ينال القطاع الصحي اهتمام الكثير من الباحثين سواء في مجال الطب أو الإدارة نظرا لما له من أهمية قصوى تتمثل في الاهتمام بصحة الإنسان، وبما أن المؤسسات الصحية سواء العمومية أو الخاصة تعتبر هي البداية أو الأساس في تقديم الخدمات الصحية، فهي تسعى إلى تحسين جودة خدماتها الصحية في ظل سوق شديدة التنافسية وسريعة التغير، وذلك من خلال مواكبة التطور الحاصل في المجال الطبي والخدمات الصحية، وهذا لمحاولة الاستفادة من التقنيات الحديثة من خلال تطوير فكرة إدارة المعلومات ودور الحاسب الآلي أو ما يعرف بالكمبيوتر في الطب والرعاية الصحية فظهر ما يعرف بنظم المعلومات الصحية.

للتطرق لما سبق بشيء من التوسع تم تقسيم هذا الفصل إلى:

- **المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية.**
- **المبحث الثاني: نظم المعلومات الصحية.**
- **المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية.**

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية، فهي تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان، وللحديث باستفاضة قسم هذا المبحث إلى العناوين الفرعية التالية:

1. مفهوم الخدمة الصحية.
2. أنواع الخدمة الصحية.
3. عناصر إنتاج الخدمة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية

سنتناول من خلال هذا المطلب تعريف الخدمة الصحية مع إبراز أهم خصائصها.

أولا: تعريف الخدمة الصحية

حتى يتسنى لنا الإلمام بتعريف الخدمة الصحية يجب أولا تعريف مصطلحي "الصحة، والخدمة".

1. تعريف الصحة: عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: "حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز وعدم الاتزان"[1].

وقد عرف *perkino* الصحة على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم المحافظة على توازنه"[2].

مما سبق نستشف أن الصحة هي حالة التوازن النفسي والجسمي والعقلاني وليست مجرد الخلو من المرض.

2. تعريف الخدمة: عرف كوتلر الخدمة على أنها: "أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج عنها أية ملكية، وأن إنتاجها وتقديمها يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به"[3].

---

[1] – عبد المهدي بواعنة: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار ومكتبة الحامد، الطبعة 1، عمان، 2004، ص 27.

[2] – أيمن مزاهرة:الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة 1، الأردن، 2006، ص 13.

[3] *- P. Kotler, K. Keller, D. manceau, B. Dubois: marketing management , 12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson édition, Paris, 2006, p162.*

وعرفتها جمعية التسويق الأمريكية على أنها: "منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير، فإذا كانت بشكل كامل غير ملموسة، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو خزنها، وهي تقريبا تفنى بسرعة، فالمنتجات يصعب في الغالب تحديدها ومعرفتها لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم شراؤها واستهلاكها فيه، فهي تتكون من عناصر غير ملموسة، متلازمة وغالبا ما تتضمن مشاركة الزبون، حيث لا يتم بيعها بمعنى نقل الملكية وليست لها لقب أو صفة"[1].

ومنه نستخلص أن الخدمة هي عبارة عن نشاط ذو منفعة يقدمها طرف لطرف آخر، وهذا النشاط غير ملموس وغير قابل للتخزين ولا يمكن تملكه، إضافة إلى كونها قد ترتبط بمنتج مادي ملموس أو لا ترتبط به.

3. تعريف الخدمة الصحية:

بالرغم من أن مصطلح الخدمة الصحية كثير الاستعمال والشيوع، إلا أنه لم يتم تحديد مفهوم موحد لها ولم يحصل اتفاق تام على تقديم تعريفها، فقد عرفها زكي خليل مساعد على أنها: "المنفعة أو مجموعة المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل"[2]. من هذا التعريف نستخلص أن الخدمة الصحية تتعدى كونها علاج الأمراض فقط.

كما عرفها مُحَمَّد إبراهيم بأنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"[3]. من هذا التعريف يتبين لنا أن الخدمات الصحية تتمثل في الخدمات العلاجية والوقائية وكذلك الإنتاجية الموجهة لكافة أفراد المجتمع.

[1]– شفيق حداد ونظام سويدان: أساسيات التسويق، الطبعة 1، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الجبيهة، عمان، 1998، ص 250.

[2]– زكي خليل مساعد: تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر، الأردن، 1998، ص 87.

[3]– مُحَمَّد مُحَمَّد إبراهيم: طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983، ص 23.

في حين يعرفها فوزي مدكور بأنها: "مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة، والتي تحقق إشباعا ورضاء معين للمستفيد"[1].

من هذا التعريف نستخلص أن الخدمة الصحية مزيج بين الخدمة الصحية غير الملموسة والمتمثلة في التشخيص وتقديم الإرشادات والخدمة الصحية الملموسة المتمثلة في الأدوية والأجهزة المستعملة في عملية التشخيص وكذا الأدوية الموصوفة للعلاج.

ومنه يمكن تقديم تعريف شامل للخدمة الصحية بأنها: كافة الخدمات الصحية المقدمة لفرد سواء كانت علاجية أو وقائية ينتج عنها رضا وانتفاع الفرد أو المجتمع بما يؤول لان يكون الفرد بحالة صحية جيدة ونشر للوعي الصحي داخل المجتمع.

ثانيا: خصائص الخدمة الصحية:

تمتاز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص المشتركة مع باقي الخدمات، بالإضافة إلى مجموعة من الخصائص التي تميزها عن غيرها من الخدمات، نوجزها فيما يلي:

– الخدمة غير ملموسة ''اللاملموسية'': إن الخدمة الصحية لا يمكن رؤيتها أو لمسها أو الإحساس بها قبل عملية الشراء وتلقي الخدمة، ولكن يمكن تقديرها والحكم عليها بسهولة أثناء وبعد استقبالها.[2]

– التلازمية ''عدم الانفصال'': تشير هذه الخاصية إلى التلازم بين عملية الإنتاج والاستفادة من الخدمة، هذا على عكس المنتجات الملموسة التي يتم إنتاجها أولا، ليتم بعد ذلك بيعها ثم استهلاكها، فغالبية الخدمات يتم إنتاجها واستهلاكها في نفس الوقت.[3]

– عدم تجانس أو تماثل الخدمة: تتميز الخدمات الصحية بخاصية التباين أو عدم التجانس، لذلك فمن الصعوبة افتراض أن مخرجات المنظمة الخدمة للمستهلك تتم بنفس المستوى والنوعية، لأن جودة الأداء تعتمد إلى حد كبير على

[1] – فوزي مدكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998، ص 198.

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

[3] *-Fréderic Bielener, Christophe Semples : les fondements du marketing des services examen et évolution, revue française du marketing, n° 212, avril 2007, p56.*

مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا.[1]

– **الخدمات غير قابلة للتخزين "تلاشي الخدمة"**: بما أن الخدمة تمثل فعل أو تصرف فإنها تتلاشى وتنتهي سواء تم الاستفادة منها أو لم يتم، وذلك لعدم إمكانية خزنها والاستفادة منها لحين وقوع الطلب عليها، وهنا بطبيعة الحال سوف يثير مشكلة أمام المنظمة، لذلك على المنظمات أن تحل أسباب عدم وقوع الطلب على الخدمة المقدمة لكي تتمكن من وضع المعالجات المناسبة، أما في حالة وجود طلب مستمر، فإن هذه الخاصية لن تشكل مشكلة لمقدمها.[2]

– **عدم تملك الخدمة**: إلى وقت قريب انحصرت خصائص الخدمات بالسمات الأربع الوارد ذكرها، ولكن أضاف الباحثون هذه الخاصية التي تنطلق مبرراتها أساسا من كون الخدمة ينتفع منها مستخدمها ولا يمكنه التمتع بحق ملكيتها.[3]

– **اشتراك العميل**: هناك العديد من الخدمات التي تتسم بوجود درجة عالية من الاتصال والتفاعل بين مقدمي الخدمة والعملاء، بحيث يعتبر متلقي الخدمة أحد المدخلات الرئيسية لنظام الإنتاج وتحويل الخدمات، وهو في نفس الوقت أحد المخرجات الرئيسية ولكن بعد تغيير حالته.[4]

بالإضافة إلى هذه الخصائص نجد خصائص أخرى تميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات[5] نذكر منها:

– تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها.

– تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه، وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، لذلك فإن معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية.

[1]– عبد الجبار منديل: أسس التسويق الحديث، الدار العلمية الدولية، عمان، 2002، ص 271.

[2]– محمود جاسم الصميدعي: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص 40.

[3]– ثامر ياسر البكري: التسويق: أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 220.

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

[5]– ثامر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري، الأردن، ص 59.

– تتأثر المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص.

– في منظمات الأعمال تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.

– وجوب الاتصال المباشر بين المنظمة الصحية والمستفيد من الخدمة، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحاليل...

– صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية المطبقة في خدمات أخرى على الخدمة الصحية، باعتبارها مرتبط بصحة الإنسان وهو أغلى شيء.

– نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المنظمة الصحية الإنسانية.[1]

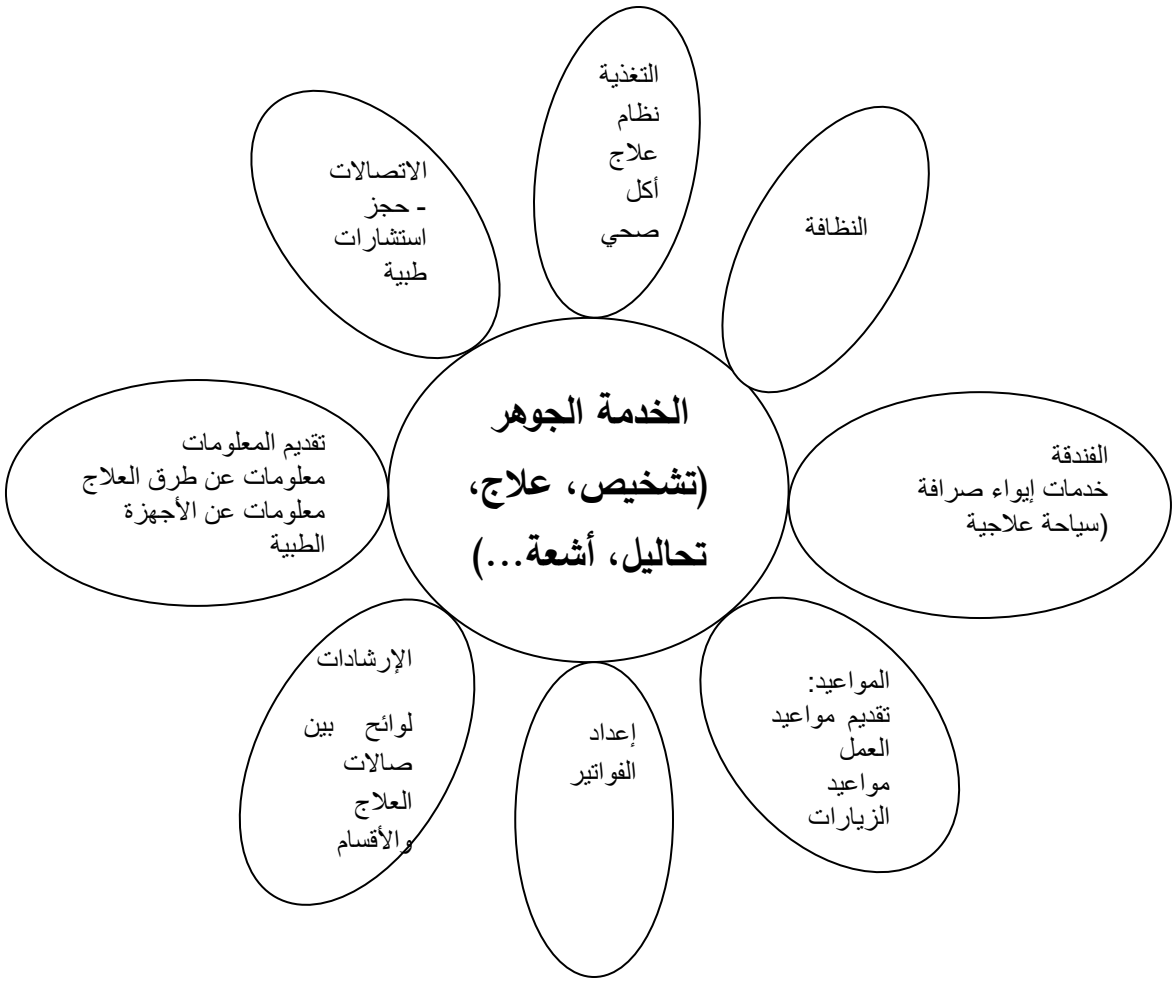
المطلب الثاني: أنواع الخدمات الصحية

الخدمات بصفة عامة إما جوهرية أو مساندة، فالجوهرية هي الخدمة الإنسانية التي تقدمها المؤسسة، فالمستشفى يقدم خدمات طبية (معالجة، عمليات جراحية، تحاليل، أشعة...) حيث يصعب مع هذه الخدمات لوحدها تحقيق المستوى المطلوب الذي يحقق الهدف من التعامل مع المستشفى، ما يتطلب وجود خدمات أخرى تسمى مساندة تجعل الخدمات الكلية متكاملة ومحققة للهدف منها، ومن هذه الخدمات مثلا: المعلومات، المواعيد، الخدمات الفندقية والغرف والتكييف، توفر أجهزة طبية حديثة بدل الطرق اليدوية في تقديم الخدمة، سهولة الاتصال مع الطبيب وسهولة الوصول للمستشفى والحصول على الخدمة بيسر وغيرها الكثير الذي يجعل المريض أكثر شعورا بالرضا والراحة

[1]– ثامر البكري: مرجع سابق، ص 59.

أثناء تلقي الخدمة الطبية[1]، وبمكن من خلال هذا التصنيف الاستناد إلى زهرة الخدمة في تبيين وإبراز الخدمة الجوهرية والخدمات التكميلية أو المساندة.

الشكل رقم (02): زهرة الخدمة الصحية



المصدر: حميد الطائي، بشير العلاق:مبادئ التسويق الحديث،مدخل شامل ، اليازوري، عمان، 2009،ص145.

[1] – فراس أبو قاعود وآخرون: أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في المستشفيات الحكومية في عمان، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 27، العدد 01، الأردن، 2011، ص 422.

ويمكن كذلك تقسيم الخدمات إلى:

1. الخدمات العلاجية: تشمل الخدمات المقدمة عبر العيادات الخارجية والمستوصفات وكذلك الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات للمرضى الراقدين سواء من قبل أطباع عامين أو اختصاصيين[1]، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل وخدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.[2]

وهي الخدمات التي تقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية وتقديم الدواء والغذاء الملائمين لحالته، فضلا عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته.[3]

إضافة إلى أن الخدمة الصحية العلاجية تشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.[4]

2. خدمات وقائية: تتضمن خدمات التطعيم ضد الأمراض وخدمات المسح الطبي الشامل للكشف عن احتمالات الإصابة وخدمات تأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث[5]. وهي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض[6]. وتعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها ويتمثل دورها في حماي المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة، ومثال ذلك الرقابة الصحية على الواردات، يرى طلعت الدمرداش أنها الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع، أو ما يمكن أن نطلق عليها بالخدمات الصحية البيئية، حيث

[1]- علي سكر عبود وآخرون: تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11، العدد 03، 2009، ص 57.

[2]- عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، كلية الاقتصاد والتسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 20.

[3]- أسامة الفراج: تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد 02، 2009، دمشق، ص 55.

[4]- طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، الإسكندرية، ص 25.

[5]- علي سكر عبود وآخرون، المرجع اعلاه، ص 57.

[6]- أسامة الفراج: المرجع اعلاه، ص 55.

ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة.

هذه الخدمات هي خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشتمل على خدمات التطعيم من الأمراض الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء ووحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.[1]

3. خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات، كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضا العتاد والأجهزة الطبية الأخرى[2]. وهي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من الأمراض.[3]

وهناك تصنيف آخر للخدمات الصحية يقسمها إلى مجموعتين رئيسيتين هما:[4]

أ– خدمات وبرامج الصحة العامة: والموجهة نحو المجتمع ككل أو مجموعات محددة من السكان وتشمل:

– خدمات الارتقاء بالصحة: وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن، وممارسة الرياضة البدنية، أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الفرد، كما تشمل خدمات التثقيف الصحي وأهمية النظافة الشخصية للفرد وصحة البيئة المنزلية.

– خدمات الصحة العامة: وتهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات وتتمثل في السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها، عزل الحالات المصابة بالأمراض وعلاجها، خدمات رعاية الأم والطفل، الإحصاءات الحيوية والصحية، التثقف والتوعية الصحية، تقييم وتنمية الموارد المتاحة والأبحاث العلمية في المجال الصحي.

– خدمات صحة البيئة: وترتبط هذه الخدمات عادة بخدمات الصحة العامة المذكورة أعلاه، وهي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد، وتهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة،

[1]– طلعت الدمرداش: مرجع سابق، ص 26.

[2]– عدمان مريزق: مرجع سابق، ص 20.

[3]– أسامة الفراج: مرجع سابق، ص 55.

[4]– جناة بوقجاني: أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة)، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، الأردن، 2010، ص 18.

وتشمل توفير الماء الصالح للشرب والطرق السليمة لاستعماله وتخزينه، التخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة، صحة الحليب والمأكولات، توفير المسكن الصحي المناسب، الاهتمام بالصحة المهنية وأمور السلامة العامة والتفتيش على المرافق الصحية العامة، مكافحة الحشرات والقوارض والسيطرة على المواد المشعة الخطرة.

ب– خدمات الرعاية الطبية: وتشير إلى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم للفرد فيما يتعلق بصحته والمحافظة عليها وهي لا تقتصر بمفهومها على رعاية المرضى الذين تظهر عليهم الأعراض المرضية أو ما يعرف بخدمات التشخيص والعلاج، بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداء من خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها وتشخيصها وعلاجها وانتهاء بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمريض.[1]

كما يقسمها فريد كورتل تقريبا حسب أقسام المستشفى والهيكل التنظيمي إلى:

1. **خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد:** وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدى عبر الأقسام التالية:

- قسم الأمراض الداخلية وقسم الأمراض الجراحية.
- قسم الأطفال.
- قسم التوليد وأمراض النساء.
- قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية).
- قسم التخدير والإنعاش.
- قسم الإسعاف والطوارئ.
- قسم العيادات الخارجية.
- طبابة العاملين.
- قسم المختبر وقسم الأشعر.

2. **خدمات طبية مساعدة:** تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفى ويندرج ضمنها:

- خدمات التمريض.

[1]– جناة بوقجاني: مرجع سابق، ص 19.

- خدمات الصيدلة.

3. الرعاية الصحية: تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة. ولعل من المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع بين الناس وحتى بين الأطباء والمهنيين في حقل الصحة والطب بالخلط بين مفهومي المعالجة الطبية والرعاية الصحية، حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقان، إلا أن ذلك خطأ لأن المعالجة ما هي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة، وإذا حدث المرض تتدخل لمعالجته (أي أن نشاط الرعاية يكون معالا مع المعالجة)، ولا ينتهي عمل الرعاية عند هذا الحد، ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.[1]

كما وتصنف الخدمات استنادا إلى مجموعة من المؤشرات على النحو التالي:

1. من حيث الاعتمادية: إن الخدمات الصحية تتنوع استنادا إلى اعتمادها على السلع الملموسة مثل (التحاليل المخبرية، الأشعة، الجراحة...) وخدمات يعتمد تقديمها على العنصر البشري مثل: العلاج النفسي، تشخيص المرض، تحديد نوع العلاج...

2. من حيث حضور المستفيد: من الخدمات الصحية ومقدمها مثل (العمليات الجراحية، الفحص السريري، سحب الدم، الأشعر...)

3. من حيث نوع الحاجة: قد تكون الخدمات تشبع حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة من المنافع مثل الرقود في المستشفى، حيث تقدم خدمات الإطعام، العناية، الفحص الصباحي... لجميع الراقدين في المستشفى.

[1] – فريد كورتل: تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009، ص 320.

4. من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية: حيث يختلف مقدمو الخدمات الصحية في أهدافهم (الربحية وغير الربحية) ومن حيث ملكية المؤسسات الصحية (خاصة وعامة) من حيث البرامج التسويقية والأهداف لمستشفى خاص والتي تختلف عن تلك البرامج التي يطبقها مستشفى عمومي والأهداف التي يسعى لتحقيقها.[1]

بالإضافة إلى الأنواع السابقة الذكر نجد نوع آخر للخدمات الصحية والمتمثل في: الخدمات السياحية العلاجية ويمكن تعريفه على أنه جميع الأنشطة التي يقوم بها المسافر بغرض المعالجة الطبية (الاستفادة من التجهيزات والأنشطة والخبرات الطبية المقدمة)، أو المعالجة الطبيعية (الاستفادة من الموارد الطبيعية بغرض العلاج بما فيها أو الاسترخاء وأخذ النقاهة).

المطلب الثالث: عناصر إنتاج الخدمة الصحية

سنقوم بإبراز عناصر إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذجين، الأول نموذج مثلث الخدمات، والثاني نموذج *Eiglier* و*Langeard*.

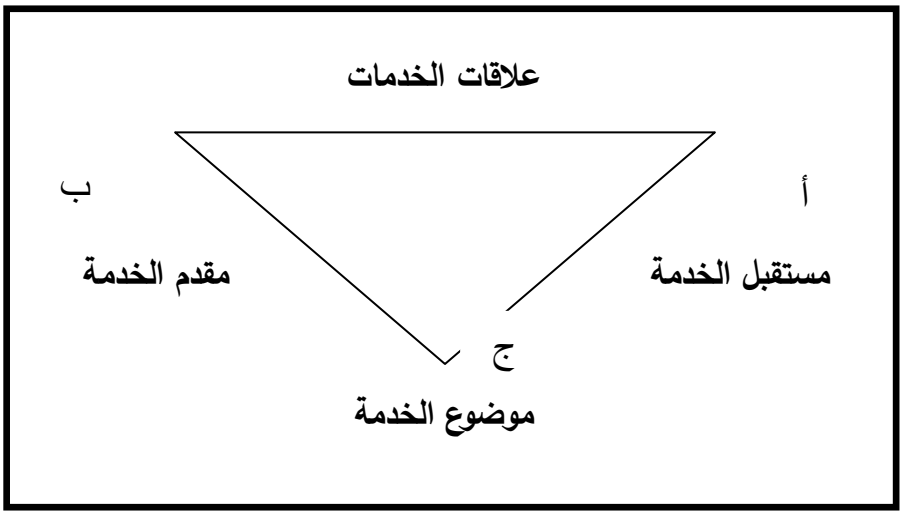
1. إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات:

اقترح *Gadrey* نموذجا باسم مثلث الخدمات انطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية، حيث عرفها على أنها: **"**مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة المحققة من طرف مقدم الخدمة بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون**"**[2]. والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

[1] – ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 99.

[2] - *Farida Djellal et al:L'hôpital innovateur: de l'innovation médicale à l'innovation de service, paris, Masson, 2004, P: 58.*

الشكل رقم (03): إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات



Source : Farida djellal et al, Op.Cit, P : 61.

من خلال الشكل، نلاحظ أن هذا النموذج يمثل عناصر إنتاج الخدمة الصحية بصفة عامة، وإذا قمنا بإسقاطه على المؤسسة الصحية فإن رؤوس المثلث ستمثل:

- **مقدم الخدمة:** يتمثل في العنصر البشري (الفرق الطبي وشبه الطبي، المسيرون...)

- **مستقبل الخدمة:** نعني به زبون المؤسسة الصحية المتمثل عادة في المريض.

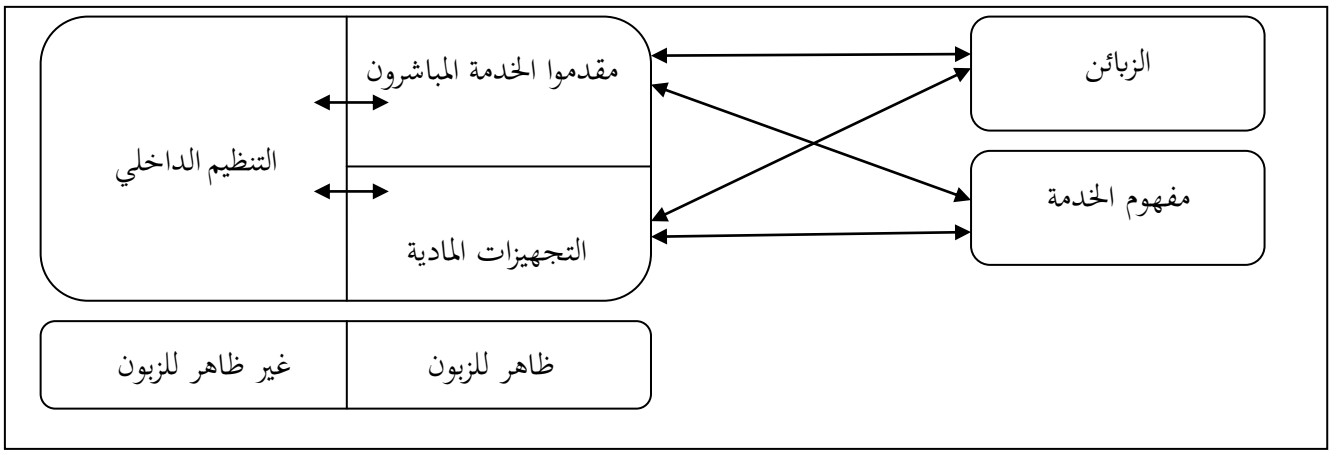
- **موضوع الخدمة:** أي الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة لحساب طالبها (العلاج، خدمات الاستقبال وحجز المواعيد، العمليات الجراحية...).

نشير هنا إلى أن إنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العناصر الثلاثة، يقتضي مجموعة من التفاعلات المتبادلة فيما بينها تحددها المؤسسة الصحية عبر منهج وسياسة إدارتها من خلال تسخير الموارد والتقنيات اللازمة.

2. إنتاج الخدمة حسب نموذج *Eiglier* و*Langeard*.

قوم كل من *Eiglier* و*Langeard* سنة 1978 بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة وأطلقا عليه تسمية *Modèle de servuction*[1] وهو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (04): نموذج *Eiglier* و *Langeard* لإنتاج الخدمة



Source : Éric Volger, management stratégique des services : du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services, paris, dumod, 2004, P : 11

إن الفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام في سلسلة الإنتاج العادية هي سلسلة خطية (بمعنى تتابع المراحل حيث الثاني تلي الأولى) لا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي، أين تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة، وتكون مرتبطة فيما بينها، ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر، بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن المتمثل في الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة وكذلك الوسائل المادية وأحيانا التسيير العملياتي، وجزء غير ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية، نظام المعلومات...).

وقد فرق *Gronroos* بين هذين الجزئين (الجبهة الأمامية والجبهة الخلفية) على أساس قسم الدعم (التكنولوجيا، التسيير العملياتي والوظيفي...) وقسم تفاعلي (المهنيون الذين يتصلون بالزبون، أنظمة المعلومات...).

[1] -*ÉricVolger:management stratégique des services : du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services, paris, dumod, 2004, P : 11.*

بتطبيق هذا النموذج على المؤسسة الصحية فإن عناصر الإنتاج تكون كالتالي:[1]

– **الزبون:** يعتبر العنصر الذي يمثل أساس النظام الإنتاجي للخدمة الصحية، ومن المعروف أن الزبون يتجسد في دور المشتري الذي لا يمكنه اختراق محيط الإنتاج، ولكن في إنتاج الخدمة الصحية الأمر يختلف تماما، وجود الزبون ضروري لإنتاج هذه الأخيرة، ومن المألوف أن يعمل رفقة مقدمي الخدمة الممثلين في المهنيين التابعين للقطاع الصحي والمساعدين، هذا الإنتاج المشترك *COPRODUCTION* بين مقدم الخدمة وطالبها يمثل عاملا جوهريا يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذا أحسنت إدارتها واستغلالها.

– **عاملو الجبهة الأمامية:** هم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون (الأطباء، الممرضون...) ويقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهر للخدمة الصحية، وهم يعملون بصفة مشتركة مع الزبون وأحيانا من دونه، وأحيانا مع عاملي الجبهة الخلفية ويستخدمون في بعض الحالات آلات وتجهيزات (وسائل طبية، أدوات جراحية...) إدارة العنصر البشري الخاص بهذه الجبهة لها طبيعة خاصة، لأن حجم دور العلاقات الإنسانية كبير وحسن إدارة الفريق أمر حاسم للوصول إلى نتائج جيدة، ويجب دوما الأخذ بعين الاعتبار أن العنصر البشري العامل في الجبهة الأمامية يمثل المؤسسة الصحية في أعين الزبائن.

– **عاملو الجبهة الخلفية:** يمثلون العناصر البشرية غير الظاهرة للزبون، وهم العاملون الذين ليست لهم علاقة مباشرة مع الزبون، كالعاملين بأقسام المحاسبة والتسويق ومتخذي القرارات....

– **الإجراءات:** تتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عاملي الجبهة الأمامية والجبهة الخلفية، وقد تمثل أيضا الإطار المحدد للعلاقات الخارجية مع الزبون، وهي تمثل العمليات التي تحكم العلاقات الداخلية مع العمال والخارجية مع الزبون.

– **الوسائل المادية:** تتمثل في مجموع العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة، الصحية والتي تنقسم إلى نوعين الآلات والأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة والبيئة المادية التي تنتج فيها الخدمة[2]، كأجهزة الراديو والمختبرات الصحية.

---

[1] - *eric volger, Op. Cit, P: 21.*

[2] - *P. Eiglier et E. Langeard :Servuction : le marketing des services, Paris : Edition International, cinquième tirage, 1994, P : 16.*

– **موضوع الخدمة:** أي الفكرة التي جاءت بالزبون والتي دفعت بمقدم الخدمة للعمل والممثلة بشكل أساسي في العلام، ومثال ذلك القيام بالتحاليل والأشعة للمريض.

بصفة عامة نستطيع القول أن الخدمة الصحية من أهم الخدمات المقدمة للفرد لأنها مرتبطة بصحته، ولكي تلبي هذه الخدمة الصحية متطلبات ورغبات وحاجات الفرد أو المريض بصفة خاصة، يجب أن تتميز بالجودة العالية.

المبحث الثاني: نظم المعلومات الصحية

هناك مجموعة من العوامل التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبحت إدارة هذه الخدمات مرتبطة وبشدة بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية ونظم المعلومات الصحية وتنظيم المؤسسات الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات، وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية في المكان والوقت المناسبين وبجودة أفضل، وهذا ما سوف تم توضيحه في هذا المبحث من خلال المطالب الآتية:

1- مفهوم نظام المعلومات الصحي.
2- النظم الفرعية لنظام المعلومات الصحي.
3- أهمية نظام المعلومات الصحي ومراحل تصميمه.

المطلب الأول: مفهوم نظام المعلومات الصحي

يتطلع المرضى والأطباء غلى الحصول على خدمات صحية مميزة، مما يتطلب تطوير وتحسين مستمر في عمل المنظمات الصحية، حيث أصبح من الضروري إدخال الخدمات الإلكترونية التي من شانها توفير خدمات للمرضى وإدارة المنظمة الصحية والارتقاء بالخدمات المقدمة فيها.

أولا: تعريف نظم المعلومات الصحية.

1. **تعريف نظم المعلومات:** عرف قنديلي والجنابي نظام المعلومات بأنه **"**مجموعة من العناصر المتداخلة والمتفاعلة بع بعضها والتي تعمل على جمع البيانات والمعلومات ومعالجتها، وتخزينها، وبثها وتوزعها، بغرض دعم صناعة القرارات، والتنسيق وتأمين السيطرة على المنظمة، إضافة إلى تحليل المشكلات، وتأمين المنظور المطلوب للموضوعات المعقدة، ويشتمل نظام المعلومات على بيانات عن الأشخاص الأساسيين، والأماكن والنشاطات والأمور الأخرى التي تخص المنظمة والبيئة المحيطة بها**"**[1].

[1]- قنديلجي عامر والجنابي عبد القادر: نظم المعلومات الإدارية وتكنولوجيا المعلومات، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان، 2006، ص 23.

وعرفها السيد لطفي أمين بأنها "تلك النظم التي تهدف إلى توفير المعلومات وخدمات البيئة ويجب أن يتضمن نظام المعلومات نظامين جزئيين على الأقل، الأول يعمل على تجميع النظام للمعلومات، والثاني لتوفير خدمات المعلومات"[1].

أما فيما يخص نظام المعلومات المحوسبة فهو "عبارة عن النظام الذي يعتمد على المكونات المادية أو الأجهزة والمكونات البرمجية للحاسوب في معالجة البيانات ومن ثم بث واسترجاع المعلومات"[2].

وخلاصة لما سبق يمكن تعريف نظام المعلومات على أنه: مجموعة من العناصر المادية (الأجهزة والبرمجيات...) والعناصر البشرية (العمال وذوي الخبرات المهنية...) المتداخلة والمتفاعلة مع بعضها، والتي تعمل على جمع البيانات ومعالجتها وتخزينها وبثها وتوزيعها واسترجاعها بغرض صنع القرارات الإدارية للمنظمة ودعمها.

2. تعريف البيانات والمعلومات والمعلوماتية الصحية:

1.2. تعريف البيانات الصحية: هي عبارة عن أية معلومة خاصة بالمريض أو بحالته، وتتنوع تلك البيانات ما بين أرقام بسيطة تمثل نتائج بعض الفحوصات كقراءة حرارة الجسم أو عدد كريات الدم الحمراء، تاريخ تطور المرض وانتشاره لدى أسرته وحتى تلك البيانات المعقدة كصور الأشعة التشخيصية أو دراسات وظائف الأعضاء، كما تختلف البيانات الطبية في طبيعتها عن الكثير من أنواع البيانات الأخرى التي يتعامل بها الإنسان وذلك لاختلاف دورها الذي تقوم به واختلاف أهميتها في اتخاذ القرارات.[3]

2.2. تعريف المعلومات الصحية والمعلوماتية الصحية: يشمل مصطلح المعلومات الصحية المعلومات التي تهم المريض وكذلك العاملين في المجال الصحي وتمثل أيضا المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والوقاية من الأمراض ومعالجتها واتخاذ القرارات الأخرى المتصلة بالصحة والرعاية الصحية، وهي تشمل كذلك المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات حول المنتجات الصحية والخدمات الصحية، وقد تكون في شكل نصوص مكتوبة أو مسموعة أو لقطات فيديو، وتمثل المعلومات الصحية على الانترنت مجالا واسعا.

[1]- السيد لطفي أمين: مراجعة وتدقيق نظم المعلومات الإدارية، الدار الجامعية، القاهرة، 2005، ص 05.

[2]- قنديلجي عامر والجنابي عبد القادر: مرجع سابق، ص 23.

[3]- سليم بطرس جلدة: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشرق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص 35.

أما مصطلح المعلوماتية الصحية، فيعتبر امتدادا لنمو المعلومات الصحية، والذي يركز على الجوانب الإكلينيكية وتطبيقات التكنولوجيا في توصيل العناية الصحية، ويغطي هذا المصطلح مجالات متنوعة منها معالجة الإشارات الفيزيولوجية، خاصة بعد تطوير القدرة على قلب البيانات التماثلية إلى الشكل الرقمي في أوساط الستينات، وتشمل كذلك الأشعة والتصوير المقطعي والموجات فوق الصوتية والتصوير الفوتوغرافي.[1]

3. تعريف نظم المعلومات الصحية: وردت عدة تعاريف لنظم المعلومات الصحية نذكر منها:

التعريف الأول: هي مجموعة من العناصر والمكونات والإجراءات لمنظمة والتي تهدف للحصول على المعلومات التي تدعم القرارات الإدارية والطبية في كل مستويات النظام الصحي.[2]

التعريف الثاني: مصطلح يشمل التخصص الآخذ في الظهور بسرعة والمتمثل في استخدام منهجيات وتكنولوجيا الحوسبة والتشبيك والاتصالات لدعم المجالات المتصلة بالصحة مثلا الطب والتمريض والصيدلة وطب الأسنان، ويغطي هذا التعريف نطاقا واسعا يشمل تبادل الرسائل الطبية والإدارية واسترجاع مصادر المعلومات والمراجع وتشغيل وحفظ وإدارة الخدمات الصحية والمعلومات المتعلقة بالمرضى والتثقيف الصحي والترصد الوبائي ورصد الوضع الصحي ودعم القرارات السريرية وتحليل الصور الإشعاعية وتقديم النماذج والتطبيب عن بعد.[3]

التعريف الثالث: هو عبارة عن نظم تهدف لتجميع البيانات ومعالجتها وتوفير المعلومات وخزنها وتحديثها واسترجاعها على النحو الذي يسهل مهمة صنع القرارات المختلفة في إدارة المستشفى.[4]

التعريف الرابع: هو عبارة عن مجموعة من العناصر والإجراءات والوسائل التي تقوم بتسجيل ومعالجة وحفظ واسترجاع وتوزيع المعلومات من أجل دعم منظمات الرعاية الصحية حيث يمكن تقسيم هذه المعلومات إلى معلومات صحية ومعلومات إدارية.[5]

---

[1] – د. عدمان مريزق: مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، عمان، 2012، ص. ص 123. 124.

[2] *-Lippeveld T., Saverbron R, Caland B:design and implementation of health information systemes, WHO, Geneva, 2000, P 03.*

[3] – شوربجي نجيب: المعلومات الصحية والطبية في إقليم الشرق الأوسط، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، القاهرة، مصر، 2001، ص 05.

[4] – البياتي حسين: المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات – وجهة نظر معاصرة–، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 69.

[5] – مصباح عبد الهادي حسن الدويك: نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية، دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي، رسالة ماجستير منشورة، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2010، ص 54.

من خلال التعريفات السابقة يمكن تقديم تعريف لنظم المعلومات الصحية على أنها مجموعة من الوسائل المادية (أجهزة) وغير المادية (البرمجيات والإجراءات...) التي تقوم بتجميع وتسجيل ومعالجة وحفظ واسترجاع وتوزيع المعلومات الصحية من أجل دعم القرارات بالمنظمات الصحية.

ثانيا: أهداف ومكونات نظم المعلومات الصحية وفوائده

1. أهداف نظم المعلومات الصحية: تسعى المؤسسات الصحية من خلال نظام المعلومات الصحية إلى تحقيق الأهداف التالية:[1]

- توفير البيانات والمعلومات والمساعدة على تسهيل عملية تحليلها من أجل اتخاذ القرارات والقيام بإجراءات الرعاية الصحية بشكل مستمر مما يساعد على الكشف والتصدي بسرعة للمشاكل الصحية وانتشار الأوبئة.

- تحديد مقاييس أساسية لموارد واستخدامات المستشفى والنتائج النهائية لأنشطتها مما يدعم جودة المعلومات وذلك من خلال وضع قيود على إدخال البيانات لإجبار مستخدمي النظام على إدخالها بالشكل والأسلوب المطلوب.

- تقييم فعالية الأداء الوظيفي والصحي الخدمات المقدمة حيث يعطي بيانات عن معدلات الأداء ولكل مهنة من العاملين في المستشفى مما يسمح بمراقبة تسيير العمل في المنظمة الصحية والتخطيط وتطوير البرامج الصحية.

- التكاملية من خلال ربط الأنظمة الصحية الفرعية معا مما يساعد على إنتاج عدد كبير من المخرجات ويمنع تكرار العمل والمعلومات بحيث يمكن إدخال البيانات من أي وحدة فرعية مما يساعد على سرعة الأداء دون الرجوع إلى كميات كبيرة من الورق والملفات.

بالإضافة إلى:[2]

- توفير مخزون المعلومات عند الطلب على الخدمات الصحية جغرافيا واجتماعيا.

[1]- عبد العزيز مخيمر ومُحَّد الطعامنة: مرجع سابق، ص 187.

2- عدمان مريزق: مرجع سابق، ص 127.

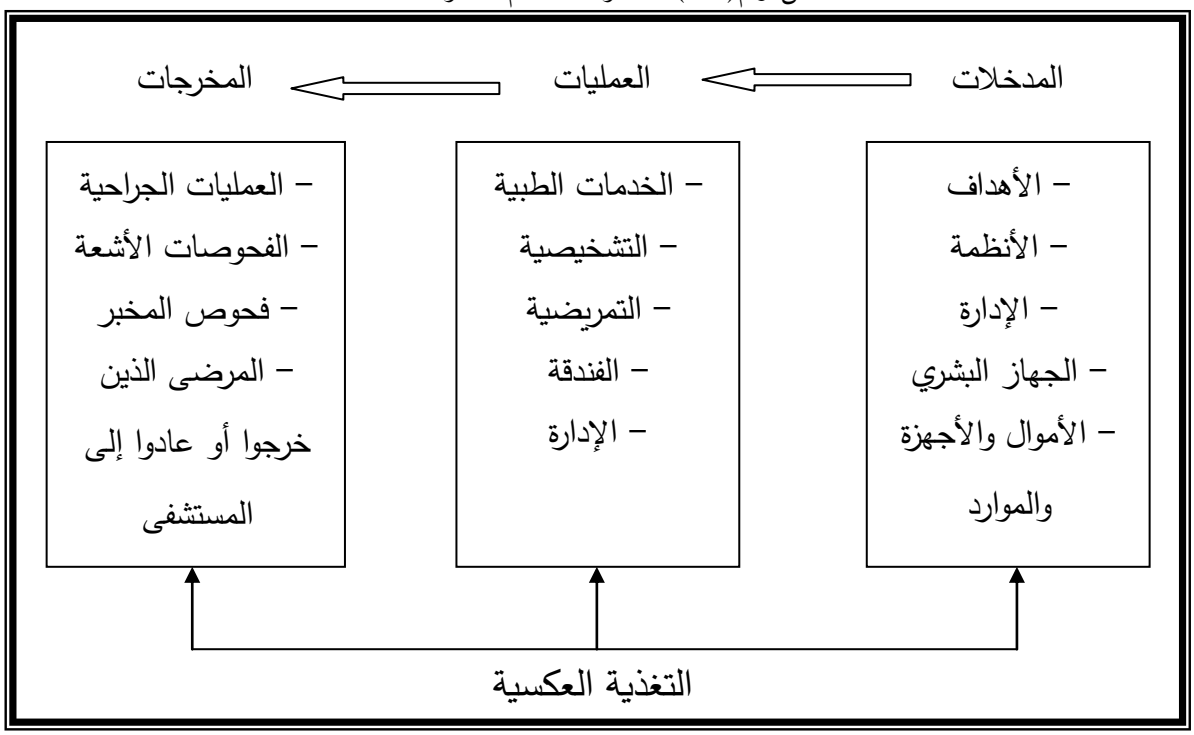
- استخدام الحاسبات الإلكترونية في تحليل البيانات وتشغيلها لاستخراج المؤشرات والتنبؤ بالنتائج.

- توفير البيانات والمعلومات عن الأنشطة المتخصصة والاختصاصات النادرة ومدى توفرها في بعض أو كل المستشفيات.

2. مكونات نظم المعلومات الصحية: إن نظام المعلومات الصحية لا يختلف كثيرا عن أي نظام آخر فهو يتكون من مدخلات وتشغيل ومخرجات حيث:[1]

يتم أولا تحديد المدخلات التي هي عبارة عن بيانات خام وكيفية تحليلها وتقييمها، ثم العمل على تشغيلها ليتم بعد ذلك الحصول على معلومات مفيدة، ثم توصيل المخرجات إلى من يحتاجها أو من يطلبها من متخذي القرارات في القطاع الصحي، أو المهتمين بشؤونها.

الشكل رقم(05): مكونات نظم المعلومات الصحية



المصدر: موسى طه العجلوني: إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص 49.

يمثل الشكل رقم (05) مكونات نظم المعلومات الصحية والمتمثلة في المدخلات والعمليات والمخرجات، المدخلات التي يتم الحصول عليها من أهداف المنظمة الصحية وأنظمتها وإدارتها والتي تعتبر بيانات داخلية (أي

1- فؤاد الشرايبي: نظم المعلومات الإدارية، مكتبة أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 160.

الحصول عليها من المحيط الداخلي للمنظمة)، وأخرى يتم الحصول عليها من المنظمات المنافسة والسوق الصحي، وتعتبر بيانات خارجية (أي الحصول عليها من المحيط الخارجي للمنظمة)، يقوم بعملية جمع البيانات جهاز بشري أو عمال أو موظفو المنظمة الصحية مع الأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات المادية للمنظمة الصحية والمتمثلة في الأموال والأجهزة والوارد المتاحة بالمنظمة الصحية، بعد الحصول على البيانات يقوم موظفو المنظمة الصحية أي الكادر الطبي والتقني للمنظمة الصحية بتحليلها وتشخصيها أي تقديم الخدمات الطبية من عمليات تشخيص وتمريض وفندقة وإدارة... للحصول على مخرجات المتمثلة في القرار الطبي اللازم اتخاذه والمتمثل في العمليات الجراحية، فحوصات، أشعة، تحاليل مخبرية... أو القرار الإداري اللازم إجراؤه كالقيام بإحصاء عدد المرضى الذين زاروا المنظمة الصحية أو عدد المرضى المصابين بمرض معين...

3. فوائد نظم المعلومات الصحية: قسمت الفوائد الممكن باستخدام نظم المعلومات الصحية في قطاع الرعاية الصحية إلى ثلاث فئات كالآتي:[1]

– الفوائد الكمية: هي الفوائد المالية التي يمكن بوضوح قياسها والتي يمكن أن تعزى لاستخدام تكنولوجيا معينة، مثال: استخدام تكنولوجيا طبية توفر الوقت والتكلفة في العمل. مثل استخدام جهاز قياس ضغط الدم في المنازل دون عناء التنقل إلى الطبيب.

– الفوائد الكيفية: فوائد تعزى بشكل مباشر أو غير مباشر للتكنولوجيا ولكن يصعب تقديرها كميا ولا تقاس هذه الفوائد إلا من حيث أثر التكنولوجيا على الأداء وكفاءته، فدقة البيانات ونقلها بسرعة واتساع نطاق الحصول عليها والربط فيما بينها فوائد لا يسهل تقديرها كميا كالراحة النفسية للمريض وثقته بالطبيب المعالج.

– الفوائد الاستراتيجية: هي تمثل فوائد كبيرة متوقعة لمنظمات الرعاية الصحية فبالرغم من أن جمع البيانات وتحليلها يعود بفائدة فورية على المنظمة فإن هذه البيانات تشكل في المدى الطويل أساسا للبحوث الطبية والتخطيط الاستراتيجي، حيث السجلات الطبية الإلكترونية لا تخدم الاحتياجات الحالية للرعاية الصحية بل أيضا على المدى الطويل.

[1]– شوربجي نجيب: مرجع سابق، ص 05.

وقد أصبح من الضروريات الملحة اليوم وجود نظام معلومات صحي مهما كان حجم المستشفى وطبيعة أنشطته وذلك للمبررات التالية:[1]

1. تسهيل عملية تقديم خدمات عالية الجودة للمستفيدين من خلال توفير المعلومات عن التاريخ الطبي للمريض فيما يتعلق بالتشخيص والعلاج، حيث يفضل الاحتفاظ بكامل الملف الطبي لكل مريض بدلا من وجود ملفات مستقلة.

2. تقليص العمل المكتبي والاقتصاد في الوقت والجهد عند إكمال الملف وسهولة استرجاع المعلومات عند الحاجة.

3. تعتمد مخرجات النظام في تعليم وتدريب الكادر الطبي والتمريضي وطلبة كلية الطب والتمريض وتسهيل مهمة إجراء البحوث والدراسات الطبية.

4. توفير التقارير الإحصائية عن المرضى والأمراض.

5. تسهيل مهمة تقييم أداء الأطباء والرقابة على أنشطتهم، والمساعدة في تقييم أداء المستشفى بشكل كامل، حيث تستخدم هذه التقارير لأغراض طبية وإدارية تنفيذية مثل عدد حالات الدخول، المكوث، المغادرة، متوسط فترة المكوث، معدل شغل السرير، معدلات الوفيات...

6. تذليل الصعوبات المتعلقة بتغذية البيانات وطريقة تخزين واسترجاع المعلومات.

7. ضمان أمن وسرية المعلومات من خلال توزيع الصلاحيات الخاصة لمستخدمي النظام.

المطلب الثاني: النظم الفرعية لنظام المعلومات الصحية

تظم نظم المعلومات الصحية العديد من النظم الفرعية التي تخدم الرعاية الصحية بشكل مباشر أو غير مباشر، ويمكن ذكرها كالآتي:

[1] – البياتي حسين: مرجع سابق، ص 70.

1. السجل الطبي الإلكتروني *Electronic Health Record (EHR)*
2. نظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونيا *Computerized Physian Order Entry (CPOE)*
3. نظام معلومات المختبر *Laboratory Information System (LIS)*
4. نظام معلومات الصيدلية *Pharmacy Information System (PIS)*
5. نظام الأشعة والاستقصاءات الوظيفية *Picture Archiving Communication (PACS) System*
6. نظام معلومات التمريض *Nursing Information System (MIS)*

أولا: السجلات الطبية الإلكترونية ونظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونيا

1. السجلات الطبية الإلكترونية:

1.1. تعريفها: لعقود طويلة من الزمن ظلت طبيعة السجلات الطبية ثابتة في شكل ملف أو مجموعة من الأوراق التي كتبت عليها المعلومات بخط اليد، حتى حدث خلال الأربعين عام الماضية تطورات هائلة في علوم تكنولوجيا المعلومات، قادت تلك التطورات التخصصين في مجال الرعاية الصحية وتكنولوجيا المعلومات معا إلى تصميم واختراع سجلات طبية إلكترونية تعتمد على الحاسوب بإمكانياته المتطورة من تخزين معلومات ومعالجة ونقل بيانات عن طريق ما نعرفه اليوم من شبكات المعلومات ووسائل اتصال حديثة.[1]

وقد عرفه شوربجي بأنه: "سجلات طبية ذات وسائط متعددة تقوم بتخزين معلومات المريض ومعالجتها وتوصيلها وتأمينها وعرضها حيث تشمل معلومات المريض الشخصية وتقاريره الطبية"[2].

كما عرفه كل من *Crane* و*Raymond* بأنه: "مجموعة من معلومات المريض والتي تقدم بشكل مناسب لأفراد الرعاية الصحية"[3].

نستنتج مما سبق أن السجل الطبي الإلكتروني هو عبارة عن ملف إلكتروني يحوي جميع المعلومات الخاصة بالمريض سواء معلوماته الشخصية أو تقاريره الطبية وهذا الملف الإلكتروني يعتمد على الحواسيب بإمكانياتها المتطورة من أجل تخزين ومعالجة ونقل المعلومات بواسطة شبكات الاتصال الحديثة.

[1] – العجلوني موسى: مرجع سابق، ص 53.

[2] – شوربجي نجيب: مرجع سابق، ص 10.

[3] - *Crame R, Raymond B :Fulfiling the Potential of clinical information systems, thez Permanente Dournal, Vol 7, No1, 2003K P 63.*

2.1. مميزات السجل الطبي الإلكتروني: تتميز السجلات الطبية الإلكترونية بعدد من المميزات جعلتها تتفوق على السجلات الطبية الورقية نذكر منها:[1]

- إمكانية الإطلاع على محتويات هذا السجل من مواقع عديدة وفي نفس الوقت، إذ يستطيع الإداريون والأطباء الموجودين في مباني منفصلة الوصول في نفس الوقت إلى سجل المريض.
- إمكانية عرض البيانات الرقمية المخزنة بأكثر من صيغة.
- ضمان دقة وجودة المعلومات المعالجة وذلك بسبب وجود قيود مدخلي البيانات على إدخالها بالطريقة الصحيح مما يضمن استكمال السجل الطبي في أي وقت مستقبلا.
- دعم القرار، حيث يتيح السجل الطبي المتكامل والدقيق للطبيب اتخاذ قرارات ترتكز على البيانات المتوفرة في هذا السجل.
- يدعم الجهود المتعلقة بتحليل البيانات، البحوث الطبية، والرصد الوبائي.
- التبادل الإلكتروني للبيانات والمشاركة في دعم الرعاية الصحية، حيث من السهل أن يستفيد مستشفيان من محتوى السجل الطبي إلكترونيا دون الحاجة لنقل الملفات بين المواقع.

3.1. فوائد السجل الطبي الإلكتروني: للسجلات الطبية الإلكترونية فوائد عديدة نذكر منها:[2]

- معرفة عدد زيارات المريض والمشاكل الصحية وأسماء الأدوية التي يستخدمها.
- اتصاله بقسم الأشعة والمختبر والصيدلة بطريقة أوتوماتيكية.
- خدمة حفظ المواعيد وتنبيه المتغيبين والمتأخرين عنها.
- خدمة الإحصاءات الطبية لعدد الحالات التي تتم معاينتها طبيا أو يتم فحصها بالأجهزة.

2. نظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونيا: يمكن تعريفه بأنه نظام صحي إلكتروني يساعد الأطباء على إنجاز بعض المهام والإجراءات الصحية داخل المركز الصحي مثل طلب فحوصات مخبرية، أدوية من الصيدلية، تصوير أشعة واستشارات طبية، وتتكامل مع هذا النظام نظم أخرى لدعم القرار وإعطاء التنبيهات، ويهدف هذا النظام لتقليل

[1]- شوربجي: مرجع سابق، ص 10.
[2]- العجلوني: مرجع سابق، ص 56.

الأخطاء الناتجة عن كتابة الأوامر الطبية يدويا، مما أدى لزيادة سلامة المرضى وخاصة عند دمجه مع التطبيقات الأخرى لنظم دعم القرار في المركز الصحي.[1]

وهذا النظام يشمل كل الأوامر التي يقوم الطبيب بتسجيلها في السجل الطبي الإلكتروني للمريض، طبيعة الغذاء للمريض مثل غذاء قليل الدهون أو غني بالبروتين، والأدوية والمحاليل والجرعات أو أية إجراءات طبية مطلوبة، والعمليات المطلوبة وموعدها، مع السماح بالإضافة والتعديل لهذه الأوامر مثل إيقاف بعض الأوامر والأدوية بحيث ترسل الأوامر تلقائيا إلى الجهة المختصة مثل المختبر أو قسم الأشعة أو الأقسام الداخلية.[2]

ويحتوي هذا النظام على بيانات تخص تشخيص المريض والأدوية التي يتناولها والأصناف التي قد تسبب حساسية أو آثار جانبية نتيجة التفاعلات الدوائية الضارة، مما يقلل من نسبة الأخطاء في كتابة الوصفات الطبية من خلال وظيفة التشبيه الإلكترونية، كما أن نظم CPOE تحسن جودة الرعاية من خلال التزام الأطباء بالمعايير الأساسية للرعاية وتقليل الاختلافات الناتجة عن الاجتهادات الفردية للأطباء.

وفي دراسة أجراها *Shojania* وآخرون عام 1998 أوضحت أن استخدام نظم CPOE أدى إلى تقليل الاستخدام المفرط للمضادات الحيوية بنسبة 32 % أو دراسة أخرى أجريت في مركز بريجنهام الطبي الأكاديمي عام 2000 أوضحت أن استخدام نظم CPOE أدى إلى انخفاض التكلفة السنوية الإجمالية بسبب انخفاض نسبة صرف الأدوية والفحوص المخبرية والدراسات التشخيصية، وعلى الرغم من العديد من الفوائد التي يقدمها نظام CPOE لتحسين جودة ونوعية الرعاية الصحية للمرضى ويقلل من نسبة الأخطاء في كتابة الوصفات العلاجية وتقليل التكلفة الإجمالية إلا أنها لم تطبق على نطاق واسع.[3]

[1] - *Crane & Raymonde, Op. Cit, P 64.*

[2] – مصباح عبد الهادي حسن الدويك: مرجع سابق، ص 67.

[3] - *Reid P, Compton D, grossman J &Fanfinong G :building a better delivery system : a new engineening, health care partnership, the national academiespress, Washington, USA, 2005, P 70.*

ثانيا: نظام معلومات المختبر ونظام معلومات الصيدلية

1. نظام معلومات المختبر:

1.1. تعريفه: هو نظام برمجي يحوسب عمل مختبرات التحاليل الطبية ابتداء من استقبال طلبات التحاليل إلى تحصيل ومعالجة النتائج ومن ثم طباعتها، وقد يعالج هذا النظام عملية تحديد العينات اللازمة للتحليل وتوجيهها إلى الأقسام المختلفة بحسب الاختصاص.[1]

2.1. فوائده:

تختف الفوائد المرجوة من نظام معلومات المختبر باختلاف مستوى هذا النظام ومكان تطبيقه، ويمكن ذكرها كالآتي:[2]

– **صحة المعلومة المقدمة:** يسهل نظام معلومات المختبر الحصول على إجابات للاستفسارات المطروحة عن تكلفة إجراء تحاليل ما، وشروط أخذ العينة.

– **توليد أوراق عمل:** يقوم نظام معلومات المختبر بطباعة أوراق عمل تحوي أسماء المرضى وأسماء التحاليل المطلوبة لهم، مصنفة بحسب الاختصاصات المتوفرة في المختبر، وهذا العمل بحاجة إلى وقت طويل إذا ما تم القيام به يدويا بسبب ضخامة العدد اليومي للطلبات.

– **موثوقية عالية في العينات المستخدمة في التحليل:** بسبب الكم الكبير من العينات المتداولة في المخابر الكبيرة، قد يخطئ العاملون في تحديد عائدية بعض العينات، فتكون النتيجة هي إجراء تحاليل للمريض باستخدام دم أو عينة مريض آخر، وهذا حتما خطأ فادح، يكمن الحل في تسجيل اسم العينة وتاريخها واسم المريض على هذه العينة قبل أخذها من المريض منعا لارتكاب هذا الخطأ، وهذا ما يحققه نظام معلومات المختبر بطباعة لاصقات تحتوي على المعلوم التحليل ضمن المختبرات المذكورة على الأقل، مثل الرمز الرقمي يستخدم لتحديد هوية هذه العينة عند إجراء التحليل على أجهزة.

---

[1] *-Beaver K :health care information systems, second edition, best practice series, CRC press LLC, Florida, USA, 2003, P 339.*

[2] – أسامة جميل بسيوني: دور نظم المعلومات في أقسام الحوادث والطوارئ بالمستشفيات، المؤتمر العربي الثاني، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، الجامعة العربية، القاهرة، مصر، 27 – 29 سبتمبر 2003، ص 25.

– **تسريع تحميل التحليل بطلبات التحليل:** جميع التحاليل المطلوبة للمرضى تلقن لأجهزة التحليل الموجودة في المختبر وحسب الاختصاص، وليس خافيا على أحد أن عملية تلقين أو تحميل أجهزة التحليل بطلبات التحليل على نحو بروجي ومؤتمن هي أسرع بكثير ودون ارتكاب خطأ من نسيان لأحد التحاليل أو تبديل تحليل بأخذ غيره.

– **مراقبة نتائج التحاليل الصادرة عن المختبر:** يضمن نظام معلومات المختبر مرور النتائج المخبرية على المراقبة لضمان صحة هذه النتائج علميا وسريريا.

– **تحصيل نتائج التحليل من أجهزة التحليل:** في النظام غير المؤتمت تطبع النتائج عن طريق أجهزة التحليل نفسها الموصولة بطابعة، ثم تجمع نتائج المريض بعضها إلى بعض وتسلم إليه دون احترام أسلوب مشترك لطباعة النتائج، وفي أحسن الأحوال تعاد طباعة النتائج عن آلة كاتبة أو حاسوب باستخدام نظام تحرير مناسب، أما في النظام المؤتمت فيجري تحصيل النتائج وفق بروتوكولات خاصة من أجل التحليل وتجمع آليا لتطبع بأسلوب موحد، فضلا على الدقة في نقل المعلومات والسرعة الكبيرة في هذه العملية والتي لها التأثير الكبير في تسريع العمل في المختبر وتحسينه.

بالإضافة إلى ذلك، يجني المركز الصحي من تطبيق نظام إدارة المختبرات عدة فوائد نوجزها فيما يلي:[1]

- تطوير النظم المخبرية بشكل إلكتروني لأخذ العينات وتحليلها.
- تبسيط الإجراءات وسرعة تسليم النتائج والمحافظة على البيانات من الفقدان.
- رفع كفاءة وإنتاجية العمل في المختبرات.
- سرعة الحصول على أي معلومة مطلوبة سواء إلكترونيا أو عن طريق طباعتها.
- إمكانية تتبع سير العينات بدقة وسهولة.
- يساعد على الحصول على الاعتماد الدولي للمركز الصحي.

[1]- *Beaver K, Op Cit, P 340.*

2. نظام معلومات الصيدلية:

1.2. تعريفه: يعد من أكثر أنظمة المعلومات الصحية استخداما، فهو يعمل على تبسيط صرف الأدوية ومراقبة المخزون وكذا مراقبة الجرعات الدوائية حسب ما وصفه الطبيب ومنع التضارب في الوصفات العلاجية إذا وجد ويمكن تعريف نظم معلومات الصيدلية بأنها مجموعة من النظم الحاسوبية المعقدة التي صممت من أجل تلبية حاجات أقسام الصيدلية، وهذه النظم تعمل على تحسين فعالية هذه الأقسام وسلامة المرضى وتخفيض التكاليف والتفاعل الكامل مع نظام معلومات المستشفى.[1]

2.2. أنشطة نظام معلومات الصيدلية:

تحدد الأنشطة التي يقوم بها نظام معلومات الصيدلية كما يلي:[2]

– **الفحص السريري:** يمكن لنظام معلومات الصيدلية المساهمة في رعاية المرضى من خلال التنبيه لأخطار التفاعلات الكيميائية بين الأدوية واحتمالية حدوث حساسية أو مضاعفات أخرى، فعندما يتم إدخال وصفة طبية يمكن للنظام التحقق لمعرفة ما إذا كان هناك أي تفاعل بين اثنين أو أكثر من الأدوية مع طعام قد يتناوله المريض.

– **إدارة الوصفة الطبية:** نظام معلومات الصيدلية يساعد في تحديد ما إذا كانت الوصفة الطبية خاصة بمريض داخل المستشفى أو يتم طلبها لمريض من الخارج، حيث تعطى الأولوية للوصفات الخاصة بالمرضى داخل المستشفى.

– **إدارة المخزون:** من المعروف أنه من الصعب القيام بعملية الجرد بشكل يدوي في المراكز الصحية الكبيرة حيث تزداد نسبة الخطأ بشكل كبير، فنظام معلومات الصيدلية يساعد في إدارة المخزون من خلال الحفاظ على كمية مناسبة من جميع الأصناف وإعطاء تنبيهات عند انخفاض كمية دواء معين عن الكمية المطلوبة.

– **ملف أدوية المريض:** هي ملفات خاصة بالمريض تدار من خلال نظام معلومات الصيدلية تحتوي على تفاصيل الأدوية الحالية والسابقة والأصناف المسببة للحساسية، حيث تساهم هذه الملفات في الفحص الطبي للمريض والتحكم في كمية الدواء المستهلكة من قبل المريض.

[1] – أسامة جميل بسيوني: مرجع سابق، ص 25

[2] – مصباح عبد الهادي حسن الدويك: مرجع سابق، ص 65.

– **إصدار التقارير**: يمكن لمعظم نظم معلومات الصيدلية إصدار التقارير التي تحدد أصناف الأدوية المستهلكة وكمياتها وتكلفتها وحجم المخزون ونسبة العجز.

– **التفاعل مع النظم الأخرى**: يتفاعل نظام معلومات الصيدلية مع النظم الأخرى المتاحة مثل إدخال الأوامر الطبية الإلكترونية ونظام السجل الطبي وذلك لإتمام عملية صرف الوصفة الطبية وتخزين السجل الدوائي بالإضافة إلى القيام بالعمليات الإدارية الخاصة بإعداد الفواتير والطلبات.

ثالثا: نظام معلومات الأشعة والاستقصاءات الوظيفية ونظام معلومات التمريض.

1. نظام معلومات الأشعة والاستقصاءات الوظيفية: اصطلح على تسمية هذه الأنظمة بالـ pacs وهي اختصار لـ *Picture Archiving&Communication System*، ويعتبر الـ *PACS* حلقة الوصل بين نظام المعلومات الصحي في المستشفى أو المركز الطبي وبين الأجهزة الطبية الرقمية، فهو الوحيد القادر على تحصيل المعلومات الرقمية (صور وأفلام ورسوم) من الأجهزة الطبية من جهة، والاتصال بنظام المعلومات الصحي للحصول على المعلومات المسجلة للمريض وربطها بمعلومات الأجهزة الطبية من جهة أخرى.[1]

ويمكن تعريفه على أنه عبارة عن أنظمة حاسوبية متكاملة تستخدم من قبل قسم الأشعة، ويقوم هذا النظام بتخزين الصور الطبية المختلفة ومعالجتها وتوزيعها وعرضها على مزودي الخدمة الصحية الموجودة من جهة، ويتكامل مع الأنظمة الأخرى بالمستشفى من جهة أخرى.[2]

2. نظام معلومات التمريض: هي أنظمة حاسوبية تدير البيانات الصحية من عدة محطات داخل المركز الصحي وتوفيرها في الوقت المناسب وبشكل منظم لمساعدة طاقم التمريض في تحسين خدمة الرعاية المقدمة للمريض.[3]

[1] – مصباح عبد الهادي حسن الدويك: مرجع سابق، ص 63.

[2] *-wager karen, leefrances&glaserdohn, managinghealth care information systems, dohnwuley& sons, Inc, Sun Francisco, CA, USA, 2005, P 94.*

[3] – محمود حسن الغرباوي: نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي "دراسة ميدانية على مراكز وكالة البحوث الصحية الأولية في قطاع غزة"، رسالة ماجستير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، 2014، ص 31.

ومن الفوائد التي يقدمها نظام معلومات التمريض نجد:[1]

– **تنظيم وتوزيع عبئ العمل الوظيفي**: يقدم نظام معلومات التمريض خدمة في عملية تنظيم وتقييم أوقات العمل بين الموظفين من خلال جدولة الأعمال حسب عدد الموظفين الحاليين وعدد المرضى، مما يوفر الجهد في إعداد قوائم العمل وتوزيع المهام.

– **تخطيط أفضل للرعاية الصحية**: يعمل على تقليل الوقت اللازم لعملية التخطيط للرعاية الصحية لأن زيادة الجودة في عملية تسجيل التقارير والمستندات يجعل التخطيط أكثر فعالية في عملية تحديد الاحتياجات والتقييم.

– **إدارة أفضل للدواء**: حيث أن الأدوية التي تصرف إلكترونيا تكون أكثر دقة مما يقلل نسبة الخطأ في الإحصائيات والتقارير.

– **قياس جودة الأداء**: من خلال الإحصائيات وأدوات القياس والتقييم المحوسبة.

المطلب الثالث: أهمية نظام المعلومات الصحية ومراحل تصميمه.

سوف نعرض من خلال هذا المطلب أهمية نظام المعلومات الصحية ومراحل تصميمه ثم نتطرق الى نظام المعلومات الصحي الجزائري.

أولا: اهمية نظام المعلومات الصحية.

يمكن لنظم المعلومات الصحية ان تلعب دورا هاما في رفع كفاءة وفعالية الأداء الوظيفي بالمؤسسة الصحية وعملية صنع القرار الصحي، فنظم المعلومات الصحية بدورها سوف تكون مختلفة وقادرة على التخلص من عدم فعالية وكفاءة القرارات الطبية والإدارية المختلفة، فترى منظمة الصحة العالمية بان عدم فعالية وكفاءة القرارات المتخذة في المؤسسات الصحية هو نتيجة مباشرة لنقص المعلومات وضمور القنوات والأدوات المسؤولة عن تجميعها ونقلها وفهرستها ومعالجتها بصورة تجعلها مناسبة لان توظف في المراحل المختلفة لصناعة القرار الطبي الصحيح، سواء كان

[1] *-Malliaron M, Zyga S :advantage of information systems in health services, sport Management international journal, Vol 5, N 02, 2009, P 46.*

هذا القرار متعلقا بوصف دواء لمريض مصاب بمرض ما أو متعلقا برسم إستراتيجية صحية كبرى كمكافحة الأمراض الوبائية مثل مرض انفلونزا الخنازير او البلهاريسيا[1] .

ويمكن لنظم المعلومات الصحية ان تلعب دورا مهما في عملية تحسين الأداء الوظيفي واتخاذ القرارات الصحية حيث[2]:

- أن نظم المعلومات الصحية تعتبر حجر الأساس الذي يتم بموجبه رسم خريطة صحية دقيقة للبلاد كلها أولا بأول من حيث معدلات انتشار الأمراض وأسبابها بدقة وسرعة، وبالتالي لن يحتاج صانع القرار إلى عشرات أو مئات الدراسات المتفرقة والبيانات المتضاربة لكي يقف على حدود انتشار مرض محدد مثل الفيروس الكبدي سي.
- باستخدام نظام المعلومات الصحي يمكن لمتخذ القرار أن يتعرف لحظيا على حالة المخزون من الأدوية والمستلزمات الطبية في جميع المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية، ويستخلص منها المعلومات الخاصة بالاحتياجات لكل مستشفى أو مركز صحي، ويعد منها قائمة مشتريات موحدة على مستوى الوطن تطرح بالأسواق للشراء بالحملة.
- يتيح فرصة مراقبة الأداء في جميع المنشآت الصحية في البلاد لتلاقي السلبيات والأخطاء الطبية الشائعة الحدوث، ولكن يحتم على المؤسسة الصحية استخدام سجل صحي الكتروني لكل مريض لأنه يعتبر البذرة الأولى للحكم على أداء أي طرف من أطراف المجتمع الطبي، وكذلك يقوم السجل الصحي بجمع وتسجيل أداء ممارسات المجتمع الطبي بموضوعية كاملة وبأمانة وبتكامل ودقة.
- يسمح النظام للمخططين الصحيين بمراقبة الأداء المالي للمستشفيات بشكل حقيقي وحساب أي مغالاة في التكاليف بناء على النظم المعيارية في وضع تكاليف العلاج والدواء التي تلتزم بها المنشآت العلاجية في العديد من دول العالم المتقدم .
- يسهل عملية استخلاص إحصاءات دقيقة حول نتائج العمليات الجراحية وعددها ونسبة الوفيات ونوعية المرضى في التخصصات المختلفة، ثم تجميع وتحليل هذه الإحصاءات جميعا بشكل دوري لكشف نقاط الضعف والعمل على تلافيها، وهكذا فان إتباع المدخل المعلوماتي في علاج وتقوية عملية صنع القرار الصحي ربما يجعل المواطنين يتنفسون الصعداء ويعودوا يحلموا من جديد برعاية صحية لائقة.

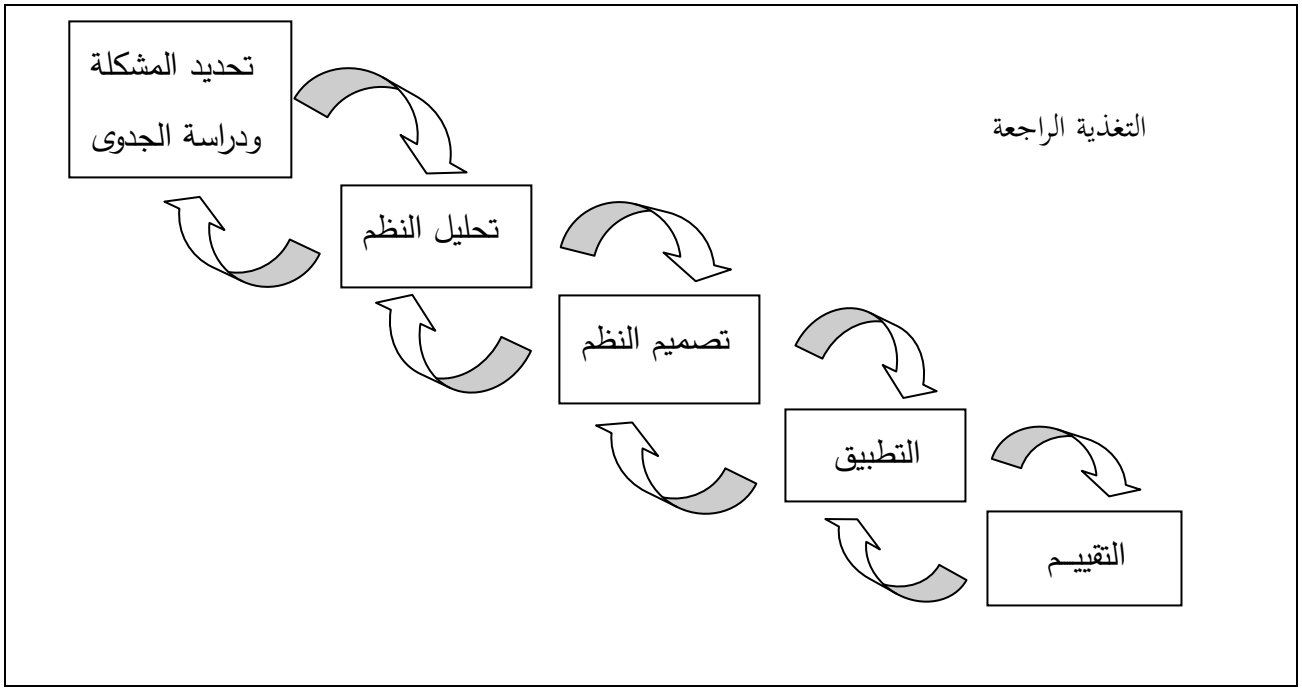
[1] WHO :HealthMetrics Network, Franework and standars for the development of country health information systems, first edition, WHO, Geneva, 2006.

[2] مصباح عبد الهادي حسن الدويك: مرجع سابق، ص 91.

ثانيا:مراحل تصميم نظام معلومات صحي

تناول العلماء والخبراء الممارسين في حقل نظم المعلومات المراحل الرئيسية لدورة حياة النظم، وبنية كل مرحلة من حيث أنشطتها الفرعية ومخرجاتها التي تتحول إلى مدخلات للمرحلة التالية، وهكذا في عملية مستمرة لا تستكمل إلا باستكمال عملية تطوير النظام، إذ إن الإطار العام لتصميم أي نظام معلومات لابد أن يتضمن دورة حياة تطوير النظم التي تبدأ بالتخطيط للنظام ثم التحليل والتصميم وأخيرا تنفيذ النظام[1]، ويمكن تمثيل دورة تطوير حياة النظم بالنموذج التدفقي Water Fall كما هو موضح في الشكل:

الشكل رقم (06): النموذج التدفقي لدورة حياة النظم



المصدر: منصور عوض وأبو النور محمد: تحليل نظم المعلومات باستخدام الكمبيوتر، الطبعة 03، دار الفرقان للنشر والتوزيع، عمان، 1994، ص 79.

أما على المستوى الاستراتيجي لتصميم نظام المعلومات الصحي الذي يعزز القدرة لنظام المعلومات الصحي بتحمل والتكيف مع التطورات المستقبلية من دون إعادة الهندسة في المستقبل، إذ تبدو إستراتيجية المنظمة الإطار الذي نستمد منه إستراتيجية نظام المعلومات. فلا يمكن القول بوجود نظام معلومات استراتيجي في منظمة ليست ذات توجه استراتيجي، لذا يمكن توضيح الإطار الاستراتيجي لتصميم نظام المعلومات الصحي وفق توجه منظمة الصحة العالمية وشبكة القياسات الصحية، فضلا عن مجموعة من الباحثين وكالاتي:

[1] ليث سعد الله حسين ومحمد اخليف نزال: تصميم نظام المعلومات الصحي المحوسب في رئاسة صحة نينوى: منظور استراتيجي "دراسة تطبيقية في دائرة نينوى وبعض المستشفيات المرتبطة بها"، مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد 01، العدد 41، ج1، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة تكريت، 2018، ص. ص 339-340.

أ- التخطيط الاستراتيجي لتصميم نظام صحي:

يعني التخطيط لتصميم نظام المعلومات الصحي "اختيار المدخل المناسب في تحديد المراحل الخاصة بتصميم نظام المعلومات وبنائه وتطبيقه وتطويره وصيانته مع تحديد الأبعاد التفصيلية لكل مرحلة من المراحل، ومن ثم تحديد المقومات الضرورية لإنجازه في إطار التخطيط الاستراتيجي لنظم المعلومات في المنظمة"[1]، لذلك لابد أولا من التفكير الاستراتيجي لنظم المعلومات الذي يشمل الإجابة على التساؤلات الآتية[2]:

ما نطاق التخطيط الاستراتيجي المطلوب؟ أين نحن الآن؟ أين نريد أن نكون؟ كيف نصل إلى الهدف المنشود؟

إذ تشمل عمليات التخطيط الاستراتيجي لتصميم نظام المعلومات الصحي ثلاثة مراحل رئيسية، وتتضمن كل مرحلة مجموعة من الخطوات وفقا لوثائق منظمة الصحة العالمية وشبكة القياسات الصحية وعلى النحو الأتي:

- **المرحلة الأولى:** مرحلة إعداد الخطة الإستراتيجية لتصميم نظام المعلومات الصحي.
- **المرحلة الثانية:** تحديد الاتجاه الاستراتيجي لنظام المعلومات الصحي.
- **المرحلة الثالثة:** التحليل الاستراتيجي لنظام المعلومات الصحي.

ب- التنفيذ الاستراتيجي لنظام المعلومات الصحي[3]:

معظم المؤسسات الصحية منهمكة ببناء وتشغيل الجوانب الفنية لنظام المعلومات الصحي لكنها تفتقر إلى النظرة الشمولية التي تمتد إلى ما وراء التطبيقات وتحقق التكامل لنظام المعلومات الصحي وتدرك من خلالها الحاجة للأجل الطويل، إذ أن هذا التكامل أكثر بكثير من مجرد أجهزة وبرمجيات، لذا فان نجاح نظام المعلومات الصحي يتعدى ذلك إلى العديد من العوامل الإستراتيجية أهمها المورد البشري.

[1]-الطائي محمد عبده حسين والخفاجي نعمة عباس خضير: نظم المعلومات الإستراتيجية: منظور الميزة الإستراتيجية، الطبعة 01، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 101.

[2]-الغالبي طاهر محسن منصور وإدريس وائل محمد صبحي: الإدارة الإستراتيجية: منظور منهجي متكامل، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص. ص 97-98.

[3]- ليث سعد الله حسين: مرجع سابق، ص 341.

جـ_ التقييم الاستراتيجي لنظام المعلومات ورقابته[1]:

معظم الدراسات التي تم الاطلاع عليها في اطار تقييم نظام المعلومات الصحي تركز على القضايا التقنية او العمليات السريرية وعدم التركيز على القضايا التنظيمية والاجتماعية في تقييم نظم الرعاية الصحية لذا يمثل نموذج (المنظمة – الفرد– التقنية) اطار شامل لتقييم نظام المعلومات الصحي حيث يوفر مزيج شامل لأبعاد ومقاييس هذا النظام لإجراء التقييم الدقيق ويضمن المقاييس الاتية: (مرونة النظام، سهولة الاستخدام، فوائد النظام، صلة المعلومات، سلوك المستخدم، تدريب المستخدم، رضا المستخدم، ثقافة المنظمة، الإدارة والاتصالات، استراتيجية الاعمال).

ثالثا: نظام المعلومات الصحي الجزائري

❖ تميز نظام المعلومات الصحي الجزائري بالنقاط التالية[2]:

- جمع بيانات مهمة من حيث الكمية، لكن مجموعة بطريقة تقليدية وبدون تحليل وتحديد الفائدة المرجوة منها.
- حوصلة عشوائية للمعلومة بدون بذل جهد تحليلي.
- تتعلق البيانات المجموعة عادة بالوسائل والنشاطات مع إشارة بسيطة إلى الحالة الصحية أو النتائج المرجوة.

– يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من المنهج التقليدي لجمع البيانات وتحليلها منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيا الجديدة للإعلام، وهذا ما يتسبب أساسا في ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة وبالتالي اتخاذ تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمناهج المعروفة.

–يعتمد نظام المعلومات الصحية الجزائري على نمط تقليدي ويدوي لجمع وتسيير المعلومات ويعتمد في ذلك على أدوات مثل البطاقة المنتقلة، وصل لدخول مختلف دفاتر التسجيل (حركة المرضى، أدوية وغيرها).

[1]– ليث سعد الله حسين: مرجع سابق، ص 341.

[2] دلال السويسي: نظام المعلومات كاداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، رسالة ماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012/2011، ص 28.

❖ وبالنظر إلى حجم المعلومات الواجب جمعها، وفي ظل المعطيات سالفة الذكر يشكل هذا أحد معوقات تحقيق أهداف النظام الوطني للصحة والتي يمكن عرضها في النقاط التالية[1]:

- لم يصبح مكتب الدخول والذي يعد مفتاح نظام المعلومات عملي بصورة كلية في جميع المؤسسات الصحية.
- عدم تدوين في البطاقة المتنقلة الأفعال الطبية، الأشعة والتحاليل.
- مسك غير جيد للملف الطبي.
- انفصال المصالح الإدارية عن المصالح الطبية، وحتى داخل كل واحد منها.
- انتقال سيء للمعلومات، وفي أحيان أخرى حجمها.
- محاولات محتشمة لتقويم تكاليف التكفل بالمرضى في بعض المؤسسات الصحية او غيابها في البعض الاخر.

يتضح مما سبق أن نظام المعلومات الصحية الحالي غير قادر على تحقيق الأهداف المرجوة منه وبالتالي من الضروري إعادة النظر في تصميمه بشكل تدمج من خلاله تكنولوجيا المعلومات والاتصال.

[1] دلال السويسي: مرجع سابق، ص 29.

المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية

تحتل الجودة موقعا هاما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية والتغير في استجابات المستفيدين.

سنحاول في هذا المبحث التعرف على:

1- مفهوم جودة الخدمة الصحية وتطورها التاريخي.
2- الأبعاد والعوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية.
3- أساليب قياس جودة الخدمة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية وتطورها التاريخي

سنحاول في هذا المطلب التعرف على مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي مع الإشارة الى أهدافها.

أولا: مفهوم جودة الخدمة الصحية

لا يمكننا تعريف جودة الخدمة الصحية دون التطرق إلى تعريف الجودة كمصطلح، ولقد تعددت التعاريف الخاصة بهذا المصطلح، ومن بين أهمها نجد[1]:

- تعريف (*Gronroos* 1984): "جودة الخدمة هي نتيجة عملية تقييم يقارن فيها الزبون توقعاته بالخدمة المقدمة له أو التي قدمت له".

- كما عرف (*Luis & Boons* 1983) جودة الخدمة على أنها "قياس لمدى مطابقة مستوى الخدمة المقدمة لتوقعات العميل، فتقسم خدمة ذلت جودة معناه مطابقة توقعات العميل على أساس ثابت".

- عرفها (*Parasuramon, Zeithaml & Bery* 1985) على أنها: "تعني الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكاتهم للأداء الفعلي لها".

[1] – هدى جبلي: "قياس جودة الخدمة المصرفية دراسة حالة بنك البركة الجزائري"، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق، جامعة منتوري، قسنطينة، 2010، ص. ص 70. 71.

مما سبق نستنتج أن جودة الخدمة تعتمد أساسا على تقييم العميل الذي يحكم عليها عن طريق مقارنة ما حصل عليه فعلا مع توقعه من تلك الخدمة بشرط عقلانية توقعات الزبون (تكلفة وغيرها...).

كما توجد عدة أوجه نظر لمفهوم جودة الخدمة الصحية نذكر منها:[1]

– **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، الخبرات والخدمة الصحية المقدمة.

– **الجودة من المنظور الإداري:** تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد منها لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة مميزة.

– **الجودة من المنظور السياسي:** تمثل مدى رضا المواطن عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية، وفي نفس الوقت كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة، ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

– **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** تعني طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وتمثل وجهة نظر المستفيد أهمية بالغة، حث أن مستوى الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها، وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذلت جودة أعلى، وجاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم، وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع"[2].

أما *Donabedian* فقد عرف جودة الخدمة الصحية بأنها: "صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية، بعد أن يأخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها"[3].

[1]– علي سكر عبود وآخرون: مرجع سابق، ص 57.

[2]– ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن،2005، ص 199.

[3]– طلال بن عابد الأحمدي: إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004، ص 125.

حسب الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (*JCAH*) فإن جودة الخدمة الصحية هي عبارة عن: "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها، للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسات ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيص"[1].

فيما عرفها المعهد الطبي الأمريكي على أنها: "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق بارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع والنتائج المحاسبية والمالية"[2].

من خلال التعاريف السابقة، نجد أن أفضل تعريف لجودة الخدمة الصحية هو ذلك التعريف الذي يتيح للمستفيدين مزيدا من فرص فهم نظام الخدمات الصحية، لذلك بعد تحديدنا للمستفيدين على اختلاف أشكالهم أولا، ثم الوقوف على وجهات نظرهم في مسألة حسن الرعاية والطبية وغير الطبية المقدمة لهم ثانيا، أمرا حاسما عند تقدير جودة الخدمة الصحية، ومن الأمور التي نتوقعها نحن المستفيدين لجودة الخدمة التي نقف عندها بصدد حاجتنا لتلقي الرعاية الصحية، سهولة الحصول على الخدمة بأقل وقت ممكن، وهذا ما يعني أن جودة الخدمات الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم الخدمات الصحية وتحسينها باستمرار، بما يلبي احتياجات ومتطلبات المستهلكين (المرضى).

ثانيا: أهداف جودة الخدمات الصحية

إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية من أجل النهوض بها على نحو مستمر، وذلك في إطار تحقيق الأهداف الآتية:[3]

1. تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.
2. ملائمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية.
3. اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.
4. تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.

[1] – عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، مصر، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص 05.

[2] *-claudevilcot, hervetleclet, indication qualité en santé : certification et évaluation des pratiques professionnelles, France : AFNOR, 2006, P 14.*

[3] – طلال بن عابد الأحمدي: مرجع سابق، ص 128.

5. تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة.
6. ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.

ويمكن إضافة عناصر أخرى إلى أهداف الجودة في الخدمات الصحية تتمثل فيما يلي:[1]

– تمكن إدارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المستهلكين والعمل على تحقيقها مما يؤدي إلى تحسين سمعة المؤسسة الصحية.

– برامج الجودة تساعد على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم، وحثهم على تقديم الأفضل.

– تتميز الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن المؤسسات الأخرى.

– تعد جودة الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المستهلك (المريض) عن الخدمات الصحية المقدمة له.

ثالثا: التطور التاريخي لجودة الخدمة الصحية

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى قانون حامورابي ملك بابل (3000 سنة ق.م) الذي يحتوي على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الخدمة الصحية، كما تضمن بنودا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال في القرن الخامس قبل الميلاد، احتوت كتب نون في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانونا يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى، أما في عصر الإغريق، طلب أبوقراط من تلاميذه أن يقسموا على تقديم أفضل رعاية لمرضاهم.[2]

[1] – تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 201.

[2] – حنان الأحمدي: تحسين الجودة، المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000، ص 116.

في العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الخدمة الطبية، من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية والإعداد والالتزام بما يعرف بـ"بروتوكولات العلاج"، هذا وقد شكلت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى، الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات عام 1952 والتي تسمى في الوقت الحاضر "الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية" حيث تابعت حركة تحسين الجودة وذلك بوضعها لضوابط محدد للأداء في المؤسسات الصحية.[1]

وقد تتابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها جهات المؤسسات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة أو ضمان الجودة في سنوات السبعينات والثمانينات من القرن الماضي، فيرى Walter أن برامج ضمان الجودة قامت على مبدأين أساسيين هما:[2]

- إجراءات المراقبة أصبحت تعمل بصفة روتينية.

- وجود نموذج لتنفيذ العمل يخضع لمبدأ المطابقة مع معايير موضوعة مسبقا وضمان الجودة يعني احترام هذا التطابق.

وجهت انتقادات عديدة لبرامج تحسين الجودة، وفي ما يلي أهم الانتقادات:[3]

- يعتبر كل من *Schumacker* و*Berwich* أول من أشار إلى خاصية الاختزالية لبرامج تحسين الجودة، التي كانت موجهة فقط حسب رأيهما إلى تحليل المسارات المهنية، حيث تم حصر الجودة في الخبرة الطبية دون الأخذ في الحسبان باقي المهنيين، فظهور قصور معين لا يعني فقط ارتكاب المهنيين للأخطاء، ولكن يعني أيضا عدم مقدرة المؤسسة الصحية على التنظيم الفعال للخدمات العلاجية، هذا انطلاقا من تحليل *Desming* الذي يرى أن 15 % من النقائص ترتبط بالخبرة التقنية للمهنيين و85 % تعود إلى عوامل تنظيمية.

- ويرى فريق آخر من الباحثين في مجال الجودة الصحية أن العيب في برامج تحسين الجودة هو صعوبة الوصول إلى التطابق مع المعايير، وذلك لعدم إمكانية التحديد الدقيق لهذه الأخيرة عندما يتعلق الأمر بالخدمات.

---

[1] – ردينة عثمان يوسف: مرجع سابق، ص 24.

[2] - *Jocelyn Husser:le Management Stratégique de la qualité Hospitaliére par l'encadrement Intermédiaire, Genéve (anncy) : conférence internationale de Management stratégique, 13-16 juin 2006, P 04.*

[3] - *Jocelyn Husser ; Op. Cit, P 05.*

- ردا على الانتقادات العديدة لبرامج تحسين الجودة، انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (في 90) والتي اهتمت بدرجة أكبر بتسيير الموارد البشرية فيما يتعلق بالتكوين والتحفيز.

إن تطور مفاهيم الجودة عبر مراحل زمنية مختلفة، ما هو إلا دليل على صعوبة بلورة قاعدة ومنهجية محددة المعالم للجودة في المجال الصحي، وأصبح الاتجاه السائد في الوقت الحالي هو الاهتمام المتزايد بإشراك مستهلك الخدمة الصحية في إنتاج هذه الأخيرة والمساهمة في تحسين جودتها وذلك يستلزم إقناعه بجدية إشكالية جودة الخدمة الصحية، وأن لها نتائج إيجابية حقيقية، فضلا عن زيادة الاهتمام بالاستهلاك الصحي حيث أصبحت معظم المؤسسات الصحية تخضع لمنطق مزدوج:[1]

- منطق التحكم في النفقات الصحية استجابة لمتطلبات الجهات المسؤولة وشركات التأمين.

- منطق تحسين الجودة استجابة لمعايير منظمات الاعتماد والتأهيل، فضلا عن متطلبات المرضى الذين أصبحوا يلجؤون للقضاء في حالات الخطأ الطبي والتعرض للأخطار داخل المؤسسة.

[1] *-Hervé leteurte et autre:la qualité hospitalière, France : groupe berger – levrault, 2éme édition, 1999. P 169.*

المطلب الثاني: الأبعاد والعوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية

الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمة الصحية

من الصعوبات التي تواجه المرضى هو تقييمهم للخدمة لكونها غير ملموسة وكذلك لا يمكن رؤيتها أو الشعور بها على عكس السلع المادية، و الامر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط او تعتمد المواصفات النوعية على الثقة و المصداقية، و لا يمكن للمريض تقييمها في كثير من الحالات كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الاجهزة المتقدمة و المستندة على الكمبيوتر. وعلى الرغم من كل ذلك فان المرضى يعتمدون في تقييمهم على مستوى او درجة جودتها، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد:[1]

1. الإعتمادية: تشير الاعتمادية الى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على انجاز او اداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ولتفهم الاعتمادية فان الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية اداءه لوظيفته خلال الاستعمال فهي عبارة عن مقياس منتج او الخدمة على اداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية و لمدة محددة (توفير الخدمات كما تم الوعد بها).

2. الاستجابة: تعرف الاستجابة بانها وجود الارادة لمساعدة الزبائن و تزويدهم فورا بالخدمة، بمعنى سرعة الانجاز و مستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة، أي وجود الرغبة في المساعدة ويركز هذا البعد على المجاملة و اللطف.

3. الثقة (المصداقية و الامان): أيضا يطلق عليه تسمية التأكيد و يقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة و قدرة و ثقة في تقديم الخدمة و يمثل هذا البعد (19%)كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الاتي: سمعة و مكانة المؤسسة الصحية، المعرفة و المهارة المتميزة للاطباء و الممرضين.

[1]–محمد عبد العزيز: اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000 و10011، مكتبة الاشعاع، الإسكندرية، 2000،ص 59.

4. الملموسية: وتعرف بوصفها مظهرا خارجيا للتسهيلات المادية و المستلزمات و الأشخاص و مواد الاتصال، و هي تشمل على العناصر المادية للخدمة (المقاعد، الأدوية، المعدات، الالات، المباني، ملابس العاملين) وكافة عناصر البيئة المادية.

5. التعاطف: يشير الى درجة العناية بالمستفيد و رعايته بشكل خاص ايضا الاهتمام بمشاكله و العمل على ايجاد حلول لها بطرق انسانية راقية، يشمل هذا البعد خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان و المكان، الاتصالات ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

كما يرى البكري بأن التعاطف يعني درجة الرعاية و الاهتمام الشخصي بالمستفيد، ومن معايير التقييم لهذا البعد الاتي: اهتمام شخصي بالمريض، الاصغاء الكامل لشكواه، تلبية حاجات المريض بروح من الود و اللطف.[1]

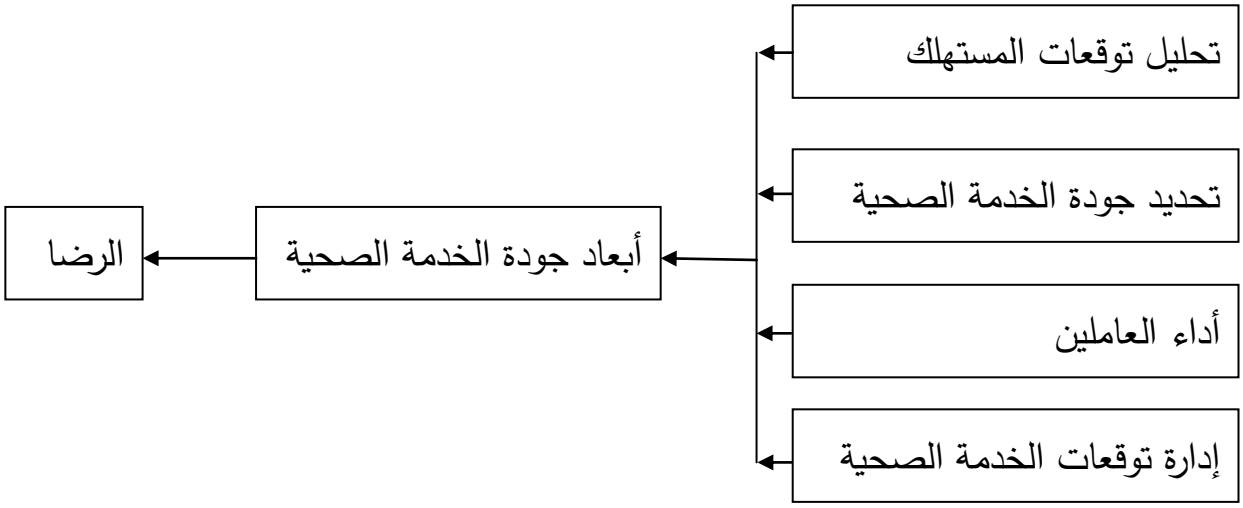
من خلال ما تطرقنا إليه، نرى أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين، جانب فني فيما يتعلق بتطبيق العلم والتقنية الطبية، وجانب إنساني يتعلق بمقدمي الخدمة الصحية وتعاملهم مع المستهلكين والعمل على إشباع وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم.

الفرع الثاني: العوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية

إن عملية تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية تكون صعبة جدا إذا كان المستهلك الصحي متباين الإدراك، هنا تقع المؤسسة في اختلاف لأن المرضى الذين تعاملوا مع المؤسسة الصحية من قبل، والذين يدركون تماما التباين الحاصل في مستوى الخدمة المقدمة من طرف المؤسسة مثل تأخر الاستجابة في العلاج، صفوف الانتظار الطويلة... مما يجعل المؤسسة تواجه صعوبة في تحقيق مستوى جودة مقبول نسبيا، نظرا لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة التي تؤثر سلبا على الأداء، لذا وجب على المؤسسة الصحية الإلمام بكل هذه العناصر المؤثرة على جودة الخدمة الصحية، والشكل الموالي يوضح أهم هذه العناصر:

[1] ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 197.

الشكل رقم (07): العناصر المؤثرة على جودة الخدمة الصحية



المصدر: ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 199.

تتمثل هذه العناصر في:[1]

1. تحليل توقعات المستهلكين (المرضى): تحتاج المؤسسة الصحية إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض، لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، أيضا المرضى سيحققون إدراكاتهم من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة (النوعية) وهي:

– **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الصحية المقدمة له، والتي ترى المؤسسة أنها مناسبة لحالته المرضية وتختلف باختلاف إمكانيات وقدرات المؤسسة الصحية.

– **الجودة المتوقعة:** تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، يختلف باختلاف خصائص المستهلكين وحاجاتهم.

– **الجودة القياسية:** ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق تماما مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة.

– **الجودة الفعلية:** تلك الدرجة من الجودة التي اعتادت المؤسسات الصحية أن تقدم بها الخدمات الصحية إلى المستهلكين (المرضى).

[1] – صلاح محمود ذياب: قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، العدد الأول، جانفي 2012، ص ص 73. 74.

2. تحديد جودة الخدمات الصحية: يجب على المؤسسات الصحية أن تضع لتحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، ويرابط هذا التحديد عادة بأداء العاملين بمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية.

3. أداء العاملين: عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي والفني في المؤسسة الصحية فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب.

4. إدارة توقعات الخدمة الصحية: تضع المؤسسة الصحية توقعاتها لتقييم المرضى للخدمات الصحية، أو المقدمة مستقبلا، ولابد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، ولعل صيغة الاتصال أو التحسب المبكر لهذه التوقعات يتم من خلالها اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية.[1]

المطلب الثالث: أساليب قياس جودة الخدمات الصحية

قامت العديد من البحوث والدراسات بالبحث عن أسلوب مناسب لقياس جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون من خلال العديد من الأساليب التي توصلت إليها، وفيما يلي الأساليب الأكثر شيوعا[2]:

1. مقياس الشكاوى: تمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا مهما لقياس جودة الخدمة المقدمة، حيث يمكن المؤسسات من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى ما تقدمه من خدمات لزبائنها.

2. مقياس رضا الزبائن: يتم عن طريق وضع استبيان يكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف ب ها، بشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

[1] – ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 200.

[2] - قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 2000:9001، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2005، ص 97.

ترفض بعض المؤسسات الصحية أخذ هذا المقياس بعين الاعتبار عند تحديد جودة خدماتها للأسباب التالية:[1]

- غياب المعرفة والثقافة الطبية لدى المريض.
- تأثر المرضى بالعديد من العوامل غير الطبية.
- خوف المرضى من الإدلاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر بعلاقتهم بالأطباء.
- عدم قدرة المرضى على قياس عناصر الكفاءة في منظومة توصيل الخدمات الصحية.

3. مقياس القيمة: تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لزبائنها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المقدمة للزبائن زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات والعكس صحيح، هذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.[2]

4. أسلوب تحليل الفجوات: حضي هذا الأسلوب بدرجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياس جودة الخدمة، ويستند هذا الأسلوب على توقعات الزبائن لمستوى الخدمة المقدمة لهم وإدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام المعايير التي تمثل مظاهر جودة الخدمة.

بالتالي يقوم هذا الأسلوب على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات والتوقعات وذلك لقياس خمسة فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة، والمستفيد من الخدمة، وبالإثنين معا. نلخص هذه الفجوات في الآتي:[3]

الفجوة الأولى: الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة: تحصل عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيح ما يرغبه المريض، إذ ربما تفكر الإدارة بأن المرضى يرغبون في الحصول على طعام أفضل، ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر، إذ أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل من الممرضين.

[1]- فريد النجار:إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الإسكندرية، الدار الجامعية، الطبعة الأولى، 2007، ص 477.

[2]- قاسم نايف علوان المحياوي: مرجع سابق، ص 105.

[3]- ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص .ص 216- 219.

الفجوة الثانية: الفجوة بين إدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية: ربما تدرك الإدارة وبصورة صحيحة رغبات المريض ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة كما هو في قيام الإدارة بإخبار الممرضين بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس لذلك الإجراء.

الفجوة الثالثة: الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية وتقديم الخدمة: قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين أو راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف ومن ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

الفجوة الرابعة: الفجوة بين الخدمة المدركة والاتصالات الخارجية: تتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المدركة من قبل المريض وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين المرضى والإدارة، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المؤسسة الصحية في الحصول على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة يجد عكس ذلك، أو دون الاتفاق المسبق بين الطرفين.

الفجوة الخامسة: الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة: هي نتاج واحد أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة، وتحدث عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة، كما هو في محاولة الطبيب الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه ولكن المريض يفسر ذلك بان هناك شيء ما في حالته الصحية.

حتى يمكن سد الفجوة الخامسة لابد أولا من سد جميع الفجوات الأربعة الأخرى، حيث أن وجود أية فجوة سالبة من هذه الفجوات سوف يتسبب في إحداث قصور في الخدمة المقدمة للزبائن، ومن ثم وجود فروق سلبية بين إدراكاتهم للخدمة الفعلية المقدمة وبين توقعاتهم.

من الناحية العملية، فإن أسلوب تحليل الفجوات يساعد الإدارة في التوصل إلى نتائج متعددة الأبعاد تتعلق بمستوى جودة الخدمة المقدمة، والتي تتلخص في الآتي:[1]

1. مدى قدرة الإدارة أو عجزها عن فهم احتياجات ورغبات الزبائن: والذي يمكن تخفيفه من خلال جانبي المعادلة:

[1]- نايف قاسم علوان المحياوي: مرجع سابق، ص 103.

إدراكات الإدارة لتوقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة = توقعات الزبائن نحو نفس الخدمة المقدمة.

2. **مدى فاعلية المؤسسة وكفاءة مواردها التنظيمية:** والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة الآتية:

إدراكات الإدارة لتوقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة = إدراكات الإدارة لمواصفات الخدمة المقدمة.

3. **مستوى أداء العاملين في المنظمة ودافعيتهم في تقديم الخدمة للزبائن:** في مستوى الجودة يتطابق مع المواصفات المحددة من جانب الإدارة، والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة الآتية:

إدراكات الإدارة للمواصفات الواجب توافرها في الخدمة = إدراكات الزبائن لمستوى الخدمة المقدمة.

4. **مدى المصداقية والثقة في المؤسسة:** والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الزبائن لمستوى الخدمة المقدمة = إدراكات الزبائن لمستوى الخدمة المروجة.

5. **مستوى رضا أو عدم رضا الزبائن عن الخدمة المقدمة:** والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة الآتية:

توقعات الزبائن لمستوى الخدمة = إدراكات الزبائن لمستوى الأداء الفعلي للخدمة.

وقد تعرض هذا الأسلوب لعدة انتقادات نذكر منها:[1]

– صعوبة تعميم لمعايير المستخدمة في النموذج على جميع أصناف الخدمات، حيث يرى *Carman* بعدم التعميم.

– أصحاب هذا النموذج لم يميزوا بين الزبائن الذين لديهم خبرة في التعامل مع الخدمة، وبين أولئك الذين ليست لهم خبرة في التعامل مع الخدمة، فالصنف الأول نجد أن الفجوة المتوقعة عندهم تكاد تتطابق مع الجودة المدركة، وبالتالي تكاد تنعدم الفجوة، في حين أن الصنف الثاني يجد صعوبة في تقييم الجودة المتوقعة.

– يرى تايلور و*Granin* بعدم بساطة هذا الأسلوب وصعوبة تطبيقه في الحياة العملية حيث يجب تطبيق المعايير المتعلقة بالجودة مرتين؛ مرة على توقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة، ومرة على إدراكاتهم لمستوى الخدمة الفعلية التي يحصلون عليها.

5. أسلوب الأداء الفعلي للخدمة: انطلاقا من الانتقادات التي وجهت لأسلوب تحليل الفجوات، نوصل كل من Taylor و*Cranin* سنة 1992 إلى صياغة أسلوب لقياس الجودة، يتم على أساس أن جودة الخدمات تمثل مفهوما اتجاهيا يتصل بالرضا ولكنه ليس مرادفا له، كما أنه يرتبط بإدراك الزبائن للأداء الفعلي للخدمة المقدمة.

على الرغم من أن الباحثين في هذا المجال يعترفون بأهمية إدراك الزبائن لجودة الخدمة، إلا أنهم يرون في نفس الوقت أن لكل من جودة الخدمة ورضا الزبون مفهوما يختف عن الآخر، فجودة الخدمة كما يدركها ويقيمها الزبون هي شكل من أشكال الاتجاه الذي يعتمد على عملية تقييم تراكمية بعيدة المدى، أما الرضا فإنه يمثل حالة نفسية عابرة وسريعة الزوال، وبالتالي فالرضا يعتبر عاملا وسيطيا بين الإدراكات السابقة لجودة الخدمة والإدراك الحالي لهذه الجودة، وفي هذا الإطار تتم عملية تقييم الزبائن لجودة الخدمة المقدمة لهم فعليا، وهكذا يرى مؤيدي هذا الأسلوب أنه يتكيف طبقا لمستوى الرضا الذي قد يكون قد حققه الزبون عن الخدمة المقدمة له، وإن اتجاهات الزبائن إزاء الخدمة

[1]– ثابت عبد الرحمان إدريس: كفاءة وجودة الخدمات اللوجيستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2006، ص 304.

تكون على أساس خبراتهم السابقة بشأن أدائها، ويتميز هذا الأسلوب عن سابقه بسهولة الاستخدام والبساطة، فهو يعد بمثابة مقياس مباشر لاتجاهات الزبائن تجاه الخدمة المقدمة لهم[1].

وما يزال الجدال مستمرا حول فاعلية كل من هذه الأساليب في قياس جودة الخدمة، الأمر الذي يستوجب القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدال.

رغم ذلك، فإن هذه الأساليب توفر للمؤسسة الصحية تغذية عكسية من المعلومات عن مستوى الإشباع الذي حققته الخدمة المقدمة وتوقعات زبائنها، وتكشف جوانب النقص، التي يجب تجاوزها عن طريق إدخال التحسينات الضرورية لزيادة درجة رضا الزبائن.

[1] – نايف قاسم علوان المحياوي: مرجع سابق، ص 106.

خاتمة الفصل الأول

إن تحقيق الجودة هو أمر ليس اختياري بل إلزامي في قطاع الخدمات الصحية لذلك يجب تحري كل السبل حتى تتمكن المؤسسة الصحية من تقديم خدمات محسنة ومطورة ومبتكرة، لما يضمن سيرورة نشاطها بفعالية وبمرونة أكبر.

تعد أنظمة المعلومات الصحية مجموعة من الأنظمة الحاسوبية المتكونة من أجهزة وحواسيب وبرمجيات وإجراءات وعمليات صممت من اجل توفير المعلومات الخاصة بالمرضى وبالمؤسسات الصحية بفضل مجموعة من الوظائف تمكن من تجميع ومعالجة وتخزين وإدارة المعلومات وصيانتها واستعراضها، وإصدار إحصاءات وتقارير تساعد على اتخاذ القرارات الطبية والإدارية بغية تحسين رعاية المرضى والتثقيف والبحث والإدارة.