

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الجزائر 2 - ابو القاسم سعد الله-

كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا
شعبة علم السكان
تخصص السكان و الصحة

مطبوعة بيداغوجية للوحدة التعليمية

اقتصاديات الصحة
موجهة لمستوى ماستر 2
السكان و الصحة

من اعداد الدكتورة /عيزل نعيمة

الموسم الجامعي 2020-2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر-2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

مستخرج من محضر اللجنة العلمية للقسم

بناءً على تقارير الخبرة الإيجابية وافقت اللجنة العلمية للقسم في جلستها

المنعقدة يوم: 26 افريل 2021 على تبني مطبوعة الأستاذ: عيزل نعيمة

الموسومة ب: "اقتصاديات الصحة" مطبوعة موجهة لطلبة الماستر 2 تخصص

علم الاجتماع السكان و الصحة للسنة الجامعية: 2021/2020.

سلم هذا المستخرج بطلب من المعنية لاستعماله في حدود ما يسمح به القانون.

الجزائر في: 2022/03/20

رئيس اللجنة العلمية

أ.د. عيساني نورالدين



البرنامج الوزاري لمحتوى الوحدة

عنوان الماستر: السكان و الصحة

السداسي: الثالث

اسم الوحدة: وحدات التعليم الأستكشافية

اسم المادة: اقتصاديات الصحة

الرصيد: 1

المعامل: 1

أهداف التعليم: (ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

الهدف من هذه المادة التعليمية ، تعريف الطالب بعلم اقتصاد الصحة ، و هو علم حديث وأصبح مطلبا يفرضه التقدم العلمي و التكنولوجي من أجل خدمة الرعاية الصحية بحيث أصبح له أهمية بالغة في هذا المجال ، كما يهدف إلى دراسة القضايا الهامة في تنمية الصحة و تعزيز إصلاح قطاع الصحة.

المعارف المسبقة المطلوبة: (وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم،سطين على الأكثر)
لا تحتاج المادة إلى معارف مسبقة، لكن تطلب إطلاع واسع أثناء متابعة التكوين (أنظر قائمة المراجع المقترحة)

محتوى المادة: (إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب)

1. تعريف علم إقتصاد الصحة
2. الإقتصاد الصحي مطلب عصري
3. جودة الخدمات الصحية
- 3.1 التطور التاريخي لفكر جودة الخدمات الصحية
- 2.3 قياس جودة الخدمات الصحية
- 3.3 فوائد تطبيق الجودة في الخدمات الصحية
4. سوق خدمات الرعاية الصحية
- 1.4 الطلب على الخدمات الصحية
- 2.4 العرض للخدمات الصحية
5. قطاع التأمين الصحي
- 1.5 تعريف التأمين الصحي
- 2.5 نشأة التأمين الصحي
- 3.5 فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات الصلة

- 1.3.5 فوائد التأمين الصحي للفرد
 2.3.5 فوايد التأمين الصحي لجهات العمل
 6. سياسات اقتصاد الصحة في دول العالم
 1.6 اليابان
 2.6 كندا
 3.6 فرنسا
 4.6 الكويت
 5.6 قطر
 طريقة التقييم : امتحان

المراجع : (الكتب والمطبوعات والمواقع الإلكترونية، الخ)

1. عبد الرؤوف الروابدة : اقتصاديات الصحة ، دار الرؤى للنشر و التوزيع، 2004
 2. علي عبد القادر علي: اقتصاديات الصحة / المعهد العربي للتخطيط الكويتي، 2003
 3. Hirtzlin : economie de la santé ;paris editions archetype ;2007
 4 . V. fargeon : introduction a l'économie de la santé ; presses universitaires de grenoble ;
 2009

الصفحة	محتوى المادة
01	تمهيد
	I - علم الاقتصاد و نشأة علم اقتصاديات الصحة
2	اولا/ مفهوم و اهتمامات علم الاقتصاد
5	ثانيا/ بدايات الاهتمام بالصحة في الفكر الاقتصادي
6	ثالثا / بدايات ظهور علم اقتصاديات الصحة
7	1-تعريف علم إقتصاديات الصحة
7	2- هدف علم اقتصاديات الصحة
8	3-مصطلحات و مفاهيم علم اقتصاديات الصحة
	II الصحة و الخدمات الصحية

11	اولا/ الصحة ومستوياتها
11	1-مفهوم الصحة
12	2-مستويات الصحة
14	ثانيا/ الخدمات الصحية مستوياتها و خصائصها
14	1-الخدمات الصحية
16	2-مستويات الخدمات الصحية
20	3-خصائص الخدمات الصحية
III الجودة و الخدمة الصحية	
23	اولا/ جودة الخدمات الصحية
23	1-تعريف الجودة
25	2- التطور التاريخي لفكر جودة الخدمات الصحية
27	ثانيا/ أشكال و اهداف جودة الخدمات الصحية
27	1-اشكال جودة الخدمات الصحية
28	2-اهداف جودة الخدمات في المجال الصحي
29	ثالثا/ ابعاد و أساليب قياس جودة الخدمات الصحية
29	1-أبعاد جودة الخدمات الصحية
32	2-اساليب قياس جودة الخدمات الصحية
34	3-فوائد تطبيق الجودة في الخدمات الصحية
IV قطاع التأمين الصحي	
35	اولا/ تعريف و نشأة التأمين الصحي
35	1-التطور التاريخي لنشأة التأمين الصحي
36	2-تعريف التأمين الاجتماعي و التأمين الصحي

38	ثانيا/ اهداف وفوائد التامين الصحي للأطراف ذات الصلة
38	1-اهداف التامين الصحي
39	2-فوائد التامين الصحي للاطراف ذات الصلة
40	ثالثا/سياسات اقتصاد الصحة في دول العالم نماذج عالمية
40	1-نظام الرعاية الصحية في اليابان
42	2- نظام الرعاية الصحية في كندا
43	3- نظام الرعاية الصحية في فرنسا
46	4- نظام الرعاية الصحية في الكويت
47	5- نظام الرعاية الصحية في قطر
49	خاتمة
50	قائمة المراجع

الصفحة	فهرس الجداول	الرقم
14	المتغيرات الأساسية للخدمة الصحية	01
31	أبعاد جودة الخدمات الصحية	02

تمهيد

اقتصاد الصحة فرع من فروع العلوم الاجتماعية، و هي كلمة مكونة من شقين اقتصاد و صحة و كل شق منهما هو علم قائم بذاته له أسسه و مفاهيمه و قوانينه التي تحكمه و اتصال هاذين الشقين ينشئ علم ثالث هو ما يعرف بعلم اقتصاد الصحة الذي جاء كضرورة اقتصادية لتسيير المجال الصحي لما لهذا الأخير من ضرورة حيائية في الحفاظ على صحة و أرواح الأفراد و دور رأس المال في تسيير و تطوير كل قطاعات المجتمع و الاجتهاد في البحث لتجنب المشاكل و العقبات التي تعترض تسييرها ،بينما المجال الصحي له خصوصيته التي تميزه عن غيره من المجالات كون الحلول لمشكلاته تتطلب تدريباً و خبرة تحليلية مختلفة تتسم بالدقة و السرعة و البديهية و العقلانية لان كل قرار غير مدروس الأبعاد قد يؤدي إلى نتائج غير محمودة .

أولاً/ مفهوم و اهتمامات علم الاقتصاد :

كلمة مشتقة من لفظ إغريقي معناه تدبير أمور البيت بحيث يشترك أفراده القادرون في إنتاج الطلبات الاقتصادية، والقيام بالخدمات، ويشترك جميع أفرادها بالتمتع بما يحوزونه ثم توسع الناس في مدلول البيت حتى أطلق على الجماعة التي تحكمها دولة واحدة، وعليه فلم يعد المقصود من كلمة اقتصاد المعنى اللغوي وهو التوفير، ولا معنى المال فحسب، وإنما المقصود المعنى الاصطلاحي لمسمى معين وهو تدبير شؤون المال، إما بتكثيره وتأمين إيجاده وإما بتوزيعه و استعماله

فعلم الاقتصاد هو دراسة سلوك الإنسان في إدارة الموارد النادرة وتنميتها لإشباع حاجاته، فالمورد هو مصدر معروف للثروة اكتشف الإنسان أهميتها وتثقف ذهنه عن تطوير أساليب فنية تمكنه من استغلالها لنفعه. وتواجه كافة المجتمعات مشكلة اقتصادية تتمثل في ندرة المتاح

لديها من الموارد،- الطبيعية، والبشرية، والمصنعة في الوقت الذي تتعدد حاجات سكانها وتتزايد بصفة مستمرة ، وتبدو خطورة هذه المشكلة عندما نعرف أن هذه الموارد، حتى في حالة زيادتها تنمو بمعدل يقل كثيراً عن معدل زيادة السكان وحاجاتهم. وهذه الحقيقة معروفة منذ القرن الثامن عشر حيث قدر ما معناه أنه في الوقت الذي تتخذ فيه الزيادة في السكان شكل المتوالية الهندسية، فإن الزيادة في الموارد تتخذ شكل المتوالية العددية (الحسابية). وعلى ذلك فإن لم تقم هذه المجتمعات بالتصدي لمشكلة ندرة مواردها وقصورها عن تلبية حاجاتها فقد يأتي وقت تندهور فيه القدرة الإنتاجية لبعض هذه الموارد

إذن علم الاقتصاد يبحث في الاستخدامات المتعددة للموارد الاقتصادية لإنتاج السلع والخدمات وتوزيعها للاستهلاك العاجل أو الأجل، فهو علم اجتماعي يهتم بسلوك الفرد كمستهلك أو كمنتج أو كمدخر إلخ.

و لا يمكن دراسة علم الاقتصاد دون التطرق إلى قانون العرض و الطلب اللذان يؤثران بشكل مستمر و أساسي في الاقتصاد، اذ يشير مفهوم العرض إلى الكمية التي يتم إنتاجها من مادة أو سلعة ما ، فيما يشير مفهوم الطلب إلى الكميات التي يطلبها المستهلكون والسوق من هذه المادة أو السلعة.

و مبدأ قانون العرض و الطلب يقوم على أن العرض المنخفض و الطلب الكبير يزيد سعر السلعة، فيما العكس العرض الكبير و قلة الطلب تؤدي لانخفاض سعر السلعة.

أما بخصوص اهتمامات علم الاقتصاد فأنها تتمحور حول :

- ماهية السلع والخدمات التي ينتجها المجتمع وفقاً لموارده الاقتصادية المتاحة والتي تتميز بالندرة النسبية الأمر الذي يقتضي المفاضلة بين الاستخدامات البديلة من خلال آليات السوق.
- طريقة الإنتاج من حيث متطلبات كل سعة او منتج (اليد العاملة ، رأس المال ،التكنولوجيا المطلوبة

-مدى كفاءة استخدام الموارد الاقتصادية والسلع والخدمات المنتجة.

- مدى استغلال موارد المجتمع كلياً او جزئياً

-مدى تطور او ثبات القيمة الانتاجية مع مرور الزمن

-توزيع السلع على المستهلكين (السوق الاقتصادي)

يعمل التحليل الاقتصادي بصفة خاصة على حل المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة،من خلال

توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون موارده المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها بين استخداماتها المختلفة كالتعليم والرعاية الصحية والأمن الداخلي والدفاع عن حدود الوطن وطرق المواصلات ... الخ.

و بما ان القطاع الصحي له خصوصيته و حساسيته من حيث كون الصحة لا تباع و لا تشتري نجد ان التحليل الاقتصادي لا يستطيع معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين و عامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية- فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً وخبرة تحليلية مختلفة، لهذا دعت

الضرورة لوجود علم اقتصاد الصحة الذي استعار مفاهيم اقتصادية و كيفية مع خصوصية المجال الصحي.

ثانيا/ بدايات الاهتمام بالصحة في الفكر الاقتصادي :

لم يهتم الاقتصاد السياسي بالنشاطات الاجتماعية للأفراد الا بعد الحرب العالمية الأولى و اعتبرها كمنشأ اجتماعي ليس له أي علاقة بالنشاطات الاقتصادية الأخرى لأنها لا تساهم في خلق الثروة و نموها¹.

*اول تيار في الفكر الاقتصادي يمثله **التجارىون** عن طريق المخزون النقدي و المعادن النفيسة المتراكمة من جراء التجارة الخارجية

***الفيزيوقراطيون** امثال "**فرانسوا كيسينييه**" يرون ان الثروة تتمثل في المنتجات المادية و عليه فانه يستبعد نشاط الخدمات الصحية كمنشأ منتج للثروة اذ يعتبر ان الربح هو العامل الوحيد في احلال الثروة اما عناصر الانتاج الأخرى فهي غير منتجة.

***الكلاسيكيون** بز عامة "**أدم سميث**" اهتموا بالتحليل الاقتصادي الذي يركز على القطاعات الزراعية،الصناعية،التجارية التي اعتبرت قطاعات منتجة في حين اعتبروا النشاطات الاجتماعية نشاطات غير منتجة.

***أشار "ريكاردو"** في نظرية العمل في القيمة على انه لكي يكون للسلعة قيمة لابد ان تكون السلعة نافعة فالعملية الإنتاجية حسبه تأخذ بعين الاعتبار نسب مختلفة من رأس المال الثابت و كذا رأس المال المتداول و بالتالي النشاطات الاجتماعية تبقى بعيدة عن حقل التحليل .
* "**أما كارل ماركس**" فيرى ان المال يدخل في عملية الإنتاج و هذا لا يتم إلا من خلال الأشياء المادية

اقتصاديات الصحة فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية و الخدمة الصحية

وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل و يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية و عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية

لا يستطيع التحليل الاقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين و عامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية - فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً و خبرة تحليلية مختلفة – أما ما يلائم التحليل الاقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة و من هذه الناحية يمكن لعلم الاقتصاد توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون موارد المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات و ذلك لشدة المنافسة عليها بين استخداماتها المختلفة كالتعليم و الرعاية الصحية و الأمن الداخلي و الدفاع عن حدود الوطن و طرق المواصلات ... الخ.

محمد دويدار،مبادئ الاقتصاد السياسي،الشركة الوطنية للنشر و التوزيع،الجزائر،1981،ص167.¹

ثالثا/بدايات ظهور علم اقتصاديات الصحة:

تختلف العلوم الاقتصادية عن العلوم الطبية من حيث الهدف و المبدأ ،فإذا كان هدف الطبيب هو علاج المرضى فان مهمة الاقتصاد هي البحث عن الأسلوب الأمثل و الذي من خلاله يمكن تسخير الموارد المتاحة و المحدودة لتلبية طلبات المرضى غير المنتهية. ، فالإنفاق على الرعاية الصحية يمكن أن يكون استهلاكاً للخدمات الصحية، وفي الوقت نفسه استثماراً في صحة و رؤوس الأموال البشرية. ويقود الاهتمام بالصحة و رعايتها إلى زيادة إنتاجية الأفراد و المجتمع كله، إضافة إلى مساهمته في تطور امل البقاء و كذا و التمتع برفاهية الحياة. ويمكن بكل وضوح ملاحظة أن الأمم التي تنفق أكثر على الصحة تتصف بالثراء، كما أن الأثرياء يستطيعون زيادة الإنفاق على صحتهم.

و بحسب ما سبق لم تكن هناك أي علاقة واضحة تربط العلوم الاقتصادية بالعلوم الطبية حتى نهاية الخمسينات حيث برز إلى الوجود مفهوم "اقتصاد الصحة " في كل من بريطانيا و الولايات المتحدة الأمريكية و الذي يقوم على أساس اختبار قطاع الصحة من اجل تطبيق التحليل الاقتصادي.

بعد الحرب العالمية الثانية عرفت الدول الغربية تطوراً ملحوظاً في الجانب الصناعي و الاقتصادي فتغيرت ملامح المجتمعات و انعكس ذلك على صحة الأفراد .

1- تعريف علم اقتصاديات الصحة

هو علم يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية و توضيح جوانبها المختلفة لتصبح أكثر قابلية للتحليل و تقييم نجاعة اتخاذ سياسات معينة في تسيير الخدمات الصحية و توزيع الرعاية الصحية على طالبيها(المستهلكين)، و بصورة مختصرة هو تطبيقات الاقتصاد على إدارة الصحة العامة

مفهوم اقتصاديات الصحة مفهوم واسع ،يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات انتاج الصحة،و التي تشتمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات ،بينما مفهوم اقتصاد الخدمات الصحية يشمل الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية و كمدخل انتاج في صناعة الصحة.

و من اساسيات قيام اقتصاديات الصحة ان تكون بعيدة عن الاعتبارات السياسية و السلطة و منازعات القيم و المساومة¹ ،

2- هدف علم اقتصاديات الصحة:

تهدف اقتصاديات الصحة إلى قياس الموارد المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية عبر الزمن و تنظيمها و تمويلها و قياس الكفاءة التي توزع بها تلك الموارد و تستخدم للأغراض الصحية و آثار الخدمات الصحية الوقائية و العلاجية و التأهيلية على الإنتاجية الفردية و القومية

منظمة الصحة العالمية، تقرير عن حلقة دراسية بين اقاليم منظمة الصحة العالمية، بحوث الصحة العامة رقم64، عام 1985، ص10¹

و يعتبر الاقتصاد الصحي مطلب عصري كون اهتمامات اقتصاد الصحة تنصب حول العنصر البشري كونه أساس الإنتاج من حيث القيام بالعمل و من حيث تحسينه و تطويره و في نفس الوقت نجد ان هذا المورد البشري (الفرد) هو المنتج للخدمة(السلعة) و هو مقدمها(التسويق) و هو مستهلكها(المستهلك)

أن الاهتمام بصحة الأفراد من خلال النمط المعيشي و من خلال السلوك الصحي و الوقائي من خلال اخذ التلقيحات الأساسية الموزعة على مراحل عمرية مختلفة التي أقرتها منظمة الصحة العالمية و كذا المتابعات الصحية الدورية سواء للأطفال او الأمهات أثناء و بعد الإنجاب و الفحوصات الإجبارية و الطوعية للعمال في مختلف القطاعات يساعد حتما على التحكم في انتشار و تطور الأمراض و كذا في تقليل تأزم بعض الأمراض المزمنة و هذا كله يؤدي إلى تمتع الأفراد بالصحة و العافية التي تكون عاملا فعالا في قيامهم بالواجبات المنوطة بهم و بالتالي الابتعاد عن صرف المال في العلاج من خلال الأدوية و التحاليل و الأشعة و التي تقع على عاتق الفرد و المؤسسة في نفس الوقت ،حتى العطل المرضية لمختلف الفئات العمرية اي كانت وظائفها تؤثر حتما على الاقتصاد الوطني

و بما أن الرعاية الصحية توفر على المجتمع نفقات العلاج وتعطيل الإنتاج أو تغييب العاملين عنه، يأتي علم الاقتصاد ليقدم معايير و أساسيات تقييم سياسات معينة من شأنها زيادة او إنقاص الكفاءة الاقتصادية و مدى عدالة توزيع الخدمات الصحية على فئات المجتمع. يساعد علم اقتصاديات الصحة على تذليل العديد من العقبات التي تعترض قطاعات الرعاية الصحية و ذلك من خلال تحليل العقبات و المشاكل التي تعترض قطاع الخدمات الطبية و المرتبطة أساسا بأسواق الرعاية الصحية المرتبطة و المتداخلة الجوانب فيما بينها بداية بجانب العرض و الطلب (عرض الخدمة –الطلب على هذه الخدمة). و تتمثل اسواق الخدمات الصحية في: سوق المرافق الصحية ،سوق التعليم الصحي بمستوياته المختلفة ، سوق الموارد البشرية ،سوق الرعاية الصحية.

3- مصطلحات و مفاهيم في علم اقتصاديات الصحة :

تتداخل المفاهيم و المصطلحات في علم اقتصاديات الصحة كونها مزيج بين مصطلحات اقتصادية بحتة و مفاهيم أخرى متعلقة بالصحة و الرعاية الصحية و الخدمة الاجتماعية و نتج عن ذلك مصطلحات جديدة نذكر أهمها لرفع الالتباس و التداخل الذي غالبا ما يتم الوقوع فيه

1- اقتصاد الصحة و اقتصاد الخدمة الصحية :

أ-اقتصاد الصحة :

يندرج مفهوم اقتصاد الصحة او الاقتصاد الصحي ضمن نظرية التحليل الاقتصادي الجزئي¹ الذي يتناول الصحة كمنتج نهائي يشمل جميع مدخلات انتاجها (الصحة) و التي تشتمل على الخدمات الصحية (سيتم التطرق لها لاحقا) كأحد تلك المدخلات.

ب-اقتصاد الخدمة الصحية :

يتناول الخدمة الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية و كمدخل انتاج في صناعة الصحة.

2-السوق الاقتصادي و السوق الصحي

أ-السوق الاقتصادي:

يمكن أن يكون حيز جغرافي يجتمع فيه الباعة مع الزبائن و يتم التعامل فيه بطريقة العرض و الطلب عن طريق دفع المال مقابل السلعة المعروضة و يمكن ان يكون لهذه السلعة سعر ثابت يكون الزبون على علم به مسبقا او سعر يتحدد و يتجدد يوما بيوم لارتباطه بمتغيرات أخرى فالسوق إذن هو مكان جغرافي لتبادل السلع و يمكن أن يكون السوق مكانا افتراضيا تتم فيه عمليات البيع و الشراء و المفاصلة في الأسعار و يتم هذا عن طريق الهاتف او الميل أو الفاكس و هو الأمر الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر.

ب-السوق الصحي :

يتكون أي سوق من أربعة مكونات و هي السلعة او الخدمة المتداولة و جانب الطلب عليها و جانب العرض و سعر هذه السلعة او الخدمة

الخدمة الصحية سلعة حيوية ضرورية حيث يمثل المريض جانب الطلب و هو المستهلك للخدمة الصحية و يمثل القطاع الصحي السلعة المنتجة و المقدمة للعرض -السلعة المعروضة-.

3- الرعاية الصحية و الخدمة الصحية

أ-الرعاية الصحية :هي مجموع الخدمات و المؤسسات العامة و الخاصة التي توفرها الدولة للعناية بصحة الأفراد،و تشمل جميع الهيئات الاستشفائية و العيادات والصيدليات و الموارد البشرية من اطباء و مرضيين و كل مستخدمي الصحة(مهندسين-فنيين-اداريين-عمال الخدمات-.....)،كما تشمل الرعاية الصحية الصناعات الداعمة للخدمات الطبية كالأجهزة و الادوية و تشمل كذلك الابحاث الطبية و التكوين

ب-الخدمة الصحية :

هي الخدمة الاستشفائية و التشخيصية التي يقدمها احد اعضاء الفريق الطبي سواء كان طبيبا او ممرضا او محللا مخبريا او مؤهلا بدنيا و غيرهم و تكون دائما تحت تقييم و مسؤولية الطبيب المشرف

4-الخدمة الطبية و الخدمة الاجتماعية الطبية

أ-الخدمة الطبية :

مهند احمد حلوش،اقتصاديات الصحة،دار رؤى للنشر و التوزيع،الطبعو الاولى،الاردن،2004،ص 37¹

هي الخدمة الصحية المذكورة اعلاه و التي يشرف عليها الطاقم الطبي و التي يتم فيها المعالجة بالادوية او بالجراحة او بالتقويم
ب-الخدمة الاجتماعية الطبية :

"هي فن من الفنون الحديثة في الخدمة الاجتماعية يمتنها الاخصائي الاجتماعي لتحفيز المرضى في المستشفيات و العيادات و المنشآت الصحية على الاستفادة من الخدمات الطبية المتوفرة و استثمارها الى ابعد الحدود ليتمكن هؤلاء من الشفاء و التحرر من المرض و قيوده وآلامه"¹، و وجود هذا النوع من الخدمة يقوي و يسرع عملية الشفاء و بالتالي تقلص مدة الاستشفاء للسماح لمرضى اخرين بالمعالجة خاصة في المصالح المتخصصة التي تشهد ضغوطات كثيرة هذا من جهة و من جهة ثانية العودة السريعة للحياة العملية (عامل او تلميذ او طالب او.....).

II -الصحة و الخدمات الصحية

اولا/ الصحة و مستوياتها

1-مفهوم الصحة :

في السوق الاقتصادي نجد ان الخدمات الصحية قابلة للتسويق في حين نجد أن الصحة لا يمكن الاتجار بها لا بيعا و لا شراء و يصعب إيجاد مفهوم و تعريف دقيق لها و الأصعب من ذلك هو كيفية قياسها كون التمتع بالصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصى حد. و حسب التعريف البسيط و المتداول لمنظمة الصحة العالمية عام 1958 أن "الصحة هي حالة كاملة من الرفاهية الجسمية، العقلية و الاجتماعية للفرد و ليس فقط غياب المرض أو الإعاقة"، و الحالة الصحية للفرد ترتبط بحالة المسكن و مستوى التعليم و نوع تنوع الغذاء و مستوى النظافة البيئية و الخدمات الصحية المتاحة و مدى إمكانية الوصول و الحصول عليها، فإذا تعذر ذلك كانت الإصابة بالخلل المؤدي للمرض و الذي يعرف على انه حالة الانتقال من حالة السلامة الصحية للفرد التي ترجع إلى العناصر الأربعة المتعلقة بالمسكن و الغذاء و البيئة و التعليم و التي تهدف الخدمات الصحية إلى تخليص الفرد من الخلل و تمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية .

و يجب الإشارة إلى أن الصحة نسبية و لا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا ، و بالمقابل نجد أن المرض و الذي يشكل انحرافا للحالة الطبيعية للفرد جسما أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا و يعتبر هذا الانحراف نسبي² و ليس مطلقا كون المرض تختلف أعراضه و حدته و شدته من شخص إلى آخر و من موقف لآخر.

2-مستويات الصحة :

تتحدد مستويات الصحة بمستويات و درجة المرض للأفراد فإذا

اعتبرنا ان احتمال الصحة + احتمال المرض هو العدد الصحيح 1

احسان محمد الحسن ، علم الاجتماع الطبي -دراسة تحليلية في طب المجتمع-دار وائل للنشر، الطبعة 2، الاردن، 2010، ص 271.¹
سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر 2002، ص 26.²

فان تأثر أي منهما يؤدي إلى تأثر الثاني و هذا ما ينطبق على نموذج دور المريض الذي جاء به' تالكوت بارسونز¹ و الذي تم استخدامه خاصة من طرف علماء النفس ،فبالرغم من أن المرض اضطراب في الوظيفة العادية للفرد ، إلا أنه يتضمن كل من الحالة الجسمية كالجهاز البيولوجي و شخصيته و توافقه الاجتماعي .

فبارسونز يرى أن المرض شكل من السلوك الانحرافي الذي يمد أو يزود بتصديق اجتماعي ، و طريقة تنظيمه للانسحاب من المتطلبات و ضغوط الحياة اليومية تليها شرعية لهدفه لشغل

دور المريض ، و عليه فللمريض حقين أساسين هما :

أ-الإعفاء من مسؤوليات دوره الاجتماعي العادي

ب-الرعاية حتى يشفى

و عليه واجبين رئيسيين هما :

أ- معرفة دور المريض يمثل شيء غير مرغوب فيه ، و شعوره مكروه ، و لذا عليه أن يبذل كل ما في وسعه ليكون أفضل ما يمكن و بأقصى سرعة .

ب- البحث عن المساعدة المختصة

و حسب المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية² التي توجب إعطاء الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه و المتمثل في الصحة المثالية التي يصبو إليها الأفراد و التي تبقى غاية غير مدركة كون الصحة نسبية و ليست مطلقة تليها مستويات أخرى نذكرها في ما يلي :

***المستوى الأول: الصحة المثالية**

و هي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية و النفسية و العقلية و الاجتماعية ،أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية و متمتعا بكافة الجوانب الصحية البدنية و العقلية و النفسية و الاجتماعية و هو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية و الاجتماعية تسعى لتحقيقه و إن كان صعب المنال.

***المستوى الثاني: الصحة الايجابية النسبية**

حيث يستطيع الفرد مواجهة المشاكل الصحية و المؤثرات الاجتماعية و النفسية و الجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير ،مع عدم ظهور أي أعراض مرضية.

***المستوى الثالث:**

في هذا المستوى الصحي لا يظهر المرض بصورة مباشرة و لكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في بداية المرض حيث لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين.

***المستوى الرابع :**

محمد عباس ابراهيم ،الانتربولوجيا مداخل و تطبيقات ،دار المعرفة الجامعية،مصر ،2001،ص 1.311¹

الدورة 22 ، ،البند3 من جدول الاعمال قضايا جوهرية ناشئة عن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، جنيف (25 افريل-12 ماي 2000)²

تتميز الصحة في هذا المستوى بوجود قصور صحي غير ظاهر أي اختفاء الأعراض المرضية الظاهرة و لكن عند القيام بالتحليلات و الأشعة أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرض و لكن غير ظاهر بشكل صريح.

*المستوى الخامس :

تتميز الصحة في هذا المستوى بظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد و ظهور علامات تدل على إصابة الفرد بمرض معين و يشعر الفرد بها بالألم و القلق الظاهرين.

*المستوى السادس :

و هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، و تسوء الحالة من وقت لآخر و معه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية و هو المستوى الذي يطلق عليه الاحتضار.

ثانيا/ الخدمات الصحية، مستوياتها و خصائصها

1- الخدمات الصحية :

بداية نعطي مفهوم مبسط عن معنى الخدمة الصحية التي تقدم للمريض الذي يقصد المؤسسة العلاجية فهذه الخدمة لا تقدم بمفردها و بمعزل عن غيرها من الخدمات و انما تقدم في شكل نسق متكامل و مترابط الأجزاء تشكل هذه الأجزاء متغيرات أساسية لهذا النسق نذكرها في الجدول التالي¹:

الجدول رقم (01) :المتغيرات الأساسية للخدمة الصحية

الوظائف المكونة	الأمثلة
الفندقة و الإطعام	الاستقبال، الإيواء، الإطعام، المعاملة التنظيف، الصيانة
الإدارة و التسيير	تسيير الموارد البشرية، تسيير الملفات الطبية، الخدمة الصيدلانية، تسيير التجهيزات، إدارة المعلومات.
الخدمات الطبية و الشبه الطبية	الخدمات العلاجية، مختبرات التحاليل و الاشعة، العمليات الجراحية، عمليات التخدير و الانعاش، المراقبة و المتابعة و السهر على تلقي العلاج في حينه.

1- مفهوم الخدمات الصحية:

هناك تعاريف عديدة للخدمة الصحية و نذكر منها : "تعرف على أنها أنشطة و فعاليات غير ملموسة و نسبية و سريعة الزوال أو أنها نشاط و أداء يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف

¹ Faridah djellal et autres , L'Hôpital Innovateur ;DE L,innovation Médical A L,innovation De Service,Masson ,Paris,2004,p64.

لتلبية توقعات العملاء و إرضائهم مع عدم نقل الملكية¹، يتضح جليا من خلال هذا التعريف إلى عدم ملموسية الخدمة و أنها غير متوفرة إلا إذا جاء الطلب عليها .
و تعرف كذلك بأنها" تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم الى طرف آخر و هذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة و لا يترتب عنها نقل ملكية اي شيء ،كما ان تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا او غير مرتبط بمنتج مادي ملموس² .

كما عرفت الخدمة الصحية بانها" عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد او وقائية موجهة للمجتمع و البيئة او انتاجية مثل انتاج الادوية و المستحضرات الطبية و الأجهزة و غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد و علاجهم و وقايتهم من الأمراض المعدية"³ .
من خلال هذا التعريف يتضح ان الخدمات الصحية تنقسم إلى قسمين هما الخدمات الوقائية و الخدمات العلاجية

***-الخدمات الصحية العلاجية :**

تشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و التي تشمل خدمات التشخيص،خدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم برعاية سريرية داخل المستشفى أو بالتدخل الجراحي بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء،و تعرف الخدمة الصحية بأنها : "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضى أو قبول و انتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لان يكون بحالة صحية أفضل"⁴ و هذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض

****الخدمات الصحية الوقائية :**

و هي المرتبطة بصحة المجتمع او الخدمات الصحية البيئية ،حيث ترتبط بالحماية من الأمراض المعدية و الأوبئة و الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد و تتمثل هذه الخدمات في التطعيم ضد الأمراض الوبائية ،رعاية الأمومة و الطفولة ، مكافحة الحشرات و الحيوانات الناقلة للمرض، مراقبة صلاحية انتهاء المواد الاستهلاكية ،رقابة الإنتاج الصناعي و الزراعي ، نشر الوعي الصحي للأمهات بخصوص الصحة الإنجابية و مزايا التباعد بين الولادات و التحفيز على الرضاعة الطبيعية ، نشر الوعي لدى تلاميذ المدارس من حيث النظافة و التغذية الصحية و الابتعاد عن التدخين و استهلاك المخدرات.

2- مستوى الخدمات الصحية :

يتأثر المستوى الذي يتم به تقديم الخدمات الصحية مباشرة بمستوى خدمات التعليم الطبي و البحوث الطبية و الاجتماعية و الوقائية ،و تشمل خدمات التعليم الطبي على الخدمات

سيد محمد جاد الرب،الاتجاهات الحديثة في ادارة المنظمات الصحية ، الطبعة الاولى،دار العشري،مصر،2008،ص 40¹
عوض بدير الحداد،تسويق الخدمات المصرفية ،الطبعة الاولى ،البيان للطباعة و النشر ،القاهرة،1999،ص2.48
محمد محمد ابراهيم ،اقتصاديات الخدمات الصحية ،مكتبة القدس الزقازيق،مصر،الطبعة الثانية،2006،ص 17³
فوزي مذكور،تسويق الخدمات الصحية ،دار ايتراك للنشر و التوزيع ،،القاهرة،1998،ص168.⁴

التعليمية في مدارس الشبه طبي و جامعات التكوين الطبي و الصيدلاني و التكوين الفني للأجهزة الطبية .

و باعتبار أن الخدمات الصحية تهدف إلى الوقاية و الشفاء من الداء و يمكن في نفس الوقت تحقيق منتجات أخرى غير صحية كإنتاج الراحة ، لان شعور المريض بالراحة أثناء العلاج قد تكون له نفس الأهمية المترتبة على نتيجة العلاج ،و يمكن أن تحقق له و لأفراد المجتمع الأمان ، فالجميع لا يتمنى أن يصاب بالأذى و المرض و إن حدث فهو يعلم أن هناك مصالح مختصة ستهتم و تتكفل به عند إصابته فالخدمات الصحية هي عبارة عن مؤسسة التامين لتضمن الأمان الصحي للأفراد .

مما سبق يمكن ان نقسم الخدمات الصحية إلى مستويات تتمثل في
أ-خدمات صحية أولية :

و هي الخدمات التي يتلقاها الفرد المعافى من خلال العمل على تجنب الإصابة بالمرض و الوقوع فيها و تتمثل هذه الخدمات في اشترك و تكاتف جملة من المجالات يمكن ذكرها فيما يلي :

*خدمات إصدار الموافقات الصحية المرافقة لطلب السجل التجاري بفتح مصانع او مؤسسات صناعة الأغذية و كذا مراقبة و متابعة المطاعم و محلات بيع الأغذية و طرق المحافظة علي السلع الغذائية من خلال مخازن التبريد و التهوية و غيرها.

* خدمات مراقبة الأغذية و تواريخ الصلاحية و كذا مراقبة و متابعة المشتغلين في الإنتاج و التركيب و البيع متابعة صحية دورية و إجبار المؤسسات المستخدمة على التعامل مع طب العمل.

*الخدمات المتعلقة بمكافحة الأمراض المتوطنة و الأمراض الناجمة عن الحشرات كالناموس و البعوض و القضاء على تكاثرها باستعمال المبيدات في أوقات التكاثر، و القضاء على المياه الراكدة و المستنقعات ، و مراقبة مياه الشرب بصفة دورية في الآبار و المنابع التي يستغلها الأفراد.

*الخدمات التطعيمية و الفحوص الدورية لتلاميذ المدارس ، و تطعيم كبار السن ضد الأمراض الموسمية كانفلونزا الموسمية و مراقبة و تطعيم النساء الحوامل في المراحل المختلفة للحمل لتجنب بعض الأمراض سواء للام او للمولود الجديد ، و كذا التطعيمات المتعلقة ببعض الأمراض المتواجدة في مناطق جغرافية او قارية بعيدة عنا و التي يمكن ان تنتقل الى داخل الوطن عن طريق السفر و بالتالي وجوب استعمال التطعيم لكل من يسافر الى تلك المناطق(الحمى الصفراء في إفريقيا) ، و الأمراض التي تنتشر في مواسم العمرة و الحج .
* خدمات صحية مختلفة كتلك المتمثلة في اخذ عينات عشوائية دورية من الأفراد للتأكد من خلوهم من الطفيليات المسببة للأمراض.

*خدمات تنفيذ برامج التوعية الصحية للوقاية من الأمراض المعدية و كثيرة الانتشار.

*خدمات مكافحة العدوى في جميع المنشآت الصحية العامة و الخاصة و تدريب العاملين على إجراءاتها

*خدمات صحية تهتم بصحة الأم و الطفل من خلال برامج تنظيم الأسرة و ذلك بالعمل على التوعية الصحية المستمرة عن الصحة الإنجابية و التخطيط الأمثل لحجم الأسرة من خلال التباعد بين الولادات

ب-الخدمات الصحية الثانوية (الخدمات العلاجية):

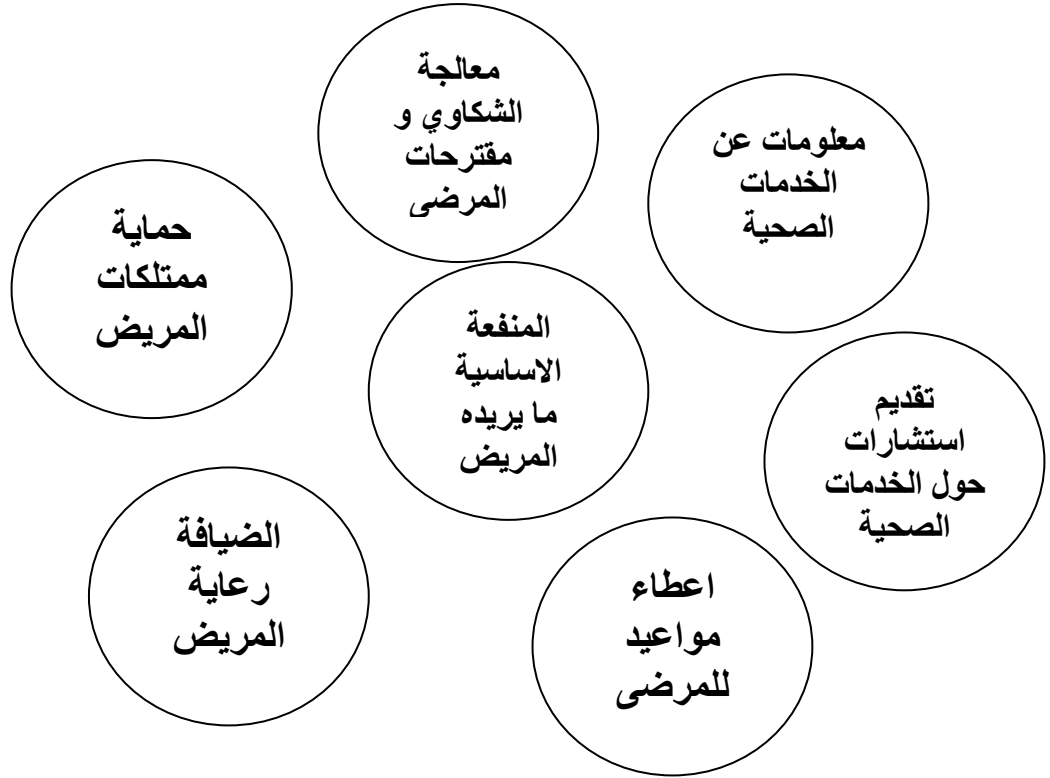
و تشتمل على جميع الخدمات الصحية العلاجية الطبية و التي يتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية الحضرية و مراكز رعاية الأمومة و الطفولة و منشآت الصحة الجوارية، و من يقصد هذه الوحدات هو الشخص المريض (الزبون) الذي يبحث عن الحل(السلعة-العلاج) للوصول إلى حالة الراحة التي كان عليها من قبل (الحالة الصحية المعتادة).

ج-الخدمات الصحية من الدرجة الثالثة(الخدمة العلاجية المتخصصة):

تتمثل الخدمة في هذا المستوى متخصصة بحيث يكون الوصول إليها بناء على توجيه المريض(الزبون) من المستوى الثاني الذي ارتأى تحويله الى الفرق المتخصصة من اجل الحصول على الخدمة المناسبة.

الخدمة المتخصصة تحتاج إلى أجهزة و ادوات و طاقم متكون خصيصا لتقديم هذه الخدمة ،مع العلم ان الخدمة المتخصصة الواحدة تستوجب التعامل مع خدمات اخرى متخصصة فمثلا جراحة القلب و الشرايين التي يتابعها المتخصص في جراحة القلب و الشرايين تستدعي الاستعانة بمتخصص في التخدير و الإنعاش و متخصص و متخصص في الأشعة و آخر في التحليل و هكذا ،فلإنجاح الخدمة المتخصصة لابد من تشارك العديد من التخصصات.

كما يمكن الاعتماد على زهرة الخدمة الصحية و التي تعطي ملخصا واضحا لمستويات الخدمة الصحية المذكورة آنفا و المتمثلة في الشكل التوضيحي التالي :



المصدر: بشير عباس العلاق و حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات ،دار زهران للنشر و التوزيع ، الأردن،2007.

و بمعرفة مستويات الصحة التي يهدف جميعها الى حصول المريض على المنفعة(الخدمة الصحية الجيدة) ،يمكن تقسيم المنافع المتحققة من الخدمات الصحية إلى¹

-منافع مباشرة ملموسة(منفعة جوهرية) يمكن قياسها و حسابها و تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة

-منافع مباشرة غير ملموسة يصعب قياسها ن تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.

-منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها الأفراد.

و هنا نخلص الى القول ان طبيعة تحليل الخدمات الصحية يتوقف على الهدف من التحليل فمن الممكن تحليل الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية و من ناحية أخرى يمكن تحليل الخدمات كأحد المدخلات العديدة لإنتاج الصحة.

3-خصائص الخدمات الصحية :

تتمثل الخصائص المميزة للخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية إلى خصوصية تلك الخدمات و بالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب و العمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى المستفيدين و المستنفعين بها و يمكن تقسيمها إلى خصائص خدماتية و خصائص اقتصادية للخدمات الصحية و يمكن تحديدها كالاتي :

طلعت الدمرداش أبراهيم،اقتصاديات الخدمات الصحية ،مكتبة القدس،مصر،الطبعة2006،ص28،¹.

1/3- الخصائص الخدمتية للخدمة الصحية :

ا- عدم ملموسية الخدمة الصحية :

من الصعب جدا تقييم المقدار * الذي دفعه المريض للمؤسسة الأستشفائية مقابل الرعاية أو الخدمة التي تلقاها و ذلك كون هذه السلعة (الخدمة و الرعاية) لا يمكن معرفة مقدار الاستنفاع بها للأسباب التالية:

-عملية الاستنفاع(الشفاء) تحتاج إلى الوقت و آراء المرضى تختلف حول جودة الرعاية التي تلقوها خلال مدة العلاج.

-لا يمكن اختيار نوع الرعاية قبل الاقتناع بتلقيها (عكس السلعة الاقتصادية)

ب-التلازم (تزامن الإنتاج و الاستهلاك):

السلعة الاقتصادية تصل إلى المستهلك عبر مراحل (الحاجة إلى السلعة تؤدي إلى طلبها، الطلب يؤدي إلى إنتاج السلعة التي توضع في السوق ليتم اقتناءها و استغلالها من قبل المستهلك أي وجوب وجود فارق زمني بين الإنتاج و الاستهلاك).

الخدمة الصحية (السلعة) منتج للمؤسسات الصحية تنتج و تستهلك في آن واحد بمعنى أن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب و يخزن ثم يسوق، و هذا التزامن في الإنتاج و الاستهلاك يشكل تحدي في ضبط جودة المنتج أو ضمان فعالية الخدمة و هو الأمر الذي يجعل من المستحيل استبدال السلعة(الخدمة) في حالة عدم الرضا و الاستنفاع بها.

ج-مشاركة المريض في إجراءات الخدمة :

مدخلات الخدمة هي الرعاية التي يتلقاها المرضى اما مخرجات الخدمة فهي حالات هؤلاء المرضى بعد التشخيص¹.

د-عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين :

خدمة الصحية تقدم في فترات زمنية محددة و اذا لم يتم استغلالها في الوقت المحدد لها تتعرض للهدر و عدم صلاحية استعمالها و الاستفادة منها(مثلا صنع لقاح انفلونزا الموسمية الذي يصنع و يستهلك في الموسم نفسه لا يمكن تخزينه لموسم لاحق).

ه-الاختلاف و التباين :

تتباين الخدمات الصحية من مؤسسة إلى أخرى بالرغم من سير هذه المؤسسات بنفس القوانين و بنفس الهياكل و بنفس سياسة التسيير و يعود ذلك التباين لأداء سلوكيات مقدمي الخدمة اي العنصر البشري (صاحب السلعة)من جهة و من جهة ثانية يعود للمستهلك(المريض) و نوعية المعلومات و القدرة على إيصال المعاناة للطاقت المعالج لان المريض "يختلف من حيث السلوك و مستوى الاستجابة و التفاعل".

2/3- الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية :

بشار اوزجان، الاساليب الكمية في ادارة الرعاية الصحية (تقنيات و تطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الادارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص-ص 31، 30.¹

تتسم الخدمات الصحية بصفات اقتصادية عديدة من حيث كونها عبارة عن سلعة تتميز بجانب العرض و الطلب و تتمثل هذه الخصائص في ما يلي¹ :

ا-الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية

السلع الجماعية هي تلك السلع التي تعود بالمنفعة للفرد الذي يستهلكها و للجماعة من خلال تحسن صحة الفرد الأمر الذي ينقص الضغط على الأسرة و كذا الأصدقاء و تنتفع مؤسسة العمل من خلال عودة المريض إلى الإنتاج و إلى القيام بالدور المطلوب منه و في نفس الوقت الفائدة لصندوق الضمان الاجتماعي من حيث عودة المريض لعملية الإنتاج و توقف دفع مبالغ التعويض عن العطل المرضية.

ب-الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا:

شراء المريض(المستهلك) الأدوية و استهلاكها يعتبر إشباعا مباشرا و أنيا(فترة محددة فقط) بينما شراء جهاز قياس الضغط أو جهاز قياس السكر يقدم خدمات أنية و مستقبلية(على مدى فترة زمنية ممتدة).

ج-الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستهلك:

المعاينات و المتابعات الصحية الدورية تشكل ضغط على المرضى و في نفس الوقت هي شراء (سلعة) ضرورية للتخلص من الألم أو المرض مثال طبيب الأسنان، الجراحة ،الحقن ..

د-سوق الخدمة الصحية شديد التنظيم:

تخضع المؤسسات الصحية المختلفة لنسق تنظيمي متماثل في جميع الدول و يعمل هذا النسق على حماية المرضى و في نفس الوقت على حماية الطاقم الطبي و الخدماتي للمؤسسات العلاجية الصحية و هذا ينطبق على المؤسسات الصحية العمومية و الخاصة.

ه-قلة المرونة في الطلب على الخدمة الصحية:

الطلب على الخدمات الصحية قليل المرونة مثل جميع السلع الضرورية و قد يصل ان يكون الطلب على الخدمات الصحية عديم المرونة و هذا يعني تناقص اثر أسعار الخدمات الصحية على طلب تلك السلع (الخدمات).

و-انخفاض المرونة في عرض الخدمة الصحية (المدى القصير):

حاله في ذلك حال عرض السلع و الخدمات الأخرى و ذلك لكون انطلاق النشاط العلاجي يحتاج الى سنوات من البناء للمنشآت و أعوام من التكوين و التلقين للموارد البشرية في كل التخصصات و الميادين (أطباء ،ممرضين ،صيادلة ،بيولوجيين ،مخبريين ،مقتصدين ،سائقين ،عمال ،.....)،و من ثم فان العرض غير مرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير،يجعل عرض الخدمات الصحية كمنتج نهائي في الأجل القصير.

ي-نفس المدخلات تنتج العديد من الخدمات الصحية :

محمد محمد ابراهيم ،مرجع سابق ،ص 35¹.

يمكن لوحدة إنتاج الخدمات الصحية إنتاج خدمات التطعيم و خدمات تنظيم الأسرة و خدمات الجراحة الحرجة و خدمات علاج أمراض مختلفة، و بالتالي فان وحدات إنتاج الخدمات الصحية لا تعد من وحدات إنتاج المنتج الوحيد، و كذلك فان الوحدات عندما تنتج خدمة تكون لمريض محدد دون غيره و بالتالي إذا قدمت نفس الخدمة لمريض آخر ربما تختلف النتيجة و ربما تختلف تكاليف نفس الخدمة حيث تعتمد تلك التكاليف على الحالة الصحية للمريض و قدرته على الاستجابة للعلاج و ملائمة هذا العلاج.

III - الجودة و الخدمة الصحية

اولا/جودة الخدمات الصحية

1- تعريف الجودة :

تعني الجودة لغةً: بلوغ شيء ما درجة عالية من النوعية الرفيعة و القيمة الجيدة، و تُعتبر الجودة معياراً موثقاً به، لِيتميّز إنجاز ما عن غيره من الإنجازات الموجودة في البيئة نفسها وفي المجال نفسه، و يكمن امتيازه بأن يكون خالياً تماماً من أي عيب من الممكن أن يكون سبباً للانتقاد.

و يكون ذلك عن طريق الانقياد لمجموعة من القواعد و القوانين و المعايير القابلة للتحقق من مدى الجودة، و قابلة للقياس أيضاً، و هذه المعايير وُجدت لنيل رضا المستهلك أو العميل أو المستخدم، و حتى يُعدّ أن المنتج قد حقق معايير الجودة يجب أن تكون نسبة العيوب به تساوي الصفر

و حسب تعريف المنظمة الدولية لمقاييس الجودة - iso8402 -

فإنها تعني "مجموعة من المزايا و الخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة و التي تساهم في إشباع الرغبات المعلنة و الكامنة"، و حسب التعريف فان المنتج الذي يطلبه المستهلك يلبي رغبة و حاجة معلنة يكون المستهلك على علم مسبق بها قبل شراءها و رغبة أخرى كامنة تتحقق لاحقاً بعد الانتفاع بالمنتج.

و حسب تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الخدمات الصحية فان الجودة تعني " التماشي مع المعايير و الاتجاه الصحيح بطريقة آمنة و مقبولة من قبل المجتمع و بتكلفة مقبولة بحيث تؤدي الى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، و الإعاقة و سوء التغذية"¹. و تعرف كذلك بأنها "مقدار ما تحفقه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة و مستلميها"².

أما الجودة في الخدمات الطبية فهي تلك التي تتبع المعايير و الأسس التي يتبعها و يدرسها المؤسسون لمهنة الطب في المجتمع.

في حين جودة الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة و مدى توافقها مع المبادئ المهنية فالرعاية الصحية التي تمتاز بدرجة عالية من رضا المستفيدين نو التميز

طاهير حسين، الخطا الطبي و الخطا العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة و النشر و التوزيع، الجزائر، 2004، ص 111
سعيد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار البيزوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2009، ص 233.

المهني و كفاءة استخدام الموارد نو تحقق النتائج المرجوة ، و تحد من تعرض المريض للخطر تحظى بوصفها رعاية جيدة.

عرفت الجودة الصحية من قبل الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها درجة الالتزام بالمعايير الحالية و المتفق عليها للمساعدة في الحصول على مستوى جيد من الخدمة الصحية.

أي أن الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة من الخدمة او الإجراء العلاجي و التشخيصي و تحقيق النتائج المرغوبة و تقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية معينة.

2- التطور التاريخي لمفهوم جودة الخدمات الصحية :

قبل التطرق للتطور التاريخي لمفهوم الجودة في الخدمات الطبية و الصحية نلقي نظرة سريعة على قسم ابقراط في الطب و الذي يحمل في طياته أخلاقيات و معاني لمهنة الطبابة نعتبرها في الوقت الحاضر مثالية .

يعتبر أبقراط الذي ولد في القرن الخامس قبل الميلاد عام 460 ق، مؤسساً للطب الحديث بلا منازع و هذا من خلال ما قدّمه من علاجات، وتشخيص للأمرض باستخدام أسلوبٍ منهجيّ، وتجريبيّ و من خلال القانون الذي وضعه لممارسة مهنة الطب و الذي يتجلى في قسم الطبيب الذي مازال يُعمل به إلى يومنا هذا في كليات الطب عبر دول العالم مع اعتماد بعض التعديلات لتتماشى مع خصوصية كل بلد.

قِسْمُ الطَّبِيبِ

أَقْسَبُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

- أن أراقب الله في مهنتي ...
- وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها . في كل الظروف والأحوال بآذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمَرَضِ والآلَمِ والقَلْقِ .
- وأن أحفظ للناس كرامتهم ، وأستر عورتهم ، وأكرم سيرهم
- وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله ، بآذلاً رعايتي الطَّبِيبَةَ للقرِيبِ والبعيدِ . للصَّالِحِ وَالخاطِئِ ، وَالصَّديقِ وَالعدُوِّ
- وأن أشأبر على طلب العلم ، أسخره لِنفعِ الإنسان .. لا لِأذاه .
- وأن أوقر من علمني ، وأعلم من يصغرنني ، وأكون أخاً لكلِّ زميل في المهنة الطَّبِيبَةَ مُتعاونين على النجْرِ وَالنقوى
- وأن تكون حياتي مضداً ق إيمان في سِرِّيب وَعَلانِيَتِ ، نَقِيَّةً وَمَا يَشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ .

وَاللَّهُ عَلَيَّ بِأَقْوَلِ شَهِيدٌ

و بالمفهوم الجديد لجودة الخدمات الصحية أول من ادخل هذا المفهوم في مجال الطب هو ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتنجيل " التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية ، و كانت على مقربة و علم من المشاكل النفسية و العضوية التي كان يعاني منها الجنود الجرحى ، فكانت مرافقتها لهم مع مجموعة من الممرضات المتطوعات للمساعدة و المساندة لهؤلاء الجرحى أدت هذه المرافقة إلى إيجاد دافعية ايجابية للمرضى مما أدى إلى تجاوز الأزمات النفسية و بالتالي التثبيت بالحياة و منه انخفاض ملحوظ في نسبة الوفيات ، في تلك المستشفيات و في سنة 1905 وضع فلكنسر معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية و لكن تطبيق الجودة في نطاق الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية الأولى حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية و تم إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة 1952 و في سنة 1970 بدء العمل بالتدقيق الطبي و ظهر في سنة 1987 م مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الطبية

و حتى وقت قريب كانت برامج الجودة تستخدم في المستشفيات في الدول المتطورة و كانت تعتمد على معايير الرعاية التي طورتها منظمات اعتماد المؤسسات الصحية و في الثمانينات انتقلت هذه البرامج إلى الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة و أوروبا و في الوقت ذاته

فإن ما ساعد على إدخال المعايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل و المعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة و خاصة عند الأطفال و بعد عام 1985 بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى مثل مشروع بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية باستخدام تحليل النظم و تقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الطبية.

و حسب منظمة الصحة العالمية فان الجودة في تقديم الخدمة من شأنه خفض هدر المال و القوة بحيث كلما كان مقدم الخدمة ملم و متخصص في عمله كلما كانت النتيجة ايجابية ، و نقص الخبرة هو العامل الأساسي في غياب الجودة.

ثانيا/ أشكال و اهداف جودة الخدمات الصحية

1- أشكال جودة الخدمات الصحية :

يمكن تقديم جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاثة اشكال¹ :

الشكل الأول :الجودة التي يمكن قياسها : و تتمثل في :

أ-الجودة التي تتطابق مع المعايير التي تأخذ شكل أدلة العمل السريري

ب-التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها للمستهلك(المنتفع).

الشكل الثاني :الجودة التي يمكن تقديرها : و تتمثل في :

أ-إدراك و تقدير التفوق في ما وراء الحد الأدنى للمعايير و المقاييس

ب-تتطلب الحكم من ذوي المهارات و الخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة و الأفراد ذوي المناصب الحساسة بالقطاع.

ج-أن يعتمد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة ام لا .

الشكل الثالث :الجودة التي يمكن إدراكها : و تتمثل في :

أ-درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية

ب-تكون مبنية بدرجة أكثر على درجة العناية و الرعاية التي يوليها الأطباء و الممرضين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا.

2-اهداف جودة الخدمات في المجال الصحي:

لجودة الخدمات الصحية مجموعة من الأهداف نذكر منها :

*ضمان الصحة البدنية و النفسية للمستفيدين

*تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيدين(الزبائن=المرضى)و زيادة ولائه للمنظمة الصحية فيتحول هذا المستفيد إلى وسيلة إعلامية لتلك المنظمة الصحية.

طهير حسين ،مصدر سابق ،ص¹³

*تعد معرفة آراء و انطباعات المستفيدين(الزبائن)و قياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للرعاية الصحية و وضع السياسات المتعلقة بها

*تطوير و تحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدميها

*تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة و فاعلية

*تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، بعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية

المقدمة الى المستفيدين (المرضى)و التي هي الهدف الأساسي من تطبيق الجودة

*كسب رضا المستفيد اذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة

صحية يعمل على تحسين الجودة و تسعى لتطبيق نظم الجودة و بالتالي تطوير أداء العمل و بالنهاية كسب رضا المستفيد.

*معنويات العاملين ،اذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى

العاملين لديها و جعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي الى تحسين

معنوياتهم و بالتالي الحصول على نتائج أحسن.

ثالثا /ابعاد و اساليب قياس جودة الخدمات الصحية

1-ابعاد جودة الخدمات الصحية 1 :

من الصعب جدا ان يتم تقييم الخدمة الصحية من طرف المرضى او من طرف المؤسسة ذاتها

كون الخدمة ليست حسابا رياضيا فهي غير ملموسة و غير مرئية عكس السلع المادية و انما

هي تغير في الحالة الصحية حاليا مستقبلية او مستقبليا فقط او حاليا فقط و قد تتغير مستقبلا اذن

التقييم غي ممكن و ان كان فهو غير نهائي و جازم لذلك جاءت الابحاث العديدة و الاجتهادات

المختلفة من اجل ايجاد صيغة او طريقة يتم من خلالها الوصول الى هذا التقييم الذي يعد بمثابة

تحديد لمستوى هذه الخدمات او مقدار جودتها معتمدين في ذلك على خمسة ابعاد .

ا-الاعتمادية:

لها علاقة بكيفية وكفاءة و قدرة الطبيب المعالج في ايجاد حل و علاج لعدة او مشكلة المريض

بشكل دقيق و مباشر بمعنى التيقن بان هذه الخدمة بالذات هي الحل للمشكلة التي جاء من اجلها

المريض للمرفق الصحي او المؤسسة الصحية.

ب-الاستجابة:

لها علاقة بتلبية نداء طلب الخدمة الصحية سواء من خلال خروج سيارات الاسعاف و

المسعفين او من خلال الاستماع و الرد على الاستفسارات ،و الاهتمام بطريقة عملية اثناء

مراجعة المرضى مع الاخذ بعين الاعتبار الحالات الاكثر خطورة ، و الاستجابة الاذن تعكس

بصورة واضحة الرضا او الرغبة في تقديم المساعدة للاخرين(المرضى =الزبائن) .

ج-الضمان (التاكيد):

قاسم نايف علوان المحياوي،ادارة الجودة في الخدمات ،مفاهيم و عمليات و تطبيقات ،دار الشروق للنشر و التوزيع،عمان،2006،ص147.¹

يتأتى الضمان من خلال التكوين ، و هو تأكيد للصفات و السمات التي يتسم بها مقدمي الخدمة الصحية كل في اختصاصه فينشا عند هؤلاء (مقدمي الخدمة=العاملين) المعرفة و القدرة و الخبرة المكتسبة التي تترجم في الثقة في النفس اثناء تادية المهام الخدماتية الصحية.

د-الملموسية :

هي كل ما يلتمسه الزبون (طالب الخدمة الصحية) من معدات و اجهزة و ادوات و تهيئة للمباني الصحية التي تكون بطريق تقنية مدروسة تسهل الدخول و الخروج منها و اليها و تسهل عمل مقدمي الخدمة من خلال التقسيم و التنظيم الداخلي ، فكلما كانت التهيئة ملائمة و المورد البشري متنوع حسب الاختصاص سواء الخدماتي او الطبي كلما برزت التسهيلات و استقطب ذلك الزبون(المريض) الذي يبحث دائما عن التسهيل اثناء طلب السعة (الخدمة الطبية)، و كل هذا يدفع الزبون الى العودة الى نفس المؤسسة و الى نفس مقدم الخدمة حين تستدعي حالته الصحية ذلك.

ه-التعاطف و الفورية:

و هو التعامل مع الزبون (المريض) بعلاقات انسانية و عاطفية تجعله اكثر قربا و اكثر ثقة في الفريق المعالج و بالتالي يتلقى العلاج باريحية و هو الامر الذي يسرع في شفاءه. حسب رأي عدد من الباحثين و المهتمين بدراسة جودة الخدمات الصحية تم الاتفاق على أن أبعاد الجودة تتمثل في النقاط التالية:

أبعاد جودة الخدمات الصحية		
الأمثلة	معايير التقييم	البعد
-وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق -غرفة العمليات جاهزة لكل الحالات التي تستدعي التدخل الجراحي الاستعجالي	-تقديم خدمات علاجية فورية -استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية -العمل على مدار 24/24 ساعة	الاستجابة
-ثقة المريض بان حياته بين أيدي أمينة	-دقة السجلات المعتمدة في ادارة المصلحة الطبية -المواعيد الدقيقة في الإجراءات	الاعتمادية
المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء - مهارات عالية في الخدمة	-سمعة و مكانة المستشفى او المصلحة -المعرفة و المهارات المتميزة للأطباء و الطاقم التمريضي -الصفات الشخصية للعامل	الضمان
-الممرض و الممرضة بمثابة الأب و الأم	-اهتمام شخصي بالمريض	

التعاطف	-الإصغاء الكامل لشكاوى المريض -تلبية احتياجات المريض بروح من الود و اللطف	للمريض
الملموسية	-الأدوات المستخدمة في التشخيص و العلاج -المنظر الخارجي لمقدمي الخدمة -اماكن و قاعات الانتظار	-النظر للمريض بأنه دائما على حق -نظافة العيادة و قاعات الفحص -نوعية الطعام المقدم

2-أساليب قياس جودة الخدمات الصحية

تطبيق الجودة في تقديم الخدمة الصحية تقاس بمقاييس محددة حالها في ذلك حال قياس جودة الخدمة او السلعة في قطاعات اخرى من بينها :

ا-مقياس عدد الشكاوي:

كلما ارتفع عدد المشتكون من نوعية الخدمة او السلعة كلما تبينت رداءة المنتج او الخدمة المقدمة.

ب-مقياس رضا الزبائن :

و يتم ذلك من خلال تقديم استبيان للزبائن لمعرفة مدى رضاهم عن الخدمة و هذه الطريقة لا يتخذها أصحاب المؤسسات كمقياس كون المرضى دائمي الشكوى و عدم الرضى لان الخدمة المقدمة تعطي نتائج بعد فترة و ليس في الحين (في معظم الحالات).

ج-مقياس القيمة:

كلما أولي للفرد(الزبون=المريض) القيمة و الاعتبار لصحته و حياته من قبل المؤسسة العلاجية كلما زاد إقباله عليها عند الحاجة و بالتالي الاستنفاع بالخدمة

د-مقياس الفجوة 1 :

و يكون بمقارنة توقعات المرضى بشأن الخدمة و ادراكاتهم لمستوى جودة الخدمة الفعلية التي تلقونها و يمكن صياغة ذلك بالمعادلة: **جودة الخدمة =التوقعات-الاداء الفعلي'** و هذا المقياس مقسم الى خمسة فجوات يتناول كل منها متغير من المتغيرات التي تؤثر في تصور المريض للخدمة سواء كان ذلك ايجابيا او سلبيا.

الفجوة الاولى: الفجوة بين توقع المريض و ادراك الادارة

يكون ذلك حين تتجاهل الادارة ما يرغبه المريض او ما الذي يصبو اليه عند طلبه للخدمة الصحية او حين يتعذر على الادارة تحقيق مبتغى طالب الخدمة الصحية بسبب نقص الامكانيات المادية او البشرية او كلاهما معا.

الفجوة الثانية: الفجوة بين ادراك الادارة و نوعية الخدمة المعيارية

نايف قاسم علوان المحياوي ،ادارة الجودة الشاملة و متطلبات الايزو، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، عمان، الاردن، 2005، ص103.1

من أهداف الإدارة كسب رضا الزبون(المريض)و تعمل جاهدة من اجل الوصول الى غايتها ،و لكن المعني أساسا بتحقيق رغبة الإدارة و رغبة الزبون (المريض) هو مقدم الخدمة كل حسب تخصصه و من غير المعقول ان الخدمة المقدمة تكون معيارية كما تريدها الإدارة و الزبون كون المتحكم فيه هو الجانب الشعوري أي لا يمكن إجبار مقدم الخدمة على أن يكون بشوشا و ضاحكا او مرحبا فهذا يمكن ان يتحقق اليوم و لا يتحقق غدا فهذه الأمر تضبطها متغيرات عديدة.

الفجوة الثالثة:نوعية الخدمة المعيارية و تقديم الخدمة

يمكن أن يكون مقدمي الخدمة غير مؤهلين او غير أكفاء بسبب ضعف التكوين و بالتالي نقص الكفاءة تجعل نوع الخدمة غير مرضي و لا يتماشى مع الخدمة المعيارية التي تسطرها الإدارة و التي تفرض الاستماع للمريض و تقديم الخدمة في زمن محدد و بدقة محددة

الفجوة الرابعة :الفجوة بين الخدمة المدركة و الاتصالات الخارجية

تتمثل هذه الفجوة في الاختلاف و التباين بين الخدمة الصحية المدركة من قبل الزبون (المريض)و ما تم الاتفاق عليه مسبقا او ما هو مخول القيام به لتقديم الخدمة الصحية ،او الاتفاق المبرم مسبقا بين الطرفين الزبون و الإدارة ،و هذا الاتفاق ليس بالضرورة أن يكون بين الزبون و الإدارة و انما يمكن ان يكون بين الإدارة و القوانين التي يعمل بها و المصادق عليها من قبل الهيئات العليا كالدساتير او المنظمات الدولية و العالمية و الخاصة بالصحة ،فهنا الزبون لديه فكرة عن هذا النوع من الاتفاق و بالتالي يقصد المؤسسة العلاجية كونه مجبرا و ليس مخيرا و عندما يكون بالداخل يتفاجا بعكس ما كان يتوقعه(مثلا الأخطاء الطبية و التهرب من تحمل المسؤولية).

الفجوة الخامسة :الفجوة بين الخدمة المدركة و الخدمة المتوقعة

هذه الفجوة عبارة عن اشتراك مجموعة من الفجوات السابقة و هي حين لا يحصل المريض على الخدمة بالجودة و الكفاءة التي توقعها ،فمثلا اذا زار الطبيب المريض اكثر من مرة يمكن ان يفسر هذا التصرف على ان هناك أمر مريب في حالته الصحية و ليس لان الطبيب يقوم بعمله على أحسن وجه.

سد الفجوة الخامسة يكون نتاج لاجابية الفجوات الأربعة السابقة فان كانت أي منها سالبة فان الفجوة الخامسة لا يمكن ان تحقق الرضا الكامل للزبون اي يكون هناك قصور في الخدمة المقدمة للزبائن .

3-فوائد تطبيق جودة الخدمة الصحية :

*تتمثل الفائدة الأولى في خدمة الزبون(المريض) أولا أي أن المريض هو أولوية المؤسسة

- *تحقيق توقعات الزبون(المريض) بمعنى حصول المريض على الراحة الكاملة من المرض (الحالي و المرض المزمن أو الكامن-المريض يجهل بوجود مرض-) غير الذي جاء من اجله يجب أن يتم الاهتمام به.
- *تأدية الخدمة بشكل صحيح بمعنى حل المشكل من المرة الأولى(الدقة في التشخيص و الدقة في اختيار العلاج المناسب)
- *خفض تكاليف الخدمات مع مراعاة تقديم الخدمة الجيدة(من خلال الدقة في التشخيص)
- *دعم الأداء الجيد للموظفين بالوسائل و المعدات و التكنولوجيا الحديثة.

IV/ قطاع التأمين الصحي

اولا/ تعريف و نشأة التأمين الصحي

1-التطور التاريخي لنشأة التأمين الصحي :

نشأ التأمين الصحي تاريخيا مع التطورات الاقتصادية و التجارية التي اوجبت وجود غطاء لحماية العمال من جهة و حماية الموارد المادية من جهة اخرى بحيث شكل حرفيو أوروبا في العصور الوسطى نقابات الصناع التي انشأت صناديق لدعم الأعضاء في أوقات الحاجة كالمرض او الوفاة و التي يساهم كل عضو بشكل دوري فيها.

و مع التطور الاقتصادي توسعت هذه الصناديق بحكم انتشار مفهوم مشاركة المخاطر التي تهدد العمال في حال المرض او الموت ، و ارتأى الكثير منهم جعل هذا النوع من الصناديق ضمان لكل العمال و المزارعين على اختلاف نشاطاتهم ، و أصبحت تسمى صناديق المرض او جمعيات الدعم التعاونية لهذا الغرض و جمعت هذه الجمعيات مساهمات المشاركين لتوفر الإعانة و الدعم للأعضاء المحتاجين فقط و ليس بهدف الربح او الاستثمار لان أصل إنشاء هذا النوع من الصناديق و الجمعيات كان من اجل التكافل .

ففي بادئ الأمر كانت هذه الصناديق توفر الدعم النقدي فقط و لا تتعداه إلى أمر آخر، و مع تطور الاقتصاد و و تطور اليد العاملة ارتأت هذه الجمعيات التعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية لرعاية أعضاءها ثم طورت خدماتها الطبية الخاصة بأصحاب العمل في المهن الشاقة و الخطيرة كالمناجم و التنقيب و قطع أشجار الغابات و غيرها.

أظهر هذا النوع من التكافل مقدار كبير من الفائدة فقرر السياسيون تعميم هذه التنظيمات و كانت أول خطوة في ألمانيا عام 1883 التي أجبرت كل من العامل و رب العمل في كل القطاعات بالمساهمة في هذه الصناديق و ذلك من خلال سن قوانين صارمة تلزم القيام بهذه العملية . من هنا كانت الانطلاقة للتأمين الصحي في ألمانيا ثم تلتها النرويج في عام 1902 ، ثم بريطانيا 1910 و بعدها فرنسا في عام 1920 و تم تعميم التأمين الإجباري في معظم الدول خاصة التي كانت تشهد حركات صناعية و اقتصادية نوعا ما متطورة بحلول عام 1930.

2-تعريف التأمين الاجتماعي و التأمين الصحي:

أ-التأمين الاجتماعي :

التأمين هو نظام اجتماعي يهدف إلى تكوين احتياطي لمواجهة الخسائر غير المؤكدة التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد و المؤسسات عن طريق نقل عبء الخطر من شخص واحد إلى عدة أشخاص او مجموعة من الأشخاص اي انه نظام يصمم لتخفيض او تقليل ظاهرة عدم التأكد للخسائر المالية عن طريق عبء الخطر.

و لفهم طريقة العمل بنظام التأمين يتضح أمامنا مفهومان هما:

أ/1-المفهوم القانوني للتأمين :

يهتم التعريف القانوني للتأمين بالنظر إلى عقد التأمين كوسيلة قانونية يترتب عليها التزامات معينة و تنشأ بموجبها حقوقا معينة للطرفين المتعاقدين حيث يبرز التعريف القانوني للتأمين على العلاقة بين المؤمن و المؤمن له و يحدد التزامات كل طرف منهما و المزايا المترتبة على هذا التعاقد.

أ/2-المفهوم الفني للتأمين:

يهتم بإبراز الوسيلة التي يتبعها التأمين لتحقيق الهدف منه و المتمثل في تقليل الشعور بظاهرة عدم التأكد من توفر المساعدة عند الضرورة و حسب التعريفين القانوني و الفني يتبين أن مفهوم التأمين هو إعطاء الصورة القانونية للتعاقد من خلال تحديد الأقساط مع إبراز طرق التدخل عند حدوث الأخطار المؤمن عليها، و عليه تكون مقومات أو عناصر التأمين على النحو التالي :

1*-المؤمن(شركة التأمين): ممثل في شركة التأمين المتخصصة التي تتولى إجراءات التعاقد مع المؤمن له.

2*-المؤمن له او المؤمن عليه):

هو الطرف الثاني في العملية التأمينية و الذي يتولى دفع الأقساط وفقا للعقد مع الشركة نظير حصوله هو او المستفيد من التأمين على التعويضات المقررة او المحددة في العقد.

3*-المستفيد :

هو الطرف المستفيد من قيمة التأمين و قد يتمثل في المؤمن له نفسه او طرف ثالث كما هو الحال في التأمين على الحياة

4*-وثيقة التأمين :

و هي التي تصدرها شركة التامين باعتبارها العقد الرئيسي للعملية التأمينية.
***5-الخطر:**

يعبر عن الخطر المحتمل وقوعه للمؤمن له و يعتبر نوع الخطر المؤمن ضده أمرا جوهريا في التامين و يجب أن يكون محددًا بصورة واضحة في وثيقة التامين و يشترط أن يتوفر في الخطر :

*الخطر المحتمل الوقوع في أي وقت و ليس مؤكد الوقوع في لحظة معينة
*أن يكون الخطر خارجا عن إرادة المؤمن له
*أن يكون الخطر مشروعًا و ليس مخالفا للنظام العام و الآداب.

ب-التامين الصحي :

هو احد أنواع التامين ضد المخاطر الصحية التي تعترض حياة الناس و يشمل تكاليف الفحص و التشخيص و العلاج و الدعم النفسي و الجسدي كما يتضمن تغطية الانقطاع عن العمل لفترة معينة أو العجز الدائم و هو احد الطرق لإيصال الرعاية الصحية إلى الأفراد و المجموعات. يعرف التامين الصحي بأنه "عقد يتم بموجبه دفع اقساط التامين للمؤمن و يتعهد المؤمن لقاء ذلك بدفع مبلغ معين دفعة واحدة او على اقساط للمؤمن له، و بدفع مصاريف العلاج و الادوية كلها او بعضها و ذلك في حال مرض المؤمن له خلال مدة التامين"¹.

بمعنى ان التامين يشمل الرعاية الصحية و الحماية التأمينية في العلاج عند المرض و في تعويض العطللة المرضية او العجز (تختلف درجة العجز و قيمة التكفل من قبل التامين) الذي يتعرض له المؤمن و هنا المقصود بالمريض ليس المصاب أثناء تأدية الوظيفة فقط و إنما كل ما يتعرض له المؤمن حاله حال الكائن البشري الذي يتعرض لجملة من الأمراض و الإصابات طول حياته.

تقوم فلسفة التامين الصحي على مبدأ تجميع المخاطر التي تصيب المجتمع أو الأفراد و تقاسمها بين المؤمن عليهم بشكل متساو و ذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج تلك الأمراض أو الإصابات ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج و هذا يضمن وصول الرعاية الصحية إلى جميع محتاجيها مقابل جزء ثابت من المال يدفعه جميع المشتركين في التامين مقابل جزء يدفعه صاحب العمل او مؤسسة الانتساب يتراوح في الجزائر بين 9% او 25%.

ثانيا/أهداف و فوائد التامين الصحي :

1-اهداف التامين الصحي:

*توفير الرعاية الصحية للأفراد و المجموعات
*تامين تكاليف الرعاية الصحية للأفراد بحيث يدفع الجميع حصة متساوية للصندوق لتغطي جميع المؤمنين و أفراد عائلاتهم (الوالدين و الزوجة و الأبناء غير المشتركين)

عبد الهادي السيد، عقد التامين حقيقته و مشروعيته، منشورات الحلبي، بيروت، 2003، ص160.¹

*رعاية الفرد من نقص الرعاية في حالة عدم القدرة على دفع تكاليف العلاج بسبب الفقر او العجز(الصندوق يتكفل بدفع مستحقات المعالجة)

*إدارة موارد التأمين الصحي المالية بشكل يضمن استمرار هل لأجيال القادمة .

*الطمأنينة في نفوس العمال و الموظفين بوجود تكفل صحي عند الحاجة للمؤمن و من يعوله

*فتح مناصب شغل إضافية بالسماح بفتح شركات و مؤسسات تتعاطى التأمينات التجارية

2-فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات الصلة:

ا-الفوائد للمؤمن عليه:

المرض يهدد كل الأفراد دون استثناء و المتابعة العلاجية تستدعي وجود جانب مادي حتى بتوفر مجانية العلاج ففي كثير من الأحيان لا يستطيع العديد من المرضى تحمل الأعباء المادية للمعالجة و لا يسهل ذلك إلا بوجود التأمين الصحي الذي يضمن لهؤلاء الحصول على المتابعة المطلوبة.

*التأمين الصحي يضمن أعلى حد ممكن من العدل و المساواة في تلقي الخدمات الصحية فهي متاحة لكل المؤمنين من المدير إلى ابسط عامل في المؤسسة،لان الخدمة العلاجية الأساسية لا تختلف باختلاف موقع الموظف في الهيكل الوظيفي

*يكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي من خلال الاستفادة للمؤمن و لمن يعوله

ب-فوائد التأمين الصحي لجهة العمل :

*رفع الإنتاج من خلال المحافظة على صحة العمال و الموظفين و بالتالي المحاظرة على المردوية الإنتاجية

*تحقيق الرضا الوظيفي لدى العمال و تعزيز ارتباطهم بجهة العمل

*التأمين الصحي ينصف العمال و يمنع المحاباة.

ج-الفوائد لمقدمي الخدمات الصحية :

*الانتفاع المادي من خلال عدد المرضى و المتابعات الدورية و الوقائية لمجمل المنخرطين

*الطمأنينة على الحصول على الجانب المادي لمقدمي الخدمة لكل المرضى المؤمنين و بالتالي

يكون العمل بأريحية بالقيام بكل متطلبات المعالجة الضرورية مهما كان ثمنها لان الصندوق

يتكفل بدفعها

د-المكسب الاقتصادي :

*زيادة الإنتاج بتشجيع توظيف فئة الشباب التي تعتبر أقل تكلفة وأكثر كفاءة

*التنافس بين القطاعين العام و الخاص لاستقطاب مؤسسات التأمين

*الحد من لجوء المرضى الى الخارج لطلب العلاج و بالتالي الحفاظ على العملة الصعبة

*تشجيع الاستثمار في قطاع الصحة و بالتالي المزيد من النمو و التنمية

ثالثا/سياسات اقتصاد الصحة- نماذج عالمية-

1-نظام الرعاية الصحية في اليابان

يقوم النظام الصحي في اليابان على الشراكة بين المريض و الحكومة من حيث تكاليف العلاج التي تتمثل في الفحوصات السريرية ، والرعاية قبل الولادة، ومكافحة الأمراض المعدية فيشترك المريض بنسبة 30%* و تدفع الحكومة نسبة 70% الباقية.

ملاحظة:تتغير نسبة الاشتراك (10او20او30%) للمريض حسب الدخل و العمر و في هذه الحالة تدفع الحكومة الفارق،و في حالة انعدام الدخل للأفراد الذين يتلقون معونة حكومية تسدد تأميناتهم تلقائيا من الحكومة.

يرى المختصون في الميدان ان الحكومة اليابانية تعمل على تقديم الخدمات الطبية عبر نظام تأمين رعاية صحية شاملة تقدم مساواةً نسبية في الحصول على الخدمات.

تفرض الحكومة تامينا صحيا على كل الوافدين الى ترابها و الذي تديره الإدارات المحلية يملك المرضى حرية اختيار الأطباء أو المنشآت الطبية، ولا يمكن منعهم من الاستفادة من التغطية الصحية. وفق القانون، يجب على المستشفيات العمل بأسلوب غير ربحي تحت إدارة أطباء

تعتبر اليابان من الدول الرائدة في التغطية الصحية و تعمل على تطويرها بشكل مستمر من خلال ارتفاع نسبة الانفاق الصحي على الافراد فمثلا في عام2008 أنفقت اليابان ما يقارب 8.2% من الناتج الإجمالي المحلي الوطني (جي بي دي) (أي ما يساوي 2,859.7 دولار أمريكي عن كل فرد) على قطاع الصحة، ما جعلها في المرتبة 20 بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (أو إي سي دي).

وواصلت هذه النسبة في الارتفاع لتبلغ عام 2018 مقدار 10.9% م متخطيةً متوسط الارتفاع في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الذي بلغ 8.8% في نفس السنة.

تعمل الحكومة بصرامة على تحديد الرسوم الخاصة بكل إجراء طبي وكل دواء، والرسوم متطابقة في جميع أنحاء البلاد. إذا حاول الأطباء التلاعب بالقوانين عبر طلب المزيد من الإجراءات الطبية لرفع العائد المالي، يمكن للحكومة خفض الرسوم المالية المخصصة لهذه الإجراءات في الدورة التالية من تحديد الرسوم. حدث هذا الإجراء عندما خفضت الحكومة وتبعًا لذلك، بحلول رسوم التصوير بالرنين المغناطيسي (إم آر آي) بنسبة 35% عام 2002 عام 2009، بلغت كلفة صورة الرنين لناحية العنق 1500 دولار في الولايات المتحدة، مقابل 98 دولارًا في اليابان.

التجهيزات و الهياكل

الاهتمام بالصحة و الصرامة في الاهتمام بالمرضى أدى إلى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة الأمر الذي أدى إلى ارتفاع نسبة الشيخوخة التي تعاني عادة من أمراض مزمنة و المعروفة بأمراض الشيخوخة لذلك عملت الحكومة على رفع معدل هذه الهياكل بما فيها عدد الاسرة و

عدد الأطقم الطبية مقارنة بدول منظمة التعاون الاقتصادي بلغ عدد الأسرة 8.1 سرير لكل 1000 شخص في اليابان في عام 2008 مقابل 2.7 سرير لكل 1000 شخص في الولايات المتحدة في نفس السنة.

و بالمقارنة مع متوسط عدد التجهيزات الأوروبية، تعد نسبة أجهزة تصوير الرنين المغناطيسي في اليابان أكبر بأربعة أضعاف، ونسبة أجهزة التصوير المقطعي المحوسب (سي تي) أكبر بستة أضعاف. يبلغ متوسط عدد مرات زيارة المريض الياباني للطبيب 13 مرة في السنة، وهذا ضعف متوسط عدد الزيارات في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

2- نظام الرعاية الصحية في كندا :

يتحدد نظام الرعاية الصحية في كندا بموجب الدستور الكندي ، حيث يتم تقسيم الأدوار والمسؤوليات بين الحكومة الفيدرالية وحكومات المقاطعات والأقاليم بحيث تتحمل حكومة كل مقاطعة مسؤولية تقديم الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات الاجتماعية بينما تكون الحكومة الفيدرالية مسؤولة أيضاً عن تقديم بعض الخدمات لمجموعات معينة من الأشخاص.

يتم تمويل الرعاية الصحية الممولة من القطاع العام من خلال الإيرادات العامة التي يتم جمعها من خلال الضرائب الفيدرالية والضريبة والإقليمية ، مثل الضرائب الشخصية وضرائب الشركات ، وضرائب المبيعات ، ورسوم الرواتب والإيرادات الأخرى ويمكن ان تتقاضى المقاطعات أيضاً قسطاً صحياً على سكانها للمساعدة في دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية الممولة من القطاع العام ، لكن عدم دفع العلاوة يجب ألا يحد من الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية طبياً.

الرعاية الصحية الحكومية في كندا لا تشمل كل المجالات بل تكتفي بتقديم الخدمات الطبية الأساسية منها فقط بحيث لا تغطي بعض الخدمات الصحية مثل طب الأسنان، صرف الوصفات الطبية، النظارات الطبية، العلاج الطبيعي و كذا خدمات الإسعاف فكل هذه الخدمات تقع على عاتق المتلقي للخدمة حتى و ان كان مؤمناً، هذا الأمر أدى إلى إيجاد نوع آخر من التأمين (ملازم للتأمين الأول) و الذي يعرف بالتأمين الصحي الخاص

- علما انه يوجد هناك العديد من الشركات تقدم خطط التأمين الخاصة لموظفيها والتي تغطي تكلفة الخدمات المذكورة أعلاه ، أو على الأقل تغطية جزئياً.

التركيز على الرعاية الصحية الأولية

تتميز الرعاية الصحية الأولية في كندا بالجودة و الدقة مقارنة بالدول المتقدمة الأخرى ، يركز النظام بشكل أكبر على تحسين الموارد الطبية للأمراض المزمنة وغيرها من التقنيات الطبية. يتم التعامل مع بعض العلاجات الطبية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والعديد من أشكال أمراض السرطان بشكل أفضل من البلدان الأخرى ، لأن هذه الأمراض المزمنة هي السبب الأول لمعدلات الوفيات. وبالتالي ، في بعض المقاطعات الكندية ، يقدم فريق من خبراء الرعاية الصحية المزيد من الفعاليات الترويجية للمجتمع حول الصحة والوقاية من الأمراض.

ثالثا/نظام الرعاية الصحية الفرنسي

نظام الحماية الصحية الشاملة

يحق لأي شخص يعمل أو يقيم في فرنسا بشكل مستقر و منتظم أن يتم تحمل نفقاته الصحية الشخصية باستمرار طوال حياته هذا هو مبدأ الحماية الصحية الشاملة .

نظام رعاية صحية من الدرجة الأولى

باعتراف منظمة الصحة الدولية (O MS) ان نظام الرعاية الصحية الفرنسي هو احسن نظام في العالم و قد بنيت هذه السمعة على جودة الخدمات الصحية المقدمة و على كفاءة و جدارة الكادر الطبي و هذا كون فرنسا بلد يستثمر كثيرا في مجال البحث و التطور العلمي و الطبي لتقدم دوما الى المرضى احدث وسائل العلاج في العالم كما ان نقابة الأطباء تراقب دوما تقدم و تطور قدرات الأطباء طيلة فترة ممارستهم المهنية من اجل ضمان الأحسن للمرضى و احترام قانون الآداب الطبية

تعود جودة الخدمة الطبية الى توفر الهياكل الطبية و توفر الاخصائين في كل أنواع الأمراض و متوزعين عبر كامل التراب الفرنسي الأمر الذي يجعل المواعيد و المتابعات و اتخاذ الإجراءات اللازمة حسب الحالات المختلفة تتم في أوقات قصيرة و بكفاءة عالية ،لذلك يتميز نظام الرعاية الصحية الفرنسي بفعالية كبيرة مقارنة بدول متقدمة كثيرة.

تعتبر ظروف استقبال المرضى ممتازة،من حيث الراحة والنظافة والسلامة هم من الأولويات وجميع المؤسسات الصحية تتقيد بمعايير الصحة الأوروبية الصارمة.

كل مؤسسات الرعاية الصحية مطالبة بالتقيد بشروط و متطلبات السلامة الصارمة العائدة للهيئة العليا للصحة الفرنسية بما يختص بجودة الخدمات و العلاج للحصول على التقييم الجيد للمؤسسة كما ان مراقبة العناية بما يخص عدوى المستشفيات يخضع لتقييم سنوي من قبل المركز الأوروبي للمراقبة و للوقاية من الأمراض

الرعاية الصحية الفرنسية متاحة للجميع سواء كانوا فرنسيين او وافدين و هذا ما يلاحظ من خلال عدد من يقصدون المستشفيات الفرنسية لطلب العلاج او التشخيص

ويعد التأمين الصحي في فرنسا أحد أهم أعمدة النظام الفرنسي للضمان الاجتماعي، وأشهر نظام للتأمين الصحي في فرنسا على مدى 100 عام من الاستمرار والتطور، وقد تم تصنيفه من قبل منظمة الصحة العالمية عام 2000 م على أنه (أفضل نظام صحي في العالم). كما يتربع

النظام الفرنسي للتأمين الصحي على عرش النظم الصحية في كبريات الدول الصناعية، وعلى وجه الخصوص دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

يتيح هذا النظام لجميع المواطنين الفرنسيين الحصول على العلاج والاستفادة من احدث الاكتشافات والبحوث. ويشمل في تغطيته كل مواطني فرنسا والمقيمين على أراضيها بالحماية، دون النظر للسن والجنس والحالة الصحية، أو الدخل.

أنواع التأمين المتوفرة في فرنسا:

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من التأمين الصحي الاجتماعي في فرنسا وهي:

1- التأمين العام GENERAL SCHEME : ويشمل العاملين في مجالي الصناعة

والتجارة وعائلاتهم. ويغطي هذا النوع نسبة 84% من السكان.

2- التأمين الزراعي AGRICULTURAL SCHEME: ويشمل الفلاحين والعاملين في

القطاع الزراعي وعائلاتهم ويغطي 7,2% من عدد السكان.

3- تأمين أصحاب الأعمال الحرة: ويشمل أصحاب الحرف اليدوية، وأصحاب الأعمال الحرة

كالمحامين ، ويغطي 5% من السكان.

ويتميز نظام التأمين الصحي الوطني الفرنسي بالمركزية. فهو يدار بواسطة إدارة الضمان

الاجتماعي التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية. ويتم تمويل التأمين الصحي الاجتماعي من

مرتبات العمال (60% من الصندوق)، وعن طريق الضرائب غير المباشرة المفروضة على

المشروبات الكحولية والتبغ، بيد أن أكثر من 80% من الشعب الفرنسي لديهم تأمين إضافي،

وكثيرا ما يقدمه أصحاب العمل. كما أن تكاليف العلاج للمصابين بالأمراض المزمنة تسدد

بالكامل.

ويختلف النظام الفرنسي عن غيره في طريقة الدفع. فالمريض يقوم بدفع الرسوم، ليتم تعويضه

بعد مطالبته. وهناك نسبة تحمل تبلغ 11,3% من التكلفة. وتقوم بعض المنظمات بتقديم تأمين

تكميلي "شركات تعاونية خاصة"، وتغطي هذه الشركات 12,1% من التكلفة، ويستفيد من

خدماتها 87% من السكان .

تعود جودة الرعاية و الخدمة الطبية الى التزايد المهم للعاملين في القطاع منذ الستينات الى

الوقت الحالي إذ ارتفع عدد الأطباء من 60000 إلى أكثر من 185000 طبيب في بداية القرن

الحادي والعشرين. وهناك ثلاثة أطباء لكل 1000 من السكان، وهو متوسط مرتفع مقارنة

بغيرها من البلدان الغربية إذ هناك (3 لكل 1800 في بريطانيا، و 3 لكل 2700 في الولايات

المتحدة الأمريكية، و3 لكل 3400 في ألمانيا، و3 لكل 5900 في ايطاليا)، كما أن عدد

الطبيبات في فرنسا في ازدياد، فأكثر من 40% من ممارسي الطب هم من النساء. وأكثر من

50% من طلاب الطب اليوم هم من الإناث.

4-النظام الصحي في دولة الكويت

تعمل وزارة الصحة على تكثيف مجهوداتها من اجل إعلاء شأن القطاع الصحي وإبراز مكان

قوته والعمل على تعزيزها، في ظل ما تقدمه دولة الكويت اليوم من خدمات صحية عالية

الجودة، حيث أعدت الوزارة مؤشرات لسلامة تحقيق تطلعاتها من خلال جمع البيانات الدقيقة التي تكشف مواطن الخلل ووضع الحلول الرامية لتحسين الخدمة بصفة مستدامة وتحديد الإستراتيجيات المستقبلية عبر استخدام “بطاقة الاتزان” التي تبين مدى التزام المؤسسة الصحية بتقديم خدمات آمنة وذات جودة عالية.

كما اعتمدت دولة الكويت على ما أعدته منظمة الصحة العالمية بشأن التغذية الصحية وما لها من دور لجهة مكافحة الأمراض المزمنة غير السارية، فحرصت على إدخال الغذاء الصحي ضمن العلاج كونه يحدث مناعة للجسم لمقاومة الأمراض فبادرت إدارة التغذية والإطعام بالوزارة إلى تجربة ذلك محققة نتائج واضحة لعلاج بعض أنواع نوبات الصرع. من ضمن المؤشرات المعتمدة أيضاً برنامج الاعتماد للتأكد من تقديم رعاية صحية وفق المعايير الوطنية والعالمية وتطبيق برامج السلامة التي تضمن حق المريض في الحصول على خدمة صحية فعالة وفق بيئة صحية آمنة؛ وقد بدأت الوزارة انطلاقاً من هذه المؤشرات بإعادة الهيكلة الشاملة للنظم الصحية لتوفير نموذج متكامل من الخدمات الصحية كان أهمها العمل على تطوير المنظومة الصحية والحد من الأمراض المزمنة غير السارية وتحسين جودة الخدمات وتطوير الكوادر الوطنية بنظام الرعاية الصحية عالية الجودة وتطوير خدمات الصحة المهنية ممثلة بتحويل مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمناطق الصناعية إلى مراكز تخصصية للطب المهني وزيادة أعداد المدن الصحية المسجلة دولياً إلى خمس مدن سنوياً.

5-التأمين الصحي في دولة الكويت

تسعى الحكومة الكويتية لتوفير العديد من الخدمات للمواطن الكويتي والمقيم في من أجل توفير له حياة أسهل من دون بذل أي مجهود، حيث عملت على إطلاق عدة مواقع رسمية إلكترونية يتم من خلالها إجراء عدة أمور حكومية مع توفير التسهيلات على سبيل المثال دفع التأمينات الصحية أون لاين سواء للمواطنين أو الوافدين مما يوفر الوقت والجهد عليهم والتقليل من صخب الازدحام والمشاكل التي يعاني منها الأفراد عند الذهاب إلى مقر الخدمات و تهدف خدمات التأمين الصحي إلى :

-تأمين كافة تكاليف الرعاية الصحية من مصاريف علاج وفحوصات وتشخيصات

حماية الفرد من نقص الرعاية الصحية حيث هناك فئة من المجتمع الكويتي ليس لديهم القدرة على تحمل مصاريف العلاج و كذا توفير مستوى عالي من الرعاية الصحية.

6-النظام الصحي في دولة قطر :

انضمت قطر خلال السنوات الأخيرة إلى قائمة البلدان المتقدمة في توفير الرعاية الصحية المتكاملة، حتى باتت خدماتها تضاهي أفضل الأنظمة الصحية في العالم، واحتل القطاع الصحي القطري المرتبة الأولى بالمنطقة العربية

ويظهر مدى تقدم القطاع الصحي في قطر من خلال العديد من المؤشرات الصحية العالمية التي صنفتها في مراكز متقدمة، وعبر التنوع في المؤسسات الطبية الكبيرة التي باتت تنافس نظيراتها الدولية المرموقة في المجالات العلاجية وخدمات التمريض حيث احتل النظام الصحي في قطر المرتبة الـ13 بقائمة أفضل النظم الصحية في العالم، والمرتبة الأولى على مستوى منطقة الشرق الأوسط للعام 2017. بحسب مؤشر "ليجاتوم للرخاء"، الصادر عن معهد "ليجاتوم" في لندن ويصنف الوضع الصحي بـ149 دولة،

وأظهر مؤشر "ليجاتوم" ارتفاع النظام الصحي القطري خلال السنوات العشر الماضية، بحيث تقدم من المرتبة الـ27 عالمياً في العام 2008 إلى المرتبة الـ13 في نهاية العام 2017.

كما أن قطر تحتل المرتبة الأولى عربياً والـ20 عالمياً في تصنيف مؤشر الرعاية الصحية للعام 2018، في حين كانت تحتل المرتبة الـ39 عالمياً من بين 80 دولة بالعام 2017 وفق مؤسسة "نومبيو" للبحوث والبيانات الأمريكية، وتحتل قطر المرتبة الأولى عربياً في معدل الحياة المتوقع بعد الولادة عند 78.5 سنة، وهي أعلى بسنتين من متوسط الأعمار المتوقع في دول مجلس التعاون الخليجي وهو 76.5 سنة، وأعلى بأكثر من 6 سنوات عن المعدل العالمي للحياة (71.9 سنة).

نظام التأمين الصحي القطري

نظام التأمين الصحي إلزامي في دولة قطر لضمان تقديم الخدمات الصحية الأساسية، وفقاً لأحكام الدستور، على كافة المواطنين القطريين ومواطني دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية والمقيمين في الدولة والزائرين لها. أغراض هذا القانون تُعامل الفئات الآتية معاملة المواطنين القطريين *المرأة غير القطرية المتزوجة من قطري *أبناء المرأة القطرية المتزوجة من غير قطري *الفئات الأخرى التي يصدر بتحديدتها قرار من الوزير تُقدم الأمانة العامة للوزير توصيات دورية سنوية، بشأن ما يلي :

- الخدمات الصحية الأساسية التي يجب توفيرها للمستفيدين
- مقدار قسط التأمين الصحي
- مستوى وحدود الدخل الذي يمكن اعتماده كمعيار لتحديد استحقاق العمال ذوي الدخل المحدود لدعم الدولة لأقساط التأمين الصحي
- مقدار الدعم الحكومي المطلوب
- الأسس المعتمدة للمساهمة في تحمل التكلفة، بما في ذلك نسبة هذه المساهمة من قبل الأشخاص المنتفعين بالخدمات الصحية الأساسية

خاتمة

الوصول الى الصحة الكاملة هدف و غاية كل الامم لانها هي اساس التنمية الاجتماعية و الاقتصادية ،و لتحقيقها لابد من توفير المورد المالي الذي يعمل على انشاء و تحسين الخدمات الصحية من حيث الهياكل و الاجهزة و العنصر البشري المختص

و السياسات الصحية التي تتبعها مختلف الدول تهدف الى التخطيط على المستويين القريب و البعيد من خلال العلاج الانبي لكل المشكلات الصحية التي تظهر و التي بإمكانها ان تؤدي بحياة افرادها في الوقت الحالي او تؤدي الى تعقيدات صحية مستقبلية تكلف الدول المزيد من الاموال لعلاجها و تفادي الاسوء منها

فالصحة هدفها الإغاثة والعناية بالمريض، وذلك بالاستناد إلى الأخلاق المهنية للأطباء، أما الاقتصاد فهدفه المعرفة الموضوعية للظواهر ذات الارتباط بالاستهلاك والإنتاج والتوزيع والموارد على ضوء التكلفة.

وفي بداية هذا القرن أصبح الهدف الأساس هو وضع نظام للتأمين الطبي، وذلك لصالح المعوزين والعاجزين خاصة. والهدف الثاني هو تنمية وتطوير شبكة المستشفيات والمؤسسات للعناية والوقاية، والتي تسمح بدورها بنشر التقنية الجديدة المعروضة من خلال العلوم الطبية. ففي أقل من نصف قرن انتقلت المشاكل الصحية من الحيز الفردي إلى الحيز الجماعي.

ومن ثم، فينبغي أن نحلل وبأسلوب علمي طبيعة الظواهر ذات الصلة بالاستهلاك الطبي لتكاليف السلع والخدمات المستخدمة في قطاع الصحة وإدارة مؤسسات الخدمات التي تتنافس في الحماية الصحية. وهذا هو المبرر الأول لظهور اقتصاديات الصحة.

قائمة المراجع :

- 1-إحسان محمد الحسن ،علم الاجتماع الطبي –دراسة تحليلية في طب المجتمع-دار وائل للنشر، الطبعة2،الأردن،2010
- 2-بشير عباس العلاق و حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات ،دار زهران للنشر و التوزيع ،الأردن،2007.
- 3-بشار اوزجان،الاساليب الكمية في ادارة الرعاية الصحية (تقنيات و تطبيقات)،ترجمة:عبد المحسن بن صالح الحيدر،مركز البحوث ،معهد الإدارة العامة،المملكة العربية السعودية،2008.
- 4-سعيد علي العنزي،الإدارة الصحية،دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع،عمان،2009.
- 5-سلوى عثمان الصديقي،مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية،المكتب الجامعي الحديث،مصر،2002.
- 6-سيد محمد جاد الرب،الاتجاهات الحديثة في ادارة المنظمات الصحية ، الطبعة الاولى،دار العشري،مصر،2008.
- 7-طاهير حسين،الخطا الطبي و الخطا العلاجي في المستشفيات العامة،دار هومة للطباعة و النشر و التوزيع،الجزائر،2004
- 8-طلعت الدمرداش أبراهيم،اقتصاديات الخدمات الصحية ، مكتبة القدس ، مصر ،الطبعة2،2006.
- 9-عبد الهادي السيد،عقد التأمين حقيقته و مشروعيته،منشورات الحلبي،بيروت،2003.

- 10- عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الاولى، البيان للطباعة و النشر، القاهرة، 1999.
- 11- قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات ، مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، 2006.
- 12- محمد دويدار، مبادئ الاقتصاد السياسي، الشركة الوطنية للنشر و التوزيع، الجزائر ، 1981 .
- 13- محمد عباس ابراهيم، الانترنترولوجيا مداخل و تطبيقات ، دار المعرفة الجامعية، مصر ، 2001،
- 14- محمد محمد ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس الزقازيق ، مصر ، الطبعة الثانية، 2006
- 15- مهند احمد حلوش، اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى ، الاردن، 2004.
- 16- نايف قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الايزو، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، عمان، الاردن، 2005.
- 17- وزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، دار ايتراك للنشر و التوزيع ،، القاهرة، 1998.
- 18- منظمة الصحة العالمية، تقرير عن حلقة دراسية بين اقاليم منظمة الصحة العالمية، بحوث الصحة العامة رقم 64، عام 1985.
- 19- الدورة 22 ، ، البند 3 من جدول الاعمال قضايا جوهرية ناشئة عن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، جنيف (25 افريل-12 ماي 2000)
- 20-Faridah djellal et autres , L'Hôpital Innovateur ;DE L,innovation Médical A L,innovation De Service,Masson ,Paris,2004.