة للمستخدمين المحتملين.

أصبح المستهلك يملئ بشكل متزايد دور المكان في المزيج التسويقي، مما فرض على المستشفيات التي تقدم خطاً صحية أن تفكر في إمكانية الوصول إلى الموقع بالتحكم في العناصر التالية²:

1-ضمان الوصول المادي: لكي يتحقق الهدف من إيصال الخدمة الصحية المناسبة للمريض فإن الأمر يتطلب التكامل بين العناصر التالية:

-المنافذ التوزيعية التي يمكن للمريض الاستفادة من الخدمة الصحية من خلالها كعيادة الطبيب، المركز الصحي ووحدة الرعاية الجواله وغرفة الطوارئ في المستشفى..الخ

-الموقع يتأثر الوصول إلى الخدمة بموقع المستشفى وتوفر وسائل النقل والظروف المناخية والجغرافية المحيطة التي يمكنها أن تؤثر على استعماله خدمات الرعاية الصحية.

-التسهيلات ويقصد به تصميم مباني المستشفى والمنظر الداخلي والخارجي و الألوان وصالات الانتظار والخدمات الفندقية ومساحات وقوف السيارات والحدايق وعدد محطات خدمات المريض و الممرات

¹ فريد توفيق نصيرات ، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، مرجع سبق ذكره، ص 209
² البكري ثامر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر ، الأردن 2009 ص 295

الداخلية و غرف الكشف الخ من العوامل التي تؤثر نفسيا على تقبل الخدمة وتقييمها وبالتالي على رضا أو عدم رضا المريض

ضمان الوصول الزمني: و يتكون من:

عدد الساعات الكافية لتجهيز الخدمة من قبل المستشفى وتقديمها للمريض؛

طول فترة انتظار المريض للحصول على الخدمة الصحية ؛

قرب أو بعد الموعد المحدد للحصول على الخدمة.

وهذا العامل مهم جدا للمريض وله أثر على شعور المريض بالارتياح أو التذمر من طول أو قصر فترى الانتظار التي يستغرقها في حصوله على الخدمة الصحية بشكل سليم وصحيح.

ضمان الوصول المعلوماتي: وتسمى بعملية التحويل أي دفع المريض أو المستفيد إلى مكان مزود الخدمة (عيادة ، مستشفى ، مركز طبي) ولكي تتم عملية التحويل لا بد من تقديم مادة معلوماتية وترويجية لتنشيط عملية التحويل والجمع بين مزود الخدمة ومستهلكها.

الفرع الرابع: الترويج

يشمل الترويج كل الطرق لإبلاغ السوق بأن المنظمة قد وضعت استجابة لتلبية احتياجاته وتشمل الآليات المتاحة لتسهيل التبادل المأمول، فهو يتضمن مجموعة من التكتيكات التي تتضمن الدعاية والإعلان والبيع الشخصي وما الى ذلك .

ويشير المزيج الترويجي إلى أساليب الاتصال المختلفة مثل الإعلان والبيع الشخصي وترويج المبيعات والعلاقات العامة أو المنتجات المتاحة للمسوق لتحقيق أهداف محددة.

نظرًا لأن الترويج يغطي جميع أشكال الاتصالات التسويقية ، فإنه يشمل الاتصالات التي تقدم قيمة بالإضافة إلى تلك التي تحفز على التعامل . على سبيل المثال ، يمكن أن تضع الخطط الصحية اتصالات تمكن الأعضاء الجدد من فهم تغطيتهم وقواعد الوصول إلى الرعاية بشكل أفضل ، وتمكينهم من تجنب الإحباط والاستفادة بشكل أفضل من تغطيتهم بالإضافة إلى تعزيز رضا الأعضاء والاحتفاظ بهم. يمكن لمقدمي الخدمات تقديم المشورة للمرضى الجدد حول كيفية تجنب الإحباط والتكاليف ومعالجة الأعراض والمخاوف عبر الإنترنت قبل المواعيد لتحسين الجودة ورضا المرضى.

وتشمل الجهود الترويجية الوسائل التالية:

الإعلان : ظل الإعلان من القضايا الساخنة والجدلية في مجال الرعاية الصحية لفترة طويلة باعتبار أن أخلاقيات المهنة الطبية تمنع استجداء المرضى وحثهم على طلب الخدمات لصحية ، غير أن المحكمة الفيدرالية الأمريكية قضت بأن منع الإعلان والترويج في الرعاية الصحية يحرم المرضى من حقهم في الحصول على معلومات حول تواجد الخدمة بما في ذلك الأنماط الإبداعية في تقديمها لذلك أصدرت جمعية التسويق المستشفيات والعلاقات العامة التابعة لجمعية المستشفيات الأمريكية دليلًا إرشاديًا للممارسة نشاط الإعلان في المستشفيات تضمن خمسة أسباب وهي¹:

- ✓ إعلام الجمهور بتواجد الخدمة؛
- ✓ التثقيف الصحي للعامة وترقية المستوى الصحي ؛
- ✓ الوفاء بالمسؤولية الأخلاقية والأدبية تجاه المجتمع فيما يتعلق بحسن استعمالية الموارد المتاحة؛
- ✓ الحصول على الدعم المعنوي و المالي من المجتمعات المحلية والجهات الداعمة لقطاع الرعاية الصحية؛

¹ نفس المرجع ، ص 213.

✓ استقطاب العناصر البشرية الجيدة للعمل في منظمات الرعاية الصحية.

كما حدد الدليل الصدق والأمانة والدقة كمواصفات للمحتوى الإعلاني المقبول وبالتالي أخذت الكثير من المستشفيات والأطباء باستعمال الإعلان عن الخدمات الصحية منذ منتصف الثمانينات من القرن العشرين.

الرسائل الشفوية: أثبتت الدراسات أن الرسائل الشفوية كتوصية العائلة والأقارب والأصدقاء وطبيب العائلة أو الطبيب المختص هي الأكثر تأثيراً على قرار اختيار المرضى للمستشفى:¹

لذلك على المستشفى أن يحرص على رضا الزبائن سواء الخارجيين (المرضى) الذين تتكون لديهم خبرة إيجابية حول خدمات المستشفى نتيجة الاستعمال المتكرر لها أو الزبائن الداخليين (العاملين في المستشفى) باعتبار أن العامل الراضي يساهم في الترويج لخدمات المستشفى إلى حد بعيد كما أن الطبيب يعتبر مصدر رئيسي لتحويل المرضى للمستشفى لذلك لا بد من تقديم الحوافز لهم بصفتهم وكلاء للمرضى.

العلاقات العامة: لا تقتصر العلاقات العامة على إصدار النشرات والكتب فقط بل تتعدى ذلك إلى النزول إلى الجمهور والتعرف عليهم وبناء روابط من الثقة والعلاقة الإيجابية مع المرضى فالعلاقات العامة تركز على التأثير على الاتجاهات والمواقف للفئات المستهدفة وتحويلها إلى مواقف إيجابية تجاه المستشفى وخدماته.²

¹ مرجع سابق ، 1115

² عثمان ردينة الصميدعي محمود ، التسويق الصحي والاجتماعي، مرجع سابق، ص 120

برامج التثقيف والتوعية الصحية: كتسليط الضوء على مشاكل صحية محددة كالسكر والسمنة وضغط الدم والسرطان ونمط المعيشة من خلال المعارض الصحية أو برامج الكشف المبكر لبعض الأمراض أو برامج الصحة الجيدة مثلاً.

وتعد برامج التثقيف والتوعية الصحية على درجة عالية من الأهمية في رسم صورة ذهنية ايجابية للمستشفى لدى المجتمع الخارجي

الفرع الخامس: العناصر الإضافية بسبب الخصائص التي تميز الخدمات عن السلع تم إضافة أدوات تسويقية أخرى تتمثل في:

الأفراد: بسبب خاصية عدم القدرة على فصل الخدمة عن مقدمها واعتمادها على العنصر البشري بشكل كبير وخاصة الخدمة الصحية ولهذا فان جزء من خطة التسويق هو إعطاء المزيد من الاهتمام للمهارات الواجب توفرها في الأفراد العاملين في المستشفى سواء كانوا أطباء شبه طبيين ممرضين أو إداريين والحرص على تدريبهم تدريباً جيداً وتنمية مهاراتهم وخبراتهم بصفة مستمرة .

ولقد أثبتت الدراسات أن لمقدم الخدمة دور حاسم في بناء الثقة اتجاه المستشفى وفي رفع أو خفض الجودة المدركة من طرف المريض.¹

العمليات: تمثل مجموع الإجراءات والآليات التي يتم من خلالها تقديم الخدمة للزبون وتشمل سلوك العاملين ، وكيفية تقديم الخدمة، حيث تخضع كل مرحلة من مراحل عملية تقديم الخدمة للتقييم من طرف الزبون، كما أن كل مرحلة تساهم في تشكيل الرضا الكلي للتجربة التي مر بها الزبون مع المستشفى مثلاً سيلاحظ الزبون طريقة حجز الموعد من حيث السهولة والسرعة.

¹ سمير حسين الوادي مصطفى سعيد الشيخ، تسويق الخدمات الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن 2016، ص123

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

توفر مواقف السيارات قاعة الانتظار راحة الكرسي إمكانية السمع والرؤية أداء الطبيب سهولة المغادرة.

الدليل المادي: ويشمل كافة العروض الملموسة المحيطة بالخدمة¹ مثل تصميم المستشفى المعدات والأدوات فمن الضروري وخاصة بسبب عدم ملموسية الخدمة الصحية التركيز على التجهيزات المادية لتعكس جودة الخدمة في نظر الزبون، ويشمل الدليل المادي المؤشرات التالية²:

- ✓ التصميم الداخلي: مثل أروقة المستشفى، مساحة الغرف، نظافة المكان، المصاعد.. الخ
- ✓ التجهيزات: مدى توفر التجهيزات وحداتها مثل أدوات المختبر الأدوية والعقاقير وكل المعدات التي يحتاجها الطبيب للكشف والعلاج.
- ✓ الملابس: هيئة ملابس موظفي المستشفى
- ✓ التقارير حيث تساعد على تأكيد الجودة باعتبارها وسيلة اتصال ذات تأثير قوي.

المبحث الثاني: نهج الجودة ضمن التوجه التسويقي

يعتبر البعض أن المستشفى بإمكانه تحسين جودة خدماته، و إتباع سياسة معينة لتحسينها من دون الحاجة إلى تحفيز الطاقم الطبي أو طاقم التمريض واستعمال أدوات الإدارة الحديثة.

لكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هل حقا يمكن تحسين جودة الخدمات دون التوجه نحو العميل؟ وبالتالي دون اللجوء إلى أدوات التسويق؟ هدفنا في هذا المبحث هو معرفة ما إذا كان من الممكن التوفيق بين نهج الجودة والمقاربة التسويقية لصالح جميع أصحاب المصلحة، وخاصة المرضى والمستشفى.

¹ سمير حسين الوادي، مرجع سبق ذكره، ص127.

² نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري، مرجع سابق، ص116،

المطلب الأول: مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية

من الواضح أن توفير الرعاية الجيدة هي إحدى أولويات أي مستشفى هذه الفكرة موجودة دائماً، ولقد أشار قسم أبقراط إلى هذا، ومع ذلك فقد تم تلخيصها في المستشفيات العمومية ولفترة طويلة في جودة العمل التقني فقط والمضمون بمستوى تدريب الطبيب، فماذا نقصد بجودة الرعاية الصحية؟ وهل حقا تقتصر على جودة العمل التقني فقط؟

أولاً: تعريف جودة الرعاية الصحية

هناك العديد من تعريفات الجودة من بين أشهرها تلك الموجودة في ISO والتي تعرف الجودة على أنها مجموعة خصائص المنتج أو الخدمة التي تمنحه القدرة على تلبية الاحتياجات الصريحة والضمنية¹. نلاحظ أن هذا التعريف يشمل في مضمونه مفهوم الرضا، وهو مفهوم أساسي في الجودة فالسعي إلى تلبية الاحتياجات الصريحة وحتى الضمنية للعميل هدفها الأساسي تحقيق رضاه.

أما جودة الرعاية فلها أيضاً تعريفات متعددة. أشهرها هو بلا شك تعريف منظمة الصحة العالمية: "يجب أن تضمن الرعاية الجيدة لكل مريض مجموعة من الإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تضمن أفضل نتيجة من حيث الصحة، وفقاً لـ "المعايير المعاصرة للعلوم الطبية، بتكلفة مقبولة لنفس النتيجة و بأقل خطر علاجي تضمن أعلى مستوى من الرضا من حيث الإجراء والنتيجة والاتصال البشري داخل نظام الرعاية الصحية"².

¹ ISO 9000, « Quality management system, Fundamentals and vocabulary », 2000 .

² ZOLLINGER. M, LOMARQUE. E: « Marketing et stratégie de la banque », 5 édition, Dunod, Paris, 2004, p84.

يظهر مفهوم سلامة المرضى في الخلفية: يجب أن تلبى الرعاية المقدمة سلسلة كاملة من المعايير الطبية والعلمية. يمكننا أن نلاحظ أيضاً أن مفهوم الجودة أصبح أكثر شمولية، وبالتالي يمكن وصفه بأنه شامل. فالجودة تهتم بالهيكل، والعملية، والنتيجة، والجانب العلائقي الذي يعتبر أحد مفاتيح التسويق.

نجد أيضاً مفهوم إرضاء العملاء الذي سبق ذكره، والذي يُؤخذ وفقاً لمنظمة الصحة العالمية في الاعتبار عند تقييم جودة الرعاية، ركز المفهوم أيضاً على تخفيض التكاليف وتحقيق المنفعة العميل، مما يعني ضمناً مبادئ التسويق التي سبق ذكرها: تبادل مرضٍ للطرفين، للمنظمات كما هو الحال بالنسبة للأفراد

المطلب الثاني : إدارة جودة الخدمة الصحية في المستشفيات

المنظمات التي تعمل في سوق تسوده المنافسة تجد نفسها مجبرة على التركيز على حاجات ورغبات العميل سعياً منها لإرضائه من خلال الارتقاء بمستوى جودة خدماتها، ذلك أن العميل هو مفتاح النجاح وضمانة الاستمرار والبقاء في السوق، لذلك يعتبر الرضا العمود الفقري للتسويق، تساهم الجودة بالتأكيد في الرضا، لكنها لا تكفي فالجودة معرفية أما الرضا فعاطفي، تعتمد الجودة على تجربة الخدمة ويعتمد الرضا على طريقة عيش التجربة.

أولاً: إدارة توقعات المرضى

تعتبر التوقعات عن التصورات التي يضعها العميل في مخيلته حول أداء المنتج المقدم من طرف المنظمة¹، وتعتبر محور أساسي للحكم على جودة الخدمة في جميع المنظمات بشكل عام وفي

¹ OLIVER. R & WINER. R: «A framework for the formation and structure of consumer expectations: review and propositions», Journal of economic psychology, Vol.8, N° 4,1987 , p469.

المستشفى بشكل خاص والذي يتم من خلال المقارنة بين ما يريده العميل من وراء طلب الخدمة وما يحصل عليه فعلا ، وتحمل هذه التوقعات عدة مستويات، قسمت إلى ¹:

1- الخدمة المرغوبة أو المطلوبة: وهي المستوى الذي يتمنى العميل الحصول عليه.

2-الخدمة المناسبة أو الكافية: ويتمثل في مستوى الخدمة الذي يكون العميل مستعدا لقبوله في إطار ما يمكن أن يتنازل عنه العميل في تطلعاته نحو مستوى الخدمة .

بين هذين المستويين تقع منطقة التحمل، وتمثل الحد الأدنى لمستوى الخدمة الذي يتنبأ به العميل ويجده مقبولا أو مرضيا، وتعتبر منطقة التحمل بمثابة المنعطف الذي يعكس قدرة العميل على الاحتمال، فإن كان مستوى أداء المنتج أسفل هذه المنطقة، فهذا يعني أن العميل سيشعر بالإحباط وعدم الرضا، كما يوضحه الشكل التالي

الشكل رقم مستويات توقعات العملاء



المصدر: ثابت عبد الرحمن ادريس، "كفاءة و جودة الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية و طرق القياس و التقييم"، الدار الجامعية، 2006، ص: 312.

¹ ZOLLINGER. M, LOMARQUE. E: « Marketing et stratégie de la banque », 5 édition, Dunod, Paris, 2004, p84.

تجدر الإشارة إلى أن منطقة التسامح تختلف من عميل لآخر، ومن معاملة إلى أخرى من منظور نفس العميل، وكذلك من بعد لآخر من أبعاد أو عناصر جودة الخدمة مثل الاعتمادية و الاستجابة والتعاطف والأمان...إلخ، وبصفة عامة كلما زادت أهمية الخدمة كلما قلت مساحة منطقة التسامح والعكس صحيح.

لقد دلت العديد من الدراسات التي أجريت بشأن مستوى توقعات الأفراد على هذه المستويات أنها قابلة للتغيير والتعديل كاستجابة لعدد من العوامل منها¹:

1-تقوية الخدمة الثابتة: وتمثل العوامل الشخصية المستقرة التي تقود العميل إلى درجة أعلى من الحساسية للخدمة، والتي إحداها توقعات الخدمة المشتقة، حيث تتوجه توقعات العميل فيها بتأثير طرف آخر، ومثال على ذلك عندما يعتمد مستخدمو الخدمة على آخرين ليقوموا بخدمة عملائهم، والمستخدمون قد يستخدمون ويشفقون توقعاتهم من مدرائهم ومن مستخدميهم المباشرين.

و هناك عامل آخر قوي وهو فلسفة الخدمة الشخصية، والمعنى هنا الاتجاه الضمني العام للعميل من معنى الخدمة وكذلك من الناتج الحقيقي لمقدمي الخدمات، وعلى ما يبدو فإن العملاء الذين يميلون فعلا لاتجاه الخدمات أو الذين عملوا في هذا الميدان في الماضي و يمتلكون فلسفة قوية بشكل خاص، و إذا كان العملاء بشكل عام يحملون فلسفة شخصية خاصة بهم حول عملية تقديم الخدمة فإنه من المحتمل أن تكون توقعاتهم عن مقدمي الخدمة متشددة و قوية.

2- الاحتياجات الشخصية: و هي ما يحتاجه العميل أو ما يطلبه في الخدمة حيث يمكن تقسيم الاحتياجات الشخصية إلى فئات كالفئات المادية و الاجتماعية والسيكولوجية.

¹ تسيير العجاردة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن ، 2004، ص 356-357

3- وعود الخدمة الظاهرة: وتعبّر عن التصريحات المباشرة و غير المباشرة التي تقدمها المنظمة عن الخدمات و التي تظهر في الإعلانات و علاقات البيع الشخصي و الاتصالات والعقود والتي تؤثر بشكل كبير على الخدمة المنتبأ بها.

4- الكثافة المؤقتة: أي هل حاجة العميل للخدمة ملحة أ و موسمية .

5- إدراك بدائل الخدمة: وهذه الحالة محدودة جدا في القطاع الصحي لعدم وجود بدائل للخدمات الصحية خارج هذا القطاع، إلا أنه يمكن وجود بدائل عند الانتقال من مستشفى لآخر.

6- إدراك العميل لدور الخدمة: أي كيف يدرك العميل أهمية تواجد الخدمة .

7- الظروف المؤقتة: فقد تظهر الحاجة لبعض الخدمات في ظروف خاصة طارئة.

8- الوعود الضمنية: و هي الوعود المرتبطة بالخدمة و التي تكون غير ظاهرة و تعطي للعميل فكرة عما ستكون عليه الخدمة و تشمل الأسعار و الجوانب المادية الملموسة المرتبطة بالخدمة.

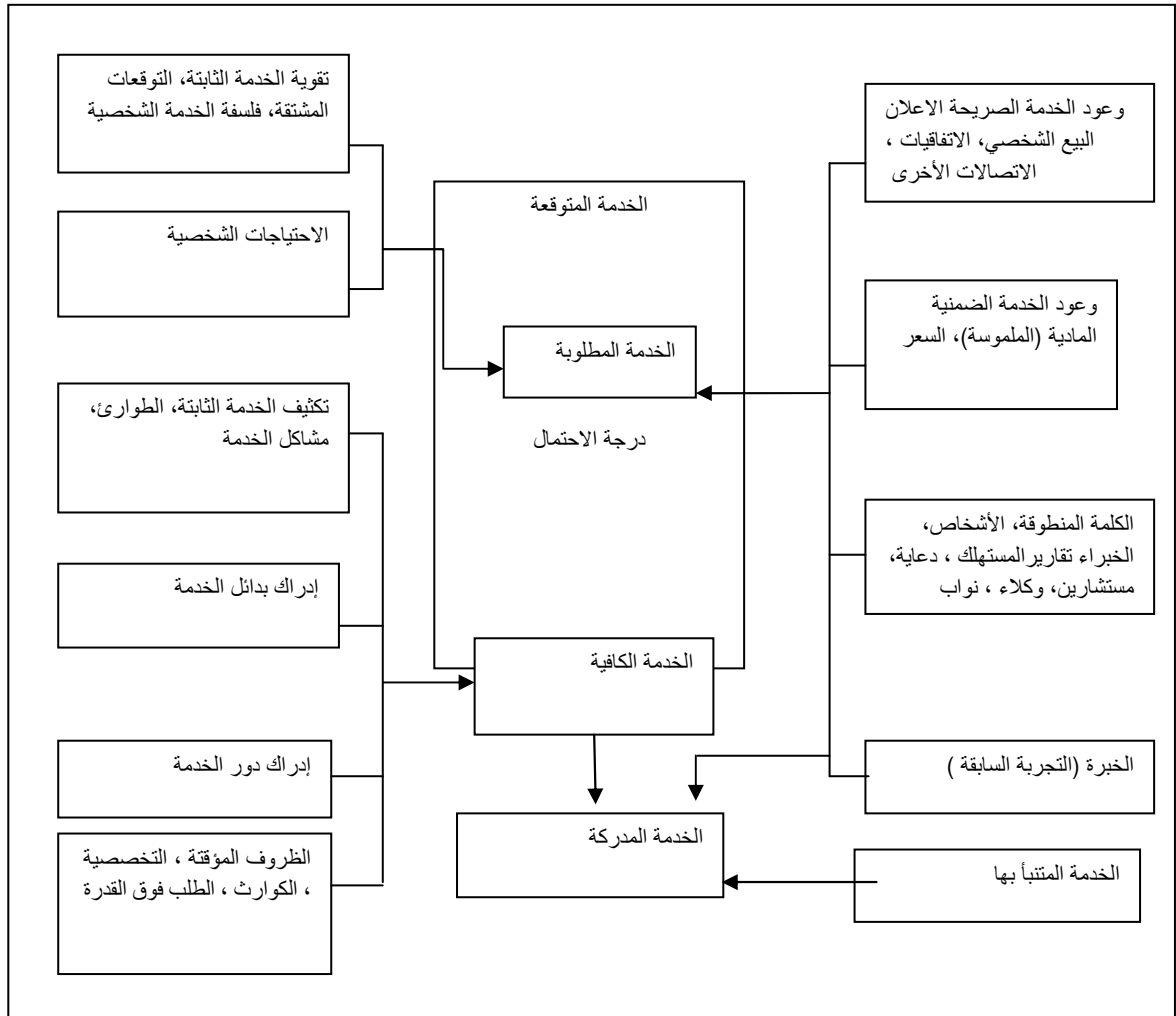
9- اتصالات الكلمة المنطوقة: و تتمثل في التصريحات و البيانات التي تقدمها أطراف خارج المستشفى للعميل كالأصدقاء والعائلة و التي تنقل بصورة أكثر مصداقية مستوى الخدمة

10- الخبرة(التجربة السابقة): و تعد حالات استهلاك العميل للخدمة في فترات سابقة من أهم العوامل المكونة لتوقعاته حيث أن تجارب العملاء التي ترتبط بالتنبؤ يمكن أن تشتمل على التجارب مع الخدمة الرئيسية التي يقدمها مستشفى معين أو مع مستشفيات أخرى في ميدان الخدمة الصحية.

11- تنبؤات الخدمة: حيث غالبا ما يتشكل لدى العميل توقع بإمكانية حصوله على مستوى معين من الخدمة.

ويمكن تلخيصها في الشكل التالي:

الشكل رقم 05 : طبيعة ومحددات توقعات العميل للخدمة



المصدر: تيسير العجارمة، "التسويق المصرفي"، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص: 358.

ثانيا: رضا العميل

يمكن التعبير عن الرضا على أنه مستوى إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين أداء المنتج كما يدركه العميل و بين توقعات هذا العميل¹ وبعبارة أخرى يمكننا القول أن رضا العميل هو مؤشر للفرق بين الأداء والتوقعات، وبالتالي هناك ثلاث مستويات من الرضا يمكن أن تتحقق من خلال مقارنة الأداء المدرك من قبل العميل بتوقعاته²

الأداء > من توقعات العميل : عميل غير راضي

الأداء = توقعات العميل: عميل راضي

في هذا الصدد ، لا يمكننا تجاهل نموذج tetraclass Sylvie Llosa والذي يهدف إلى تحديد الطرق التي تساهم بها مختلفة عناصر تجربة الخدمة في إرضاء العميل / المريض. يدمج منطقتين لمساهمة العناصر في الرضا: العوامل التي وزنها متقلبا (غير متماثل أو غير خطي) والعوامل التي تظل مستقرة(متناظرة أو خطية). لذلك تميز سيلفي يوسا أربع فئات رئيسية من العناصر وهي³ :

1-الأساسيات: العناصر التي لها تأثير كبير على الرضا العام عندما يتم تقييمها بشكل سلبي من قبل العميل ، ولكنها لا تساهم كثيرا في الرضا عند تصنيفها بشكل إيجابي. لاحظ ، على سبيل المثال ، أن وجود جهاز تلفزيون في الغرفة لا يجلب أي قيمة مضافة للمريض ، من ناحية أخرى ، إذا لم يكن هناك شيء أو إذا كان الجهاز به عيب ، قد يكون المريض غير سعيد.

¹ محمد فريد الصحن، طارق طه أحمد إدارة التسويق في بيئة العولمة والأنترنترنت"، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2007، ص 12.

² نفس المرجع ، ص 13

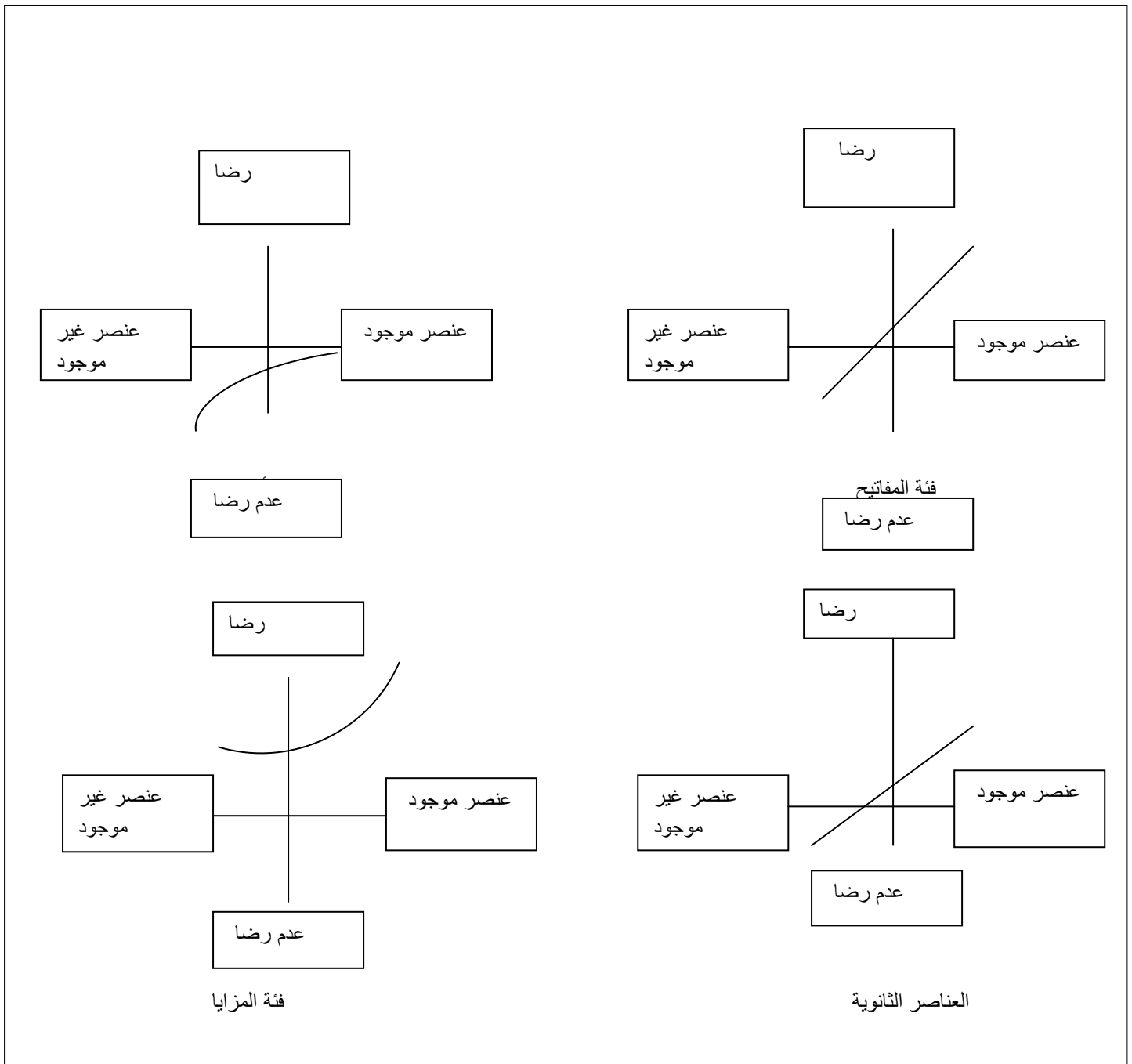
³ LLOSA Sylvie, « L'analyse de la contribution des éléments du service à la satisfaction : un modèle tétraclasse », in Décisions Marketing, n° 10, 1997, P. 81-88

2-المزايا: العناصر التي تساهم في تحقيق الرضا العالي إذا تم تقييمها بشكل إيجابي من قبل العميل ، ولكنها لا تؤدي إلى عدم الرضا في حالة التقييم السلبي. لا يتوقع المرضى بالضرورة أن يكون لديهم خزنة في غرفتهم للحفاظ على الأشياء الثمينة الخاصة بهم. ومع ذلك ، إذا رأى أن هناك واحدة ، فسيكون منبهراً بشكل إيجابي.

3-المفاتيح: العناصر التي تساهم بشكل كبير في الرضا العام بغض النظر عن التقييم. تزيد الرضا عند تجاوز التوقعات وتولد عدم الرضا أدناه. يمكننا أن نتخيل أن رضا المرضى سيكون متناسباً مع مستوى الود لدى طاقم التمريض.

4-العناصر الثانوية: العناصر التي تساهم قليلاً في الرضا العام ، سواء تم تقييمه بشكل إيجابي أو سلبي. هذا النهج المثير للاهتمام للغاية يجعل من الممكن التمييز بين معايير الرضا التي ينبغي اتخاذ إجراء بشأنها كأولوية K والشكل الموالي يوضح ذلك :

الشكل رقم 06: نموذج tétraclasse لرضا العملاء



المصدر: Christèle Camelis, « **Gestion de la satisfaction et de l'insatisfaction**

des touristes : les apports du modèle Tétracasse », Management &

Avenir 2015/3 (N° 77), pages 137 à 162

من خلال الشكل يعتبر أن هناك منطقتين للمساهمات يتفاعلان:

بعض العناصر لها وزن متقلب على الرضا العام. يعتمد هذا الوزن على مستوى الأداء الذي يدركه العميل لهذه العناصر. يتم التمييز بين العناصر "الأساسية" والعناصر "الإضافية": عندما يتم تقييم عنصر "أساسي" بشكل سلبي من قبل العميل ، فإنه يساهم بقوة في مستوى رضاهم العام ؛ من ناحية أخرى ، فإن التقييم الإيجابي لا يساهم إلا بقدر ضئيل في رضاه. العناصر "زائد" لها منطقتان مساهمة معكوس ، تساهم العناصر الأخرى في الرضا بشكل مستقر مهما كان التقييم الذي تم إجراؤه: العناصر "الرئيسية" التي لها تأثير قوي على درجة الرضا العام ، بغض النظر عن تقييمها من قبل العميل والعناصر "الرئيسية". الثانوية التي ليس لها دور أساسي في الرضا العام.

العناصر "الرئيسية" ، سواء تم تقييمها بشكل إيجابي أو سلبي ، فعالة نظرًا لمساهمتها القوية في الرضا. هذه العناصر البارزة ، التي كانت موجودة بقوة في ذهن المريض في وقت اختياره للخدمة ، تستحق اهتمامًا خاصًا واستثمارًا بقدر ما يبدو أن الأفراد حساسون للاتصالات التي تتضمن هذه السمات وأن هذه تسمح للجهات بالتمييز بين نفسها. المناطق المتنافسة.

العناصر "الثانوية" ، إذا ظلت مهمة ، تساهم دائمًا بدرجة أقل في الرضا سواء تم تقييمها بشكل إيجابي أو سلبي. لذلك فهي ليست عناصر ذات أولوية.

تساهم العناصر "الإضافية" بقوة في الرضا عندما يتم تقييمها بشكل إيجابي ، ولكنها تولد القليل من عدم الرضا عندما يتم تقييمها بشكل سلبي. عوامل "المفاجأة" التي تساهم في خلق حالة "السحر" المرغوبة لدى الأفراد ، وبالتالي يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي على رضاهم. غالبًا ما تكون هذه أشياء غير متوقعة في بداية التجربة.

أخيراً ، تعتبر العناصر "الأساسية" عناصر ذات أولوية تماماً من حيث أنها تساهم بقوة في عدم الرضا عندما يتم تقييمها بشكل سلبي ولكنها تولد القليل من الرضا عندما يتم تقييمها بشكل إيجابي. أنها تشكل "الحد الأدنى المقبول" ، مع مستوى جيد من الأداء على هذا النوع من السمات المكتسبة في ذهن العميل ، في بيئة تنافسية للغاية. لذلك يجب على المديرين السعي للحفاظ على مستوى جيد من الأداء بشأن هذه العناصر ، حيث تكون توقعات المرض عالية جداً في هذا المجال. بقدر الإمكان ، يجب أن تكون هذه العناصر "موحدة" ، وأن تكون المهام والإجراءات واضحة ويتبعها الجميع ، ولا يسمح العميل بأخطاء أو نقاط ضعف. يمكن استبعاد تأثير الملايين المستثمرة في عناصر "زائد" بسبب ضعف الأداء على عنصر "أساسي". على سبيل المثال ، لا فائدة من إضافة شوكولاتة إلى حافة فنجان قهوة (عنصر "زائد") إذا كان الكوب متسخاً (عنصر "أساسي").

يبدو أن العناصر "الأساسية" مثل العناصر "الرئيسية" مرتبطة في الواقع بمبرر وجود الخدمة ، بوظيفتها الأساسية. التجارب السابقة للأفراد في نفس حالات الاستخدام ستجعل من الممكن التمييز بين هاتين الفئتين من العناصر. ستؤثر السمة ذات مستوى الأداء الثابت والصحيح في الماضي على المتطلبات اللاحقة من خلال تحديد الحد الأدنى المقبول. لذلك سيصبح هذا العنصر أساسياً. على العكس من ذلك ، يميل مستوى الأداء المتغير لعنصر ما إلى زيادة انتباه العميل إليه ، والذي يعتبر بعد ذلك حساساً أو "مفتاحاً".

لذلك فإن نموذج Tetracasse مثير للاهتمام بشكل خاص من حيث أنه يسهل تصور مساهمة السمات والتوصيات الإدارية من حيث إدارة الرضا وعدم الرضا. الخرائط سهلة الفهم والتواصل. كما أنه يعتمد على مقاييس قوية. بالإضافة إلى ذلك ، فإنه يستفيد من كل من الصلاحية الخارجية القوية حيث تم

التحقق من صحة وجود هذه الأنواع الأربعة من العناصر في عدد معين من الدراسات التي أجريت في أنشطة الخدمة

ثالثا: العلاقة بين الرضا والتوقعات

إن المستشفى الذي يتوجه نحو عملائه يكون في سعي دائم للحصول على رضاهم وتجنب حالات عدم الرضا والتي تنتج في الغالب عن حدوث سلسلة من الفجوات نتيجة عدم وجود تطابق بين التوقعات وبين الأداء المدرك للعميل من خلال معالجتها تتمثل هذه الفجوات في¹ :

1- فجوة التصميم: بين الجودة التي يتوقعها العميل والجودة التي يريدها المستشفى. لتقليله ، مبدئيا ، يتم تحليل توقعات المريض حول الخدمة المقترحة. والتي كما أشرنا سابقا ستعتمد بشكل خاص على تجربة الاستشفاء السابقة ، والكلام الشفهي ، وسمعة المستشفى ، وسمعة مهنة الطب ، والاحتياجات التي يجب تلبيتها ، وما إلى ذلك. لذلك سيكون على المستشفى أن يأخذ ذلك في الاعتبار عند تصميم عرضه باكتساب فهم أفضل لتوقعات العملاء من خلال بحوث التسويق دراسة الشكاوي وما إلى ذلك

2- فجوة التسليم: بين الجودة المرغوبة والجودة التي حققها المستشفى. إذا لم تكن الخدمة المقدمة كما تم تصميمها ، فستخضع لعملية تحسين استنادًا إلى الوصف المسبق للمعايير التي يجب أن تستوفيها. تعتمد هذه المعايير من ناحية على توقعات العميل، ومن ناحية أخرى يجب أيضًا مراعاة سلسلة كاملة من المعايير القانونية والطبية والعلمية. ثم سيكون هناك قياس للمؤشرات المختلفة ، من أجل تحديد الفجوة بين ما يجب أن يكون وما هو حقا ، متبوعة بالتعديلات اللازمة للتصحيح كالتكوين الجيد للعميل الداخلي،

¹ Christèle Camelis Gestion de la satisfaction et de l'insatisfaction des touristes : les apports du modèle

Tétraclasse , Management & Avenir 2015/3 (N° 77), pages 137 à 162

تدريب موظفي إدارة لمعرفة كيفية تقديم خدمات عالية الجودة و توحيد المهام المتكررة لضمان الإتساق والموثوقية في وضع أساليب العمل.

3- فجوة الإدراك: بين الجودة المحققة والجودة المدركة ، بين ما يعتقد المستشفى أنه قدمه وما يدركه المريض. هذا بلا شك هو الفرق بين نهج الجودة الأساسي ونهج التسويق الذي يولي أهمية كبيرة للجودة المدركة. لكن هذا ليس واضحاً للجميع. في الواقع ، مواجهة ما يدركه المريض من الخدمات التي نقدمها له تتطلب إبلاغ الموظفين بتصورات والتوقعات ومشاكل العملاء و تدريب العاملين في مجال الاتصالات الشخصية، خاصة في ظل الأزمات

القضاء على الأدوار المتناقضة بين الموظفين من خلال إشراكهم في إقامة برامج الجودة

إشراك معظم الموظفين والمديرين من خلال تشجيعهم على اتخاذ القرارات في مستوى الأول للطبقة العاملة و منحهم المزيد من الحرية في كيفية تحقيق الأهداف

تأكد أن من الموظفين الداخليين على اتصال جيد مع العملاء لتقديم خدمة جيدة لهم.

تشجيع العمل الجماعي بحيث تساعد الموظفين بعضه م البعض و قبول الحكم عليه ، حتى انتقاده..

5- فجوة الرضا: نغلق الحلقة بفجوة الرضا بين الجودة المتوقعة والجودة التي يراها العميل. يتوافق هذا الاختلاف مع مقياس رضا العميل. يمكن للمرء أيضاً تعقيد التمرين من خلال استحضار الجودة المتصورة من وجهة نظر وكالة الدفع مثل الضمان الاجتماعي أو بإضافة معايير أخرى مثل كفاءة الموارد، التأكد من أن ترويج الخدمات يتناسب مع وعود المستشفى، جمع الإنطباعات من الموظفين عندما يتم إطلاق حملة إعلانية جديدة، تطوير الحملات في تدريب داخلي، والدافع والدعاية لتعزيز الروابط بين التسويق والعمليات والموارد البشرية.

التأكد أن من معايير الخدمة هي نفسها في كل مكان، التأكد أن من مضمون الإعلان يعكس بدقة خصائص الخدمة الأكثر أهمية بالنسبة للعميل .

إن الجودة المطلوبة والمحقة هي مسؤولية المستشفى. أما الجودة المتوقعة والمدروسة فهي متروكة للعميل، يوضح التداخل بين الأنواع المختلفة للجودة بوضوح أن الحد من الانحرافات في التصميم والتنفيذ والإدراك والرضا لا يمكن الحصول عليه إلا من خلال نهج يجمع بين الجودة العلاجية والتوجه التسويقي

المطلب الثالث: العلاقة بين الجودة والتوجه التسويقي

غالبًا ما تكون الجودة عملية داخلية ، أما التسويق فيخرج من المستشفى يدرس بيئته يبحث عن المريض ليثبت له ما تستطيع المنظمة تقديمه له، يتحدث إلى المؤثرين، إلى المجتمع، كما أنه يقارن نفسه بالمنافسين.

مع العلم أن عميل المستشفيات ليس لديه بشكل عام المعلومات التي تمكنه من الحكم على الجودة التقنية للتدخلات التي يخضع لها ، والعلاجات والرعاية المقدمة له، ولكنه يتذكر فقط ما يراه ويعيشه

إذن ما هي المعايير التي تؤثر بشكل عام على إدراك الود، واللباقة، والتعاطف، والتوافر، وإدارة المريض؟ القائمة طويلة ومن المرجح أن تزداد بانتظام: الألم، ومعلومات كافية عن العلاج والأدوية، والشفافية، والاستماع، وسرعة رد الفعل، جودة للغرف، وجودة الوجبات، الأنشطة الترفيهية المتاحة (تلفزيون، واي فاي ، زيارات تطوعية) ، احترام الخصوصية والسرية التامة، التسهيلات المقدمة للعائلة، المساعدة النفسية، إلخ. "

تبقى الرعاية هي جوهر عرض المستشفيات، ولكن قبل كل شيء استنادا على الخدمات التكميلية التي طورها التسويق يتم الحكم عليها ، فالتوجه التسويقي يفتح آفاق جديدة، في الوقت الحاضر، لم نعد العميل

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

يكتفي باستهلاك سلعة أو خدمة ، لكنه يتوقع تجربة تلبي التوقعات الثقافية والاجتماعية والعاطفية وما إلى ذلك. وبالتالي فإن سؤال المستشفى ووحدات الرعاية ككل في هذا السياق هو تصميم عرض الخدمات بحيث يتلقى المريض انطباعًا عامًا إيجابيًا.

لكن هل يمكن إرضاء المريض دون تحليل توقعاته ومعرفة حاجاته؟ و كيف يمكن معرفة رضا الزبون من عدمه؟ بدون معرفة هذين العاملين يبدو من الصعب علينا تحسين جودة الخدمات المقدمة.

تقدم المقاربة التسويقية وعلى نطاق واسع أدوات لتحليل ومعرفة درجة رضا الزبائن، لذلك من المرجح أن يوفر استخدام التقنيات التسويقية بها حلولاً لتحسين الجودة.

كذلك الأمر بالنسبة لمفهوم الاحتياجات الضمنية، ففي بيئة عمل مثل المستشفى ليس من السهل تحقيق هذا خاصة في ظل وجود المضاعفات أثناء العلاج ، وهذا ما تؤكدته معايير ISO 9000 التي تنطبق على مبادئ إدارة الجودة والتي تتمثل في:

1_ التركيز على العملاء: يعد العميل الركيزة الأساسية في إدارة الجودة، لذلك نجد أغلب المنظمات الناجحة هي المنظمات التي الزبون على أنه عميل وتضعه في مقدمة اهتماماتها تتعرف على حاجاته ورغباته ومن ثم تترجمها في عمليات تصميم المنتج و العمليات وخدمات ما بعد البيع، ولا يقتصر ذلك على العميل الخارجي فقط بل يشمل أيضا العميل الداخلي الذي يساعد في تحديد جودة الأفراد والعمليات وبيئة العمل لكونه الطرف الذي يقوم بانتاج المنتج فالمستشفى يعتمد في تنفيذ مهامه على المهنيين ، سواء أكانوا طبيين أم شبه طبيين أم إداريين . كل هؤلاء المهنيين هم أصل إنتاج الخدمة الصحية ، سواء كانت مهمتهم هي الدعم أو الاتصال المباشر مع العملاء. وبالتالي ، يعتبر المهنيون رابطاً أساسياً ، ليس

فقط في المستشفى ، ولكن أيضاً في مستوى جودة الخدمة المقدمة ، ويلعبون دوراً حاسماً في تعزيز الجودة ورضا المرضى¹.

ولهذا السبب يجب اعتبار كل موظف كعميل داخلي في منطوق المورد بين العملاء داخل المنظمة ، الأمر الذي يتطلب السعى إلى إرضاء العميل النهائي من خلال إرضاء سلسلة التوريد بأكملها بما في ذلك الموظفين.² كجزء من نهج التسويق ، لذلك، يجب أن يضمن المستشفى تنفيذ التسويق الداخلي أيضاً ، والذي يمكن تعريفه على أنه "مجموعة من الإجراءات والسياسات لإدارة الموارد البشرية ، والتي تعتبر الموظفين أعضاء في سوق داخلية ، والتي تتطلب أن تكون على علم ، وتدريب ، وتطوير ، وتحفيز لخدمة العملاء النهائيين بأكثر الطرق كفاءة. لذلك فهو نهج تسويق الموارد البشرية ، مع الأخذ في الاعتبار أن الموظفين جزء من الخدمة وأن الموظف هو عميل داخلي يجب إرضائه ، كمتجه إرضاء للعميل النهائي³ .»

2-التزام الإدارة العليا : يتطلب التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة التدريب أولاً على المفاهيم والمبادئ الأساسية لهذه الفلسفة بما يحقق الاستفادة من مزاياها، وأن لا يقتصر هذا الدعم والالتزام على مجرد تخصيص الموارد اللازمة وإنما يمتد لتشمل قيام كل المنظمة بوضع رضا الزبون عن جودة المنتج ضمن الأولويات على فإذا كانت الدارة العليا للمنظمة غير قادرة على إظهار التزامها الطويل بدعم البرنامج فلن تتجح في تنفيذ إدارة الجودة⁴

¹ STORDEUR S., D'HOORE W., « Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins », in HAS, Séminaire qualité de vie au travail, 21 octobre 2010, Paris.

² NOBRE T (ed), 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, DUNOD, 289. p.

³ CRIE D., 2015, « Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp 361 - 364

⁴ slack . N. chambers .S. Harland. G. Harrison, A , & Johnston "operation Management (New York : John Wiley & sons)1998, p778

بالإضافة إلى التزام العاملين كافة والذي يتوجب معرفة استعداداتهم الذاتية في تقبل أنماط العمل الجديد والمركزة على الرقابة الذاتية للعمل ومشاركتهم في عمليات تحسين العملية والجودة بالشكل الذي يحقق جميع المتطلبات والمواصفات التي يرغب الزبون في الحصول عليها من السلع والخدمات المقدمة له.

يجب على الإدارة العليا أن تهتم في التوجه نحو العملاء، وأن توضح وتبلور القيم الخاصة بالجودة¹.

3-التحسين المستمر للجودة: يتضمن التحسين المستمر محاولات مستمرة لإرساء مستويات أعلى للجودة، وذلك من خلال عزل وتشخيص مصادر المشكلات بغية الوصول إلى الهدف النهائي وهو منتج خالي من العيوب تماماً وهو الهدف الذي اعتنقه Crosby. فمفهوم التحسين المستمر لا يعني دائماً السعي نحو إنتاج منتجات جديدة مبتكرة ولكنه محاولة تحسين التصاميم القائمة، لذلك يحث هذا المفهوم على توجيه جهود العاملين من خلال التركيز المستمر والمتواصل على رغبات وحاجات العميل.

إن الانتباه إلى حاجات العميل باستمرار واستخدام الذكاء في تحسين المنتجات والخدمات وعمليات الإنتاج يثير التركيز على نواحي الكلفة والكفاءة وصولاً إلى تحقيق رضا العميل على نحو أفضل من خلال التحسين المستمر للمنتجات ونظم الإنتاج. كذلك فإن التركيز على الاستخدام الفعال للموارد والتحسين المستمر تمكن المنظمة من تخفيض الكلفة و إنقاص العيوب .

4-تحليل آراء العملاء: وهم الذين تبدأ منهم أفكار التحسين وتنتهي لديهم، وهو مصدر مهم لأفكار التحسين خصوصاً من خلال الاقتراحات أو الشكاوى. وبالتالي فإن التحليل المتأن لهذه الأفكار يمكن أن يوجه الأنظار نحو كيفية استقبال العميل للمنتجات أو الخدمات ويمكن المنظمة من صيد حاجاته ورغباته والعمل على الوفاء بها .

¹ مصطفى محمد، "التسويق الاستراتيجي للخدمات"، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2003، ص25

6-التخطيط الإستراتيجي : والذي يستوجب وضع خطة إستراتيجية واضحة المعالم تحظى بتأييد الجميع ويتحدد بوساطتها الآليات والأهداف والمبادلات الضرورية، وتستند على مسح ودراسات السوق والتنافس، والتخطيط لاستيعاب التغيرات في البيئة الخارجية .

إن إنتاج الجودة يعني التنظيم بشكل فعال لإرضاء جميع العملاء وتحقيق الأهداف المحددة. كما أنها معرفة مسبقة لتوقعات العملاء. يتعلق الأمر في النهاية بإتقان المهارات واستغلال كفاء للموارد وتصميم المنتجات وقياس النتائج وتنسيق العمليات في ارتباط مثالي مع التوجه التسويقي، مما يعني أنه لا يمكننا التفكير في نهج الجودة و إرضاء العملاء خارج إطار استخدام التسويق كأداة أساسية لتحقيق ذلك.

المبحث الثالث: صعوبات ومتطلبات تفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية:

إن مطالبة المستشفى العمومي بتحسين أدائه وتطوير جودة خدماته في ظل تبنيه لتوجه معاد للتوجه التسويقي (التوجه بالإنتاج) يعد أمرا غير منطقي، وبالمقابل فإن انتقال المستشفى العمومي إلى التوجه التسويقي يتطلب من المستشفى التغلب على الصعوبات والعراقيل التي يواجهها والتي تستدعي من أصحاب القرار والقائمين على هذا القطاع إحداث تغييرات جذرية من شأنها أن تهيئ المناخ اللازم لإرساء مبادئ التوجه التسويقي .

المطلب الأول: صعوبات ومتطلبات تفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية: أشار (Bruce) إلى أن الأسباب الكامنة وراء فشل المستشفيات العمومية في تبني التوجه التسويقي وتحقيق القيمة والرضا لدى المستفيدين من خدماتها تتمثل في انعدام المنافسة وغياب الحافز، وتجاوز الطلب للعرض بشكل كبير.

أولا :غياب الحافز من المتفق عليه أنه لا يوجد سلوك إنساني دون دافع من ورائه، والدافع هو عبارة عن قوة داخلية لدى الفرد ويشكل طاقة كامنة تدفعه لیسلك سلوكا معينا ، لذا فان معظم المنظمات الحديثة

ومن أجل توجيه سلوك الأفراد نحو أهداف مهينة تسعى دائما الى تحريك الدوافع عن طريق الحث والإثارة من خلال أدوات معينة يطلق عليها بالحوافز.

وكما أشرنا في الفصل الأول لا تزال المستشفيات العمومية التقليدية تفتقر للحافز لاستخدام التوجه التسويقي والعمل على إرضاء عملائها، وذلك بسبب آليات التمويل التي تتميز بالفصل التام بين نشاط المستشفيات و مستوى التمويل الذي تحصل عليه هذه الأخيرة ، وهذا ما يطلق عليه الدافع الأعمى.

ثانيا انعدام المنافسة: مما لاشك فيه أن المنافسة هي المحرك الأساسي للحياة الاقتصادية ، وأن الأسواق التنافسية هي الأكثر تحقيقا لمصالح المستهلكين والمنتجين على حد سواء، فهي التي تسمح لحصول الزبائن على المنتج ذو الجودة العالية بأفضل سعر ، كما أن توفر عنصر المنافسة مسؤول عن خلق الدافع أو الحافز لرفع مستويات الجودة، عن طريق إدخال المستلزمات والتقنيات الحديثة و المتطورة في عملية تقديم الخدمات، فالأزمات التي مست المستشفيات العمومية ناجمة عن كون أن اليد الخفية للسوق لا توجه ولا تضبط الأنظمة البيروقراطية، في حين أن القرارات التي يتخذها المقررين على مستوى هذا القطاع ، أصبحت تفتقر بشكل تدريجي إلى الشرعية المطلوبة ، كونها لم تعد قادرة في أغلب الأحيان على احترام المبادئ التي أنشأت من أجلها.

ولقد أكد في هذا السياق كل من (D.Osborne et T.Geabler) على ضرورة إضفاء مباديء التنافسية على مؤسسات القطاع العام بما فيها المستشفيات وهو ما يؤدي بالضرورة إلى إعطاء أكثر فاعلية لهذا القطاع ويسمح بتجديد وتطوير وتأهيل الخدمة العمومية ورضا المستفيدين من خدماتها¹

¹ Rod Sheaff, **Marketing for a public service**, open University press, Buckingham, MK18 1XW, p2002, P.204

ثالثاً: تجاوز الطلب للعرض في المستشفيات العمومية: يمثل الفرق الكبير ما بين الطلب والعرض من الخدمات الصحية مشكلة تواجه المنظمات العمومية، لأنها تعجز عن توفير احتياجات زبائنها.

إن تواجد أي منظمة في هذه الوضعية يجعلها لا تأخذ بعين الاعتبار ضرورة التوجه التسويقي، وتتخذ بدل ذلك موقف المتفضل أو الراعي، أي أن المطلوب من المستفيدين التوجه بالامتثال لمقدمي الخدمة، لذلك ضلت الفكرة القائلة بأن المستفيد لديه الحق في توجيه الانتقادات أو عدم الرضا على مقدمي الخدمة فكرة بغیضة من قبل العديد من مقدمي الخدمات الصحية العمومية¹.

ولهذا فإن على القائمين على التخطيط الصحي كسر الحاجز من خلال خلق توازن بين العرض والطلب حتى تتمكن المستشفيات من التوجه نحو المستفيدين من خدماتها والنظر إليهم على أنهم عملاء يحق لهم التفاوض حول جودة الخدمات المقدمة من جهة، و تمكينهم من التعبير عن رغباتهم واحتياجاتهم وآرائهم حول نوعية الخدمة المقدمة بحرية، الأمر الذي يؤدي بالنتيجة إلى الرفع من مستوى الأداء وجودة الخدمات المقدمة.

المطلب الثاني: متطلبات تحول المستشفى العمومي نحو التوجه التسويقي

اتجهت العديد من البلدان المتقدمة إلى إعداد أنظمة دفع مختلفة كلياً عن الأنظمة التقليدية تضع كل من كل من المستشفيات والأفراد من ممالي الخدمات في تفاعل مستمر، على افتراض أن المدفوعات على نحو حصيف يمكن أن تحقق فعالية أكبر وجودة أفضل، مع تقديم حوافز للتوجه للمستشفيات نحو المستفيدين من خدماتها وربط مستوى تمويل المستشفيات بمستوى وجودة النشاط المنجز بهدف توفير متطلبات تفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية.

¹نظام موسى سويدان، مرجع سبق ذكره، 2009، ص44.

إن تقدير أداء أي نظام دفع في النهاية يتم من خلال قدرته على توفير الحوافز المناسبة لمقدمي الرعاية الصحية (المستشفيات) ، لقد أشار (Bruce) أن تفعيل التوجه التسويقي يتم من خلال الإيفاء بالمتطلبات التالية¹:

أولاً: التخلي عن أنظمة التمويل المسبق (المخصصات العامة) التي تستند إلى منح المستشفيات في بداية كل فترة محددة ميزانية تستند بدورها إلى النفقات التقديرية المحددة انطلاقاً من نفقات السنة السابقة مع إجراء بعض التعديلات لمراعاة أي تغييرات تقوم بها المؤسسة، بسبب القيود التي تفرضها في سبيل تحسين نوعية وكمية التكفل بالمرضى، الناتجة عن افتقارها للحافز وعجزها عن توفير متطلبات التحسين المستمر كالمنافسة والشفافية والمسائلة.

ثانياً: الانتقال إلى أنظمة الدفع البعدي: على غرار بريطانيا، استراليا، فرنسا، كازاخستان، تايلند، فنلندا، تركيا و السويد، والولايات المتحدة الأمريكية ، والتي تستند إلى حجم ونوع النشاط الفعلي للمستشفى، والذي سنتعرض بالتفصيل في الفصل القادم .

ثالثاً: إنشاء مقياس لنشاط المستشفى: مثل مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص الطبي يعتمده النظام الصحي الأمريكي، أو المجموعات المتجانسة للمرضى للنظام الصحي الفرنسي ،حيث يجمع عدد من الأمراض المختلفة في مجموعة متجانسة من حيث التكلفة والتي تنسب إلى متوسط تكلفة علاجية، ويتلقى المستشفى مبلغ تعويضي لكل حالة من الحالات التي يعالجها.

رابعاً: إنشاء أنظمة معلومات ذات طبيعة طبية: تمنح لمستخدمها القدرة على استخراج معلومات مفيدة وقابلة للاستعمال من الملف، الطبي لفائدة الإداريين والأطباء على السواء، فتنشأ بذلك لغة حوار مشتركة تساعد في التعامل فيما بينهم لتحقيق أهداف المستشفى على أكمل وجه، ويشكل أداة للإداريين داخل

الفصل الثاني: التوجه التسويقي للمستشفى العمومي رؤية جديدة لقطاع متأزم

المستشفى تمكنهم من الحصول على المعلومات المتعلقة "بالمنتوج" الحقيقي، ويكمن الهدف منه في توفير

المعلومة الطبية كوسيلة لتحديد الموارد اللازمة، وتوزيعها بين المستشفيات العمومية

خاتمة الفصل

كما رأينا خلال هذا الفصل يعتبر التسويق أداة لتحسين جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى العمومي والذين يمكن اعتبارهم عملاء وجب على إدارة المستشفى بذل المزيد من الجهد لتحقيق رضاهم.

نحتاج إلى تكرار أن التسويق لا يمكن استبداله بنهج الجودة ، بل يمكن استكماله فالمريض يحتاج إلى الجودة التقنية لكنه قبل كل شيء ينظر إلى ما يمكنه إدراكه أي الجودة العلائقية والسلوكية.

يهدف نهج الجودة إلى تزويد العميل بمستوى مثالي من الرعاية وفقاً للوسائل المتاحة، أما التسويق فهو أداة لتحقيق الجودة

في ضوء كل ما ذكرناه حتى الآن يمكن أن نقول أن التسويق هو المفتاح الذي يسمح للمستشفى العمومي بإيجاد توازن بين وظيفته و أهدافه.

النظام غير التنافسي الذي يعمل فيه المستشفى لا يساعده على استخدام أدوات التسويق لتطوير جاذبيته للمستفيدين ولا يوفر الحافز لضمان وضع مالي متوازن.

ضرورة انشاء ما يمكن أن نطلق عليه البنية التحتية الادارية لاحداث التغير المنشود والذي يمكن أن يساهم في تعزيز وضع المستفيد من خدمات المستشفى العام، وتطوير وتحسين جودة الرعاية للمنفعة المزدوجة للمريض وجاذبية المستشفى .

الفصل الثالث

التسعير على أساس النشاط مدخل

لتفعيل التوجه التسويقي

مقدمة:

ظل تحسين أداء المستشفيات العامة في إطار تحسين أداء النظم الصحية بوجه عام، يحتل موقعا في صدارة برامج الإصلاحات في العديد من دول العالم ، ولقد سعت العديد من الدول لتبني آليات تمويل جديدة سعيا منها لتعزيز المهارات الإدارية اللازمة للمستشفيات و توفير المزيد ممن المرونة وتحسين نظم المعلومات و تعزيز كفاءة المستشفيات العامة من خلال الأخذ بالإجراءات الحديثة في إدارة المستشفيات بما في ذلك التوجه نحو العميلوتعزيز نظم الجودة.

ويعد التسعير على أساس الأنشطة كما وصفه ريك مايزأحد أكثر ابتكارات ما بعد الحرب العالمية الثانية تأثيراً في التمويل الطبي، والذي تمكن راب الفجوتبين المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في التوجه نحو الزبون من خلال توفير نظم للحوافز والمكافآت وضم مهمتي الإدارة الحديثة وضمان الجودة.

المبحث الأول: التأصيل التاريخي لتمويل المستشفيات العامة في فرنسا

لفهم التسعير القائم على أساس النشاط بشكل أفضل وفهم النهج المختلفة التي وجهت السلطات العامة في فرنسا لبناء نظام صحي أكثر فعالية وكفاءة ، وإظهار القضايا الرئيسية ، سواء بالنسبة للمستشفى نفسه أو للنظام الصحي ككل ، سوف نسلط الضوء ، وبإيجاز شديد ، على تاريخ تمويل المستشفيات في فرنسا ، مع تحليل وصفي لخصائص كل مرحلة من مراحلها. في خطوة ثانية ، سيتم وصف التسعير القائم على أساس النشاط ونتائجه على النشاط الطبي

تاريخياً شهدت المستشفيات الفرنسية في الواقع ثلاثة تغييرات في طرق التمويل: أولاً وقبل كل شيء "السعر اليومي" [من 1945 إلى 1981] ، ثم "الميزانية العامة" [من 1983 إلى 2004] التي تسمح لكل مستشفى لتلقي مخصصات عامة توزع حسب الاحتياجات. أخيراً ، بدءاً من عام 2005 ، دخل "التسعير المستند إلى النشاط (T2A)" المستوحى من الإدارة العامة الجديدة حيز التنفيذ.

المطلب الأول: السعر اليومي

قبل 40 عاماً كانت آليات تمويل المستشفيات السائدة في معظم البلدان المتقدمة هي الدفع بأثر رجعي، يعني هذا المصطلح أن تغطية التكاليف التي يقوم بها الممول تكون محددة بأثر رجعي واتخذت هذه الآلية شكل السعر اليومي.

يعتبر نظام التمويل على أساس السعر اليومي أقدم نظام للتمويل، واستمر كأساس لتمويل المستشفيات في فرنسا حتى عام 1984¹.

¹ Jean François Bussières, Mariévs Simoncelli , Olivier Bourdon, **Doit-on s'inspirer de la tarification à l'activité pour le financement des médicaments onéreux en établissements de santé?** CJHP- VOL63, NO 3- May- June 2010 , 236-243

استند هذا النظام على عدد أيام الاستشفاء حيث يتم تحديد سعر لليوم الاستشفائي الواحد من النفقات المسجلة والفواتير التي تقدم للتأمين الصحي.

أولاً: آلية العمل

تستند فترة مصاريف الاستشفاء إلى المريض أو إلى جهة تمويله عن كل يوم قضاء في المستشفى، ويتم حسابه للسنة المالية بشكل بسيط عن طريق حاصل قسمة النفقات الإجمالية للسنة الفارطة على العدد الإجمالي لأيام الاستشفاء بغض النظر عن طبيعة المرض وما يتطلبه من علاج أو نوع المصلحة التي يعالج فيها المريض (طب ، جراحة،....)¹

ويتضمن السعر اليومي للاستشفاء الأجزاء التالية²:

الجزء الأول: يتمثل بمبلغ مالي جزائي خاص بقبول المريض لدخولها المستشفى، هذا المبلغ خاص بنفقات تسيير ملف المريض.

الجزء الثاني: خاص بنفقات الإيواء والإدارة العامة للمستشفى.

الجزء الثالث: يتمثل في تكلفة اليوم استشفائي المحسوب من خلال الكقسما استشفائي عن طريق المصاريف المتغيرة (أدوية ولوازم مستهلكة، يد عاملة، أجر الطبيب ..) ومصاريف ثابتة (أعباء البحث والتكوين).

الجزء الرابع: يتمثل في الممارسات الخاصة بكل خدمة (جراحة، أشعة، تحاليل...) هذا لأعباء تحسب على أساس تقدير يتبؤي بصفة دورية وليس بأسعار ثابتة كالمرحلة السابقة.

¹ العلواني عديلة ، أسس اقتصاد الصحة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2014، ص

² نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية، أطروحة ماجستير، جامعة الأخوة منتوري قسنطينة، 2005، ص 92

هذه الطريقة للتمويل تجعل مناليوم الذي يقضيه المريض في المستشفى هو المؤشر الوحيد للنشاط ، بغض النظر عن العلاج المقدم للمريض أثناء إقامته وبذلك يتم تعويض المستشفى عن كل مريض حسب عدد الأيام التي قضاها في المستشفى فضلا عن سعر اليوم للاستشارات الطبية الخارجية (متغير وفقا للإدارات الطبية).

ويتم تحديد الميزانية الإجمالية كالتالي:

$$\text{الميزانية الاجمالية} = (\text{سعر اليوم الاستشفائي} \times \text{عدد الأيام الاستشفائية}) + \text{إيرادات الاستشارات الطبية الخارجية} + \text{التقديرية} + \text{إيرادات تقديرية أخرى}$$

ثانيا : الآثار التضخمية للسعر اليومي

1- وفر هذا النظام الحافز لزيادة إدخال المرضى للمستشفى و إشغال الأسرة مما شجع المستشفيات على إطالة مدة الإقامة قدر الإمكان وذلك من أجل رفع سعر اليوم الاستشفائي للسنة المقبلة وضمان مركز مالي مريح ،في حين يتم تخفيض المدفوعات للمستشفيات التي تعمل دون إقامة أو بإقامة قصيرة¹.

2- نظام تمويل غير متميز: بالرغم من تعدد واختلاف الخدمات المقدمة للمرضى باختلاف حالات المرضى أنفسهم إلا أن آلية التمويل من خلال السعر اليومي لم تأخذ بعين الاعتبار هذا الاختلاف وإنما اعتمدت في حسابها على متوسط التكلفة لليوم الاستشفائي للسنة السابقة مع إضافة هامش تقديري للسنة المقبلة مما يجعلها بعيدة عن واقع للنشاط الفعلي²

¹ KERVASDOUÉ J. de (2005), *L'hôpital*, 2ème édition mise à jour, 1ère édition, 2004.p67

² NAIDITCH M. et MOSSÉ P. (2005), « *Financement T2A : quel modèle de la performance de l'hôpital ? Réflexion sur le sens d'une réforme* », Revue Gestions Hospitalières, n°450, novembre

3- لا يعد اليوم الاستشفائي معيارا وحيدا لقياس النشاط الاستشفائي وذلك على مستويين¹

المستوى الاقتصادي: إن اليوم الاستشفائي لا يعد معيارا عمليا لتحليل التكاليف الصحية، حيث توجد بعض التكاليف التي تتغير مع عدد الأيام الاستشفائية مثل مصاريف التغذية والفندقة ولكن هناك مصاريف تتغير بشكل أكبر مثل تكاليف الأشعة الأدوية والمستلزمات الطبية أجور الأطباء وغيرها.

على المستوى الطبي: إن اليوم الاستشفائي يغطي العديد من الأنشطة العلاجية والتشخيصية والجراحية داخل القسم أو المصلحة الواحدة إذ يمثل السعر اليومي متوسط تكلفة الإنتاج وليس تكلفة الإنتاج الحقيقية وعليه لا يعد السعر اليومي معيارا متجانسا للدلالة على التغيرات في الأنشطة.

أجر الطبيب يحسب على أساس تكلفة يوم معمل محدد جزافيا من طرف وزارة الصحة كإنفاق جزافيليس له علاقة لا بكم ولا بنوع الخدمات المقدمة ، وهي طريقة تفتقر إلى تحفيز الأطباء على تحسين أدائهم هذه الطريقة للتمويل القائمة فقط على مدة إقامة المريض بغض النظر عن الموارد المستخدمة بالفعل تم التخلي عنها لأنها اعتبرت غير فعالة بل مضرّة للغاية، حيث أدت إلى زيادة سنوية بنسبة 20٪ في نفقات المستشفى في أوائل الثمانينيات من القرن العشرين.

المطلب الثاني: المخصصات العامة للتمويل

أدت استحالة السيطرة على تطور نفقات المستشفى من خلال التمويل بأثر رجعي إلى قيام جميع الدول بإصلاحات عديدة أهمها إدخال ما يسمى بطرف الدفع المسبقة، فحلّت المخصصات العامة (الميزانية العامة)

بومعروف الياس، دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية سطيف العدد 5، 2011، ص33.

محل السعر اليومي، وضلت لفترة طويلة الطريقة السائدة لتمويل المستشفيات في العديد من الدول بما فيها الجزائر.

في فرنسا في عام 1983 بموجب قانون إصلاح المستشفيات المتعلق بالمنشآت الصحية العامة والخاصة المشاركة في خدمة المستشفيات العامة تم تحديد شروط إعداد الميزانيات والقواعد الجديدة لمحاسبة المستشفيات، وما سيكون ذا أهمية خاصة لنا هو أسلوب التمويل. ومن ثم فإن هذا الإصلاح يحدد التمويل عن طريق تخصيص الميزانية العامة للتشغيل.

أولاً: مبدأ عمل المخصصات العامة للتمويل

يتمثل المبدأ في منح مؤسسة معينة، في بداية كل فترة محددة تكون عادة سنة، مخصصات مالية تستند إلى نفقات الفترة السابقة. يتم إجراء بعض التعديلات لمراعاة أي تغييرات يقوم بها المستشفى، وهي عبارة عن مطروفي مالي مغلق تحدد قيمته بطريقة جزافية في بداية كل سنة مالية¹.

تغطي هذه المخصصات نفقات المستشفيات العمومية والمستشفيات الخاصة غير الهادفة للربح وجزء من عائدات المستشفيات الخاصة التجارية التي يغطيها التأمين الصحي.

وهكذا يأخذ هذا النظام شكل ميزانية عامة يتم تخصيصها من خلال تجديد ميزانية العام السابق تهدف إلى تغطية تكاليف التشغيل المتوقعة، والتي تتغير سنوياً على أساس "معدل رئيسي وطني لزيادة نفقات المستشفى، يتغير هذا المعدل كل عام حسب الافتراضات الاقتصادية العامة بشكل خاص، بما في ذلك توقعات ارتفاع الأسعار والأجور.

¹ Robert Holcman, **Managment public**, DUNOD, Paris 2014, p274 .

إن المبدأ الأساسي هو وضع المستشفى أمام ميزانية محدودة مجبر على احترامها وفي حالة تجاوز الميزانية يتحمل المستشفى مسؤولية النفقات الإضافية، وبالتالي المخاطر المالية الناتجة عن النفقات الإضافية ستتعدم بالنسبة للممول.

إن الهدف من الانتقال للمخصصات العامة كآلية لتمويل المستشفيات العمومية هو التحكم في تطور نفقات المستشفى التي سببها آلية السعر اليومي التضخمية، بالإضافة إلى الرغبة في السيطرة على تزايد نفقات المستشفيات كان الهدف من المخصصات العامة تحفيز المستشفيات على زيادة الإنتاجية في ظل ندرة الموارد¹ حيث كان من المتوقع أن تزيد المستشفيات من نشاطها من خلال رفع مستوى النشاط مع الحفاظ على نفس كمية الموارد المستخدمة أو المحافظة على نفس مستوى النشاط مع تخفيض كمية الموارد المستخدمة ، ذلك أن المستشفيات لأول مرة تجد نفسها قبالة المشكلة الاقتصادية وهي - الندرة - ونتائج الطبيعية على الأداء .

ثانيا: تقييم آلية المخصصات العامة

على الرغم من أن آلية المخصصات العامة قد نجحت في الحد من الإنفاق في المستشفيات خاصة في السنوات الأولى من تنفيذه، إلا أن هناك الكثير من النقائص التي اكتتفت هذا النظام نذكر منها مايلي:

1- قبل كل شيء ، كون المخصصات العامة وسيلة تمويل فصلت مستوى الإيرادات عن مستوى نشاط المؤسسة فإن هذا من جهة يضر بالمستشفيات الأكثر التزامًا بالابتكار الطبي والتقدم التقني للرعاية الصحية بوسائل ثابتة ومن جهة أخرى يمكن القول أنها لا تشجع أو تعيق التقدم التقني والابتكار الطبي الذي يعد مكلفو يولد تكاليف إضافية من حيث المواد والمعدات والأدوية وبالتالي لا يمكن أن تتحمله المستشفيات ذات الميزانية المحدودة.

¹KERVASDOUÉ J, op cit ,P82

قادرين على طلب الزيادة في هذه الموارد في حالة الرفع من مستوى أدائهم وحجم خدماتهم أما الفئة الثانية فقد تم إقصاءها من تأدية دور ايجابي حيث لا يمكنها لا مراقبة استعمال أموالها و لا ضمان استعادة العمال المؤمنين وذوي حقوقهم من الخدمات العلاجية مما أدى إلى إبعاد كل شكل من أشكال التعاقد أو متابعة ومراقبة الأموال الممنوحة الشيء الذي أدى إلى إفراغ هذه العلاقة من كل معنى اقتصادي وتغلب منطق الموارد على منطق النتائج حيث أصبح هنا تمويل المؤسسات عوض تمويل النشاطات.

المطلب الثالث: آلية التسعير على أساس الأنشطة

يعود تأسيس نظام التسعير القائم على أساس الأنشطة كأحد أنظمة التمويل الصحي إلى عام 1982 عندما تم تقديمه في الولايات المتحدة لرعاية المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا. حيث كان جزءًا من برنامج التأمين الصحي للرعاية الصحية، وذلك من أجل السيطرة على النمو في نفقات المستشفى ، والتي تضاعفت تقريبًا بين عامي 1970 و 1982، سرعان ما تبع هذا المثال في كندا وأستراليا ونيوزيلندا، ثم تطورت في معظم البلدان الأوروبية.¹

لطالما كان تنوع الحالات التي يتم علاجها في المستشفى عقبة أمام أي تحليل لعمليات إنتاج الرعاية وتقييم كفاءتها، هذا التنوع الذي يتحدى القدرات التحليلية للدافعين والممولين، جعل من الصعب ربط التمويل بحجم النشاط الحقيقي للمستشفيات، لذلك كانت دراسات أمريكا الشمالية التي طورها البروفسور Robert fetter خلال السبعينيات من القرن الماضي تسعلاظهار إمكانية تقليل هذا التنوع من الحالات التي يعالجها المستشفى، من خلال إنشاء المئات من المجموعات، والتي أطلق عليها المجموعات ذات

¹Ibid

الصلة بالتشخيص أو مجموعات المرضى المصنفة وفقاً لتشخيصهم¹، والتي غيرت أساليب تمويل المستشفى بعمق.

تم إدخال هذه الأساليب في فرنسا عام 1982 بفضل برنامج إضفاء الطابع الطبي على نظام المعلومات، إلا أنه لم يتم استخدام هذه الأساليب لأول مرة حتى عام 1996 لحساب مخصصات الميزانية للمؤسسات الصحية، ثم عام 2004 للتنفيذ نظام دفع المرتقب أو التسعير على أساس النشاط.

تم الانتقال إلى التسعير على أساس الأنشطة تدريجياً لأن ذلك يؤدي إلى إجراء تغييرات كبيرة كنتك التي تتعلق بتحديد الموارد ، وإجراءات الميزانية والمحاسبة ، ودوائر معالجة المعلومات والبيانات حيث لم يكن من الممكن إجراء جميع هذه التغييرات مرة واحدة.

في القطاع العام وقطاعات المشاركين في خدمة المستشفيات العامة ، تمت إدارة عملية الانتقال من خلال آلية للحفاظ على حصة متناقصة من الموارد المخصصة على أساس معدل ثابت مع مرور الوقت. واستند المخطط الذي اقترحه الحكومة على تنفيذ ثلاث مراحل. الأولى ، التي أجريت في عام 2004 ، شهدت 10 ٪ من الإيرادات المحددة وفقاً للنشاط، الخطوة الثانية ، في عام 2005 ، تنص على نسبة من 20 ٪ إلى 25 ٪. وفي عام 2006 ، حوالي 50 ٪. وفي عام 2008 أصبحت 100 ٪ من الإيرادات تأتي في إطار التسعير على أساس النشاط.

¹PERRIER L. (2001), « Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en cancérologie pédiatrique », Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2.P45.

أولاً: تعريف التسعير على أساس النشاط

يعرف التسعير على أساس النشاط على أنه نظام لتمويل المرافق الصحية، يهدف هذا النظام إلى إرساء و تخصيص الموارد للمرافق الصحية العامة والخاصة على أساس طبيعة وحجم نشاطها المنفذ والمقاس على أساس البيانات المتحصل عليها من برنامج معالجة نظم المعلومات¹.

ويعرف أيضاً على أنه آلية تمويلية مستقبلية تربط الدفع بالنشاط المنجز الذي يتم تحديده من خلال حلقات الرعاية بالاعتماد على مجموعات التشخيصات ، والذي يُشار إليه أيضاً بالمجموعات المتجانسة من المرضى بدلاً من التخصصات (مثل جراحة العظام) أو خدمات المستشفيات، مثل وحدة الرعاية الجراحية²

يشكل التسعير على أساس النشاط نمط تمويل يهدف إلى وضع إطار واحد لفواتير ودفع أنشطة المستشفيات ، سواء كانت عامة أو خاصة ، أي كان وضعها وتخصصها ، حيث يعتمد تخصيص الموارد على كل من طبيعة وحجم الأنشطة³.

إن الأساس النظري للتسعير القائم على النشاط هو مقارنة مرافق الرعاية الصحية بسعر ثابت، في سياق المنافسة بالمقارنة. في آلية المنافسة هذه يتم تحديد سعر ثابت لكل خدمة بمتوسط التكلفة المرصودة لجميع المنشآت. من خلال هذا السعر الثابت يمكن مقارنة كل مستشفى بمجموع المستشفيات الأخرى ، مما يساعد على تحفيز المنافسة فيما بينها. بهذه الطريقة ، يتم تشجيع المستشفيات على خفض

¹Nathalie Krief « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ? » Université Jean Moulin Lyon 3 / IAE de Lyon / ISEOR, 2006, p6

² Jean-François Bussières, Mariève Simoncelli, Olivier Bourdon et Jean Lachaîne « Doit-on s'inspirer de la tarification à l'activité pour le financement des médicaments onéreux en établissements de santé ? » CJHP – Vol. 63, No. 3 – May–June 2010 p 236

³Zeynep Or, Thomas Renau, Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), IRDES, PARIS, DTn°23, Mars 2009, p 45

تكاليفها وبالتالي تحسين الكفاءة. وهذا يعني تحقيق الرعاية الاستشفائية بنفس النتيجة لكن في فترة استشفائية أقصر وبتكلفة أقل لكل حالة¹

ومع ذلك ، بما أن إصلاح التسعير على أساس الأنشطة يتطلب من المؤسسات البحث عن الكفاءة ، فمن المهم أن تتحقق الهيئة التنظيمية من أن ذلك لا يتم على حساب جودة الرعاية.

إن منطق الوسائل الذي ساد حتى ذلك الحين يفسح المجال لمنطق النتائج وفقاً لمضمون القانون الأساسي المتعلق بقوانين التمويل في فرنسا والذي يهدف إلى تحديث إدارة الدولة ويعتبر التسعير على أساس النشاط عنصراً مركزياً في "إدارة المستشفى الجديدة" التي تم وضعها بموجب مراسيم مايو وسبتمبر 2005، حيث إن الدخل من أنشطة المستشفى هو الذي سيحدد الإنفاق وليس العكس

ثانياً: أهداف التسعير على أساس النشاط يسعى هذا الإصلاح إلى تحقيق جملة من الأهداف نذكر منها مايلي²:

1- كان الهدف الأساسي من إدخال التسعير على أساس النشاط هو معالجة إشكالية عدم خضوع آليات التمويل السابقة لأي منطق اقتصادي من خلال الانتقال من منطق الوسائل إلى منطق النتائج؛

2 البحث عن الاستغلال الأمثل للمال العام و كفاءة استخدام الموارد وهو ما تقتقر إليه آليات التمويل السابقة ؛

3-ضمان تطابق أفضل بين الموارد والنشاط عن طريق ربط التمويل بإنتاج الرعاية في نظام شفاف يسمح بالمعاملة المتساوية بين المؤسسات حيث يتم دفع نفس السعر لنفس الخدمة لجميع مقدمي الرعاية؛

¹Engin Yilmaz ,Albert Vuagnat <Tarification à l'activité et réadmission > revue française d'Economie et Statistique, n° 475-476, 2015, p. 72

² PERRIER L. et PHILIP T. (2004), « Réforme de la tarification à l'activité et opportunité des établissements de santé : l'enjeu du concept de trajectoire patient », Revue d'Economie Politique, n°114, pp. 417-438.

4- توفير معلومات تمتاز بالدقة والوضوح عن كافة أنشطة المستشفى؛

5- توفير وسائل هامة للرقابة بهدف ترشيد الإنفاق العام و ضمان مشروعية الأنشطة المالية للمستشفى؛

6- تحديث وعصرنة القطاع فيما يتعلق بتسيير الإنفاق العام عن طريق تنمية القدرات للقيام بالتحليلات المالية ؛

7- إعداد ميزانية واحدة شاملة لكافة النفقات؛

8- تنمية وتحسين أداء القطاع الصحي العمومي من خلال تشجيع المستشفيات على إنتاج الرعاية والابتكار وتحسين جودة خدماتها؛

9- إدراج مفهوم الشفافية من خلال منح مستوى مكافئ لكل عمل رعاية بغض النظر عن القطاع الذي تنتمي إليه ؛

10- تحقيق القدرة على تقييم النتيجة السنوية و كفاءة النشاط الإداري والطبي المحقق.

ثالثا: مبادئ التسعير على أساس النشاط ثلاثة شروط عامة للتمويل مرتبطة مباشرة بالنشاط:

- دفع معدل واحد لكل إقامة (مجموعات الإقامة المتجانسة والمكملات) لأنشطة الاستشفاء مع أو بدون سكن ؛

- دفع رسم لخدمات الاستشارة ، والأفعال الخارجية ، وحالات الطوارئ ، وحصاد الأعضاء والاستشفاء في المنزل (HAD) ؛

- الدفع مقابل بعض المواد الاستهلاكية بالإضافة إلى أسعار الخدمة.

-نوع خاص من التمويل المختلط لبعض أنشطة الرعاية يقابلها مبلغ سنوي من الموارد الثابتة ولكن يحدد حسب النشاط المنجز (كحالات الطوارئ وحالات تنسيق نزع الأعضاء).

-طريقة تمويل غير قائمة على أساس النشاط: دفع ظرف مالي للخدمات الموجهة للصالح العام والمساعدة في التعاقد (MIGAC). تترك هذه الطريقة أن بعض الخدمات لا تقوم مباشرة بإنتاج رعاية قابلة للقياس من خلال بيانات أنظمة المعلومات الطبية ،

-يجب الحفاظ على بعض الموارد لا ترتبط بمستوى النشاط المحقق كالتدريس والبحث والابتكار الموجهة للصالح العام لجودة وتنفيذ SROS كجزء "دعم التعاقد".

تطلب إدخال التسعير على أساس النشاط تغييرات عميقة في إدارة المؤسسات الصحية وإدارتها. في نهاية المطاف ، فإن طموح الإصلاح هو تعزيز التغييرات التنظيمية التي يمكن أن تحسن أداء المؤسسات.

المبحث الثاني: أسس التسعير القائم على أساس الأنشطة

بحثاً عن تقنيات مختلفة تهدف إلى تحسين الجودة والحد من التكاليف واسعة الانتشار أجبرت المستشفيات على مغادرة عالم سداد التكاليف شبه الخالي من المخاطر ومواجهة العواقب المالية غير المؤكدة المرتبطة بتوفير الرعاية الصحية

المطلب الأول: متطلبات التسعير على أساس النشاط

تعتبر جودة البيانات المستخدمة لبناء وتطبيق التسعير على أساس النشاط ، وكذلك تصنيف الخيارات ، ضرورة لعملها الصحيح. والعناصر الأساسية في هذا السياق هما قواعد بناء المجموعات المتجانسة للمرضى وطريقة حساب التكاليف ووضع التعريفات.

أولاً: تصنيف المرضى الى مجموعات متجانسة

يعد التعريف المتجانس للخدمات الصحية المقدمة شرط أساسي للتسعير القائم على أساس النشاط، تختلف معايير وأنظمة التصنيف من بلد إلى آخر، سنتناول في هذا الصدد التصنيف الفرنسي والذي يعرف بالمجموعات المتجانسة للمرضى (GHM) باعتباره موضوع بحثنا، وإن كان قريباً للغاية للمجموعات المرتبطة بالتشخيص الأمريكية (DRG)، التي تعتبر أول تجربة في هذا المجال توسعت على أساسها باقي الأنظمة المماثلة دولياً.

1- ماهية المجموعات المتجانسة للمرضى (GHM)

تعرف المجموعات المتجانسة للمرضى (GHM) على أنها نظام تصنيف طبي-اقتصادي للاستشفاء يقوم على تصنيف الإقامة في المستشفى باستخدام شجرة مبنية على التشخيصات والاجراءات الطبية التي تتم أثناء إقامة المريض في المستشفى، بحيث يؤخذ بعين الاعتبار كل تدخل يشكل تكلفة حاسمة.¹ وتم تعريفه أيضاً على أنه عبارة عن نظام لتصنيف الحالات التي يتعامل معها المستشفى إلى مجموعات متجانسة بواسطة برنامج تجميع "grouper" على أساس التشخيص، الإجراءات، العمر، الجنس، حالة التفريغ، ووجود مضاعفات أو أمراض مصاحبة.²

ويعرف أيضاً على أنهم مخطط تصنيف للمرضى وفروسيولة لربط أنواع المرضى الذين يعالجهم المستشفى (أبمزيجاً لآلاته) بالتكاليف التي يتكبدها. كانا لدا فعلاً وليتطور به هو إنشاء إطار عمل فعال للرصد جودة الرعاية والاستفادة من الخدمات تقيم محيطاً

ستشفى.³

¹Robert holcam, op cit , p560

² Beker JJ, Medicare payment system for hospital inpatients: diagnosis related groups, Journal of Health Care Finance 28(3):1-13, 2002

³لؤي الجرف، تطوير أسلوب تصنيف للمستشفيات وفقاً لنتائج تشخيص المجموعات ذات الصلة بالتشخيص و مبدأ قرينة اختلاط الحالة، المجلة الصحية لشرق المتوسط، المجلد 22، العدد الخامس، 327-334.

ويستخدم هذا المفهوم كوسيلة لربط عدد ونوع المرضى الداخليين من خلال بياناتهم السريرية مع مصادر التمويل لعلاج هؤلاء المرضى وخصوصاً مرضى الحالات المزمنة والحادة، ويساعد هذا التصنيف أيضاً في ترتيب المرضى ضمن مجموعات متجانسة ومتزايدة سريرياً. ويعتمد أيضاً على المتغيرات التالية: التشخيصان الأولي والثانوي، عمر المريض وجنسه، وجود عوامل مرضية مشتركة ومتزامنة في الملف الصحي للمريض، والمضاعفات الصحية، والإجراءات المتبعة. وبالتالي توصف الحالة التي يشير إليها هذا المفهوم بنموذج استهلاك متجانس لموارد المستشفى

2- نشأة النظام: تم إنشاء نظام تصنيف المرضى لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية كمشروع تعاوني من قبل روبرت بي فيتر ، من كلية بيل للادارة و وجون دي تومسون من كلية بيل للصحة العامة سنة 1974¹ تحسباً لإقناع الكونجرس باستخدامه في السداد ، ليحل محل السداد "على أساس التكلفة" الذي تم استخدامه حتى ذلك الحين.

و تم تنفيذه لأول مرة على أثر إصدار الكونجرس الأمريكي لقانون العدالة الضريبية والمسؤولية المالية الذي يتضمن أحكام لإصلاح مدفوعات Medicare الآخذة في النمو بلا هوادة بمبادرة من مفوض الصحة Joanne Finley سنة 1980 للحد من حصة عائدات المستشفى المستمدة من ميزانية برنامج Medicare من خلال تحديد المبلغ الذي يدفعه هذا البرنامج للمستشفى مقابل كل "منتج"²، نظراً لأن المرضى في كل فئة متشابهون إكلينيكيًا ويجب عليهم استخدام نفس المستوى من موارد المستشفى.

استوردت فرنسا وبعض الدول الأوروبية المخطط من الولايات المتحدة، حيث نشرت النسخة الفرنسية من المجموعات المتجانسة للمرضى، المعروفة باسم الإصدار "0" من تصنيف GHM سنة 1986 ، وكانت

¹Kimberly, John; Pouvourville, Gerard de; d'Aunno, Thomas; D'Aunno, Thomas A. (2008-12-18). "Origins of DRGs in the United States: A technical, political and cultural story". *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge University Press. ISBN 9780521885003.

²Ibid

بمطابقة تعديل للمراجعة الثانية للإصدار الرابع من النسخة الأمريكية¹ DRGs والجدول التالي يوضح تطور عدد المجموعات المتجانسة من المرضى حسب كل نسخة

الجدول رقم 04: عدد المجموعات المتجانسة من المرضى حسب كل نسخة

النسخة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11d	11e	11f
السنة	1986	1992	1994	1995	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2006	2012	2013	2014
العدد	475	518	492	512	569	578	592	598	598	693	780	2291	2588	2591

المصدر : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

3- الخصائص الأساسية لنظام تصنيف المرضى

تشكل المجموعات المتجانسة

للمرضى كما تم تعريفها بمجموعات متماسكة سريرياً يمكن إدارتها منفئات المرضى الذين يتبرط بمجموعة حالات المستشفى بمطالبات الم وارد والتكاليف المرتبطة بها علناً أساساً لتشخيص الرئوي والتشخيصات الثانوية والإجراءات الجراحية والعمر والجنس وحالة خرو جالمرضى المعالجين .

من خلالها يمكن للمستشفيات تفهم المرضى الذين يتم علاجهم، والتكاليف المتكبدة، والخدمات المتوقعة أنتكون مطلوبة .

ويعتبر تصنيف المرضى عملية تتطور باستمرار .

معتغير مخططات الترميز، حيث يتم جمع بيانات أكثر شمولاً أو معتغير التكنولوجيا الطبية أو الممارسة و

لكي يكون مخطط تصنيف المرضى عملياً وذو مغزى، يجب أن يكون لها الخصائص التالية²:

¹Bielby, Judy A. (March 2010). "Evolution of DRGs". Journal of Ahima. The American Health Information Management Association. Retrieved 30 August 2016.

أ- يجب أن تقتصر خصائص المرض والمريض المستخدمة في تعريف المجموعات

المتجانسة للمرض على المعلومات التي تم جمعها بشكل وتينيفياً أنظمة مجردة بالمستشفى.

ب- يجب أن تكون هناك عدد يمكن التحكم فيهما المجموعات المتجانسة

للمرضاء التي تشمل جميع المرضاء الذين يتم فحصهم على أساس المرضاء الداخليين.

ج- يجب أن تحتوي كل مجموعة على مرضاء لديهم منطماً تلك الكثافة الموارد.

هـ- يجب أن تحتوي كل مجموعة على مرضاء متشابهين من منظور إكلينيكي (أي يجب أن يكون كلفهم متماثلين).

و- السعي إلى تقليل عدم التجانس بين المجموعات من خلال تحسين GHMS أكثر فأكثر وعن طريق مضاعفة عدد المجموعات والتعريفات المقابلة لها حقق هذا المبدأ الأولي هدف تغيير سلوكيات إنتاج المستشفيات وتحسين الممارسة الطبية.

4- الغرض من النظام: تم تطوير النظام تحسباً لاستخدامه في السداد ، ليحل محل السداد "على أساس

التكلفة" لتحديد المبلغ الذي يدفعه الممول للمستشفى لقاء كل منتج يتم تقديمه، نظرًا لأن المرضى داخل

كل فئة متشابهون من الناحية السريرية ومن المتوقع أن يستخدموا نفس المستوى من موارد المستشفى

إن الغرض من التصنيف هو ربط مزيد من الحالات التي يعالجها المستشفى بمتطلبات الموارد والتكاليف المرتبطة بها.

لذلك، فإن المستشفى الذي يحتوي على مزيد من الحالات المتشابهة من الناحية السريرية والمستشفى يعالج المرضاء الذين يحتاجون إلى

المزيد من موارد المستشفى.

كان الهدف من جميع المرضى على أساس التشخيص هو تحديد

فيما تبنياً على نظره وفسريرية مماثلة وعلوم مستويا تماماً من موارد المستشفى المطلوبة للعلاج.

يتم تحديد هذه الفئات باستخدام رموز المجموعة ذات الصلة بالتشخيص (DRG) التي يتم تعيينها بنسبيل كفاءة يعكس معدل نسبي لموارد المستشفى المستخدمة لعلاج المريض.

مثال: إذا تم تعيين "المريض" في 123 DRG بوزن نسبي 0,5، وتم تعيين "المريض" في DRG 321 بوزن نسبي 1، فهذا يشير إلى المتوسط كمية موارد المستشفى المطلوبة لعلاج "المريض" هو نصف مقدار الموارد المطلوبة لعلاج "المريض".

يتم استخدامها لأوزان النسبية المرتبطة بكل مجموعة في حساب السداد بقصد دفع المزيد عندما تتطلب رعاية المريض المزيد من الموارد وأقل عندما تتطلب رعاية المريض موارد أقل. وبالتالي، من وجهة نظر سداد تكاليف المستشفى، فإننا أفضل عامل لدفع رعاية صحية معين هو الذي يتنبأ بدقة باستخدام موارد المستشفى النسبية لمجموعة كاملة من الخدمات التي يسددها هذا الدافع.

نظراً لأهمية توليد مدفوعات عادلة للخدمات المقدمة، فإننا نهدف أساسياً لهذا النظام هو تصنيف الإقامة في المستشفى بطريقة تتنبأ بدقة باستخدام موارد المستشفى النسبية للرعاية المقدمة لكل مريض.

بالإضافة إلى ذلك، هناك فوائد أخرى لتصنيف المرضى في مجموعات متجانسة مثل المساواة في قياس جودة المستشفى وتصنيفاً نوعاً عن الرعاية التي يسددها الدافع.

أيضاً، كما هو الحال مع أي أداة، يجب تقييم مجموعات DRG من حيث الجدوى والموثوقية عند المدال طويل. مع وضع كل هذه الأفكار في الاعتبار، فإننا المعايير الموصى بها لتقييم مجموعات DRG المختلفة هي:

-1

الدقة في تصنيف التكلفة النسبية للرعاية لمجموعة كاملة من الخدمات التي تسددها وكالة Medicaid، مع التركيز بشكل خاص على لخدمات التي تعتبر Medicaid فيها لا عبار رئيسياً في السوق

2- قابلية البقاء على المدى الطويل في صناعة الرعاية الصحية دائمة التطور

3. القدرة على المساهمة في قياس جودة المستشفى

4. الألفة والخبرة المستخدمة في الصناعة

4- بناء المجموعات المتجانسة للمرضى

بدأت عملية تشكيل مجموعات متجانسة بتقسيم جميع التشخيصات الرئيسية الممكنة إلى 23

مجموعة تشخيص رئيسية يشار إليها باسم فئات التشخيص الرئيسية (MDC)

تم تشكيلها كخطوة أولية لمن قبل الجانا لأطباء نحو ضمان أن تكون المجموعة متماسكة سريريًا.

تتوافق التشخيصات في كل فئة بشكل عام بتخصص طبي معين وبالتالي يمكن أن تحافظ على متطلبات التماسك السريري، لا يمكن أن تحتوي أي

مجموعة علم مرضية ذات تشخيصات مختلفة. بشكل عام، تم إنشاؤها لتتوافق مع نظام الأعضاء الرئيسية

(على سبيل المثال، الجهاز التنفسي، والدورة الدموية، والجهاز الهضمي) بدلاً من المسببات

(مثل الأورام الخبيثة والأمراض المعدية).

بمجرد تحديد فئات التشخيص الرئيسية، تم تحديد خصائص المرضى الإضافية في كل فئة

والتي سيكون لها تأثير ثابت على استهلاك موارد المستشفى.

نظرًا لوجود إجراء جراحي يتطلب استخدام غرفة العمليات سيكون لها تأثير كبير على نوع موارد المستشفى

(على سبيل المثال، غرفة العمليات، غرفة الإنعاش، التخدير)

التي يستخدمها المريض، تم تقسيم معظم الفئات البديلة للمجموعات طبية ومجموعات جراحية،

إن التمييز الطبي الجراحي مفيد أيضًا في زيادة تحديد التخصص السريري المعني.

تعتبر المريض جراحياً إذا أجرى عملية تتطلب استخدام غرفة العمليات.

نظراً لأن بيانات المريض المتاحه بشكل عام لا تشير بدقة إلى ما إذا كان المريض قد تم نقلها إلى غرفة العمليات، فقد تم تحديد المرضى الج

راحين بناءً على إجراء التثبيت جراحياً.

صنفت لوحات الأطباء كل مزا جراحاً محتمل بناءً على ما إذا كان سيتم تنفيذ الإجراء في معظم المستشفيات تغير غرفة العمليات،

والجدول التالي يوضح فئات التشخيص الرئيسية

الجدول رقم 05: فئات التشخيص الرئيسية

01	اضطرابات في الجهاز العصبي
02	اضطرابات العين
03	آلام الأذن والأنف والحنجرة والفم والأسنان
04	اضطرابات في الجهاز التنفسي
05	اضطرابات في الدورة الدموية
06	اضطرابات في الجهاز الهضمي
07	أمراض الجهاز الهضمي والبنكرياس
08	أمراض وإصابات الجهاز العضلي الهيكلي والنسيج الضام
09	الجلد والأنسجة تحت الجلدية والثدي
10	أمراض الغدد الصماء الأمراض الأيضية وأمراض التغذية
11	أمراض الكلى والمسالك البولية
12	أمراض الجهاز التناسلي الذكري
13	أمراض الجهاز التناسلي الأنثوي
14	الحمل ، الولادات وظروف ما بعد الولادة
15	الأطفال حديثي الولادة والأطفال يعانون من ظروف ونشأة فقيرة الولادة
16	اضطرابات الدم والأعضاء المكونة للدم

17	أمراض اضطرابات التكاثر النقي، والأورام ضعيفة التمايز
18	الأمراض المعدية والطفيلية
19	الأمراض والاضطرابات العقلية
20	الاضطرابات العقلية العضوية المتعلقة أو الناجمة عن تعاطي المخدرات
21	الصدمة والحساسية والتسمم
22	الحروق
23	العوامل التي تؤثر على الوضع الصحي والأسباب الأخرى للجوء للخدمات الصحية
24	الجلسات والإقامة لمدة أقل من 24 ساعة
25	الأمراض الناجمة عن الإصابة بفيروس نقص المناع البشرية
26	صدمة متعددة خطيرة
27	عمليات زرع الأعضاء
28	الجلسات
90	الأخطاء والإقامات الأخرى غير المصممة

المصدر: manuel des groupes homogènes de malades, ministère des affaires sociales et de la santé, volume 1, présentation et annexes générales, mise à jour au 1mars 2014

ثانيا: حساب التكلفة

في سياق التسعير على أساس الأنشطة يعتبر قياس التكلفة مسألة ضرورية ومهمة، ففي فرنسا تحتل هذه المسألة مكانة حاسمة في تنظيم مقارنات التكاليف بين المستشفيات العامة وكذلك في النقاش حول التقارب بين القطاعين العام والخاص، سواء من حيث جمع البيانات أو من حيث التحليل المقارن للتكاليف بين المؤسسات في نفس القطاع وبين القطاعات.

1- أهمية حساب التكاليف

الطريقة المستخدمة لقياس التكاليف لها تأثير كبير على النتائج خاصة فيما يتعلق بأداء المستشفيات لذلك يجب أن يكون من الممكن تحديد التكاليف المرتبطة بالعلاج في المستشفى بشكل صحيح، قد يكون هناك فرقي التكلفة بين المستشفيات ولكنه لا يعكس فقط الاختلافات الفعلية في التكاليف وإنما يعكس أيضا الاختلافات في أنماط المحاسبة لتكاليف الإقامة¹.

لذلك من المهم التأكد من أنه يمكن تحديد فروق التكلفة التي تعكس الاختلافات في "الممارسة السريرية" التي لها ما يبررها، ومن المهم أيضا القدرة على التمييز بين التكاليف المتغيرة الناتجة عن الرعاية المباشرة التي يتلقاها المريض والتي يمكن للمستشفى التحكم فيها أو ضبطها ، والتكاليف الثابتة التي لا يتوفر لها مجال كبير للمناورة.

2-أسباب اختلاف التكاليف بين المستشفيات يرجع التباين في التكاليف المرصودة إلى اختلافات في

المنهجيات المستخدمة لحساب هذه التكاليف العنصران الرئيسيان للمنهجية هما²:

-مستوى الدقة التي تحدد بها التكاليف ، إما على المستوى الكلي (الإجمالي) أو على المستوى الجزئي (حساب التكلفة الجزئي) ففي نموذج تقدير التكاليف الكلية ، يتم حساب التكاليف من بيانات المحاسبة بالمستشفى على مستوى إجمالي ، بينما في نموذج التكلفة الجزئية يتم قياس جميع محددات التكلفة على أكثر مستوى تفصيل ممكن.

يعتبر نموذج التكلفة الدقيقة أعلى من حيث قياس مكونات التكلفة التي من المتوقع أن تتغير بشكل كبير بين المرضى والخدمات التي لها حصة كبيرة من تكاليف الموظفين ولكن، من الناحية العملية غالباً ما

¹Delattre E., Dormont B., McClellan M. and Milcent C. (2001), **Systèmes de tarification et évolutions de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis** – Texte Intégral. Document de travail Drees, 2001.

²Tan S.S., Rutten F.F.H, van Ineveld B.M, Redekp W.K and Hakkaart-van Roijen L (2009) **Comparing Methodologies for the Cost Estimation of Hospital Services**, *The European Journal of Health Economics*, 10:39-45

تستخدم الطرق الوسيطة التي تجمع بين هذين الأسلوبين، لضمان الاستفادة القصوى من المعلومات التي يتم جمعها على المرضى.

-طريقة تخصيص التكاليف لمختلف الخدمات، والتي يمكن تحقيقها وفقاً لمنهجين:

المنهج التنازلي من أعلى لأسفل يتم توزيع التكاليف أولاً على الخدمات ثم على الإقامة باستخدام مفتاح التوزيع ، مما يؤدي في النهاية إلى متوسط التكلفة لكل مريض ، تعتمد ملائمة هذه الطريقة على دقة البيانات المالية وخاصة تحديثها.الميزة الرئيسية لهذا النهج هو تجنب الكثير من الاستثمار في نظم المعلومات المحاسبية. من ناحية أخرى ، هذه الطريقة لها حدود معينة لأن التكاليف يتم توزيعها وفقاً لمفتاح التوزيع المحدد مسبقاً (أوزان الخدمة)

بالمقابل في المنهج التصاعدي من أسفل إلى أعلى يتم حساب التكاليف من خلال تحديد الموارد الفعلية المستخدمة لكل مريض مما يؤدي إلى تكلفة وحدوية لكل مريض. وهذا يتطلب نظام معلومات محاسبي مفصل للغاية ليحسب جميع جوانب الرعاية المقدمة أثناء الإقامة.

يتم حساب تكاليف الإقامة من البيانات على مستويات المرضى التي تم تجميعها بواسطة طريقة تصاعدية يقوم هذا النوع من النموذج بتجميع جميع المعلومات المتاحة على مستوى المريض عن طريق التخصص الطبي في مراكز التكلفة المخصصة لهذا العمل (مراكز التكلفة).

يهدف هذا النوع من النمذجة إلى تحسين دقة قياس تكاليف المرضى مقارنة بالطرق التي يتم بها توزيع التكاليف على المرضى على أساس فترات الإقامة.

3- كيفية حساب متوسط التكلفة الوطنية: في فرنسا ، يتم جمع معلومات عن التكلفة من المستشفيات العامة التي شاركت في النسخ المتتالية من دراسة التكلفة الوطنية (ENC) حيث يكون تجميع التكاليف بشكل أساسي بناء على الأسلوب التنازلي (من أعلى لأسفل)

من خلال القيام بمسح سنوي تقوم به الوكالة الفنية للمعلومات عن الاستشفاء (ATIH) على عينة من المستشفيات ، تم اختيارها على أساس معايير التمثيل لنشاط المستشفى المعني يتيح هذا المسح إمكانية تحديد العلاقة بين النفقات التي يتكبدها المستشفى ونشاط الاستشفاء الخاص به، المصنف على أنه مجموعة متجانسة من المرضى (GHM).¹ بفضل البيانات التي تم جمعها من المستشفيات، يتم إنشاء معيار التكلفة الوطنية الذي يحتوي على متوسط تكاليف الإقامة لكل مجموعة من GHM وتستخدم بشكل خاص كأساس لتطوير تعريفات المستشفيات

4- منهجية تقدير متوسط التكلفة الوطنية تزود المستشفيات الوكالة الفنية للمعلومات عن الاستشفاء

بنوعين من البيانات: معلومات محاسبة التكاليف ومعلومات عن إقامة المرضى في المستشفى من البرنامج الطبي لنظام المعلومات (PMSI).

نجد في الرسوم الناتجة عن محاسبة التكاليف الرسوم المباشرة، والتي يتم تحميلها مباشرة على الإقامة (الأدوية، الأطراف الصناعية، الأجهزة الطبية، منتجات الدم)

والتكاليف غير المباشرة، التي يتم تحميلها مقابل الإقامة من خلال منهجية محددة:

1- جميع المصاريف السنوية غير المباشرة للمنشأة مقسمة إلى 4 أقسام تحليلية²

¹HCAAM (2005), *Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie*, Document de travail sur l'hospitalisation, novembre 2005. france.

²Or Z., Renaud T. et Com-Ruelle L. (2009), 'Les sources de variation des coûts hospitaliers réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public

الخدمات اللوجستية والإدارة العامة (علسبيلامثال: رسوم خدمات الفنادق)، الخدمات اللوجستية الطبية (علسبيلامثال: التعقيم، اليقظة)، الأنشطة السريرية (علسبيلامثال: نفقات الموظفين الطبيين) وأخيراً المرافق الطبية التقنية (علسبيلامثال: الرسوم للأشعة أو الإنعاش).

2- ثم يترتب التكاليف غير المباشرة الموزعة بهذه الطريقة بالإقامة باستخدام موحد انقياس النشاط.

3- أخيراً، بعد إرسال المؤسسات لتكاليف الإقامة، تشرع الوكالة الفنية للمعلومات عن الاستشفاء

في إعادة المعالجة من بيانات البرنامج الطبي لنظام المعلومات الخاصة بكل مستشفى

وتطبقوا عدم محددة لتقييم البيانات وتصحيحها للحصول على تكاليف كل GHM على مستوى كل

مستشفى معلنا المستوي الوطني.

في نهاية كل سنة تشرع الوكالة الفنية للمعلومات عن الاستشفاء بقيم التكلفة الوطنية، حيث

يمكن للمستشفيات مقارنة تكاليفها بمتوسط التكلفة الوطنية مما يسهل استخدامها في التقييم الاقتصادي الصحي للمستشفيات.

ثالثاً: تحديد أسعار المجموعات المتجانسة للمرضى

مستوى السعر أو التعريف لمختلف المجموعات هو عنصر أساسي في عمل التسعير على أساس الأنشطة

المبدأ الأساسي للانتقال من التكاليف إلى التعريفات هو ربط كل مجموعة من GHM بسعر أو تعريف

معينة، تختلف طريقة التسعير من بلد إلى آخر، تستخدم بعض البلدان متوسط التكاليف كمرجع سعر

فيما تضع دول أخرى معايير أكثر طموحاً مثل متوسط التكلفة لـ 10٪ من المستشفيات الأكثر كفاءة،

في فرنسا وإنجلترا مثلاً تعكس الأسعار متوسط التكاليف في معظم الحالات¹.

etprivé', Document de travail Irdes, mai

¹ Cash R., Grignon M. et Polton D. (2003), "L'expérience américaine et la réforme de la

1- مبدأ التسعير:

يعتبر تحديد مستوى التعريف المناسبة لكل GHM تحدٍ كبير لآلية التسعير على أساس الأنشطة، فإذا كانت الأسعار منخفضة للغاية من الواضح أن المستشفيات الأكثر تكلفة لن تكون مزودة بما يكفي لتغطية تكاليف الإنتاج، مما قد يؤدي إلى عجز في المستشفى، وتخفيض في الخدمات ومشكلات الوصول. ولكن إذا كانت الأسعار مرتفعة للغاية، فستزيد نفقات التأمين الصحي لصالح المستشفيات الأقل تكلفة، علاوة على ذلك ، ومن أجل أن لا تؤثر سياسات الدفع هذه سلبيًا على الوصول إلى الرعاية في المستشفيات أو تعيق جودة الخدمة ، لاسيما تطوير ونشر التكنولوجيا الجديدة، تشجع آلية التسعير على أساس الأنشطة المشاركة في برامج تحسين الجودة عن طريق تخفيض الأسعار للمستشفيات التي لا تنتج مؤشرات الجودة المطلوبة، بالإضافة إلى ذلك لن يتم الدفع مقابل الإقامة الناتجة عن عدم جودة العناية، مثل عدوى المستشفيات¹.

2- أهداف التسعير: يهدف ربط الخدمات الصحية ضمن كل مجموعة من المجموعات المتجانسة للمرضى لتحقيق جملة من الأهداف تتمثل في²:

- يتم تصميم الأسعار واستخدامها لتغيير سلوك المستشفيات عن طريق جعل أنواع معينة من الأنشطة أكثر حوافز (مالياً) من غيرها. على سبيل المثال ،في إنجلترا ، يتم تعديل الأسعار لتثبيط الاستشفاء التقليدي وتشجيع الجراحة الخارجية للمرضى.

tarification hospitalière en France", Commentaire de l'article de J. Newhouse, *Economie Publique* n°13, 3-15.

¹ Ibid

² Delattre E., Dormont B., McClellan M. and Milcent C. (2001), Systèmes de tarification et évolutions de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis – Texte Intégral. *Document de travail Drees*, 2001.

-ضبط الأسعار لتعكس الاختلافات في جودة الرعاية المقدمة بشكل أفضل خاصة وأن معظم محددات الجودة ترتبط بعملية الرعاية لذلك من الممكن تحسين هذه العملية من خلال الحوافز المالية .

-توفير حوافز أفضل لدفع أنواع معينة من الأنشطة مثل: إعطاء الأولوية للعلاجات التي لها تأثير أكبر على الحالة الصحية، أو منح التمويل لغرض تحسين الجودة.

-علاوة على ذلك ، هدف آلية التسعير على أساس الأنشطة هو بالضبط تغيير هيكل الإنتاج في السوق لتحسين الكفاءة فأفضل المستشفيات أداءً يتم تشجيعها على الاقتراب من أقل مستوى من التكاليف لضمان فائض ربح، أما أصحاب الأداء المنخفض فيسعون إلى تحسين الكفاءة الفردية و تخفيض التكلفة للحد الأمثل.

المطلب الثاني: البرنامج الطبي لنظام المعلومات (PMSI) الأداة الرئيسية للعمل

يعتبر البرنامج الطبي لنظم المعلومات حجر الأساس ضمن آلية التسعير على أساس الأنشطة، باعتبار أنه أداة ربط بين المستشفيات والجهات الممولة يقوم بدور الوسيط بين الجهتين، من خلال توفير البيانات والمعلومات الضرورية التي تسهل عمل المستشفى في وصف نشاطه من جهة وتقديم ما يبهر حصوله على تمويل هذه الأنشطة من جهة أخرى .

أولاً: ماهية البرنامج الطبي لنظم المعلومات (PMSI) وهو عبارة عن قاعدة بيانات إدارية طبية يقوم المستشفى من خلالها بسرد جميع الإقامات والعلاجات المنفذة من أجل إبلاغ الدولة والتأمين الصحي بالنشاط الطبي المقدم¹

تم استنباط برنامج المعالجة الطبية لنظام المعلومات بفرنسا بداية الثمانينيات من القرن الماضي من طرف البروفيسور روبرت فيتر (جامعة ميل) طريقة المجموعات ذات الصلة بالتشخيص التي تم تطويرها في الولايات المتحدة من طرف البروفيسور روبرت فيتر (جامعة ميل)

¹ Lenay, O., & Moisson, J. C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue française de gestion*, (5), 131-141

من احتواء أجل

مشتقات الإنفاق الصحي¹، والذي يكون من تصنيف الإقامة في المستشفى في مجموعاتهم المرضية الذين لديهم استهلاك رعاية متجانس من أجل حساب مخصصات الميزانية الناتجة.

منذ عام 2005، بدأ استخدامه

لأغراض التسعير مع تنفيذ التسعير على أساس النشاط الذي أدخل نظاماً جديداً المكافآت للمستشفيات على أساس النشاط الطبي المنفذ.

نظرًا لأن هذه الأخير يتم دفع أجرها على أساس المعلومات الواردة من البرنامج الطبي لنظم

المعلومات، فقد أصبحت أداة إدارة أساسية للمستشفيات التي تمول من خلال آلية التسعير على أساس الأنشطة.

لذا البرنامج مهمة مزدوجة فمن جهة يزود المستشفيات برؤية واضحة حول أنشطته، ومن جهة أخرى

يربط التمويل مع طبيعتها وحجم هذه الأنشطة خاصة

اكتما للوجود وترميز المعلومات التي تحدد فواتير الأنشطة الطبية وبالتالي تمويل المستشفيات².

ثانياً: مبدأ عمل البرنامج الطبي لنظم المعلومات

يعتمد البرنامج الطبي لنظم المعلومات على نظام موحد لجمع المعلومات الطبية والإدارية،

والتي يتم جمعها بشكل منهجي وتتضمن معالجتها تلقائياً، ثم تخضع لمراقبة الجودة على اختيار عشوائياً للسجلات الطبية³،

تتعلق بيانات البرنامج الطبي لنظم المعلومات

¹Colin C. (2000). **Le PMSI pour comparer les hôpitaux, quels indicateurs, quelle méthode, quelle utilisation ?**, acte de colloque, 16 et 17 juin.

² Ibid

³Lebraty, J.-F., Puidupin, A., (2007), « **Information, cognition et décision: le cas du projet CORTIM** », **Management, systèmes d'information et connaissances tacites**, Hermes (Ed.), p. 95-113

بإقامة المستشفى تقيودات أطباء الجراحة والتوليد وطب الأسنان، فيوحدات الرعاية اللاحقة وإعادة التأهيل وفي استشفاء المنزل
ي، وفي الطب النفسي وفي حالات الطوارئ.

يتم نشر الإحصائيات لإجمالية من البرنامج عبر الإنترنت من قبل وكالة الفنية للمعلومات حول الاستشفاء (ATIH) هذه
الإحصائيات تسمح بإجراء تحليلات وصفية عامة من حيث عدد الإقامات والجلسات، حسب السنة وفئة المستشفى. تتعلق هذه
الإحصائيات بما يلي¹:

- عدد الإقامات مقارنة بعدد الجلسات حسب فئة التشخيص الرئيسية (CMD) أو المجموعات المتجانسة
للمرضى (GHM).

- التوزيع الجغرافي لنشاط المستشفى.

- التدفقات الإقليمية لنشاط المستشفى.

- الخصائص بواسطة المجموعات المتجانسة للمرضى (عدد الإقامات، مدة الإقامة، معدل الوفيات، متوسط
عدد التشخيصات والإجراءات الطبية).

كما تسمح الوكالة الفنية للمعلومات حول الاستشفاء بالحصول السنوي على قاعدة البيانات الوطنية الخاصة بالبرنامج
والتي يمكن من خلالها ربط المعلومات لإجراء تحليلات أكثر تعقيداً مثل تقدير تواتر علماً لأمراض في عدد معين من المرضى.

ثالثاً: طبيعة البيانات التي تم جمعها وفقاً لقاعدة بيانات PMSI

عندما يتم إدخال المريض إلى المستشفى، يتم جمع المعلومات الطبية والإدارية بشكل منهجي عن المؤسسة التي يتردد عليها.

- قد يتم قبول المريض في وحدة طبية واحدة (mono-RUM RSS) أو في العديد من الوحدات الطبية (multi-

(RUM RSS).

¹ Colin C. op cit

- تشكل كل هذه المعلومات ملخصاً لإخراج القياسي (RSS)
- ، الذي يكون في حد ذاتهم ملخصاً واحداً وأكثر للوحدات الطبية (RUM).
- ثم يتم تصنيف RRS تلقائياً في DRG باستخدام خوارزمية قياسية. التشخيص الأساسي (PD)
- هو المعيار الأول المستخدم لتوجيه RSS في DRG.
- يتم إعطاء PD بواسطة CMD الذي يتم إنشاؤه وفقاً للتصنيف للأمراض الدولية (الملحق 3).
- ثم تتدخل المستويات الأخرى لتحسين التصنيف (نوع الفعل، درجة الخطورة، إلخ).
- لضمان سرية البيانات الشخصية، يتم بعد ذلك إخفاء هوية بيانات RSS من خلال عملية آمنة تسمى FOIN
- (وظيفة إخفاء المعرف الاسمي) والتحويل RSS إلى ملخصات إخراج مجهولة (RSA).
- يسمح كل تخصيص RSA في DRG بتعيين سعر مرتبب بنشاط الرعاية المنفذ

جدول رقم 06: معلومات تطبيقية وإدارية من قاعدة بيانات PMSI

المعلومات الإدارية	المعلومات الطبية
- معرف أبجدي رقمي للإقامة	- التشخيص (التشخيص الرئيسي والتشخيصي)
- رقم المنشأة (FINESS)	- التشخيص المرتبط
- تاريخ الميلاد	- أعمال طبية
- جنس تذكر أو تأنيث	- أنواع قياس الجرعات أو الآلة فيها
- الرمز البريدي للسكن	- العلاج الإشعاعي
- رقم الوحدة الطبية	

<p>- مواعيد وطرق الدخول والخروج.</p> <p>الأصل والوجهة</p> <p>- عدد الجلسات</p>	<p>- الوزن عند الدخول إلى الوحدة الطبية</p> <p>مولود جديد</p> <p>- سن الحمل للأم والوليد</p> <p>تاريخ آخر فترة قلأم</p> <p>- مؤشر شدة مبسط (IGS II)</p> <p>- بيانات وثائقية</p>
--	---

المصدر : Colin C. (2000). **Le PMSI pour comparer les hôpitaux, quels**

indicateurs, quelle méthode, quelle utilisation ?, acte de colloque, 16 et 17

juin.

ملاحظة: من أجل حماية البيانات الشخصية، لا يمكن استخراج بعض المتغيرات (علسيبيال مثال: الرمز البريدي للإقامة)

وبعض المعلومات متوفرة جزئياً فقط عدة البيانات الوطنية PMSI يمكن الوصول إليها من قبل أطراف ثالثة

(علسيبيال مثال التاريخ الميلادي يقتصر على سنة الميلاد).

ثالثاً: مبادئ البرنامج الطبي لنظم المعلومات يعمل البرنامج الطبي لنظم المعلومات ضمن المبادئ

التالية¹:

1- التزام المستشفى بتحيث

ينص قانون الصحة العامة على أن المستشفى ملزم بالحصول على الوسائل الكافية لإجراء تقييم لنشاطها في بداية تقديم الرعاية،

¹ Krief, N. (2005). L'impact de la tarification à l'activité sur le lien social à l'hôpital: étude du "Plan Hôpital 2007". In *Communication, 16e conférence de l'AGRH, Paris Dauphine*.

وتنفيذ أنظمة المعلومات التي تخفي اعتباراً أمراضاً معينة وطرق العلاج مجتمعة وتحسين المعرفة وتقييم النشاط والتكاليف وتعزيزت
حسين عرض الرعاية الصحية.

2-تقوم

المستشفيات بتبني لىفومعالجة البيانات التي تظهر في الملفات الطبية التي يجمعها، لكل مريض، من قبل ممارس المسؤول عن الضوابط
الطبية أو التقنية أو من قبل ممارس الذي يقدم الرعاية للمريض، والتي تمارسها إلى الطبيب المسؤول عن المعلومات الطبية للمستشفى
·ى

3-احترام السرية الطبية وحقوق المرضى، ومن جل

ذلك فإن الممارس المسؤول عن قسم المعلومات الطبية هو طبيي عينهم مدير المستشفى بعد استشارة اللجنة الطبية أو المؤتمر الطبي .

4-

الممارس المسؤول عن الهيكل الطبي والطبي والتقني والممارس الذي يقدم الرعاية هو الضامن، فيما يتعلق بشمولية وجودة المعلومات
مقدمة للمعالجة إلى الطبيب المسؤول عن المعلومات الطبية في المستشفى، هذا الأخير ينصح الممارس ينشأ إنتاج المعلومات.
يضمن جودة البيانات التي يقارنها حسب الحاجة مع الملفات الطبية والملفات الإدارية

5-يحقل ممارسها المستشفى الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالرعاية التي قدموها والتي تم تقديمها من قبل الهيكل الطبي والفني وتلقينها نجمع معالجة هذه المعلومات بانتظام.

6-

يخضع الأطباء المسؤولون عن جمع البيانات الطبية الاسمية ومعالجة الملفات التي تحتوي عليها البيانات لتاللتزام بالسرية الطبية
التامة.

7- مبدأ تسلسل البيانات يتم تنفيذ إجراء تسلسل البيانات باستخدام رقم تسلسل مجهول (معرفة مريض فريد ومجهول).
يسمح بربط معلومات إقامة واحدة أو أكثر في المستشفى لنفس المريض، تتم علمدعاماً وأكثر، في مستشفى واحد أو أكثر،
ويمكن استخدامها لتقدير وتيرة المرض من حيث عدد المرضى عادقبناء أنواع الرعاية في المستشفى للمريض.

المبحث الثالث: دور التسعير على أساس الأنشطة في تفعيل التوجه التسويقي

إذا طرحنا التساؤل التالي مالذي يحفز المستشفى العمومي لتبني التوجه التسويقي أو بعبارة أخرى كيف نجعل المستشفى العمومي يسعى إلى جذب أكبر عدد من المرضى و يعمل على نيل رضاهم.

يمكننا القول أن هناك سببين رئيسيين لذلك يتمثلان في ما يلي:

- وجود المستشفى العمومي في سوق تسوده المنافسة على العملاء.

- ارساء أدوات الإدارة العمومية الحديثة وحوكمة المستشفيات

-

في حقيقة الأمر أن العنصرين مرتبطين ارتباطاً وثيقاً، وكل عنصر هو نتيجة حتمية للعنصر الذي يسبقه ، غير أننا سنتناول التطرق لكل عنصر على حدا مع التركيز على علاقة التسعير على أساس الأنشطة مع العناصر السابقة .

المطلب الأول: دور التسعير على أساس الأنشطة في خلق المنافسة على العملاء بين المستشفيات العمومية

يرجع الكثير من المفكرين ظهور التوجه التسويقي والانتقال من المفهوم البيعي إلى المفهوم التسويقي إلى التغييرات التي حصلت في التوازنات بين العرض والطلب ففي المرحلة الأخيرة أين تجاوز المعروض من

السلع الطلب بشكل كبير كان التوجه التسويقي قد ولد فعلا، وأصبحت وظائفه ذات أهمية خاصة، لأن المنظمات أصبحت تعي أن أي تطور لا يمر عبر إرضاء المستهلكين لن يكتب له أي نجاح.

إن تزامن التوجه التسويقي مع اقتصاديات السوق يدل على أن اشتداد المنافسة على كسب العملاء أحد الأسباب المهمة لنشأة وظهور التوجه التسويقي والذي فرض على المنظمات أن تلتف حول زبائنها. لذلك تعتبر المنافسة على إرضاء العملاء من أهم مداخل تبني التوجه التسويقي.

أولاً: المنافسة في القطاع الصحي

لطالما عارض الأطباء ومهنيو الصحة وضع المستشفيات في أسواق تنافسية لاعتبارات أخلاقية، بحجة أن مدخلات إنتاج الصحة هي الإنسان ومخرجاته كذلك هي الإنسان، لذلك لا يمكن وضعها موضع منافسة بين المستشفيات، ودعم هذه المواقف أنصار النظرية البيروقراطية .

غير أن الاخفاقات المتتالية للنظرية البيروقراطية وفشلها في أخراج المستشفيات العمومية من مشاكل التسيير وتدهور الأداء من جهة ونجاح القطاع الخاص في تحسين كفاءة خدماته وخدمة عملائه وتحقيق رضاهم، دفع بالكثير من الدول الى اتباع منهاج تنظيمي يعارض الإدارة البيروقراطية ويكرس المنافسة بين المستشفيات، وهو المبدأ الذي تم اختياره لإصلاح المستشفيات العامة ورأب الخلل الذي عانت من لقرون عدة ، اتخذ هذا المنهج شكل آلية التسعير على أساس الأنشطة .

لا يمكن تجاهل المزايا التي تقدمها المنافسة للمنظمات، فمن المسلم به أن المنافسة على خدمة العميل وإرضائه والتي تعد شكلا من المنافسة غير السعرية تختلف كليا عن الأشكال الأخرى من المنافسات مثل منافسة المنتج، حيث تميز المنظمات علاقات تجارية، خصائص منتج حقيقي (جودة) مختلف لذلك فان المنظمات ستحاول في السياقات التنافسية التي تتسم بالمنافسة المرتفعة على المنتجات واكتساب العملاء

والاحتفاظ بهم فى أسواقها من خلال التأكيد على تفرد خصائص منتجاتهم و تحسين جودة المنتجات وتكييفها حسب رغبات العميل(المنتجات الأساسية بالإضافة إلى الخدمات المتعلقة بالعميل) (الاحتياجات ومتطلبات العملاء).

استنادا إلى نموذج تسويق العلاقات أصبحت منافسة خدمة العملاء متغيرهام ومؤثر فى المنافسة بين المنظمات ويمكن تعريفها على أنها نزوع المنظمات لتصميم خدماتها وفقا لاحتياجات العملاء الفردية وذلك فى السياقات التنافسية التى تتنافس فيها المنظمات بشكل أكبر على تخصيص العروض مثل تمايز الأسعار القائم على علاقة العملاء ، حملات التسويق المباشر المصممة حيث تعتبر المنافسة فى خدمة العملاء فى كل ماسبق مرتفعة أما فى السياقات التنافسية حيث يكون التمييز قليل أو معدوم فيما يتعلق بالسعر / مستويات الخدمة... الخ عبر علاقات العميل فتكون منافسة خدمة العملاء ذو مستوى أقل¹ .

تسعى المنظمات ضمن المنافسة غير السعرية الى تمييز منتجها أو خدماتها على المنتجات المنافسة على أساس ميزات مثل التصميم وجودة الخدمة والتوزيع الشامل، أو التركيز على العملاء، أو أي ميزة تنافسية مستدامة أخرى غير السعر.

ومن هذا المنطلق تساهم المنافسة فى تحقيق جملة من المزايا أهمها²:

-تعزيز الكفاءة فى العمل فالمنافسة تعمل مثل حافز قوي للعمل بأفضل طريقة، كما انها تجبر المستشفى على استغلال موارده أفضل استغلال وعلى التفكير بطرق مختلفة والبحث عن أكثر الطرق فعالية للخروج بأقل خسائر ولتحقيقفائض .

على الجوهري رمضان، أثر نوع وكثافة المنافسة على درجة تعقيد نظام محاسبة العملاء، دراسة تطبيقية على الشركات المقيدة بالبورصة المصرية، المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية ، مجلد 2، عدد2، جوان 2021، ص690-741.
²نفس المرجع .

-أهم مميزات المنافسة العمل على الابتكار والتطوير باستمرار لابقاء العملاء دائما على قدر من الولاء للمستشفى.

-المنافسة تشجع المستشفى أكثر على تطوير خدمة العملاء، وفهم احتياجاتهم ومتطلباتهم في الخدمة التي يتلقونها ، فالمنافسة تجعل العميل يحصل على منتجات تتطور باستمرار لإرضاء احتياجاته، مميزات مختلفة لكل منتج، وتحقيق متطلباته لكسب ثقة أكثر من المنافسين الآخرين.

-مع انعدام المنافسة يندم الحافز الحقيقي لتطوير الخدمة ، لذلك فالمنافسة تحفز المستشفى وتجعله في حالة دائمة من التفكير بطريقة مختلفة والبحث عن أفكار خارج الصندوق لأن الابتكار هو الحل الوحيد للبقاء والخروج من الأزمات بطريقة استمراريته.

-حسب المنطق الاقتصادي، تدفع المنافسة إما إلى خفض الأسعار أو رفع مستوى الجودة. ولكن مع الإجراءات الطبية المنظمة من حيث التكلفة، فإن المعادلة أكثر وضوحاً، الترتيب السنوي لأفضل المستشفيات، التنافس بين المستشفيات العامة، التنافس على توظيف المتخصصين والجراحين. المنافسة قائمة، حتى في قطاع اجتماعي مثل المستشفى. في الاقتصاد العام، ينتج عنها تأثيرات إيجابية، أهمها خفض التكلفة وبالتالي سعر المنتج.

ثانياً: تفعيل المنافسة من خلال آلية التسعير على أساس الأنشطة

تساهم آلية التسعير على أساس الأنشطة في تفعيل المنافسة بين المستشفيات العامة من خلال ما يلي

-توفير رعاية بميزانية خاضعة للرقابة وجودة أفضل هي التي تدفع السلطات العامة إلى تغيير سلوك المستشفيات وتركيز عملها على الأداء والربحية.

-مع التسعير المستند إلى النشاط وقيود الميزانية يتزايد إدخال أدوات الإدارة الحديثة .

-يتم تشجيع المستشفيات العامة على الحصول على أدوات التحكم في الإدارة من خلال إجبارها على التفكير في نشاطها من حيث الكفاءة من أجل إدارة أفضل ، وتحسين العمليات ، وتكون أكثر إنتاجية.

-أدى التسعير على أساس الأنشطة إلى تطوير أدوات الرقابة الإدارية ، باستخدام مؤشرات أكثر فعالية ، والمزيد من المراقبة المحلية ، وبالتالي ، فإن هذه التعليمات الخاصة بإدارة أكثر كفاءة تدفع المستشفيات إلى قياس نشاطها وتكاليفها ودخلها أكثر فأكثر بطريقة جديدة.

-قدم التسعير على أساس النشاط حافزًا لتطوير أدوات الإدارة من خلال متطلبات الكفاءة التي يستحثها ليصبح نظام التصنيف أدق ويوفر الحاجة إلى التفكير في العلاقة بين النشاط الطبي والموارد المستهلكة.

في الواقع ، فإن هذه الآلية ، من خلال فرض المنطق الاقتصادي على المستشفيات و وضعها في منافسة مع بعضها ومع القطاع الخاص، يجبرها بشكل متزايد في استخدام أدوات التحكم في الإدارة، مثل لوحات المعلومات والتقاط الأبعاد المختلفة للأداء من خلال مزيج من المؤشرات الاقتصادية والطبية

المطلب الثاني: التسعير على أساس الأنشطة و إرساء مبادئ الإدارة العامة الحديثة

تعتبر الإدارة العامة الحديثة رد فعل على عدم قدرة الإدارة العمومية التقليدية في التكيف مع متطلبات اقتصاد السوق التنافسي، وإذا كان التحكم في التكاليف هو السبب الرئيسي في تبني هذا المفهوم ، فإن مبادئ التنافسية و إدارة القطاع الخاص تشكل جوهر هذا المفهوم.

كما تطرقنا في الفصل الأول فإن اتجاه الإدارة العامة الجديدة يشكل إحدى السمات البارزة للمستشفى العمومي الحديث فهو يساهم بشكل كبير في تعديل إدارة الخدمات العامة من خلال تطبيق أساليب الإدارة. أصبح مريض المستشفى عميلا وليس مجرد مستهلك للخدمات. وقد أدى ذلك إلى مجموعة من الإصلاحات، تهدف إلى الاستجابة للتطورات المجتمعية والتقنية وقبل كل شيء لمتطلبات إرضاء العميل

أولاً: مكانة العميل ضمن مبادئ الإدارة العامة

إن اللجوء إلى أدوات الإدارة الحديثة للقطاع الخاص أصبح أمراً لا مفر منه بعد أن أثبتت أدوات التسيير التقليدي إخفاقاتها المتكررة في تحقيق أهداف المنظمات الحكومية ، بسبب سعيها إلى احترام القواعد والإجراءات القانونية أكثر من سعيها إلى الحصول على رضا الزبائن الذين يستفيدون من خدماتها، غياب مؤشرات الأداء في الرقابة بالإضافة إلى تركيز الميزانية على الوسائل أكثر من تركيزها على الأهداف، فرض إعادة بعث مستشفى عمومي يعمل بشكل أفضل من خلال إحداث قطيعة مع الإجراءات الرسمية العقيمة، والتحول من الأنظمة التي تسمح للجماهير بالمساءلة على أساس القواعد إلى أنظمة أساسها المسائلة على أساس النتائج المحققة، تبدأ بتقليص البيروقراطية وتحجيم دورها، إرساء مبادئ المنافسة والاعتماد على قوى السوق، وخلق بيئة مناسبة لنمو الأفكار الخاصة. إلى جانب التركيز على تمكين العاملين بدلاً من التركيز على الخدمة في حد ذاتها، تدعيم اللامركزية و المشاركة العامة، الابتكار واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

وقبل كل هذا كخطوة أولى، وضع رضا الزبون أولوية أولى، والعمل على تمكين الموظفين من الحصول على نتائج مرضية. من أجل لذلك تدعو مبادئ الإدارة الحديثة إلى¹ :

1- ضرورة وضع مؤشرات للأداء الجيد و تنميط العمليات ، وخلق ميكانيزم للتحفيز وتطوير الرقابة ، وتقييم العاملين.

2- إضفاء نوع من المنافسة على المؤسسات العمومية من أجل ضمان تحسين فعاليتها وبالتالي الإبداع والابتكار وتطوير الخدمات العمومية وتحقيق رضا المنتفعين بها.

¹Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P. (1999). *La performance organisationnelle des organismes publics de santé. Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*. Vol. 6 (1):34-46.

3- توفير وسائل رقابة تسيير للخدمة العمومية.

4- الاعتماد في تقييم كفاءة العاملين والمنظمات والأداء ككل على النتائج بدل التركيز على الموارد.

أن تنظر المنظمة العمومية للمستفيد من خدماتها على أنه زبون وجبت مراعاة احتياجاته و تطلعاته بدل النظر إليه على أنه مجرد مواطن تتفضل عليه بتقديم خدمات مجانية.

5- التخلي عن المركزية واعتماد مبدأ المشاركة مما يضمن سرعة الاستجابة للتغيرات المفاجئة للبيئة الداخلية والخارجية.

ثانياً: التسعير على أساس النشاط و علاقته بالإدارة العامة الجديدة

أشار كل من (Pesqueux، 2006، Montet، 2009، Guillemot، Melnik) أن الإدارة العامة الجديدة في المستشفى هي التطبيق الفرنسي لمبادئ الآلية التسعير على أساس الأنشطة. مبدأها هو تطبيق أشكال الإدارة المستوحاة من السوق الخاص

فبعد أن أبرزت إصلاحات الحوكمة الحاجة إلى أدوات الرقابة الإدارية التي تهدف إلى الإدارة الداخلية وشجعت آلية التسعير على أساس الأنشطة بشدة المؤسسات لتنفيذ مثل هذه الأدوات، فلقد قام

Detchessahar وآخرون بإدراج المبادئ العشرة لآلية التسعير على أساس الأنشطة والتي تتمثل في :

1-المستشفياالمحفز: تحفيز وتوجيه ومراقبة بدلاً من العمل.

2-المستشفى المملوكة للمجتمع: تمكين المواطنين.

3-المستشفى التنافسي: وضع مقدمي الخدمات الصحية في المنافسة.

4-المستشفى الموجه نحو المهمة: التركيز على المهام والأهداف وليس على القواعد والإجراءات.

5-المستشفى الموجه نحو النتائج: تخصيص الموارد للمشاريع ، على أساس أهداف النتائج.

6-المستشفياالذي يقودها العملاء: وضع المستخدم في صميم الاهتمام ومنحه مكانة العميل.

7-المستشفى الريادي: السعي لتطوير النشاط بدلاً من إنفاق الميزانية.

8-المستشفى الاستباقي: تفضل الموقف الاستباقي بدلاً من الموقف التفاعلي ، في مواجهة المشكلات.

9- اللامركزية: لا مركزية السلطة ، والدعوة إلى الإدارة التشاركية والعمل الجماعي.

10-المستشفى المجهز: تفضل آليات السوق على الأسواق البيروقراطية.

الرغبة التي ظهرت في هذه المبادئ تنظيم وتحريك ومراقبة المنظمات العامة بهدف تطوير أدائها العامتي بمتطلبات الأداء والكفاءة والاقتصاد منذ إنشائها لتحسين أداء المستشفيات ، من وجهة نظر جودة الرعاية والكفاءة الطبية والاقتصادية ، في إطار الاهتمام بكفاية الموارد والاحتياجات.

من المعروف أن التسويق لا يفرض نفسه إلا إذا واجهت منظمة ضعيفة سوقاً قويا يفرض عليها شروطه لغرض انشاء توازن القوى إن الرغبة في توفير رعاية بميزانية خاضعة للرقابة وجودة أفضل هي التي ستدفع السلطات العامة إلى تغيير إدارة المستشفى ، من خلال تقديم مبادئ الإدارة العامة الجديدة ، وبالتالي تحقيق المبادئة التالية¹:

1-تحديد الأهداف الكمية لتنفيذ السياسات العامة .

2-التركيز على الخدمات المقدمة بدلاً من الإجراءات التي يجب اتباعها.

3-خفض تكاليف إنتاج الخدمات العامة .

4-إدارة وحدة إدارية من قبل مدير يخصص موارده بحرية.

5-تحفيز الموظفين بالحوافز المالية ،

6-ضمان حرية الاختيار للمستخدمين

هذه المبادئ تعكس ما قدمناه سابقاً في ما يتعلق فيما يتعلق بآلية التسعير على أساس الأنشطة.

المبحث الرابع: النظام الصحي الجزائري وسياسة التسعير على أساس الأنشطة

¹Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P. op cit,

لقد ورثت الجزائر من العهد الاستعماري نظاما صحيا فرنسيا في هيكله وقوانينه وتصوره لمفهوم العلاج، ابتداء من الحرب التحريرية وإلى غاية الاستقلال، وتعاقت السياسات الصحية في الجزائر انطلاقا من هذا الإرث الاستعماري إلى التحولات الناتجة عن الوضعية السياسية وانتشار مبادئ الفكر التحرري ثم إلى الإصلاحات الاقتصادية في سنة 1989 والتي كانت تهدف إلى تهيئة المجال للانسحاب التدريجي للإدارة العمومية للتكيف مع اقتصاد السوق وخلق تنافس يمهّد لفك ارتباط الدولة تدريجيا عن الدائرة الاقتصادية. سنتطرق في هذا المبحث إلى إمكانية مساهمة سياسة التسعير على أساس الأنشطة في تحقيق هذا الهدف ولكن قبل ذلك سنتطرق باختصار إلى السياسة الصحية العامة للجزائر بهدف توضيح ملامحها وأهم الاختلالات التي تعاني منها

المطلب الأول: السياسات الصحية العامة في الجزائر

تركزت السياسات الصحية التي مرت بها الجزائر أثارها الايجابية والسلبية على منظوماتنا الصحية؛ وقبل تقييم السياسة الصحية والحديث عن أهم الاختلالات والأوجه القصور التي تعاني منها؛ ارتأينا أولا أن نستعرض في هذا المطلب لأهم فترات هذه الإصلاحات.

أولا: السياسة الصحية في الجزائر منذ سنة 1962 إلى غاية سنة 2007

مرت البلاد منذ الاستقلال بعدة تغيرات سياسية متتالية تتلخص فيما يلي:

-السياسة الصحية في الفترة 1962 - 1973: ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية متردية ، حيث كان النظام الصحي الموجود متمركز أساسا في كبريات المدن كالجزائر وهران وقسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي داخل المستشفيات وتقديم المساعدات الطبية المجانية من خلال عيادات تشرف عليها البلديات ومراكز الطب المدرسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم؛ بالإضافة إلى الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة، وقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات من القرن الماضي تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد وبجملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

وتميزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة بمحدودية خياراتها ضعف الوسائل المتوفرة، كما كان عليها إعادة إنعاش البنيات والهيكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير قسم الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية

ومن أهم البرامج التي سطرت في هذه الفترة، وتعتبر ذات أولوية بالغة، هي التكفل بالطب المجاني للأطفال كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الآفات الاجتماعية مثل مرض السل؛ كما تم اللجوء إلى عمليه توزيع وتنظيم الولادات في مراكز حماية الطفولة والأمومة. ومن ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك عدل بين المناطق الحضرية والريفية؛ حيث تركزت الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية والهيكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية وشبه الريفية.

-السياسة الصحية في الجزائر من (1974 - 1979): تميزت هذه الفترة بإقرار مبدأ مجانية العلاج سنة 1974 وكان هذا القرار متعلق أساسا بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم صيغة مجانية للمنظومة الصحية الوطنية

تم تحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التابعة لصندوق الضمان الاجتماعي سابقا والتعاضديات إلى وزارة الصحة وأصبح بذلك النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها ونشاطاتها وقد أكد الميثاق الوطني لعام 1976 حق المواطن في الطب المجاني.

وقد عرفت هذه المرحلة عده مشكلات منها:

-تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى؛

-نقص في التخصصات الطبية؛

- قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا.

ولم تسفر المؤشرات الصحية عن تحسين كبير بالرغم من التطور فيما يخص الهياكل القاعدية والموارد البشرية.

-السياسة الصحية في الجزائر 1986 :- 2007 إن دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني له أهميته وذلك في مرحلتي الثمانينات والتسعينات، وما تم تسجيله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، كما جاء في المنشور الوزاري لسنة 1995 المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي بداية من تلك السنة أصبح على الدولة التكفل بالوقاية والبحث والمعوزين وأما باقي العلاجات فتكون وفقا نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعى إلا أن هذا النظام لم يطبق فعليا لحد الآن لعدة أسباب.

في سنة 2007 تم إعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهو نوع من اللامركزية هدفها الوصول للعلاج وتقريب المؤسسة الصحية من المواطنين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 فقد عرفت القليل من التحسن وهذا حسب ما جاء في تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر.

ثانيا : اختلالات النظام الصحي الجزائري

عانت ولازالت المنظومة الصحية في الجزائر من العديد من المشاكل؛ فمن جهة عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمستشفيات ووجود هياكل تنظيمية غير ملائمة وغير موحدة ومن جهة أخرى مستخدمون مطبثون غير مبالين بسبب القوانين غير الملائمة وظروف عمل ونظام مكافئات متدهور وكذلك تكاليف ونفقات صحية في تزايد مستمر ومرتفقين يطالبون بجودة ونوعية الخدمات الصحية؛ كل هذا كان نتيجة التناقضات والاختلالات التي عرقلت الوصول إلى تحقيق الغاية الأساسية للنظام الصحي والمتمثلة في حماية صحة المواطن ترقيتها والتي كانت بدورها السبب الأساسي في الانتقال إلى الخارطة الصحية سنة 2007 تتمثل هذه الاختلالات في ما يلي :

-اختلالات على مستوى الجانب التنظيمي: إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وتتمثل فيما يلي:

- وجود تعدد الهيئات المتدخلة على عدة مستويات مما يجعل الوصاية ثقيلة وغير فعالة؛
- هيكل تنظيمي ثابت وموحد على جميع وغير مرن؛
- ضعف في آلية التسيير وإجراءات العمل الإداري.

كانت التوصيات المقدمة بهذا الشأن كالتالي:

- منح المستشفيات استقلالية أكثر في التسيير.
- تقليص تدخلات الوصاية من خلال تحديد مهام الإدارة المركزية والهيئات التابعة لها.
- إعادة تحديد مهام المؤسسات الاستشفائية وتكييف قوانينها الأساسية بهدف جعل إجراءات التسيير الإداري أكثر مرونة وكذا الأمر بالنسبة للتسيير المالي وإجراءات الرقابة أي ضرورة التوجه نحو اعتماد عقود بالأهداف بين الوزارة والمستشفيات (مشروع مؤسسة) وكذا عقد بالأهداف طرفها المستشفى والزيون المتلقي لخدماته (مشروع خدمة) والسبيل الأكثر فعالية لتحقيق ذلك هو النظام التعاقدية.
- إعداد دليل إجراءات التسيير.
- مراجعة الهياكل التنظيمية للمصالح الإدارية في المؤسسات الصحية؛ بحيث يكون بناؤها ووضعها على أساس الأهداف المسطرة بالخصوص الاقتصادية منها والمالية.
- اختلافات على المستوى المالي نقص الإمكانيات المالية في المرحلة السابقة كان عاملا مهما في تفاقم تدهور وضعية القطاع العام في هذا السياق لخص التقرير أبرز مواطن الخلل المرتبطة بالتمويل فيما يلي :

- ✓ ضعف وعدم توافق في تخصيص الموارد المالية.
- ✓ ميزانية المستشفيات غير تفاوضية.
- ✓ غياب التحكم في التكاليف والنفقات.
- ✓ عدم التوازن في ميزانية القطاعات بين تلك الموجهة للمستشفيات والموجهة للهياكل القاعدية ما يؤثر في مبدأ التدرج العلاج.

كانت أبرز التوصيات كالتالي:

- ✓ البحث عن بدائل أخرى لتمويل القطاع الصحي عن طريق جزء من الرسوم المحلية (رسوم على التلوث، التبغ... الخ).
- ✓ اعتماد مقارنة عقلانية للنظام التعاقدية من خلال وضع مدونة الأعمال الطبية والتسعيرات المكافئة قيد التنفيذ.
- ✓ تحرير المبادرة للبحث عن موارد أخرى ذاتية ضمن المهام الرئيسية للمستشفى (تكوين غير جامعي، استثمارات المصالح الاقتصادية والعام).

- ✓ السماح للمستشفيات بالمرور نحو عقود خدمات مع الهيئات الوطنية والدولية والمؤسسات الاقتصادية.
- ✓ التحول من نظام يقوم على تمويل الهياكل إلى نظام يقوم على تمويل النشاطات على أن تبقى الأنشطة الرئيسية للمستشفيات (الاستجالات، التكوين، البحث، الوقاية) تمول عن طريق الميزانية العامة للدولة.
- ✓ السهر على أن تكون المؤسسات الصحية خاضعة لرقابه بعدية واحدة طبقا للتنظيم المعمول به.
- ✓ تدعيم الإجراءات الحالية لحساب التكاليف.
- ✓ وضع ميزانية ملحقة للهياكل القاعدية الخارجية مستقلة عن ميزانية المستشفى التابعة للقطاع الصحي
- اختلالات على مستوى الموارد البشرية: قدم تقرير في هذا الشأن الملاحظات التالية:
- ✓ عدم حافزية مستخدمي الصحة للعمل بحكم الظروف السيئة للنشاط وكذا قواعد التعويض المالي.
- ✓ عدم المساواة وغياب العدالة في تقسيم الموارد البشرية وحتى المالية على الأقسام وفي داخل القسم نفسه.
- وكانت التوصيات كالتالي:
- ✓ مراجعة القوانين الأساسية لمستخدمي الصحة باتجاه تحسين ظروف ممارسة النشاط وتعظيم المسار المهني، وإدخال نظام تعويض أكثر تحفيزا.
- ✓ الأخذ في الحسبان ظروف ممارسة النشاط المختلفة بالنسبة لمجموعة المستخدمين على أساس مكان العمل وعلى غرار القطاعات الأخرى والاقتصادية منها خصوصا، يمكن الحديث عن وضع مخططات لمسارات مهنية فردية وأكثر ترغيبا ودافعية، والتي تحل مشكلة الخدمة المدنية للأطباء المختصين على سبيل المثال.
- ✓ عقلنة وترشيد الموارد البشرية من خلال إعادة ضبط الخارطة الصحية وفق احتياجات السكان وطبيعة عيشهم.
- الاختلالات المتعلقة بالإعلام أورد التقرير في مجال الإعلام العوائق والاختلالات فيما يلي:
- ✓ مكتب الدخول ليس عمليا كما يجب.

✓ قلة تكوين المستخدمين في مجال الترقيم والتصنيف الدولي للأمراض (10) CIM

✓ التنظيم السيء للملف الطبي وتقارير الطبية.

✓ عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية.

كانت توصيات المقدمة بخصوص هذا الجانب ما يلي:

✓ تحديد الوسائل الاعتيادية واشتراطات التوثيق والتسجيل الإجباريين للمهام الطبية المنجزة

وتمثل بالأخص حاله ملف المريض من خلال متابعته داخل المستشفى بطاقة التنقل،

مختلف السجلات، ملخصات الخروج، تقارير العمليات الطبية).

هذه الإختلالات التي شهدتها المنظومة الصحية في الجزائر هي التي عجلت بمجيء قطار الإصلاحات

والتي مست أهم وظائفها المتمثلة في التمويل والتسيير وإنتاج العلاج والتنظيم أما عن مكونات إصلاح

المنظومة الصحية فهي تضم :

- إصلاح التمويل من خلال التأمين الصحي .

- إصلاح مؤسساتي بهدف تحديد دور كل الفاعلين في الصحة بدقة ووضوح.

- إصلاح المستشفيات في إطار منظومة علاجية مندمجة.

المطلب الثاني: النمط التعاقدى وإصلاح المؤسسة الاستشفائية

تعددت التجارب العالمية لإصلاح إدارة مؤسسات القطاع الصحي العام واتخذت أنماطا مختلفة

باختلاف الإمكانيات والوسائل والتوجهات الاقتصادية العامة للبلد. في هذا السياق شهدت

المنظومة الصحية الجزائرية أيضا تحولات تنظيمية وتسييرية سعت لتحقيق الأهداف الوطنية

للصحة العمومية والتي أهمها الوصول إلى مستوى عال من جودة الخدمة الصحية وفق المقاييس

الحديثة لهذا المفهوم من خلال إرساء النمط التعاقدى كبديل للتمويل في هذا المطلب سنتعرض

بشيء من التفصيل الى النمط التعاقدى وأوجه التشابه والاختلاف بينه وبين التسعير على أساس

النشاط.

أولا : ماهية النمط التعاقدى

يعرف التعاقد la contractualisation على أنه مسار توافق حول موضوع معين بين فاعلين

مختلفين ويرتكز على عقد بحيث لا توجد علاقة تعاقدية بدون عقد.

يمكن تعرف النهج التعاقدية على أنه إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مموليها بأداء خدمة أو بدل العناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المتعلقة بتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها.

النهج التعاقدية يعني في المحتوى الانتقال من النظام الجزائي لتمويل المؤسسات الصحية مسيرة من قبل عينات الضمان الاجتماعي وما تقتضيه من التخلي عن مجانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات العمومية الصحية للمؤمنين اجتماعيا؛ وهذا من خلال المعلومات التي تقدمها المؤسسات الصحية لوكالات الضمان الاجتماعي في إطار علاقات تعاقدية تهدف الى توفير الموارد المالية اللازمة للقطاع ، متابعة ومراقبة الأموال الممنوحة وبالتالي الانتقال من منطق الموارد إلى منطق النتائج.

إن النمط التعاقدية كنهج تمويل جديد يعتمد نجاحه على مدى شفافية العلاقات بين ممول قطاع الصحة ومنتج الخدمة الصحية وكذا بين مستهلك الخدمة والمؤسسات الصحية.

أطراف العملية التعاقدية لأداء الخدمة الصحية يلزم توافر الأطراف التالية :

صاحب الخدمة: وهو الطرف المنتج للخدمة الصحية والمتمثل في المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المراكز الاستشفائية العمومية والمتخصصة وحسب ما ورد في المرسوم 101-04

المؤرخ في 01 أبريل 2004 أن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق الذين تم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية.

الممول وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي؛ تكون الدولة طرفا حينما يتعلق الأمر بمرضى عديمي الدخل وغير المؤمن اجتماعيا وفيما يخص نشاطات التكوين الوقاية والبحث العلمي.

صناديق الضمان الاجتماعي وتكون طرفا عندما يتعلق الأمر بالمرض المؤمن اجتماعيا وذوي الحقوق كما يمكن أن يكون الممول الأفراد الذين لا ينتمون للفئة التي لا تقوم الدولة بتمويل تكاليفها ولا صناديق الضمان الاجتماعي أي الفئة التي تكون متاحة الداخل وغير مؤمنة اجتماعيا.

المستفيدون من الخدمة وهم مجموع المرضى أو زبائن القطاع الصحي بالمفهوم الاقتصادي الذين يعالجون بالمؤسسات الاستشفائية الصحية العمومية، والذين يعتبرون في نظر هذا التعاقد زبائن؛

- حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشياً مع الفئة التي ينتمون إليها، ويصنفون إلى ثلاث فئات وهم:
- فئة المحرومين: وتتكفل بهم الدولة كلياً.
 - فئة المؤمنين: ويقع على عاتقهم تسديد 20 % من مصاريف الاستشفاء والباقي تتكفل به مصالح الضمان الاجتماعي.
 - فئة أخرى غير مؤمنة وغير محرومة: تتحمل هذه الفئة مصاريف الاستشفاء كاملة .
- أهداف النمط التعاقدى: إن النمط التعاقدى أسلوب جديد في تمويل الصحة العمومية يبرر قدرته على تحسين أداء أنظمة الصحة من خلال مجموعة من الأهداف منها:
- 1- التحكم في النفقات بحيث يتعين على المؤسسة الاستشفائية بلوغ أهدافها المسطرة كاملة بأقل وسائل ممكنة، وهذا من شأنه الوصول إلى النتائج التالية:
- ✓ الدقة في التمويل بحيث يتم على أساس بيانات دقيقة توضح كل الخدمات المقدمة مع تكاليفها.
 - ✓ إمكانية وضع نسب أو معدلات للنفقات من أجل مقارنة هذه المعدلات على المستوى المحلي والوطني والدولي.
 - ✓ حرية المبادرة والمنافسة وهذا من شأنه دفع الهيئات العمومية إلى التفكير في كيفية تحسين نوعية خدماتها.
- وتجدر الإشارة أن التحكم في نفقات القطاع العمومي يكون من خلال:
- تشخيص التكاليف: لا يكفي معرفة التكلفة الاجمالية داخل الهيئة بل يجب معرفة تكلفة جميع الوظائف مهما كان حجمها والمقصود أن اللامركزية داخل المنظمة في حد ذاتها تفرض على المسير الأول سلطة مسك وإعداد الميزانية لكل مركز مسؤولية داخل الهيئة وذلك من أجل تقدير أحسن للتوقعات.
 - عقلانية الأنفاق: وهذا باستغلال أحسن للموارد المتاحة وكذا للمزايا الجديدة التي يمنحها القانون نحو التعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى مثل (الحراسة، الغسيل، الخدمات، المطاعم) وهذا التوجه من شأنه تمكين المستشفى من النجاعة والفعالية في تقديم الخدمات.

2- تكريس مبدأ التدرج العلاج من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النمط التعاقدى هو مبدأ تدرج العلاج وهذا من الهياكل غير الاستشفائية إلى الهياكل الاستشفائية المتخصصة، إلا أن الملاحظة أن ذهنية الجزائري تذهب لوضع الثقة في الهيئات الاستشفائية الثقيلة وليس في الهيئات القاعدية الأخرى، لهذا يجب رد الاعتبار لمكاتب القبول كطرف في توجيه المرضى واستغلال ما أمكن الوسائل والموارد المتواجدة في المستشفى لتحسين مردودية المستشفيات وضمان على الأقل نسبة استغلال تزيد عن 60% لضمان مردودية أحسن للمستشفى .

3- تحسين نوعية العلاج: إن التوجه الجديد يميل نحو فتح جميع المجالات أمام المبادرات الخاصة، هذا الأمر من شأنه أن يخلق منافسة حادة بين القطاع العام والقطاع الخاص، حتى وان كان هذا الأخير يسعى إلى تحقيق الربح؛ لذا فإنه يتعين على القطاع العام أن يولي أهمية للعناصر التالية:

- ✓ سلوكيات المجاملة وحسن الاستقبال والتوجيه.
- ✓ الوصول إلى الفعالية وبأقل تكلفة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس الكمي.
- ✓ الاتصال مع المحيط والمجتمع من أجل كسب ثقته وإقناعه بخدماته.

4- تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية للصحة مع مموليها

تميز نظام الدفع الجزائي بغموض هذه العلاقات وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومموليها؛ حيث أن إشكالية تسيير اشتراكات المؤمنين اجتماعيا من قبل صناديق التأمينات الاجتماعية بقيت مطروحة بالاعتمادات الناتجة عن الاقتطاعات الإلزامية لم تخصص في مجملها للخدمة الصحية فقط بل أيضا لتغطية نفقات التسيير لهذه الصناديق.

كما أن استعمال المستشفيات للمبالغ الواردة إليها من طرف الضمان الاجتماعى ليست واضحة في حسن استعمالها المؤمن اجتماعيا وغير المؤمن وكذا الحال بالنسبة لمساهمة الدولة للمحرومين والميسورين. ان كل هذه العلاقات الغامضة جعلت معرفة من استفاد من استعمال الموارد المالية لميزانية المؤسسة الصحية أمر مستحيلا.

لذلك يسعى النهج التعاقدى إلى إزالة الغموض بين هذه العلاقات المستشفى وذلك بتوفير كل المعلومات اللازمة عن الخدمات المقدمة والمستفيدين منها إلى الجهات المكلفة بتمويلها والممثلة

في صناديق الضمان والتي تقوم بدورها بدفع مقابل الخدمات التي استفادت منها الفئة التابعة لنظام تغطيتها من طرف كل الفاعلين.

التحكم في النظام الصحي: الأزمة التي يعيشها النظام الصحي والرغبة في إعادة هيكلته تقود بالضرورة إلى أخذ بعين الاعتبار الهياكل الصحية الموجودة سواء كانت عامة أو خاصة وموقعها وتحديد مكانتها في ظل هذا النظام وتحديد مهامها في ظل هذه الظروف. كما سيقضي التعاقد على كل الحواجز التي أقيمت بين القطاع العام والقطاع الخاص والعمل تحقيق الانسجام .

أوجه الشبه بين التسعير على أساس الأنشطة والنمط التعاقدية

بالرغم من تعدد تجارب إصلاح إدارة مؤسسات القطاع الصحي العام واختلاف مسمياتها غير أنها تكاد تكون متشابهة في المبادئ والأهداف، ويعد النمط التعاقدية وسياسة التسعير على أساس الأنشطة وجهين لعملة واحدة؛ حيث تجمع بينهما مجموعة من النقاط المشتركة والتي نلخصها فيما يلي:

- ✓ بشكل عام كلاهما عبارة عن عملية تطويرية كان هدفها منذ البداية رغبة مديري النظام في تحسين معرفتهم بأنشطة المستشفى وعبء هذه الأخيرة في استخدام الموارد.
- ✓ تتشارك السياستين في معظم الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها والمتمثلة:
- ✓ معالجة إشكالية عدم خضوع آليات التمويل السابقة لأي منطق اقتصادي من خلال الانتقال من منطق الوسائل إلى منطق النتائج؛
- ✓ الاستغلال الأمثل للمال العام وكفاءة استخدام الموارد؛
- ✓ ربط التمويل بطبيعة وحجم نشاطها المنفذ والمقاس لتمويل المرافق الصحية؛
- ✓ توفير معلومات تمتاز بالدقة والوضوح عن كافة أنشطة المستشفى؛
- ✓ ترشيد الإنفاق العام وضمان مشروعية الأنشطة المالية للمستشفى؛
- ✓ -6توفير وسائل هامة للرقابة؛
- ✓ -7تنمية وتحسين أداء القطاع الصحي العمومي من خلال تشجيع المستشفيات على إنتاج الرعاية والابتكار وتحسين جودة خدماتها؛
- ✓ -8إدراج مفهوم الشفافية.

المطلب الثالث : إمكانية الاستفادة من التجربة الفرنسية القائمة على التسعير على أساس الأنشطة في إصلاح النظام الصحي الجزائري

بالرغم من الإصلاحات الأخيرة لا تزال المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر مطالبة بضرورة الاعتماد على معايير الجودة والتقنيات العالية التي تتوافق مع الطلب الاجتماعي. حيث وصف النظام التعاقدى بأنه نمط من المجانية المنظمة أو المسيرة بالرغم من النصوص التشريعية التي جاءت مؤكدة على تفعيله لا تزال نسبة تقدم النمط التعاقدى في الجزائر بطيئة مقارنة مع الفترة التي صدر فيها القانون الذي يدعو إلى علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية وصناديق الضمان الاجتماعي منذ 1992. فالنمط التعاقدى في الجزائر اليوم في مراحله الأولى في حين أن المراحل المتقدمة لم يتم تنفيذها أصلا وهذا لأسباب عديدة تتعلق بعدم توفر الشروط القبلية لتأسيس النمط التعاقدى وكذلك نقص بعض العوامل التي يجب ان تتوفر في كل مرحلة من مراحله والمتمثلة فيما يلي:

- ✓ غموض العلاقة بين أطراف التعاقد؛ فالنصوص الصادرة بشأن هذا النظام لم توضح الأسس والمبادئ التي تقوم عليها العلاقة التعاقدية؛
- ✓ عدم توفر الإمكانيات المادية والتجهيزات اللازمة كقارئ بطاقة الشفاء؛
- ✓ صعوبة احصاء المعوزين؛
- ✓ عدم تجهيز المؤسسات العمومية الاستشفائية بمكاتب الدخول الخاصة بالتعاقد؛
- ✓ عدم تزويد المؤسسات الصحية بتجهيزات المادية والبشرية اللازمة لضمان السير الحسن لهذه العملية؛
- ✓ لا زال تمويل هذه المؤسسات يعتمد على مبادئ المحاسبة العمومية ولا يطبق مبادئ محاسبة التكاليف؛
- ✓ عدم التدرج للوصول إلى العلاج واشتراط المرور بالمؤسسات العمومية الجوارية قبل الوصول الى الاستشفاء لدى المؤسسات العمومية للاستشفاء؛
- ✓ عدم دفع الاشتراكات بصفة انتظامية لدى العديد من المنخرطين غير الأجراء في صندوق الضمان الاجتماعي لأسباب عدة مما يؤثر على حصيلة هذا الصندوق؛
- ✓ عدم تصريح العمال في القطاع غير الرسمي بنشاطهم يضعف من مداخل صندوق الضمان الاجتماعي؛
- ✓ عدم تصريح أرباب العمل بالخواص بالعاملين الأجراء لديهم وعدم وجود قوانين عقابية ردعية في مثل هذه الحالات.

والسؤال الجدير بالطرح هو: كيف يمكن لآلية التسعير على أساس الأنشطة أن تتيح مسارا نحو تفعيل النمط التعاقدى وسد الثغرات التي حالت دون التقدم في تنفيذه؟

أن تحقيق الأهداف التي أنشأ من اجلها النمط التعاقدى يحتاج إلى جعلها أكثر واقعية وقابلية للتنفيذ على أرض الواقع، من خلال الاستفادة من تجارب الدول التي قطعت أشواطاً معتبرة في تنفيذ خططها الإصلاحية والوصول بجودة خدماتها إلى مستويات مرضية، وتعد سياسة التسعير على أساس الأنشطة بصفقتها الأقرب إلى الواقعية من جهة و من جهة أخرى تشاركها مع النمط التعاقدى في الأهداف التي تسعى إليها النموذج الذي يمكن الاستفادة منه في علاج بعض أوجه القصور التي من شأنها أن تعجل بتنفيذ هذه الإصلاحات والاستفادة من المزايا التي تقدمها وذلك من خلال :

1-إنشاء مقياس لنشاط المستشفى:

مثل مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص الطبي الذي يعتمده النظام الصحي الأمريكي، أو المجموعات المتجانسة للمرضى للنظام الصحي الفرنسي، حيث يجمع عدد من الأمراض المختلفة في مجموعة متجانسة من حيث التكلفة والتي تنسب إلى متوسط تكلفة علاجية، ويتلقى المستشفى مبلغ تعويضي لكل حالة من الحالات التي يعالجها وهذا من شأنه تحقيق ما يلي:

- ✓ توفير مؤشرات للأداء الجيد و تتميط العمليات، وخلق آليات للتحفيز وتطوير الرقابة ، وتقييم العاملين .
- ✓ إضفاء نوع من المنافسة على المؤسسات العمومية من أجل ضمان تحسين فعاليتها وبالتالي الإبداع والابتكار وتطوير الخدمات العمومية وتحقيق رضا المنتفعين بها .
- ✓ توفير وسائل رقابة تسيير للخدمة العمومية.
- ✓ الاعتماد في تقييم كفاءة العاملين والمنظمات والأداء ككل على النتائج بدل التركيز على الموارد .

2-التخلي عن أنظمة التمويل المسبق: (المخصصات العامة) التي تستند إلى منح المستشفيات في بداية كل فترة محددة ميزانية تستند بدورها إلى النفقات التقديرية المحددة انطلاقاً من نفقات السنة السابقة مع إجراء بعض التعديلات لمراعاة أي تغييرات تقوم بها المؤسسة، بسبب القيود

التي تفرضها في سبيل تحسين نوعية وكمية التكفل بالمرضى، الناتجة عن افتقارها للحافز وعجزها عن توفير متطلبات التحسين المستمر كالمنافسة والشفافية والمساءلة.

3-إنشاء أنظمة معلومات ذات طبيعة طبية: تمنح لمستخدمها القدرة على استخراج معلومات مفيدة وقابلة للاستعمال من الملف، الطبي لفائدة الإداريين والأطباء على السواء، فتنشأ بذلك لغة حوار مشتركة تساعدهم في التعامل فيما بينهم لتحقيق أهداف المستشفى على أكمل وجه، ويشكل أداة للإداريين داخل المستشفى تمكنهم من الحصول على المعلومات المتعلقة "بالمنتوج" الحقيقي، ويكمن الهدف منه في توفير المعلومة الطبية كوسيلة لتحديد الموارد اللازمة، وتوزيعها بين المستشفيات العمومية .

ويعتمد البرنامج الطبي لنظم المعلومات على نظام موحد لجمع المعلومات الطبية والإدارية، والتي يتم جمعها بشكل منهجي وتتم معالجتها تلقائياً، ثم تخضع لمراقبة الجودة على اختيار عشوائي للسجلات الطبية ، تتعلق ببيانات البرنامج الطبي لنظم المعلومات بإقامة المستشفيات في وحدات الطب والجراحة والتوليد وطب الأسنان، في وحدات الرعاية اللاحقة وإعادة التأهيل وفي الاستشفاء المنزلي، وفي الطب النفسي وفي حالات الطوارئ .

يتم نشر الإحصائيات الإجمالية من البرنامج عبر الإنترنت من قبل الوكالة الفنية للمعلومات حول الاستشفاء (ATIH) هذه الإحصائيات تسمح بإجراء تحليلات وصفية عامة من حيث عدد الإقامات والجلسات، حسب السنة وفئة المستشفى. تتعلق هذه الإحصائيات بما يلي:

- عدد الإقامات مقارنة بعدد الجلسات حسب فئة التشخيص الرئيسية (CMD) أو المجموعات المتجانسة للمرضى.(GHM)

-التوزيع الجغرافي لنشاط المستشفى .

-التدفقات الأقاليمية لنشاط المستشفى.

-الخصائص بواسطة المجموعات المتجانسة للمرضى (عدد الإقامات، مدة الإقامة، معدل

الوفيات، متوسط عدد التشخيصات والإجراءات الطبية.)

5-تفعيل المنافسة بين المستشفيات العمومية تساهم آلية التسعير على أساس الأنشطة في تفعيل

المنافسة بين المستشفيات العامة من خلال ما يلي،

✓ توفير رعاية بميزانية خاضعة للرقابة وجودة أفضل هي التي تدفع السلطات العامة إلى

تغيير سلوك المستشفيات وتركيز عملها على الأداء والربحية.

- ✓ يتم تشجيع المستشفيات العامة على الحصول على أدوات التحكم في الإدارة من خلال إجبارها على التفكير في نشاطها من حيث الكفاءة من أجل إدارة أفضل، وتحسين العمليات، وتكون أكثر إنتاجية.
- ✓ حسب المنطق الاقتصادي، تدفع المنافسة إما إلى تخفض الأسعار أو رفع مستوى الجودة. ولكن مع الإجراءات الطبية المنظمة من حيث التكلفة، فإن المعادلة أكثر وضوحًا، الترتيب السنوي لأفضل المستشفيات، التنافس بين المستشفيات العامة، التنافس على توظيف المتخصصين والجراحين. المنافسة قائمة، حتى في قطاع اجتماعي مثل المستشفى. في الاقتصاد العام، ينتج عنه تأثيرات إيجابية، أهمها خفض التكلفة وبالتالي سعر المنتج .
- ✓ التسعير على أساس الأنشطة يؤدي إلى تطوير أدوات الرقابة الإدارية، باستخدام مؤشرات أكثر فعالية، والمزيد من المراقبة المحلية، وبالتالي، فإن هذه التعليمات الخاصة بإدارة أكثر كفاءة تدفع المستشفيات إلى قياس نشاطها وتكاليفها ودخلها أكثر فأكثر بطريقة جديدة .
- يقدم التسعير على أساس النشاط حافزًا لتطوير أدوات الإدارة من خلال متطلبات الكفاءة التي يستحدثها ليصبح نظام التصنيف أدق ويوفر الحاجة إلى التفكير في العلاقة بين النشاط الطبي والموارد المستهلكة.
- في الواقع، فإن هذه الآلية، من خلال فرض المنطق الاقتصادي على المستشفيات ووضعها في منافسة مع بعضها ومع القطاع الخاص، يجبرها بشكل متزايد على استخدام أدوات التحكم في الإدارة، مثل لوحات القيادة والنقاط الأبعاد المختلفة للأداء من خلال مزيج من المؤشرات الاقتصادية والطبية.

خاتمة الفصل

ختاما يمكن القول أن آليات التمويل التقليدية كرسست لسنوات عديدة اللاكفاءة والهدر في الموارد وأخرجت المستشفى العمومي مسار الاستفاة من أدوات الإدارة الحديثة.

للتسعير على أساس الأنشطة في النظام الصحي الفرنسي دور فعال في توجيه سلوك المستشفى العمومي نحو تقليل هدر الموارد و ترشيد التمويل.

تتفيذ التسعير على أساس الأنشطة يتطلب مدعم بأدوات تحفز المستشفى العمومي على الاستثمار في الوقاية والكفاءة وتقليل تكاليف عدم الجودة .

تشكل المجموعات المتجانسة من المرضى، و البرنامج الطبي لنظم المعلومات أهم دعامتين أساسيتين في آلية التسعير على أساس الأنشطة من شأنها أن تحقق حسين الكفاءة والشفافية في تمويل الرعاية.

و في الأخير يستجيب إصلاح الجديد للمستشفى (التسعير القائم على النشاط) لمنطق البحث عن الكفاءة داخل المستشفى و مبدأ إرضاء العميل وتكريس ثقافة التوجه التسويقي من خلال بعث المنافسة والمسائلة والرقابة على تمويل المستشفى العام.

الفصل الرابع

واقع التوجه التسويقي في المستشفيات
العمومية الفرنسية

تمهيد:

بعد الدراسة النظرية لكل من التوجه التسويقي و التسعير على أساس النشاط ، والتطرق الى مداخل تفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية نظريا ،ولتطرق لنموذج الفرنسي في تفعيل التوجه التسويقي كان لابد من معرفة واقع ذلك في المستشفيات العمومية الفرنسية،

ولأن النظام الصحي الفرنسي ، يضع استبياننا دوريا لقياس درجة رضا المرضى حول جودة الخدمات المقدمة للمرضى بجميع أنواعهم ارتأينا تحليل نتائج استبيان المرضى الراقدين في المستشفى لأكثر من 48 ساعة في أقسام الجراحة والطب والتوليد، من أجل اختبار صحة فرضيات الدراسة.

من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول:لمحة عامة حول النظام الصحي الفرنسي.

المبحث الثاني: أداة الدراسة.

المبحث الثالث:دراسة وتحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: لمحة عامة حول النظام الصحي الفرنسي

يعد النظام الصحي الفرنسي من الأنظمة الصحية المتقدمة في العالم باعتراف منظمة الصحة العالمية، حيث اعتبرت النظام الصحي الفرنسي هو أحسن الأنظمة الصحية وقد اثبت ذلك السمعة على جودة خدمات الصحية المقدمة وعلى كفاءة وجدارة الهيكل الطبي كما أن فرنسا من أكثر البلدان استثمارة في مجال البحث والتطوير العلمي في هذا المبحث سوف نقدم لمحة عامة حول النظام الصحي الفرنسي من خلال التطرق إلى خصائصه مكوناته أهدافه... إلخ

المطلب الأول: مميزات وخصائص النظام الصحي الفرنسي

النظام الصحي الفرنسي هو مزيج بين النموذج البسماركى ونموذج بيفريدج ويعتبر النظام الصحي الفرنسي من بين أحد أفضل نظم من حيث تنظيم الرعاية الصحية وتوفيرها حيث تأتي فرنسا في المرتبة الأولى بين الدول الأوروبية من حيث نفقات الرعاية الاجتماعية نتيجة المساعدات الخاصة بالشيخوخة والصحة في هذا البلد، ولقد بلغت ميزانية التأمين الصحي الممول من قبل الضرائب في فرنسا سنة 2018 حوالي 195,2 مليار يورو (229 مليار دولار)¹ ويستفيد من الخدمات الصحية المختلفة أو الوقائية جميع المواطنين الفرنسيين والمهاجرين الذين لديهم إذن بالإقامة داخل فرنسا يستطيعون الوصول إلى النظام الصحي بعد مرور ثلاثة أشهر على إقامتهم حيث تكون الخدمة الصحية متوفرة بشكل مستمر دائما، وذلك تحقيق لجملة من الأهداف منها²:

-تزويد جميع السكان ، بغض النظر عن خصائصهم الثقافية أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو الجغرافية، بجميع الخدمات الصحية التي يحتاجونها.

-ضمان تقديم هذه الخدمات بأفضل جودة ممكنة.

¹Classement mondial de la santé: quels pays arrivent en tête? Sciences et avenir.fr [Internet]. 22 sept 2016; Disponible sur: http://www.sciencesetavenir.fr/sante/classement-mondial-de-la-sante-quels-pays-arrivent-en-tete_105114.

² NEZOSI Gilles, DILA (Direction de l'information légale et administrative). Comment la France se situe-t-elle entre le modèle bismarckien et le modèle béveridgien ? [Internet]. Vie publique. 2016 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.vie->

الفصل الرابع: واقع التوجه التسوقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

- الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة ، وإرضاء السكان والمهنيين ، مع إمكانية الإدارة بطريقة فعالة وقادرة على التطور وفقاً للاحتياجات الصحية والتقنية.

ثانياً- مميزات النظام الصحي الفرنسي: يتميز النظام الصحي الفرنسي بما يلي¹:

- حرية الاختيار للمستفيد وبدون حدود في الذهاب للأطباء بأنواعهم و أطبافهم بما في ذلك الطبيب النفسي وطبيب العيون وطبيب الأسنان، بل وحتى الذهاب للطبيب الخاص بدون تحويل.

- التتويج يتم من خلال المستشفيات العامة والخاصة والتي تستحوذ الحكومة منهم على 64% من عدد الأسرة الإجمالي وتركز الحكومة على الطب الباطني والنفسي بينما تركز الخاصة على الجراحات والتوليد وفي عام 1996 تم إنشاء هيئات محلية لتوزيع الإمكانيات المتاحة بين المستشفيات.

- يدفع المريض الرسوم ويتم تعويضه من الضمان الاجتماعي.

- يميز بشكل أساسي بين ثلاثة أنواع من الرعاية: ما يسمى بالرعاية الوقائية "الأولية" ، وتسمى عموماً "الوقاية" ، ورعاية الصيانة الروتينية ، والمعروفة باسم "المخاطر الصغيرة" ، والرعاية الأساسية ، أو "المخاطر الكبيرة" تتعلق الوقاية بما يسبق أي مشكلة صحية ولا يدعمها المجتمع وتبقى مجال المسؤولية الفردية، الرعاية الصحية الحالية كانت دائماً مشمولة جزئياً في النظام الإلزامي. يجب على المؤمن عليه دفع جزء من التكاليف لجعله مسؤولاً عن الحفاظ على صحته. هذا الإطار ، في حد ذاته ، يبرر إنشاء التأمين الصحي التكميلي ، من أجل ضمان هذا الباقي من الرسوم. يغطي المجتمع الرعاية الأساسية للمخاطر الرئيسية ، مثل الأمراض طويلة الأمد أو العمليات الجراحية الكبرى.

¹ <https://comme-un-pro.fr/ar/systeme-sante-francais-protections-> 22:07 على الساعة 15 فيفري 2021

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

ثالثًا: مستويات الرعاية في النظام الصحي الفرنسي ثلاثة مستويات من الرعاية تشكل النظام الصحي الفرنسي.

1-خطط إلزامية يقوم المستوى الأول بتجميع خطط التأمين الصحي الأساسية الإلزامية. ثلاثة هي الرئيسية والآخرين ، أكثر تحديدا ، تأتي ملحقة به. وهكذا نجد¹:

-النظام الأول يشمل المخطط العام الذي يغطي اليوم أربعة من كل خمسة أشخاص في فرنسا (متقاعدون من القطاع الخاص ، موظفون ، وكلاء متقاعدون). يغطي هذا النظام 75٪ من التكاليف الصحية ويديره CNAMTS (صندوق التأمين الصحي الوطني للعاملين بأجر).

النظام الثاني هو النظام الزراعي الذي يغطي أصحاب الأجر والمزارعين، تديره التعاضدية الاجتماعية للمزارعين (Mutualité Sociale Agricole MSA).

-وأخيرا ، فإن النظام الثالث مخصص للعاملين لحسابهم الخاص. وهو يغطي الصناعات والمهن الحرة والعمال الحرفيين والحرفيين.

ب-خطط تكميلية

يتم تقديم هذه العقود الصحية من قبل شركات التأمين. ومن ثم ، فإن الفوائد تكمل السداد الذي يصدره التأمين الصحي. من الواضح أن الصحة التكميلية تولد التعويضات عن النفقات الصحية التي لا يغطيها الضمان الاجتماعي.

غالبًا ما توجد مؤسسات التأمين الصحي التكميلي في شكل صناديق مشتركة في النظام الصحي الفرنسي. لديهم جميعًا نفس الهدف: ضمان تغطية أفضل للتكاليف الصحية. كل العقود لها خصائصها الخاصة.

ج-خطط إضافية مكملة

المستوى الثالث للنظام الصحي الفرنسي مخصص لأولئك الذين يرغبون في زيادة تعزيز تغطيتهم. في معظم الأحيان ، فإنها تستهدف مواقع محددة مثل الطب الناعم أو طقم الأسنان.

¹ نفس المرجع

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

التأمينات التكميلية هي ضمانات تكميلية تكمل التأمين التكميلي أو التأمين المتبادل، ثم يتم تقديم استحقاقات السداد من قبل شركات التأمين أو المؤسسات الادخارية و يغطي التأمين الصحي تكلفة الخدمات التالية¹:

-الرعاية والعلاج بالمستشفى في مؤسسات الصحة العامة أو الخاصة أو إعادة التأهيل؛

-رعاية العيادات الخارجية التي يقدمها الممارسون العامون والمتخصصون وأطباء الأسنان والقابلات ؛

-الفحوصات التشخيصية والعلاج الموصوف من قبل الأطباء والتي يتم إجراؤها من قبل مختبرات التحليل والمهنيين الطبيين (الممرضات وأخصائيي العلاج الطبيعي وأخصائيي النطق ، إلخ) ؛

-الأدوية والأجهزة الطبية والأطراف الاصطناعية الموصوفة بوصفة طبية والتي تظهر في قوائم المنتجات القابلة للاسترداد؛ النقل الطبي بوصفة طبية

المطلب الثاني: تنظيم الأنشطة الصحية في النظام الصحي الفرنسي

يعد تنظيم وتنسيق الأنشطة الصحية في فرنسا معقدًا للغاية نظرًا لوجود العديد من السلطات الإدارية ذات الاختصاص في هذا المجال (الوزارة ، الهياكل المركزية ، السلطات المحلية ، مؤسسات التأمين الصحي).

ولقد عمدت السلطات العليا للصحة إعادة هيكلة المنظومة الصحية على كل المستويات وطنية وإقليمية وحتى محليا من أجل إضفاء نوع من اللامركزية ، تتمثل هذه الهيكل فيما يلي:

على المستوى الوطني

أولاً:البرلمان لقد كان للبرلمان الفرنسي دور محايد على مستوى القطاع الصحي: لكن وبحلول سنة 1996 أصبح دوره فعالا على مستوى المنظومة الصحية الفرنسية: بحيث يقوم كل سنة بالمصادقة على قانون تمويل الضمان الاجتماعي: هذا القانون يهدف إلى:

-تحديد هدف توقعي لنفقات التأمين على المرض للسنة الموالية .

-كما يحدد توجهات السياسة الصحية والضمان الاجتماعي

¹ https://stringfixer.com/ar/Health_care_in_France

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

-تحديد الإجراءات المتعلقة بضبط المنظومة الصحية.

ثانيا:الحكومة يقوم البرلمان الفرنسي بتحديد الإطار العام للمنظومة الصحية ومن خلاله تقوم الحكومة بضبط منظومة العلاج من خلال وزارتين :وزارة الصحة للعائلة، و للأشخاص المعوقين .وزارة الشؤون الاجتماعية للعمل والتضامن .ويساعدها في أداء هذه المهام مجموعة من المديريات التي تدخل ضمن اختصاصات المجال الصحي والتي هي تحت وصاية الوزارتين السابقتين ونذكر منها :

- المديرية العامة للصحة DG :وهي مكلفة بإعداد السياسة الصحية(من خلال تحديد الأهداف والأولويات) والمساهمة في تنفيذها.

- مديرية الاستشفاء وتنظيم العلاج DHOS هي مكلفة بإعداد سياسة عرض العلاج انطلاقا من أهداف وأولويات السياسة الصحية.

- المديرية العامة للعلاج الاجتماعي DGAS: وهي تحت سلطة الوزارتين، إذ تتكفل بإعداد وتنفيذ السياسات الاجتماعية (منح مساعدات للعائلات، محاربة الإقصاء والتهميش...الخ).

- مديرية الضمان الاجتماعي DSS: تكمن وظيفتها في إعداد وتنفيذ السياسة المتعلقة بالضمان الاجتماعي من خلال التوسط بين وزارتين،وزارة الشؤون الاجتماعية وصناديق الضمان الاجتماعي.كما تقوم بتحضير القوانين الخاصة بتمويل الضمان الاجتماعي (LFSS) بالإضافة إلى المهام السابقة الذكر تقوم الحكومة أيضا بأداء مهام أخرى على مستوى القطاع وذلك من خلال :تحديد عدد الطلبة المسموح لهم بالتسجيل في فروع الطب .

-تحديد التجهيزات اللازمة في المنشآت الصحية.

-تحديد أسعار الأعمال الطبية والأدوية.

ثالثا:اللجنة العليا للصحة العمومية HCSP: تم استحداثها سنة 1991 التي تعنى بأداء عدة مهام منها : تقديم الاقتراحات المساعدة على اتخاذ القرارات المتعلقة بمشاكل الصحة العمومية .

تنظيم العلاج مع تقديم تقارير وتحاليل دورية للوزارة الصحية حول الحالة الصحية للسكان(كالمؤتمر الوطني للصحة والبرلمان.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

-المساهمة في تحديد الأهداف الصحية العمومية

-تقديم الاقتراحات الكفيلة بتدعيم السياسات والبرامج الوقائية .

هذا وتجدر الإشارة أن هذه اللجنة تعنى أيضا باستشارات حول بعض النقاط المتعلقة بتنظيم مستويات العلاج، وعلى هذا الأساس يتم تشكيل فرق عمل لدراسة تلك النقاط وتقديم الاقتراحات اللازمة .
رابعاً: الهيئات والوكالات الصحية: من أجل تنظيم محكم للقطاع الصحي على المستوى الوطني بفرنسا تم إنشاء العديد من الهيئات ذات كفاءات وتخصصات محددة ومتنوعة بحيث أن هذه الهيئات هي تحت وصاية الدولة وتقوم بها وزارة الصحة من خلال المديرية العامة للصحة و من بين هذه الهيئات نذكر ما يلي :

-اللجنة الفرنسية للتربية الصحية CFES

-المجلس الأعلى للنظافة العمومية CSHPF

-المعهد الوطني للصحة والأبحاث الطبية INSERM

-المدرسة الوطنية للصحة العمومية ENSP

-الوكالة الوطنية للأبحاث ANRS

-الوكالة الفرنسية للأمن الصحي للغذاء AFSSA

خامساً: اللجنة الوطنية للصحة: وهي تتشكل من ممثلي عمال السلك الطبي وممثلي المنشآت الصحية إضافة إلى مستعملي المنظومة الصحية.تقوم هذه اللجنة بعقد جلسات نهاية كل سنة من أجل اقتراح الأولويات على مستوى القطاع مع تحديد توجهات السياسة الصحية، لكن يجد الإشارة أنه ابتداء من سنة 2002 تم تكليف هذه اللجنة إضافة إلى المهام السابقة الذكر بإعداد تقارير سنوية لعرضها وهذا بالاستناد على الأعمال والدراسات المنجزة من قبل اللجنة الجهوية للصحة

على المستوى الجهوي نجد على المستوى الجهوي مجموعة من الهيئات التي لا يقل دورها عن غيرها في تنظيم وتسيير العلاج التي تتمثل فيما يلي:

الفصل الرابع: واقع التوجه التسوقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

أولاً: المديريات الجهوية للشؤون الصحية والاجتماعية **DRASS** تم إنشاؤها سنة 1977 ليلعب عددها 22 مديرية، هذه المديريات هي تحت إشراف محافظ المنطقة ومسيرة من قبل المدير الجهوي للشؤون الصحية والاجتماعية. دور هذه المديريات هو ضمان تطبيق السياسات الوطنية في المجال الصحي والاجتماعي من خلال إعداد وتطبيق السياسة الجهوية

ثانياً: اللجان الجهوية للصحة **CRS** تم إنشاؤها سنة 1994 لتقوم بمجموعة من المهام منها

فتح نقاش جهوي حول الصحة دف تحليل الأوضاع التي آل إليها القطاع وبالتالي تحليل معالم التطور والاحتياجات الصحية.

- تقديم بعض الاقتراحات والحلول الهادفة إلى تحسين الحالة الصحية.

ثالثاً: الوكالات الجهوية للاستشفاء **ARH**: تم استحداث هذه الوكالات سنة 1996 تحت إشراف الوزارتين السابقتين ومن مهامها:

- تحديد وتنفيذ السياسة الجهوية الخاصة بعرض العلاج الاستشفائي إضافة إلى تحديد قيمة الموارد المخصصة لكل مؤسسة استشفائية.

على المستوى المحلي (المحافظات) على المستوى المحلي نجد نوعين من الأجهزة الحكومية التي تتولى ضبط عرض العلاج والتي تتمثل في :

أولاً: مديريات المحافظات للشؤون الصحية والاجتماعية **DDASS** تم استحداثها سنة 1964 ليلعب عددها 96 مديرية أين تتكفل بتطبيق السياسة الصحية والاجتماعية التي تحددها السلطات العمومية على مستوى المحافظات التابعة لها أما فيما يخص اختصاصاتها فهي تتمثل فيما يلي:

- مراقبة المنشآت الصحية والاجتماعية .

- تسيير بعض الإعانات الاجتماعية .

- الوقاية من الأمراض ومراقبة الصحة .

- الإرشاد، الإعلام والتنسيق .

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

ثانيا. مصالح العمل الاجتماعي والصحي للمحافظات: يتلخص دورها بصفة عامة في تحقيق السياسة التي تحددها السلطات العمومية على الصعيدين الاجتماعي والصحي من خلال مجموعة من النشاطات نذكر منها: التلقيح، الوقاية، مراقبة الأمراض، حماية الأمومة والطفولة... الخ.

المطلب الثالث : واقع التوجه التسويقي في النظام الصحي الفرنسي

إن مراعاة الجودة في تمويل المؤسسات الصحية، من أجل تشجيعها على تحسين رعاية المرضى، يعتبر ضمنا إلزام للمستشفيات العامة باشتراك المواطنين في السياسات العامة واعتبارهم عملاء وجب العمل بجد على نيل رضاهم.

أولا: برنامج حوافز مالية لتحسين الجودة (IFAQ)

أطلقت الوزارة والهيئة العليا للصحة، بالاشتراك مع اتحادات المستشفيات ، برنامج حوافز مالية لتحسين الجودة في عام 2012 في ظل آلية التسعير على أساس الأنشطة، (IFAQ) يهدف إلى تعزيز تقدم الممارسات المهنية لصالح المرضى. تم تعميم نظام الحوافز هذا منذ أوائل عام 2016 للمستشفيات العامة.

يهدف برنامج حوافز مالية لتحسين الجودة (IFAQ) إلى إعطاء أهمية أكبر للجودة في نموذج تمويل المؤسسات الصحية. تم اختبار هذا النظام في عام 2012 ثم تم تعميمه في عام 2016 ، وقد شهد هذا النظام زيادة في ميزانيته الإجمالية من 50 مليون يورو إلى 200 مليون يورو في عام 2019¹.

تديره المديرية العامة لخدمات الرعاية الصحية (DGOS) والإدارة العليا. هيئة الصحة (HAS) . وبالتالي ، تخضع المؤسسات المشاركة في إجراءات برنامج حوافز مالية لتحسين الجودة لتقييم إجراءات الجودة الخاصة بها ويمكنها بالتالي المطالبة بمكافأة بناءً على النتائج التي تم تحقيقها. علاوة على ذلك ، هذا الجهاز هو عبارة عن حافز للتركيز على العملاء . يمكن اعتبار برنامج حوافز مالية لتحسين الجودة أداة لتوجيه المستشفيات نحو استعمال أدوات التوجه التسويقي من خلال منح تمويل إضافي مدفوع فيما يتعلق بنتائج الجودة لمستشفى معين مقارنة بالمستشفيات الأخرى المماثلة.

¹ www.atih.sante.fr

ثانيا : كيفية عمل برنامج حوافز مالية لتحسين الجودة

يتم تشكيل مجموعات المقارنة للمؤسسات المتجانسة حسب مجال النشاط وبحجم معايير النشاط. في عام 2019 على سبيل المثال ، تم توزيع المغلف المخصص للنظام على 12 مجموعة بما يتناسب مع الوزن الاقتصادي لجميع المؤسسات المكونة للمجموعات. بعد ذلك، ضمن هذه المجموعات ، يتم تصنيف المؤسسات وفقاً لنتائجها حسب مؤشر الجودة المحدد من قبل النظام. من الواضح أن أجر المستشفى يعتمد على ثلاثة عوامل¹:

1-نتائجها بالنسبة للمؤشرات المختارة في النظام

2-هامش التحسين بين قراءتين لهذه المؤشرات في مجموعة المقارنة الخاصة بها ووفقاً لمجال النشاط فيما يتعلق بعدد المؤشرات التي يكون من أجلها أعلى من حد المكافأة المحدد مسبقاً (يساوي "المستوى الذي تم الوصول إليه")

3-التطور الملحوظ لكل مؤشر (إذا كان التطور ممكناً)

لكل حملة أسئلة وأجوبة ، يتم تحديد المؤشرات التي يتم أخذها في الاعتبار ، ومجموعات المقارنة وكذلك طرق حساب التخصيص بموجب مرسوم. تنتمي المؤشرات المدمجة في النظام لتصنيف المنشأة إلى فئات يتم تحديدها بمرسوم:

-جودة الرعاية التي يتصورها المرضى

-جودة الرعاية السريرية

-جودة الممارسات في الوقاية من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

-جودة تنسيق الرعاية

-أداء تنظيم الرعاية

-جودة الحياة في العمل

¹ www.atih.sante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

وهكذا في عام 2019 ، حددت الفئات السبع المذكورة أعلاه المؤشرات التالية ، مقسمة حسب الأنشطة:

التركيز على مؤشر: قياس رضا المرضى في المستشفى عن جراحة العيادات الخارجية عبر نظام E-satis يستخدم النظام جزئياً نتائج مناهج قياس الجودة الوطنية. بالإضافة إلى ذلك ، تم دمج شهادة اعتماد التي تمنح للمستشفيات على أساس رضا العملاء على جودة الخدمات المقدمة التي يقودها الهيئة العليا للصحة بالكامل في برنامج الحوافز المالية لتحسين الجودة.

كما أن نظام "E-satis" يسمح بجمع النتائج المرتبطة بمؤشر "إرضاء المرضى في المستشفى للجراحة الخارجية على مدار العام. في هذا السياق ، يتم تقييم مدى رضا وخبرة المرضى المقيمين في المستشفى لإجراء عمليات جراحية في العيادات الخارجية من خلال استبيان. يتبع ذلك المراحل المهمة لعملية الرعاية: قبل دخول المستشفى ، والاستقبال ، والرعاية ، والغرفة والوجبات ، والخروج من المؤسسة والعودة إلى المنزل. في الواقع ، تتم مشاركة المنشآت على مستوى الموقع الجغرافي وتتكون من:

-جميع رسائل البريد الإلكتروني الخاصة بالمرضى واستخرج المرضى المعنيين بالعملية في ملف محدد مسبقاً

-إرسال ملفات البريد الإلكتروني الخاصة بالمرضى كل 15 يوماً ، مرة واحدة في الشهر على الأقل ، إلى منصة e-Satis الوطنية.

-يمكن للمستشفيات الوصول إلى نتائجها على المنصة طوال فترة الحملة. في نهاية الحملات ، في نهاية سبتمبر.

- تنتج السلطات العليا للصحة درجات الرضا والخبرة لكل مستشفى.

ثالثاً: اعتماد المستشفيات إجراء متكامل في آلية التسعير القائم على أساس الأنشطة

يعتبر اعتماد المستشفيات مؤشراً في حد ذاته حيث يتم تسليط الضوء على قدرة المستشفى على تحديد أدواتها للتقدم وتحديد أولويات العمل وتحسين أو وضع مناهج حقيقية لتحسين الجودة وإرضاء عملائها إنه موضوع علاج محدد. في الواقع ، فقط المؤسسات المعتمدة بدون توصية (A) والمصدق عليها بتوصيات (B) هي التي يتم دفع أجرها بموجب هذا المؤشر. 100% للمستشفيات التي تصنف في الفئة . A و 66% للمستشفيات التي تصنف في الفئة B.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

برنامج الحوافز المالية لتحسين الجودة هو نظام حوافز مالية لتحسين الجودة. يعمل سنويا بمغلف إجمالي 200 مليون يورو يمكن لجميع المستشفيات العامة المشاركة ، وهو يتوافق مع ما يُدفع للمستشفيات فيما يتعلق بنتائج الجودة مقارنة بالمستشفيات المماثلة¹.

يستخدم الجهاز نتائج المؤشرات لقياس جودة الرعاية ورضا المريض ، عبر منصة E-satis ، وكذلك شهادة شهادات الاعتماد التي تمنحها الهيئة العليا للصحة.

تعد جودة الرعاية وسلامتها من الأولويات المدرجة في آلية التسعير على أساس الأنشطة وترجمتها ، تم تحديد التطور الجزئي لطريقة تمويل المستشفى كرافعة للتحسين المستمر لرعاية المرضى في المستشفيات العامة تجعل من جودة الرعاية رافعة رئيسية في تحول النظام الصحي.

يمثل التغيير في طريقة تمويل المستشفى وسيلة للتحسين المستمر في رعاية المرضى في المستشفيات العامة ودفعها نحو عملاتها . منذ عام 2012 ، قامت المديرية العامة لتوفير الرعاية الصحية والهيئة العليا للصحة بتجربة نظام الحوافز المالية لتحسين الجودة لمنح تمويل إضافي لـ للمستشفى العام الأكثر نموذجية في هذا الموضوع.

1 حافز الجودة: صمم فريق البحث في مشروع COMPAQH (تنسيق قياس الأداء وتحسين جودة المستشفى) نموذجًا لتقييم جودة الخدمات البيئية والاجتماعية على أساس مؤشرات الجودة الوطنية ، مع محاكاة التقييم، بدأت في عام 2012 ، وقادت الأعمال التحضيرية لتنفيذ برنامج الحوافز المالية لتحسين الجودة من قبل الهيئة العليا للصحة بالاشتراك مع اتحادات المستشفيات ، والوكالة الفنية لمعلومات عن الاستشفاء (ATIH) ، والوكالة الوطنية لدعم الأداء ، وإدارة البحوث والدراسات والتقييم والإحصاء (DREES) وموظفي الصندوق الوطني للتأمين الصحي للعمال².

2-مبادئ برنامج الحوافز المالية لتحسين الجودة: تستند المبادئ الأساسية

تتولى الوكالة التقنية للمعلومات عن الإستشفاء تطبيق برنامج الحوافز المالية لتحسين الجودة ، بناءً على نتائج قياس الجودة الوطني (شهادة المؤسسات ، ومؤشرات الجودة ، وسلامة الرعاية ورضا المرضى التي يقودها قياس التميز وقياس الجهد بترتيبين ؛

¹ www.atih.sante.fr

² ibid

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

منح مخصصات إضافية للمستشفيات الخاصة المختارة ، والتي تعتمد على تصنيفها ودخلها.

برنامج الحوافز المالية لتحسين الجودة مستوحى من نماذج الدفع مقابل الأداء المطورة في الخارج. تم إثرائه من خلال العمل الذي تم تنفيذه في إطار مشروع COMPAQ-HPST وتم تثبيته في نهاية مرحلتين تجريبيتين.

في نهاية التجربة ، نصت المادة 51 من القانون عدد 1554 لسنة 2014 المؤرخ في 22 ديسمبر 2014 بشأن تمويل الضمان الاجتماعي لعام 2015 على تخصيص إيفق التكميلي: "تدخل المادة L 20-22-162 من قانون الضمان الاجتماعي. القوة في 1 يناير 2016. حتى 31 ديسمبر 2015 ، المؤسسات الصحية التطوعية فقط ، والتي يتم وضع قائمة بها من قبل الوزراء المسؤولين عن الصحة والضمان الاجتماعي ، مؤهلة للحصول على تمويل إضافي يهدف إلى تحسين جودة وسلامة الرعاية من خلال المخصصات المحددة في المادة L.162-22-13 من قانون الضمان الاجتماعي." "

رابعا: موقع Scope Santé

أصبحت معلومات الصحة العامة قضية رئيسية للمستخدمين وعامة الناس ، الذين يطلبون معلومات رسمية وموثوقة ويمكن الوصول إليها. عهد قانون تمويل الضمان الاجتماعي لعام 2012 إلى الجمعية بمهمة "تنسيق تطوير ونشر المعلومات المناسبة حول جودة الرعاية في المؤسسات الصحية ، والمخصصة للمستخدمين وممثلهم". لهذا السبب بدأت في إنشاء Scope Santé بالشراكة مع وزارة الشؤون الاجتماعية والصحة وبالتعاون مع الوكالة الفنية للمعلومات حول الاستشفاء (ATIH).

1-تعريف موقع Scope Santé هو موقع إعلامي عام حول جودة وسلامة الرعاية في المستشفيات والعيادات في فرنسا. يوفر الوصول إلى بيانات رعاية عالية الجودة ومعلومات مفصلة عن الأنشطة حسب المنشأة الصحية (5500 في المجموع)¹.

الغرض من هذا الموقع هو تزويد عامة الناس بمعلومات موثوقة وحديثة ويمكن الوصول إليها وتعليمية وسياقية بحيث يمكن للمستخدم المشاركة في عملية الرعاية الخاصة بهم ويمكنه تبادل وجهات النظر مع أخصائي الرعاية الصحية. يهدف Scope Santé أيضًا إلى عمليات ترحيل المعلومات

¹ ibid

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

للمستخدمين ، مثل جمعيات المرضى وممثلي المستخدمين ، وكذلك الأطباء. قد يكون هذا الموقع أيضاً مهماً للمؤسسات الصحية نفسها كجزء من إجراءات الجودة الخاصة بها.

يجمع الموقع البيانات العامة المنشورة حتى الآن ، ولا سيما تلك المنشورة على منصة المعلومات حول المؤسسات الصحية (PLATINES) المتعلقة بنشاط ونوعية المؤسسات ، والنتائج التفصيلية للشهادة v2010 التي نشرتها (Haute Autorité de Santé (HAS) بالإضافة إلى بيانات الأنشطة الجديدة.

2-المبادئ التأسيسية للمشروع؟ المبادئ التأسيسية لـ Scope santé هي:

- إمكانية الوصول للمعلومات: يوفر Scope Santé معايير مرجعية لوضع البيانات في سياقها وتفسيرها ، ويعتمد مفردات مُكَيِّفة ، ويدعم المستخدم في بحثه من خلال تقديم معايير المقارنة ذات الصلة وتقديم المساعدة الموضوعية لفهم المصطلحات المستخدمة. أدوات تحديد الموقع الجغرافي وتوضيح البيانات (تصور البيانات ، المقاييس اللونية ، لوحات الداما) تساهم أيضاً في هذه الرغبة في الوضوح.

- التفاعلية: يتيح نهج المستخدم المعتمد في Scope Santé إمكانية تعديل الواجهة وفقاً للبيانات التي يختارها المستخدم. لم يتم تنظيم موقع Health Scope كسلسلة من الصفحات ، ولكن وفقاً لصفحة واحدة ووحدات معيارية يتم إعادة تكوينها مع كل طلب مستخدم جديد وفقاً للمعايير والفلاتر المطبقة.

- موثوقية البيانات: البيانات المنشورة على الموقع علنية. تأتي جميعها من مصادر رسمية مثل وزارة الصحة و HAS ، والتي تضمن تحديثات منتظمة ومنهجية صارمة ، دون تجميع غير معتمد.

- قابلية التوسع: يجب أن يتطور مثل هذا الموقع وفقاً للبيانات واحتياجات المستخدمين. النسخة التي تم تطويرها وكشف النقاب عنها في نهاية عام 2013 هي الخطوة الأولى. ستتضمن الإصدارات المستقبلية بيانات نشاط إضافية ومؤشرات نتائج جديدة سيتم تعميمها قريباً وتقديمها للنشر العام (انظر أدناه ، الأسئلة المتعلقة بالتطورات المستقبلية). بالإضافة إلى ذلك ، سيتم أخذ ملاحظات المستخدم في الاعتبار لتحسين التطبيق.

3-خصائص الموقع يتميز الموقع بالخصائص التالية¹:

- يوفر Scope Santé إمكانيات متنوعة لمستخدم الإنترنت:

¹ ibid

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

- خريطة وتحديد الموقع الجغرافي للمستشفيات بفضل الخريطة التفاعلية ، يمكن للمستخدم تحديد الموقع الجغرافي ورؤية المؤسسات الصحية المحيطة. يمكنه أيضاً إدخال اسم مؤسسة ومدينة ورمز بريدي وعرض منشآت المنطقة التي يحددها.

- الحصول على معلومات عامة عن كل مستشفى فكل مستشفى مستخدم الإنترنت لديه حق الوصول إلى ورقة تُلخِصية ، تبين تفاصيل الاتصال الخاصة بهم ، وقطاعات نشاطهم أو المعدات التي لديهم ، وخاصة مستوى شهاداتهم.

- تخصيص وتنقيح البحث عن المعلومات، حيث يقدم الموقع مجموعة مختارة من مؤشرات الجودة وبيانات الأنشطة ذات الصلة التي تتكيف مع بحث المستخدم. يمكنه الذهاب إلى أبعد من ذلك من خلال اختياره وإضافة مؤشرات جودة أخرى وفقاً لمخاوفه.

- يتيح التطبيق لمستخدم الإنترنت إمكانية تخصيص بحثه وتعميقه وفق معيارين:

أ- معلومات عن جودة الرعاية:

- رحلة المريض: من الاستقبال إلى الخروج ، وإدارة الألم
- حقوق ومعلومات المريض: الخصوصية ، والسرية ، وسوء المعاملة / المعاملة الجيدة ، والوصول إلى الملف الطبي ، ومعلومات عن الأضرار المتعلقة بالعلاج
- سلامة المرضى: تنظيم غرفة العمليات ، وقطاع المخاطر الكبرى ، ومخاطر نقل الدم ، وأمراض المستشفيات ، وإدارة الأدوية ، ومكافحة عدوى المستشفيات ، والوقاية من نزيف ما بعد الولادة ...

ب- معلومات عن نشاط المستشفى

- المعدات والتخصصات وحجم النشاط (مثل عدد الإقامات ومتوسط مدة الإقامة ومتوسط الأعمار)
- مقارنة مؤسسات الرعاية الصحية مع بعضها البعض حيث يقدم الموقع ثلاث مستويات للمقارنة:
- مقارنة وطنية: يتم وضع المؤسسة على مقياس يضعها فيما يتعلق بالمعدل الوطني للنتائج التي حصلت عليها المؤسسات

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

-مقارنة إقليمية بين المستشفيات المحلية لعدد يصل إلى 15 مستشفى.

-مقارنة شخصية ، والتي تتيح للمستخدم مقارنة ما يصل إلى 4 مستشفيات من اختياره.

المبحث الثاني: الإطار العام للدراسة التطبيقية

سنعرض في هذا في هذا المبحث أولا المنهجية المتبعة في الدراسة، ثم بعد ذلك نعرض أداة الدراسة

طريقة تصميمها ، صدق أداة الدراسة و طرق حساب مؤشرات الدراسة.

المطلب الأول : منهجية الدراسة

انطلاقا من طبيعة الدراسة و الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها لمعالجة موضوع البحث، و بناءا على التساؤلات التي نسعى للإجابة عليها. سنعرض في هذا المطلب الإجراءات المتبعة في الدراسة والتي تشمل: المنهج المستخدم في الدراسة، مجتمع الدراسة وعينة الدراسة، حدود الدراسة، أداة الدراسة مصادر وأسلوب جمع البيانات والمعلومات.

أولا:منهج الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة المرجوة ووصولاً لأفضل الأساليب والطرق للكشف عن الدور الذي تلعبه آلية التسعير على أساس الأنشطة في توجيه المستشفيات العمومية نحو عملائها وبالتالي تفعيل التوجه التسويقي في هذا النوع من المنظمات كمعالجة لإشكالية الدراسة ، وبالنظر إلى طبيعة الدراسة وتماشيا مع الموضوع فقد تم استخدام المنهج الوصفي ، والذي يستخدم لرصد ومتابعة ظاهرة أو حدث معين ، والمنهج التحليلي وذلك بتحليل النتائج المتحصل عليها لاختبار فرضيات الدراسة والمتعلقة بمتغيرات الدراسة .

ثانيا: مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات العمومية الفرنسية المشاركة في استبيان الرضا الالكتروني (e-satis) الذي تقدمه السلطات العليا للصحة في فرنسا عبر موقع (<https://www.atih.sante.fr/>):و الذي تم تصميم استبيان الكتروني من طرف متخصصي وخبراء الصحة في فرنسا لقياس رضا المريض.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

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:

✓ 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.

ثالثاً: حدود الدراسة

تتناول الدراسة تحليل نتائج استبيان رضا المرضى على الخدمات الاستشفائية في المستشفيات العمومية الفرنسية خلال خمس سنوات 2016، 2017، 2018، 2019، 2020.

رابعاً: 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.

متغيرات الدراسة: بعد الإطلاع على العديد من الدراسات السابقة الخاصة بالتسعير على أساس الأنشطة ودورها في توجيه تفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العامة، تم تحديد المتغيرات التابعة والمستقلة وذلك بهدف اختبار فرضيات الدراسة كالتالي:

1_ المتغير التابع : آلية التسعير على أساس الأنشطة تشكل آلية التسعير على أساس الأنشطة أحد آليات تمويل المستشفيات العامة تقوم على مبدأ التمويل على أساس حجم ونوع النشاط المنجز، والذي يتم تقديره من خلال المجموعات المرتبطة بالتشخيص (GHM) باعتباره مؤشر موحد يتيح للمستشفيات

وصف نشاطها، ويتم تبرير النشاط للجهات الدافعة (الممولة) عبر البرنامج الطبي لنظم المعلومات PMSI

2- المتغير التابع : التوجه التسويقي للمستشفيات العمومية

يقوم التوجه التسويقي على إنتاج ما يمكن تسويقه، حيث يركز هذا التوجه على التسويق الهادف لإشباع الرغبات، حسب إمكانات وأذواق العملاء المستهدفين، وليس على بيع ما تم إنتاجه. ويقوم هذا التوجه على فرضية مفادها أنه لا بد من تحديد الرغبات والحاجات للعملاء المُستهدفين أولاً ، ثم إنتاج ذلك المزيج التسويقي الخدمي أو السِّلعي المنسجم والموافق مع تلك الرغبات والحاجات والتوقعات، ثم وبصورة مُنظمة ودورية قياس رضى العملاء المستهدفين وإجراء التصحيحات اللازمة لتطوير المزيج التسويقي بما المقبول والمرغوب والمرضي لفئات العملاء المستهدفين.

المطلب الثاني: أداة الدراسة

تتيح المؤشرات الموضوعية للمهنيين الحصول على مجموعة كاملة ومتناسكة من الأدوات تسمح بتقييم ممارساتهم، على سبيل المثال ، يكمل مسح e-Satis في جراحة العيادات الخارجية مجموعة من مؤشرات الجودة والسلامة للرعاية الموجودة بالفعل في تقييم جراحة العيادات الخارجية ، وبالتالي يجعل من الممكن الحصول على قياس تكميلي ناتج مباشرة من وجهة نظر المريض.

أولاً: المجموعة المستهدفة

من أجل تطوير استبيان يتلاءم مع العملاء المعنيين ، تم تحديد خصائص المرضى الذين تتم مقابلتهم. يرقى هذا إلى تصنيف معايير إدراج واستبعاد المرضى ، مع الأخذ في الاعتبار أي حالات خاصة من الاستشفاء / الرعاية المتعلقة بالقطاع المستهدف. يتم التحقق من صحة هذه المعايير من قبل مجموعة العمل خلال مرحلة تصميم الاستبيان.

كل مستشفى مسؤول عن التحقق من أهلية مرضاه. ومع ذلك، من أجل تأمين الجهاز ، تم التخطيط لفحصين:

- عند إيداع عنوان البريد الإلكتروني على منصة e-Satis ، تتيح عناصر التحكم إمكانية رفض البريد الإلكتروني للمريض تلقائيًا بفضل المعلومات التي تم إدخالها في ملف الإيداع (على سبيل المثال: التحكم

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

في مدة الإقامة بفضل إدخال تواريخ الدخول والخروج في ملف الإيداع). يجب اعتبار المعلومات الواردة في ملف إيداع البريد الإلكتروني في بداية التجربة للسماح بالتحكم الأول في عدد السكان.

- تبدأ الاستبيانات بأسئلة التصفية التي تستبعد تلقائياً المرضى غير المعنيين والذين تم إرسال بريدهم الإلكتروني عن طريق الخطأ. يجب تحديد أسئلة التصفية خلال مرحلة تصميم الاستبيان.

ثانياً : المستشفيات المستهدفة

عندما يتم استهداف المرضى الذين ستنتم مقابلتهم ، فمن الممكن تحديد المستشفيات التي تعنتي بهذا النوع من المرضى بناءً على بيانات النشاط المعلنة ، تعمل السلطات العليا للصحة بالتعاون مع الوكالة التقنية للمعلومات الاستشفائية، التي ترسل طلبات نشاط المستشفيات من البرنامج الطبي لأنظمة المعلومات تتلقى السلطات العليا للصحة قائمة بالمستشفيات التي لديها نشاط ذي صلة للمشاركة في المسح الوطني ، بناءً على طلبات من PMSI للسنة N-1 (آخر سنة كاملة مجمعة).

للمشاركة في جميع مجموعات المؤشرات ، يتم تحديد المستشفيات من خلال رقم Finess15 الخاص بهم. في نظام e-Satis ، من أجل أن يكون مناسباً للمرضى والمؤسسات ، يتم تحديد المنشآت على أرقى مستوى إداري ، أي من خلال الرقم الجغرافي المناسب.

ثالثاً: تصميم الاستبيان : قبل تصميم الاستبيان تم إجراء تحليل للأدبيات، يتيح هذا التحليل:

- تحديد الخطوات المهمة في رعاية المريض وكذلك توصيات الممارسة الجيدة في القطاع المستهدف.

-التحقق مما إذا كانت استبيانات الرضا المحققة وقياس الخبرة موجودة بالفعل في القطاع المستهدف.

تتبع استبيانات e-Satis منطقاً محدداً مسبقاً وهو منطق "رحلة" المريض: أي أن ترتيب الأسئلة يتبع مسار المريض ويعيد تتبع تسلسل مراحل علاجه. تم اتخاذ قرار التصميم هذا من قبل مجموعة العمل للسماح للمريض بفهم الاستبيان بشكل أفضل، هذا هو السبب في أنه من المهم تحديد المراحل المهمة في رعاية المريض من أجل التمكن من تقييمها: في الاستبيان تسمى هذه المراحل "الأبعاد" وبصورة جيدة يتم احتساب درجة الرضا والخبرة. المريض من أجل كل من أبعاد هذه الرحلة.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

تتكون استبيانات e-Satis من أنواع مختلفة من الأسئلة تسمح بتقييم كامل لوجهة نظر المريض. الاستبيان مفصل للغاية من أجل تزويد المستشفيات بالنتائج التفصيلية المستمرة ومنحهم مستوى كافٍ من المعلومات لتنفيذ إجراءات التحسين.

- أسئلة التصفية

يتم طرح أسئلة التصفية في بداية الاستبيان لتأكيد أهلية المريض الذي يجب وربما يستبعده إذا كانت إقامته لا تتوافق مع القطاع الذي تم تقييمه وتم تسجيله عن طريق الخطأ في المسح. خلال الاستبيان ، يتم طرح أسئلة تصفية أخرى لاستبعاد مريض غير معني بسؤال (على سبيل المثال: وجود أو عدم وجود الألم؟ الأكل؟).

-أسئلة قياس التجربة: الأسئلة التي تقيس التجربة هي أسئلة موضوعية حول تجربة المريض. يقترن معظمهم بمسألة الرضا. يستجيب المريض بأكثر طرق الاستجابة ثنائية التفرع "نعم" و"لا" ، وأحياناً بطريقة تحدد الحالة "غير القابلة للتطبيق".

مثال: "هل تلقيت معلومات عن الأدوية التي يجب تناولها بعد خروجك (الجرعة ، الأوقات ، الآثار الجانبية)؟" «طريقة الرد: نعم / لا / لا دواء لأخذها.

-أسئلة قياس الرضا : الأسئلة التي تقيس الرضا تسمح بتقييم الجودة التي يدركها المريض بناءً على توقعاته. يستجيب المريض بمقياس يتراوح من "ضعيف" إلى "ممتاز" أو من "أبداً" إلى "دائماً".

مثال: "ما رأيك في المعلومات التي تلقيتها عن الأدوية التي يجب تناولها بعد خروجك؟" «طرق الاستجابة: رديء إلى ممتاز.

-أسئلة أخرى (توصيات الرأي العام) : تم استكمال الاستبيانات بأسئلة تتعلق بالرأي العام ولكن أيضاً بالتوصية من المستشفيات، و "نية العودة" إذا كان هناك توقع دخول جديد إلى المستشفى. لا تدخل هذه الأسئلة في حساب المؤشر (الدرجة) ولكن يتم إرسال نتائجها إلى المستشفيات لاستكمال تقييمها.

-أسئلة تسمح بتعديل المؤشر: من أجل تعديل المؤشر المحسوب ، هناك أسئلة ضرورية: تتعلق بالرضا عن الحياة بشكل عام والتحسين الذي يدركه المريض في حالته الصحية. من هذه الأسئلة ، المؤشر

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

يتم تعديل "الدرجة" لجعلها قابلة للمقارنة من مستشفى إلى آخر.

-**تعليقات حرة** تتضمن جميع استبيانات e-Satis منطقتين مجانييتين للتعليق في نهاية الاستبيان.

طرق الإجابة على أنواع الأسئلة المختلفة هي:

-مقياس ليكرت في 5 طرق لأسئلة الرضا: من "سيئ" إلى "ممتاز" ومن "أبداً" إلى "دائماً" حسب الأسئلة.

- إجابة من نوع "نعم" "لا" "+" ثنائية التفرع عن إجابات من نوع "عدم قابلية التطبيق" لأسئلة الخبرة.

رابعا: التحقق من نطاق المسح يتيح تحليل نتائج التجربة إمكانية التحقق بشكل نهائي من نطاق المسح. كما يؤكد الجدوى التشغيلية للمسح بالنسبة للمستشفيات من جهة وللمرضى من جهة أخرى.

1-التحقق من صحة نطاق المسح يتم جمع استطلاعات e-Satis عبر الإنترنت على منصة الإنترنت الأمانة e-Satis-pilot: تودع المستشفيات في ملفات النظام الأساسي هذه التي تحتوي على عناوين البريد الإلكتروني للمرضى المعنيين بالإضافة إلى المعلومات الأخرى المستخدمة للتحكم في السكان وفي النتائج: الدقة الجغرافية ، والجنس ، والعمر ، وتاريخ الدخول والخروج من المؤسسة ، أو القطب أو القسم + كود مسح e-Satis الذي يجب أن يستجيب له المريض. تقدم المستشفى ملفاً مشتركاً في جميع استطلاعات e-Satis وليس ملفاً واحداً لكل استطلاع حتى لا يزيد عبء العمل المتعلق بتقديم رسائل البريد الإلكتروني. تتيح التجربة التحقق من أن المستشفيات لا تواجه أي صعوبات في إنشاء هذا الملف (لا سيما في تحديد هوية المرضى المعنيين) وتأكيد قدرتها على التكيف مع طريقة الجمع المختارة.

2-جدوى الاستبيان وفهمه من قبل المرضى : تتيح التجربة أيضاً التحقق من جدوى المسح للمستجيبين. يمكن أن يبرز تحليل المشاركة مخاوف الجدوى مثل رفض الرد ، والتخلي أثناء الاستجابة ، والمشاكل المحتملة في فهم مصطلحات معينة، لتأكيد هذه الجدوى ، نتحقق أيضاً من:

حساسية السؤال : يؤكد تحليل تأثيرات الحد الأدنى والحد الأعلى حساسية المقياس. إذا استجاب جميع المرضى بأقصى أو أدنى استجابة لسؤال ما ، فإن هذا يسلط الضوء على مشكلة في "حساسية" السؤال. وبالتالي ، يجب تحليل معدلات الحد الأدنى ($T \% \text{ floor} = \text{عدد الردود} / 1$ / عدد الردود (1-2-3-4-

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

(5 * 100) ومعدلات السقف (T % سقف = عدد الردود / 5 / عدد الإجابات (1 - 2 - 4 - 4 - 5) * 100) من جميع الأسئلة.

قبول الاستطلاع وفهمه: معدل الاستجابة "لا رأي" أو "لا أتذكر" يوضح هذا التحليل أنه لا توجد مشكلة في فهم الاستبيان ، وأن المرضى يهتمون بالأسئلة ويتذكرون تجربتهم. إذا كان السؤال يحتوي على غالبية إجابات "لا رأي" ، فإن هذا يسلط الضوء على مشكلة الفهم و / أو جدوى السؤال (مصلحة السؤال / السؤال غير ملائم للموضوع الذي تم تقييمه).

2-صدق الاستبيان

ينقسم استبيان e-Satis إلى أبعاد تمثل المراحل الرئيسية لإقامة المريض أو رعايته (بعد الاستقبال / بعد الدعم / بعد الغرفة والوجبات / إلخ ...). لكل بُعد ، سيتم أيضاً حساب درجة الرضا والخبرة ونشرها بواسطة HAS. يتكون كل بُعد من عدة أسئلة تتعلق بالرضا وتجربة المريض ، بالإضافة إلى مسألة الرضا العام عن البعد. إن مسألة الرضا العام حسب البعد ضرورية لإجراء الاختبارات الإحصائية (اختبارات الارتباط).

تم إجراء جميع الاختبارات الإحصائية أدناه بشكل منهجي من الاستبيانات التي أكملها المرضى التي تم جمعها خلال مرحلة التجريب. تتكرر هذه الاختبارات في نهاية المجموعة الأولى على عدد أكبر من الردود من أجل تأكيد صحة الاستبيان.

بالنسبة لكل بُعد من أبعاد الاستبيان ، تكون الاختبارات الإحصائية التي تم إجراؤها على النحو التالي:

الجدول رقم 07: وحدة تحليل صلاحية العناصر

الهدف	التحقق من صحة المساهمة الفردية لعناصر الرضا في البعد.
اختبار تحليل الارتباط المستخدم والتفسير لكل عنصر مع الرضا العام للبعد.	• إذا كانت $(R^2 = 0.1)$ $(r < 0.33)$ ، فإن العنصر يعتبر غير مساهم في البعد. • إذا كانت $(R^2 = 0.67)$ $(r > 0.82)$ فإن العنصر الذي يمكن اعتباره معناه مكافئاً للرضا العام للبعد.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

المصدر: من إعدادا الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

الجدول رقم 08: تحليل تجانس البعد

<p>الهدف</p> <p>يعتمد تجانس البعد على شرطين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الموثوقية وهي الدرجة التي تتوافق بها عناصر البعد مع بعضها البعض. • انعكاسية العناصر : أي الطابع الأحادي للبعد. 	
<p>الاختبارات المستخدمة والتفسير</p> <ul style="list-style-type: none"> • الموثوقية: حساب ألفا كرونباخ الذي يتم البحث عن قيمة دنيا لها أكبر من أو تساوي 0.7. • أحادية البعد: إجراء تحليل للمكونات الرئيسية بناءً على جميع عناصر الرضا الخاصة بالبعد. الهدف هو الحصول على قيمة ذاتية واحدة أكبر من 1. يعتمد ألفا كرونباخ على متوسط مستوى الارتباط بين العناصر من 2 إلى 2 وعلى عدد عناصر الرضا التي تم تقييمها للبعد. لا تضمن القيمة العالية لألفا كرونباخ أن العناصر أحادية البعد . 	

المصدر: من إعدادا الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

الجدول رقم 09: تأكيد هيكل البعد

<p>الهدف</p> <p>التحقق من وجود عناصر قادرة على شرح الاختلافات في رضا المريض عن البعد المدروس.</p>	
<p>الاختبارات المستخدمة والتفسير</p> <p>الانحدار المتعدد للرضا العام للبعد من خلال العناصر التفصيلية للبعد. الهدف هو الحصول على معامل تحديد $R^2 \geq 0.7$.</p>	

المصدر: من إعدادا الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

بمجرد التحقق من صحة جميع الأبعاد (الاستقبال ، والرعاية ، وما إلى ذلك) ، يتكون التحليل النهائي من التحقق من أن جميع الأبعاد تجعل من الممكن قياس الرضا العام الكلي الذي يعبر عنه المرضى. في نهاية الاستبيان ، تسمح مسألة الرضا العام المعلن بإجراء هذا الاختبار.

جدول رقم 10: تأكيد هيكل الاستبيان

الهدف	هو التحقق من أن الأبعاد تساهم في الرضا العام.
الاختبارات المستخدمة والتفسير	<ul style="list-style-type: none">• تحليل الارتباط للرضا العام لكل بعد مع الرضا العام الكلي المعلن في نهاية الاستبيان.• إذا كانت $R^2 = 0.1$ ($r < 0.33$) ، فإن البعد يعتبر غير مساهم في الرضا العام الكلي.• الانحدار المتعدد للرضا العام الكلي من خلال الرضا العام للأبعاد. الهدف هو الحصول على معامل تحديد $R^2 \geq 0.7$

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

المطلب الثالث: طرق حساب مؤشر الرضا العام ودرجة الخبرة

هدف تطوير الاستبيان إلى إنتاج مؤشر نتائج يمثل درجة الرضا العام والخبرة. سوف منتطرف في هذا المطلب إلى طريقة حسابها. تم نتطرق لمنهجية مقارنة المستشفيات وترتيبها بناءً على درجة رضا المرضى حول جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات العمومية .

أولاً: طريقة حساب درجة الرضا العام والخبرة

تتم مناقشة حساب درجة الرضا العام والخبرة والتحقق من صحتها في إطار مجموعة العمل.

بناء النتيجة: الهدف من النتيجة هو توفير مؤشر لكل مؤسسة للرضا العام الذي قدمه المرضى طوال رحلتهم ، من الاستقبال إلى الخروج من المؤسسة. ثم يتم أيضاً حساب درجات الرضا حسب البعد (ملحوظة: يتم تقسيم كل استبيان e-Satis إلى أبعاد تحدد المراحل المهمة للرحلة).

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

- يتم احتساب درجة الرضا لكل مريض من الردود على الاستبيان ويتم تقديمها كدرجة من 100. يتم حساب متوسط درجات رضا المريض للحصول على النتيجة الإجمالية للمؤسسة. تنطبق هذه القاعدة على جميع الدرجات المحسوبة على المستوى الأولي (الرضا العام ودرجة الخبرة ودرجات الرضا حسب البعد).

- يتم حساب درجة كل مريض من الاستبيانات الكاملة (الاستبيانات المكتملة حتى النهاية والتي تم التحقق من صحتها من قبل المرضى) ويمكن استخدامها. يتوافق مصطلح "قابلة للاستغلال" مع المعايير التالية: يكون الاستبيان قابلاً للاستغلال عندما يكون لدى أكثر من 50% من عناصر الرضا إجابة صحيحة (تختلف عن "بدون رأي"). تم تحديد هذه العتبة بعد محاكاة تأثير القواعد لتحديد قابلية الاستغلال ومناقشتها مع مجموعة العمل. لحساب الدرجة المعدلة ، نتحقق أيضاً من إدخال متغيرات التعديل (بخلاف "بدون رأي").

ثانياً: تكامل أسئلة الخبرة: مبدأ إعادة التوجيه: يتكون استبيان e-Satis من أسئلة الرضا وأسئلة الخبرة. يتعلق حساب الدرجة الموصوفة أعلاه بنتيجة أسئلة الرضا (التي لها خمس طرق استجابة من "سيئ" إلى "ممتاز" أو من "أبداً" إلى "دائماً").

ومع ذلك ، من المهم أن تكون قادراً أيضاً على دمج نتيجة أسئلة الخبرة في النتيجة المحسوبة. ترتبط أسئلة الخبرة بأسئلة الرضا (على سبيل المثال: هل لديك معلومات؟ إذا كان الأمر كذلك ، ما هو مدى رضاك عن وضوح المعلومات؟).

- منهجية الحساب العامة : يتم تكرار منهجية الحساب هذه لإنتاج درجات الرضا الأخرى حسب البعد.

في نهاية هذه الخطوة ، أنتجت HAS مؤشراً أولياً يسمح بتقييم الرضا العام وتجربة المرضى في المستشفى. وبالتالي فإن النتيجة المحسوبة هي نتيجة لتصور المريض (من خلال أسئلة الرضا) ، ولكن أيضاً نتيجة تجربته الحقيقية (من خلال أسئلة الخبرة) التي تسمح برؤية تكميلية لأجهزة تقييم الجودة الأخرى وسلامة الرعاية التي تم تنفيذها بالفعل.

المطلب الرابع : منهجية تصنيف المستشفيات

يهدف وضع المستشفيات في منافسة على إرضاء العميل في شفافية وتفعيل ديناميكيات التحسين للمستشفيات ، تم التأكد بعد إنشاء المؤشر أن نتيجة تمكن من مقارنة المستشفيات مع بعضها البعض. هذا من أجل إتاحتها للجمهور على موقع www.scopesante.fr.

أولاً: منهجية ضبط درجة الرضا العام ودرجة الخبرة حسب كل مستشفى

من أجل القدرة على مقارنة درجات الرضا مع بعضها البعض تم تعديل ومعالجة إحصائية للمؤشر مما يجعل من الممكن مراعاة المتغيرات التي تؤثر على النتيجة والتي تكون مستقلة عن جودة الرعاية التي يقدمها المستشفى المريض، هذا يجعل من الممكن مقارنة نتائج e-Satis التي حصلت عليها المستشفيات "كل العناصر الأخرى متساوية". المعايير الاجتماعية والديموغرافية للمرضى (العمر والجنس) وخصائص المريض الأخرى (مثل مزيج الحالات في المستشفى) لها تأثير ضئيل على الرضا.

1-اختيار متغيرات التعديل: تم تحديد المتغيرات التي تم بناء نموذج التعديل عليها. ثم تم اختيار المتغيرات ذات الصلة من تلك المتوفرة في الاستبيان ولف الإيداع ، وتم اختبارها.

تم اختبار تأثير ثلاثة متغيرات على درجة الرضا العام والخبرة للنموذج الملائم العام لاستبيانات e-Satis:

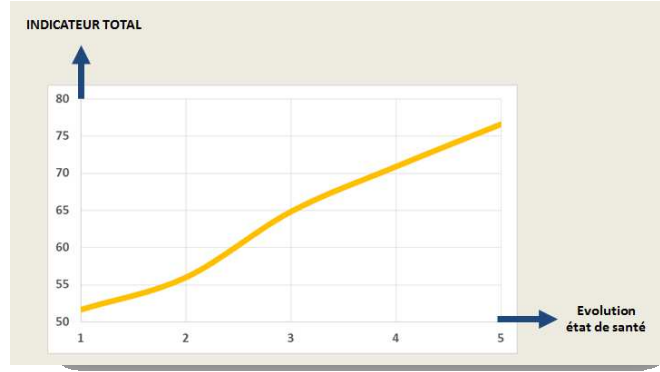
- التحسن الملحوظ في الحالة الصحية بعد الإقامة: نتيجة هذا المتغير هي استجابة المريض لسؤال في نهاية الاستبيان (طرق الاستجابة من 1 إلى 5).

- رضاء المريض عن الحياة بشكل عام: نتيجة هذا المتغير هي استجابة المريض لسؤال في نهاية الاستبيان (طرق الاستجابة من 1 إلى 7).

-عمر المريض: يتم إدخال عمر المريض في الملف المقدم من المؤسسة عند تقديم عنوان بريده الإلكتروني.

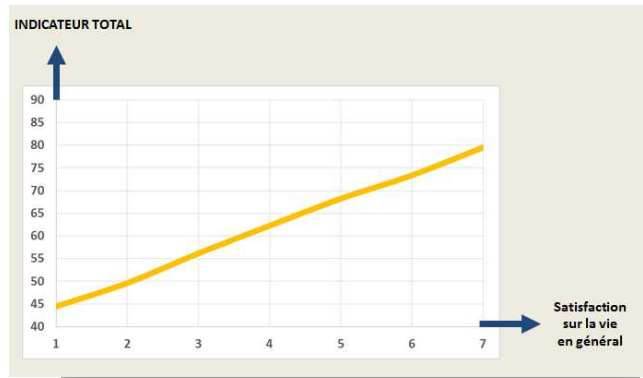
تتوافق الرسوم التوضيحية المعروضة أدناه مع التحليلات التي تم إجراؤها للتحقق من صحة الاستبيان الإلكتروني e-Satis ، هذه التحليلات قابلة للتطبيق على جميع تطورات هذا الاستبيان

- الشكل رقم 07: تأثير التغيير في الحالة الصحية المتصورة للمرضى على النتيجة (سبتمبر 2016 - الحملة الوطنية e-Satis + 48h MCO 2016)



المصدر: www.atih.sante.fr

- الشكل رقم 08 : تأثير مستوى رضا المريض عن الحياة بشكل عام على النتيجة (سبتمبر 2016 - الحملة الوطنية e-Satis + 48 ساعة MCO 2016)

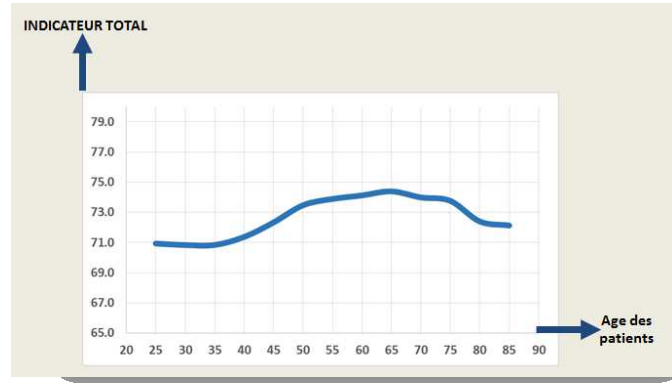


المصدر: www.atih.sante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

يوضح هذا الرسم البياني الأخير أن تأثير العمر على النتيجة الإجمالية غير خطي وبالتالي لا يمكن دمجه في نموذج التعديل. إن تأثير العمر على مستوى الرضا أقل بكثير من تأثير المتغيرين الآخرين.

الشكل 09: تأثير عمر المريض على النتيجة (سبتمبر 2016 - الحملة الوطنية 48 + e-Satis ساعة MCO 2016)



المصدر: www.atih.sante.fr

لذلك ، يقترح نموذج التعديل المحدد تعديل النتيجة الأولية للمتغيرين: "التحسن الملحوظ في الحالة الصحية للمرضى" و "مستوى رضا المريض عن الحياة بشكل عام".

2- حساب نموذج التعديل الغرض من تعديل الدرجات هو التخلص من التأثيرات المحتملة للمتغيرين المختارين:

X1	تطور الحالة الصحية: Q56_amelio
X2	الرضا عن الحياة بشكل عام: Q57_Vie_Gene

من الناحية المنهجية ، يتكون التعديل من قياس تأثير المتغيرين X1 و X2 على الدرجات الأولية ، ثم تعديل النتيجة الأولية لأعلى أو لأسفل لكل مريض وفقاً لاستجاباتهم لـ X1 و X2. بشكل ملموس ،

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

فإن المريض الذي يشعر بالرضا الشديد عن حالته الصحية وحياته بشكل عام سيشهد انخفاضاً في مجموع نقاطه. على العكس من ذلك ، سيرى المريض غير راضٍ للغاية مجموع درجاته منقحة لأعلى.

على مستوى المنشأة ، يأخذ التعديل في الاعتبار الاختلافات في ملفات تعريف المرضى ويجعل النتائج قابلة للمقارنة من منشأة إلى أخرى ومن سنة إلى أخرى.

3- المنهج الإحصائي المستخدم :

المنهج الإحصائي المستخدم هو انحدار خطي متعدد شكل النموذج هو:

$$\text{النتيجة الأولية} = \text{ثابت} + \alpha_1.X_1 + \alpha_2.X_2 + \text{خطأ}$$

تفسير المعاملين α_1 و α_2 كالتالي:

α_1 : زيادة في النتيجة الأولية عندما يزداد تقييم تطور الحالة الصحية بمقدار نقطة واحدة (مستوى 1 على هذا المقياس من 1 إلى 5) ، وتكون جميع الأشياء الأخرى متساوية (ثابت X_2).

α_2 : زيادة في النتيجة الأولية عندما يزيد الرضا عن الحياة بشكل عام بمقدار نقطة واحدة (مستوى 1 على هذا المقياس من 1 إلى 7) ، وتكون جميع الأشياء الأخرى متساوية (X_1 ثابت).

- المريض الذي يكون تقييمه لتطور الحالة الصحية أعلى بنقطة واحدة من متوسط العينة الإجمالية للمرضى الذين شاركوا في التجربة ، سيحصل على درجة معدلة مساوية لدرجاته الإجمالية التي تم طرحها من α_1 .

$$\text{الدرجة المعدلة} = \text{إجمالي الدرجة} + \alpha_2 (\mu_2 - X_2) + \alpha_1 (\mu_1 - X_1)$$

$$\mu_1 = \text{متوسط تقييم تطور الحالة الصحية الذي عبر عنه مرضى التجربة}$$

$$\mu_2 = \text{متوسط الرضا عن الحياة بشكل عام الذي عبر عنه المرضى في التجربة}$$

تم تكرار منهجية التعديل هذه لتعديل جميع درجات الرضا الناتجة: وهذا يعني الرضا العام ودرجة الخبرة ، ولكن أيضاً درجات الرضا حسب بُعد الرحلة. يسمح هذا لـ HAS أيضاً بنشر الدرجات حسب الأبعاد على

www.scopesante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسوقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

ثانياً: منهجية التصنيف للمنشآت الصحية: توفر الخطوة السابقة درجة معدلة للرضا العام والخبرة. من الضروري الآن تحديد منهجية تصنيف المؤسسات على أساس هذه الدرجة المعدلة.

1- اختيار الترتيب النسبي للمنشآت السؤال الذي يطرح نفسه هو الترتيب المطلق أو النسبي للمنشآت وفقاً لدرجاتها الإجمالية المعدلة. يتكون التصنيف المطلق ، على سبيل المثال ، من تقسيم المؤسسات إلى 4 مجموعات بوضع حدود على مجالات منتظمة: 0-25 / 100 ، 26-50 / 100 ، 51-75 / 100 ، 76-100 / 100 ؛ أو سبب في الربع من نتائج التجربة. لا يسمح لنا تحليل الأدبيات بالحكم على درجة جيدة أو سيئة من حيث القيمة المطلقة.

وبنفس المنطق الذي استخدمه البرنامج الأمريكي لتقييم رضا المرضى المقيمين بالمستشفى ، فإن المنهجية المعتمدة تستخدم أسلوب التصنيف النسبي ، اعتماداً على نتائج المؤسسات التي تمت ملاحظتها أثناء التجربة. المبدأ العام هو تحديد مجموعات المؤسسات المتكافئة من حيث النتائج عبر جميع أبعاد رحلة المريض. يتيح التحليل المقارن للنتائج الإجمالية المعدلة بين المجموعات إمكانية تحديد معايير التصنيف.

2- تحديد عدد الفصول لكل مرفق حصل على 30 أو أكثر من استجابة المرضى القابلة للاستخدام ، لدينا درجات لكل بُعد من أبعاد رحلة المريض.

لتحديد عدد الفئات ، يكون التحليل الذي تم إجراؤه هو تصنيف هرمي تصاعدي. هذه طريقة تصنيف متكررة لمجموعات متعاقبة من المستشفيات بالتشابه (مسافة الجناح).

لذلك يتم إنتاج شجرة تصنيف (dendrogram). يجعل من الممكن تصور التجميع التدريجي للمستشفيات ويمثل التسلسل الهرمي لهذه الأقسام. تجميع الجذر الرئيسي سويًا جميع المستشفيات، يمكننا بعد ذلك اختيار قسم عن طريق اقتطاع الشجرة عند مستوى معين. يعتمد المستوى إما على قيود المستخدم (يعرف المستخدم عدد الفئات التي يريد الحصول عليها) ، أو على معايير أكثر موضوعية. إحصائياً ، يمكن أن يكون عدد الفصول 2 أو 4.

لأسباب إحصائية تتعلق بدقة النتائج المرصودة وفترات الثقة للدرجات المحسوبة ، يتم الاحتفاظ في البداية بفئتين فقط. لمزيد من المتانة المنهجية ، يتم بعد ذلك تطبيق تصنيف ديناميكي للسحب بدءاً من مراكز

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

الجاذبية، يتم فصل الفئتين اللتين تم الحصول عليهما عن طريق التصنيف بحد مركزي معبر عنه من حيث الدرجة المعدلة.

3- حساب حدود الفصل نظرًا لأن كل مرفق يحتوي على عدد مختلف من استجابات المرضى ، فإن فاصل الثقة للنتيجة المحسوبة المعدلة متغير.

IC = Score \pm t$_{\alpha}^s$ / racine(n)	
IC	مجال الثقة
Score	الدّوْجة المعدلة التي حصلت عليها المؤسسة
T $_{\alpha}$	قيمة اختبار ستودنت t المرتبطة بمخاطر حدوث خطأ من النوع الأول α
S	الانحراف المعياري للنتيجة المعدلة المحسوبة من درجات المريض الفردية للمؤسسة
N	عدد المرضى المستجيبين للمؤسسة

عدم اليقين المرتبط بأخذ العينات المنخفض أحيانًا (تم تحديد الحد الأدنى لاستجابات المرضى القابلة للاستغلال عند 30 انظر أدناه) يعني أنه تم اعتماد المبدأ المنهجي التالي:

- يتم تصنيف المستشفيات إلى مجموعتين:

أولئك الذين تكون نتيجتهم المعدلة أعلى من الحد المركزي المحسوب باستخدام التصنيف وأولئك الذين تكون درجاتهم أقل من الحد المركزي.

يتم تقسيم كل مجموعة أيضًا إلى مجموعتين:

- من بين الأوائل (المجموعة فوق المحطة المركزية): أولئك الذين يظل الحد الأدنى لفاصل الثقة أعلى من الحد المركزي في A.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

- الآخرون مصنّفون في ب: من بين المجموعة الثانية (مجموعة أقل من الحد المركزي) أولئك الذين يظل الحد الأعلى لفاصل الثقة أقل من الحد المركزي في D.

- الآخرون مصنّفون في C.

نظرًا لانخفاض سعة الدرجات المعدلة التي لوحظت بين المؤسسات ، فإن الحاجة الإحصائية لإدخال فترات الثقة وخطر خطأ التصنيف المرتبط بأحجام العينة ، وأخيرًا للحد من مخاطر الخطأ إلى أقصى قيمة مقبولة (10% في هذه الحالة) ، لا يمكن استخدام التقسيم المباشر إلى 4 فئات، باستثناء قبول وجود عدد محدود جدًا من المؤسسات المصنفة في A، وبالتالي فإن المنهجية المعتمدة لديها ميزة تقديم 4 فئات متوازنة من حيث عدد المؤسسات.

4- مبدأ ألفا المتغير

الافتراض الأول: يجب أن يكون لمؤسستين بنفس الدرجة المعدلة نفس الترتيب.

إذا تم استخدام صيغة مجال الثقة $IC = \text{Score} \pm t_{\alpha}^s / \text{racine}(n)$

كلما زاد عدد المرضى المستجيبين ، يقل مجال الثقة. عندما نتكون المنشأة أعلى من الحد المركزي ويكون عدد المرضى المستجيبين كبيرًا ، يتم تشديد مجال الثقة حول النتيجة المعدلة للمستشفى ، لذلك من غير المرجح أن يكون الحد الأدنى من أقل من الحد المركزي من مستشفى آخر بنفس الدرجة ولكن مع عدد أقل من المرضى. هذا ليس خيارًا ، ومن هنا يتم استخدام متغير ألفا من أجل

جعل مجال الثقة ثابتًا وبصفة أدق كمية $t_{\alpha} / \text{racine}(n)$ ثابت

الانحراف المعياري بالكاد يختلف من مستشفى إلى آخر.

إذا انخفض n فجأة، فيجب أن تتخفف t_{α} وفقًا لذلك. تتناسب t_{α} عكسًا مع α ،

لذلك كلما انخفض n ، زادت مخاطر خطأ تصنيف المستشفى.

الافتراض الثاني: تم تعيين الحد الأقصى لخطر الخطأ المقبول بغض النظر عن حجم العينة ($30 < \alpha$)

عند $\alpha = 10\%$ الحد الذي يفصل التصنيفين A و B تساوي:

Borne centrale + $t_{\alpha} \frac{s}{\text{racine}(n)}$

مع $n = 30$ و $s = 10.8$ ، $t_{\alpha} = t_{0.01} = 1.645$

الحد الذي يفصل بين التصنيفين C و D تساوي:

Borne centrale + $t_{\alpha} \frac{s}{\text{racine}(n)}$

مع $n = 30$ و $s = 11.9$ ، $t_{\alpha} = t_{0.01} = 1.645$

مخاطر خطأ ألفا حسب عدد المستجيبين كلما زاد عدد المستجيبين ، كلما انخفض خطر الخطأ في التصنيف ليصبح صفراً تقريباً من 100 مستجيب.

لا يختلف الانحراف المعياري أو لا يختلف من مؤسسة إلى أخرى. فجأة ، إذا انخفض n ، فيجب أن تتخفض t_{α} وفقاً لذلك. تتناسب t_{α} عكساً مع α ، لذلك كلما انخفض n ، زادت مخاطر خطأ تصنيف المؤسسة، والجدول التالي يبين ذلك.

جدول رقم 11: حساب مخاطر ألفا كدالة لعدد الردود في النتيجة

عدد المستجيبين	المرضى الخطأ
30	10,00%
40	5,75%
50	3,37%
60	2,00%
70	1,20%
80	0,72%
90	0,44%
100	0,27%

المصدر: www.atih.sante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

من المهم فهم تفسير مخاطر الخطأ المتعلقة بحجم العينة، المنشأة المصنفة من فئة A مع عدد قليل من المرضى قد تكون معرضة لخطر الخطأ بما يقرب من 10%. قد يُنظر إلى الحجم الصغير للعينة للوهلة الأولى على أنه ميزة.

ثلاث حجج تعارض هذا المنطق:

- إذا كان المنطق صالحاً للفئات A، فهو أيضاً صالح للفئة D.

• ربما يمكن تصنيف بعض المؤسسات في الفئة A و التي تم تصنيفها في الفئة "B" مع وجود عدد أكبر من المستجيبين.

من الأفضل تصنيفها بالقيمة الصحيحة ، لأن تقليل المخاطر يجنب خيبة الأمل في العام التالي، وبالتالي ، تم تحديد الحد الأقصى للمخاطر المقبولة عند 10% ، وهو ما يرقى إلى حساب درجة لا تقل عن 30 إجابة.

يتم تحفيز الحد الأدنى البالغ 30 مريضاً مستجيباً لكل مستشفى من خلال الخيارات الإحصائية المذكورة أعلاه وأيضاً لمراعاة الصعوبة التي تواجه مؤسسات معينة في الحصول على معدل عائد أعلى. هذا هو الحد الأدنى المقبول.

وتجدر الإشارة إلى أن جمع مؤشرات التي وضعتها السلطات العليا للصحة هي عملية إلزامية للمستشفيات المعنية .

حددت السلطات العليا للصحة أهدافاً يجب تحقيقها من حيث المشاركة (الأهداف التي تهدف إلى التطور): تم جمع 25% من البريد الإلكتروني ووضعه على المنصة من قبل المستشفيات × معدل استجابة المرضى بنسبة 25% ؛ أي 6% نسبة مشاركة المرضى المعالجين.

وبالتالي ، فيما يتعلق بالاستبيان الإلكتروني e-Satis للنجاح في الحصول على الحد الأدنى لعدد 30 مريضاً مستجيباً ، مع أهداف المشاركة هذه ، من الضروري أن يكون الحد الأدنى من النشاط 500 إقامة لأكثر من 48 ساعة في السنة.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

المبحث الثالث: اختبار الفرضيات

سوف نقوم في هذا المبحث باختبار الفرضية المتعلقة الجانب التطبيقي والمتمثلة في :

تشكل آلية التسعير على أساس الأنشطة مدخلا لتفعيل التوجه التسويقي للمستشفيات العامة الفرنسية.

والتي تتدرج ضمنها ثلاث فرضيات فرعية:

الفرضية الفرعية الأولى: هناك إقبال متزايد في مشاركة المستشفيات العمومية الفرنسية في قياس رضا عملائها على مدار فترة الدراسة

الفرضية الفرعية الثانية : تشهد درجة رضا عملاء المستشفيات العمومية على جودة الخدمات الاستشفائية ارتفاعا متزايدا على مدار فترة الدراسة

الفرضية الفرعية الثالثة: تشهد المستشفيات العمومية الفرنسية إشتداد في منافسة حول خدمة العملاء على مدار فترة الدراسة

المطلب الأول : نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى

يوضح الجدول الموالي نتائج الفرضية الفرعية الأولى والمتعلقة بتوجه المستشفيات العمومية نحو قياس رضا عملائها حول الخدمات الاستشفائية المقدمة.

الجدول 12: تطور مشاركة المستشفيات في استبيانات الرضا خلال الفترة 2016-2020

السنوات	2016	2017	2018	2019	2020
عدد المستشفيات المشاركة	983	1101	1113	1123	1125
عدد المستشفيات التي شاركت بأقل من 30 استبيان (محذوفة)	157	61	40	29	32
عدد الاستبيانات الكلية	56759	124628	137331	338515	332840
نسبة المشاركة الفعلية	84.02	94.4	96.4	96,3	94,5

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

يوضح الجدول أعلاه الانخراط المتزايد للمستشفيات العمومية في منهج تحسين جودة الممارسات الاستشفائية من خلال توجه هذه الأخيرة لقياس رضا عملائها 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 نقل عن 30 استبيان، حيث قدمت المستشفيات بإرسال 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).

تظهر سنتي 2019 و 2020 كذلك ارتفاعا مستمرا في عدد المشاركات حيث ارتفع عدد المستشفيات المشاركة سنة 2019 إلى 1123 ثم إلى 1125 مستشفى مشارك سنة 2020 بعدد استبيانات كلية بلغت 338515 استبيان و 332840 و بمشاركة فعلية قدرت بـ 96,3 ثم 94,5 لنفس السنتين على التوالي، قد يرجع التناقص الطفيف لعدد المشاركات الفعلية للأزمة الوبائية التي شهدتها العالم أجمع والتي شكلت ضغطا رهيبا على كل المستشفيات في جميع دول العالم ، ومع ذلك مس الانخفاض المشاركات الفعلية، في حين لم تتأثر المستشفيات الراغبة في التوجه نحو عملائها واستخدام استبيان الرضا، بهذه الأزمة وأرتفع عددها في ضل أزمة كورونا إلى 1225 مستشفى.

يظهر هذا التطور المستمر والملحوظ الأثر الإيجابي و القوي للحوافز المالية التي تقدمها برامج تحسين الجودة في ظل آلية التسعير على أساس الأنشطة وربط موارد المستشفى بحجم ونوعية نشاطه ، على توجه المستشفيات العمومية نحو عملائها، كأحد أهم أبعاد التوجه التسويقي.

مما يعني قبول الفرضي الفرعية الأولى أي أن إقبال متزايد في مشاركة المستشفيات العمومية الفرنسية في قياس رضا عملائها على مدار فترة الدراسة

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

المطلب الثاني: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية

تتعلق الفرضية الفرعية الثانية بتطور رضا المرضى حول جودة الخدمات الاستشفائية المقدمة في المستشفيات العمومية من سنة 2016 إلى سنة 2020.

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.

يتم احتساب درجة الرضا لكل مريض من رده 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 وتسمح النتيجة الإجمالية بالسماح بالمقارنة بين المستشفيات وتصنيفها حسب جودة خدماتها.

جدول رقم 13 : رضا المرضى حول الاستقبال خلال الفترة 2016-2020

بيانات الاستقبال	2016	2017	2018	2019	2020
متوسط درجة الرضا حول التفاعل	90	91	91,4	92	91,9
متوسط درجة الرضا حول عملية الإدخال	66	67	67	68	75
متوسط درجة الرضا حول الحصول على المعلومات	78	94	94	95	94
متوسط درجة الرضا العام عن الاستقبال	78	84	84,13	84,76	83,13

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

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 ، نلاحظ انخفاض طفيف على درجات الرضا حول الحصول على المعلومات سنة 2020 مقارنة بسنة 2019 بدرجة واحدة ، مع ارتفاع في نفس السنة في درجة الرضا حول عملية الإدخال بـ 6 درجات، إذا أخذنا خصوصية سنة 2020 بعين الاعتبار يمكننا فهم الانخفاض الطفيف في درجة الرضا حول الحصول على المعلومات بسبب عدم توفر المعلومات الكافية والضرورية حول فيروس كورونا المستجد .

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

جدول رقم 14: رضا المرضى حول الرعاية والتكفل بالمريض خلال الفترة 2016-2020

2020	2019	2018	2017	2016	بيانات الرعاية والتكفل بالمريض
92	91	90	90	72	متوسط درجة الرضا حول الشرح والإجابة على أسئلة المريض
49	49,8	39,8	39	70	متوسط درجة الرضا حول مشاركة المريض بالقرارات الطبية
88	87,9	87,8	88	87	متوسط درجة الرضا حول التعامل مع الألم
89	89	89	88	88	متوسط درجة الرضا حول احترام خصوصية المريض
95	94	94	94	94	متوسط درجة الرضا حول احترام سر المهنة
82	81,3	80,12	63,8	82,2	متوسط درجة الرضا العام عن الرعاية والتكفل بالمريض

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

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 15: تطور متوسط درجات رضا المرضى حول الإقامة خلال الفترة 2016-2020

بيانات الإقامة	2016	2017	2018	2019	2020
متوسط درجة الرضا حول الغرف	74	74	85,4	84,7	85
متوسط درجة الرضا حول جودة وتنوع الوجبات	45	74,4	78	74,5	77,6
متوسط درجة الرضا العام عن الإقامة	59,5	74,2	81,7		83,1

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على موقع 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، كما قفزت سنة 2020 إلى 77,6 درجة.

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.

على العموم شهدت درجات رضا المرضى حول الإقامة ببعديها الغرف وتنوع الوجبات تطورا مستمرا ليستقر في متوسط درجة رضا عام عن الإقامة سنة 2020 في 83,1 درجة وهي درجة ممتازة

جدول رقم 16: متوسط رضا المرضى حول تنظيم الخروج خلال الفترة 2016-2018

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

2020	2019	2018	2017	2016	بيانات تنظيم الخروج
82	81	76	90	76	متوسط الرضا حول معلومات حول الخروج
91,5	91,2	91	90	90	متوسط الرضا حول معلومات حول الدواء المستخدم بعد الخروج
93	92	90	65	90	متوسط الرضا حول المعلومات عن كيفية التعامل في حال وجود تعقيدات
98,6	86,02	85,66	81,66	85,83	نسبة الرضا العام عن تنظيم الخروج

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على موقع www.atih.sante.fr

يظهر الجدول من خلال تقييم تجربة المرضى أن نسبة الرضا العام عن تنظيم الخروج قد انخفضت سنة 2017 مقارنة بسنة 2016 وهو العنصر الوحيد الذي سجل انخفاضا قدر بـ4,17، ويتعلق الأمر برضا المرضى حول توفر معلومات تخص كيفية التعامل في حال وجود تعقيدات لدرجة، 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، واستمر في الارتفاع وصولا إلى سنة 2020 بتسجيل نسبة رضا عام 98,6 وهي نسبة رضا ممتازة.

وهذا يدل على أن المستشفيات العامة المنخرطة في قياس رضا عملائها تأخذ بعين الاعتبار نتائج الاستبيان في تطوير خدماتها وتبذل مجهوداتها في الحصول على رضاهم وهذا يدل على توجهها التسويقي

جدول رقم 17: متوسط الرضا العام الوطني

الرضا العام	2016	2017	2018	2019	2020
متوسط درجة الرضا العام الوطني	72.7	73.2	76.4	76.9	82

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على موقع 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 هي في تطور مستمر، وهنا يبرز التوجه نحو تحسين و تطوير الخدمات الصحية بناء على نتائج الاستبيان وإصلاح العناصر التي سجلت درجات رضا منخفضة من خلال قياس درجات الرضا حول الخدمات المقدمة، الأمر الذي يساعد على تدارك النقائص وتحسين جودة الخدمات المقدمة وبالتالي نيل رضا المرضى.

وهذا يؤكد صحة الفرضية الفرعية الثانية: تشهد درجة رضا عملاء المستشفيات العمومية على جودة الخدمات الاستشفائية ارتفاعا متزايدا على مدار فترة .

المطلب الثالث : نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة (H 3)

يكون HAS قادرًا على إنتاج مؤشر موثوق وصالح يسمح بمقارنة المستشفيات والمعلومات للمستخدمين حول مستوى رضا المرضى لجميع المستشفيات المعنية من خلال الاستبيان الإلكتروني e-Satis الذي تم تطويره، والذي يضمن الحصول على مؤشر موثوق يقيس وجهة نظر المريض ويسمح بإجراء مقارنة بين المستشفيات ونشر النتائج للجمهور على أساس ذلك مع العلم أن جميع المستشفيات العامة المعنية بإجراء المسح، والدول التالي يوضح تطور تصنيف المستشفيات العمومية الفرنسية على أساس درجة رضا عملائها على جودة الخدمات الاستشفائية المقدمة

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

الجدول رقم 18: تصنيف المستشفيات العمومية الفرنسية

السنوات	صنف A النتيجة ≤ 77,3	صنف B النتيجة ≥74 77,3	صنف C النتيجة ≥70,7 74	صنف D 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
2019	127 (%15.2)	315 (%37.7)	236 (%28.2)	157 (%18.8)	835
2020	215 (%21,3)	320 (%31.7)	307 (%30,4)	165 (%16,3)	1007

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على موقع 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 تفهقر 45 مستشفى مغيرا تصنيفه نحو الأسوأ.

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

أما في عام 2018، تم تضمين 753 مستشفى في التصنيف الوطني (130 أخرى مما كانت عليه في عام 2017). 43 % من المستشفيات مصنفة في الصنف "A" أو "B".

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.

سنة 2019 ارتفع عدد المستشفيات المصنفة 82 مستشفى ليصبح العدد الإجمالي 835 مستشفى عام في التصنيف الوطني (52.9 %) من المستشفيات المصنفة في الصنف "A" أو "B".

117 غير تصنيفه إلى تغيير تصنيفه إلى الصنفين "A" و "B" سنة 2019

شهدت سنة 2020 ارتفاعا ملحوظا في المستشفيات التي انضمت إلى التصنيف وقدرت بـ 172 مستشفى كما أن المستشفيات المصنفة في التصنيفين "A" و "B" شهدا ارتفاعا بما يقارب بـ 93 مستشفى .

على العموم انخرطت المستشفيات العمومية الفرنسية في برنامج تصنيف المستشفيات على أساس نتائج استبيانات رضا العملاء يظهر استجابة واضحة للمستشفيات لمتطلبات المنافسة التي وجدت نفسها قبالتها بفعل مبادئ آلية التسعير على أساس النشاط التي والتي تستند أساس إلى ربط تمويل المستشفيات بكم ونوع النشاط المنجز و تقديم التحفيزات المالية مقابل جودة الخدمات الصحية المقدمة.

يدل هذا الانخراط المتزايد في تصنيف المستشفيات على هعطاء المستشفيات العامة أهمية لصورتها في السوق الصحي وإدراكها لأهمية تعزيز رضا عملائها عن طريق تقديم خدمات صحية تلبي توقعات ورغبات عملائها فالتوجه في برنامج تحسين جودة الرعاية الصحية يبدو واضحا وفي تزايد مستمر.

أدركت المستشفيات العامة أن الفاعل الحقيقي الوحيد الذي يعطي سبب وجودها والذي يعمل على استدامتها المالية هو العميل. إن مستوى جاذبية المستشفى هو الذي سيعطيه ، العدد الكافي من المرضى لتوليد الإجراءات ، المصدر الرئيسي للتمويل.

هذه الجاذبية يمكن أن يكتسبها المستشفى من خلال جودة الخدمة التي يقدمها للعميل وقدرته على التعريف بها .

الفصل الرابع: واقع التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية

في الأخير يمكننا تأكيد صحة الفرضية الفرعية الثالثة أي أن المستشفيات العمومية الفرنسية إشتداد المنافسة حول خدمة العملاء على مدار فترة الدراسة

خاتمة الفصل :

في نهاية الفصل التطبيقي والذي حاولنا فيه جاهدين تقديم ما حصلنا عليه من بيانات تخدم موضوع بحثنا إلى أن آلية التسعير على أساس الأنشطة نجحت في خلق منافسة بين المستشفيات العمومية الفرنسية على إرضاء عملائها، وقدمت الحافز الذي كانت يفتقر إليه المستشفى العمومي الفرنسي لدفعها نحو وضع العميل في مركز اهتمامها ، مما يعني أن آلية التسعير على أساس الأنشطة شكلت مدخلا حقيقيا لتفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية الفرنسية .

الخاتمة العامة

الخاتمة:

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 (القائمة على إرضاء العملاء) بشكل يضمن تحسين فعاليتها وبالتالي الإبداع والابتكار وتطوير الخدمات الصحية وتحقيق رضا المنتفعين بها، وهو ما حاولنا معالجته من خلال دراستنا هذه التي توصلنا من خلالها إلى العديد من الاستنتاجات، أهمها:

أولاً : نتائج الدراسة

- ✓ يعتبر التسويق أداة لتحسين جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى العمومي والذين يمكن اعتبارهم عملاء وجب على إدارة المستشفى بذل المزيد من الجهد لتحقيق رضاهم.
- ✓ التسويق هو المفتاح الذي يسمح للمستشفى العمومي بإيجاد توازن بين وظيفته و أهدافه.
- ✓ النظام غير التنافسي الذي يعمل فيه المستشفى لا يساعده على استخدام أدوات التسويق لتطوير جاذبيته للمستفيدين ولا يوفر الحافز لضمان وضع مالي متوازن.
- ✓ 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 وبالتالي تفعيل التوجه التسويقي

خاتمة

✓ 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؛

✓ 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 المستشفيات العامة من حيث تحفز فرق الإدارة. وقد ساعد ذلك أيضاً على تعزيز نظام تمويل المستشفيات في الشفافية والإنصاف وتحريره من سلبيات الميزانية التقديرية، وأخيراً سمح ذلك بالاعتراف و التحقق من النشاط المهني للمستشفيات العمومية وتصنيفها حسب جودة خدماتها من وجهة نظر المرضى.

✓ للتسعير على أساس الأنشطة في النظام الصحي الفرنسي دور فعال في توجيه سلوك المستشفى العمومي نحو تقليل هدر الموارد و ترشيد التمويل.

✓ إن قيام المستشفيات العمومية الفرنسية بقياس رضا مرضاها يؤكد توجيهها نحو المستفيدين من خدماتها والنظر إليهم على أنهم عملاء وجبت مراعاة احتياجاتهم و تطلعاتهم بدل النظر إليهم على أنهم مجرد مواطنين تفضل عليهم بتقديم خدمات مجانية؛

✓ و في الأخير يمكن القول أن التسعير القائم على النشاط يستجيب لتبني المقاربة التسويقية.

ثانياً: إختبار فرضيات الدراسة

تظهر الدراسة التي قمنا بها سواء الدراسة الوصفية لمتغيرات البحث أو الدراسة التطبيقية التي احتوت على تحليل نتائج استبيانات الرضا للمستشفيات العمومية الفرنسية في الفترة الممتدة ما بين 2016 إلى غاية 2020.

✓ صحة الفرضية الأولى: تفتقر أنظمة التمويل التقليدية للحافز من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية

خاتمة

✓ صحة الفرضية الثانية: التوجه التسويقي ضرورة اجتماعية واقتصادية من أجل تحسين جودة مخرجات المستشفى العام

✓ صحة الفرضية الثالثة: يعكس التسعير على أساس الأنشطة طرحا أكثر تحفيزا فيما يتعلق بالتوجه التسويقي في المستشفى العام.

✓ صحة الفرضية الرابعة : تشكل آلية التسعير على أساس الأنشطة مدخلا لتفعيل التوجه التسويقي للمستشفيات العامة الفرنسية.

✓ صحة الفرضية الفرعية الاولى للفرضية الرابعة : هناك إقبال متزايد في مشاركة المستشفيات العمومية الفرنسية في قياس رضا عملائها على مدار فترة الدراسة.

✓ صحة الفرضية الفرعية الثانية للفرضية الرابعة: تشهد درجة رضا عملاء المستشفيات العمومية على جودة الخدمات الاستشفائية ارتفاعا متزايدا على مدار فترة الدراسة

✓ صحة الفرضية الفرعية الثالثة للفرضية الرابعة: تشهد المستشفيات العمومية الفرنسية إشتداد في منافسة حول خدمة العملاء على مدار فترة الدراسة

وفي الأخير يمكننا القول أن: آلية التسعير على أساس الأنشطة تشكل مدخلا ملائما لتفعيل التوجه التسويقي في المستشفيات العمومية .

ثالثا: آفاق البحث

أن إنهاء الطالب للدراسة لا يعني أبدا نهاية البحث وتتمة الموضوع بل بالعكس هو انطلاقة جديدة ودافع قوي لدراسات مستقبلية أكثر عمقا ونفعا وخاصة وأن هناك العديد من النقاط المشار إليها قد تستدعي تعمقا أكثر وتفصيلا أكبر نتمنى أن تكون مواضيع لبحوث قادمة باذن الله مثل:

-دراسة إمكانية محاكاة آلية التسعير على أساس الأنشطة في النظام الصحي الجزائري

_دور البرنامج الطبي لنظم المعلومات في الرقابة على الأداء في المستشفيات العمومية.

قائمة المراجع

1 :الكتب

1. DJELLAL .F et autres, *L'hôpital innovateur (de l'innovation médicale à l'innovation de service)*, Masson éditeur, Paris, 2004.
2. EIGLIER P. et E.LANGEARD, *Servuction (le Marketing des services)*, Ediscience international, cinquième tirage, Paris, 1994.
3. LAMBIN Jean-Jacques et autres, *Marketing stratégique et opérationnel (Du marketing à l'orientation marché)*, 6^e édition, DUNOD, Paris, 2005.
4. LAOUISSET Djamel Eddine, *Stratégie de marketing management hospitalier*, Editions HOUMA, Alger, 2009.
5. LETEURTRE Hervé et autres, *la qualité hospitalière*, Berger-Levrault, Paris, 1999.
6. MICHEL .D et autres, *Marketing Industriel (stratégies et mise en œuvre)*, Economica, 2^e édition, Paris, 2000.
7. PETTIGREW .D et autres, *Le Marketing*, MC Graw-Hill, Québec, Canada, 2003.
8. VOGLER Eric, *Management stratégique des services*, DUNOD, Paris, 2004.
9. VILCOT Claude et Hervé Lecllet, *Indicateurs qualité en santé*, 2^e édition, AFNOR, 2006.

2:الرسائل ولأطروحات

1. BIELEN .Fr, « *Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée a la gestion hospitalière* », thèse de doctorat, faculté des sciences économiques, sociale et politiques, Université catholique de Louvain, 2001
2. FURRER Olivier, *Orietation – client et services autour des produits informatiques*, thèse pour obtenir le grade de docteurés, faculté de droit et des sciences économiques, université de Neuchatel, Neuchatel, 1997.

3-المقالات

1. Agueda Esteban et autres, « *Market orientation in service* », *European journal of Marketing*, Vol 36, 2002.
2. Centre de coordination de la lute contre les les infections nosocomiales, « *Amelioration de la qualité en hygiene hospitalière* », service epidémiologie et hygiene hospitalière.
3. Gotteland David et autres, *L'orientation marché : synthèse et nouvelles directions théoriques*, *Recherche et applications en Marketing*, Vol 22, 2007.
4. Kohli. Ajay K & Bernard J. Jaworski, *Market Orientation : The construct, research propositions, and managerial implications*, *Journal of Marketing*, vol 54, April 1990.

5. KOHLI Ajay K et autres, **MARKOR : A Measure of Market Orientation**, *Journal of Marketing Research*, Vol 30, American marketing association, 1993.

6. Lee Wan-I et autres, « *The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction : the case of a medical center in southern Taiwan* », *African Journal of Business Management*, Vol. 4(4), China , April 2010 .
7. MAGUERRE .G et Y .DERENNE, “*Mise en place d’un programme d’amélioration de la qualité dans un établissement de santé: principes méthodologiques*”, Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé, ANDEM, Paris, Octobre 1996.
8. Narver .John C & Stanley F. Slater, “*the effect of a market orientation on business profitability*”, *journal of marketing*, October 1990.
9. Pekovic Sanja et Sylvie Rolland, « *L’impact de l’orientation client sur la performance des entreprises françaises* », Recherche et Applications en Marketing, Vol 27, n^o 4, 2012.
10. PETITPRES Gaelle et Rose SOURANG, « *les entreprises françaises et l’orientation client* », *Logistique & Management*, Vol 2, n^o 2, 1994
11. Raji P.S. et Subhash C.Lonial, “*The impact of quality context and Market Orientation on organizational performance in a service environment*”, *journal of service research*, Sage Publications, volume 4, November 2001.
12. Singh Ramendra et Abrahan Kohy, « *Salesperson’s customer orientation : A reconceptualization and a new definition* », *Research and publications, INDIAN Institute of management, INDIA, 2008.*

4-مراجع أخرى:

Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé, « **Le cout de la qualité et de la non-qualité à l’hôpital** », juillet 2004, France, P23. www.anaes.fr

(تم الاطلاع عليه يوم: 201/12/108)

1. ESSLIMANI Bouchra, *L’orientation client du personnel en contact avec la clientèle : Définition et déterminants*
https://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/05/85/50/doc/note_429.doc (2018/01/15)
2. Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, *les réformes en santé : évolution et perspectives*, Alger, Décembre 2015, P 45. (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).
3. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, *synthèse des décisions prises et instructions données par Monsieur le Ministre lors des rencontres régionales d’évaluation*, (Constantine, Oran, Annaba, Alger), Algérie, 2015 . (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).
4. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, *Axes prioritaires : bilan et perspectives, rencontre régionale Alger et Sud, 6 et 7 Décembre 2015.* (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).
5. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, *Activité de jumelage.* (www.sante.gov.dz) (12/03/2017).

6. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, *Instructions dans le cadre de la réhabilitation du service public de la santé (24 points)*, Alger, 11 Novembre 2013. (www.sante.gov.fr) (25/06/2019).

7. *Nathalie S.TEISSIER et Isabelle SAUVIAT, Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client, séminaire de recherche du RECEMAP, université de Rouen, (26 et 27 octobre 2001).*
8. *Office national des statistiques, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N° 44, édition : 2014, Alger, www.ons.fr (20/01/2019)*
9. *ROCHETTE-LADOUCEUR Corinne et François CASSIERE, « Quelle orientation marché pour les PME-PMI ? », 5^e Congrès international de l'académie de l'entrepreneuriat, France.*
(أطلع عليه يوم: 2019/12/25)

10. *ZOUAOUI FEKHTA, « Le role medateur des technologies d'information sur la relation orientation client – performance de l'entreprise »*

www.marketing-trends-congress.com/archives/2005/Materiali/Paper/Fr/ZOUAOUI.pdf

www.entrepreneuriat.com/fileadmin/user_upload/5eme_congres/francois_Cassiere_ppt.pdf

www.entrepreneuriat.com/fileadmin/user_upload/5eme_congres/francois_Cassiere_ppt.pdf

الملاحق



e-Satis



Donnez votre avis sur votre hospitalisation

Madame, Monsieur,

Suite à votre séjour dans un établissement de santé, nous souhaitons recueillir votre avis sur votre hospitalisation.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

[Commencer le questionnaire](#)

Vos réponses sont importantes. Elles permettront à votre hôpital ou clinique de connaître les points positifs de votre séjour et ceux qu'il peut améliorer, mais aussi de lui attribuer une note de satisfaction, consultable sur le site [Scope santé](#).

Vous pouvez à tout moment interrompre la réponse à ce questionnaire, et y revenir plus tard. Vos réponses resteront enregistrées. Le questionnaire est accessible durant les 12 semaines suivant votre sortie de l'établissement de santé.

Si vous êtes d'accord pour répondre au questionnaire, cliquez sur le bouton « Commencer le questionnaire » (bouton actif pendant 12 semaines après votre sortie).

Cas particuliers :

- Si votre enfant est âgé de moins de 14 ans, vous pouvez répondre au questionnaire à sa place en prenant en compte son hospitalisation.
- Si votre enfant a entre 14 et 17 ans, vous pouvez répondre à sa place ou répondre avec lui.

Les parents/proches/aidants peuvent répondre à la place ou avec une personne en incapacité de le faire (sans email, personne âgée, personne diminuée physiquement, psychologiquement, sous tutelle...).

Une question ?

C'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui mène cette enquête nationale de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Vous pouvez la contacter [par courriel](#).

Par avance merci de votre participation.

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, cliquez ici pour [vous désinscrire](#).

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant auprès de l'ATIH : [Vous désinscrire](#)

Vous avez été hospitalisé(e) pendant au minimum deux nuits consécutives dans un de nos services de médecine et/ou chirurgie et/ou maternité ?

Oui Non

Si oui, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

Si non, il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire, non adapté à votre hospitalisation. Nous vous remercions d'avoir répondu à ce mail.

Généralités

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Ce questionnaire est rempli par :

- Le patient Un parent ou un proche Le patient avec un parent ou un proche

Si vous êtes un parent ou un proche, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même

Aviez-vous déjà été hospitalisé(e) dans cet établissement ?

- Non, jamais Oui, il y a longtemps Oui, récemment Je ne me rappelle plus

Attention les questions suivantes portent sur votre dernier séjour dans cet établissement

Comment avez-vous été orienté(e) dans l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé(e) ?

- Par un service d'Urgence
 Par un médecin (généraliste / spécialiste)
 Par un proche (membre de la famille, ami)
 Par un autre établissement
 Autre

Votre Accueil

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement de santé (transport, parking, signalétique) ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (admission / bureau des entrées) ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de l'accueil dans le(s) service(s) de soins (service des Urgences exclu) ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, ...) des personnes travaillant dans le(s) service(s) de soins (médecins, infirmiers(es), aide-soignants(es)...) ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?

- Oui Non Je ne me souviens plus

Que pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil pour les patients ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants d'usagers dans l'établissement ?

- Oui Non

Que pensez-vous des horaires de visite ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de l'accueil dans l'établissement ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Votre Prise En Charge

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins, etc... ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Les médecins ou les chirurgiens du service ont-ils répondu à vos questions ?

- Je n'ai pas eu de questions à poser Non, je n'ai eu aucune réponse à mes questions Oui

Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins ou des chirurgiens du service ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

- Oui Non

Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ou des chirurgiens ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ?

- Oui Non

Que pensez-vous du soutien des médecins ou des chirurgiens qui vous ont pris en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du soutien des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s qui vous ont pris en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous eu besoin d'aide pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer, ...)?

- Oui Non

Que pensez-vous de l'aide reçue pour les activités courantes ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller aux toilettes, ...)?

- Oui Non

Que pensez-vous du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Les médecins / chirurgiens parlaient-ils/elles devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Les infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s parlaient-ils/elles devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?

- Extrêmement intenses Intenses Modérées Faibles Pas de douleur

Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu d'autres inconforts liés à votre maladie (nausée, mauvaise position, vertiges, etc...) ?

- Oui Non

Que pensez-vous de la façon dont ces autres inconforts ont été pris en charge ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les médecins / chirurgiens ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Chambre Et Repas

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Vous étiez dans une chambre ?

- Simple Double

Que pensez-vous du confort de votre chambre ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de la température de votre chambre ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous pris un repas pendant votre hospitalisation ?

- Oui Non

Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de la variété des plats ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de vos repas lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de votre chambre lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

L'organisation De Votre Sortie

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie,...) ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?

- Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie Non, aucune information ne m'a été donnée Oui

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur la reprise de vos activités après votre sortie (travail, sport, activités habituelles) ?

- Oui Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de vos activités après votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente
Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?

- Oui Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les signes ou complications devant

vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes ?

- Oui Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur le suivi après votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de l'organisation de votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie) ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?

- 1 2 3 4 5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?

- 1 2 3 4 5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

Pour Finir, Informations Vous Concernant

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?

- 1 2 3 4 5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Beaucoup plus mal » et 5 signifie « Beaucoup mieux »

Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?

1 2 3 4 5 6 7

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait. Les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement

Pour En Savoir Plus

Votre commentaire risque de ne pas être pris en compte par l'ES si le(s) nom(s) de professionnel(s) sont indiqué(s) en clair.

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?

