



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 - قالمة -



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم الاجتماع

التوجه إلى جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

دراسة ميدانية بالعيادات الصحية الخاصة بمدينة قالمة - لولاية قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم الاجتماع
تخصص: علم اجتماع الصحة

إشراف الأستاذة

د. زنقوفي فوزية

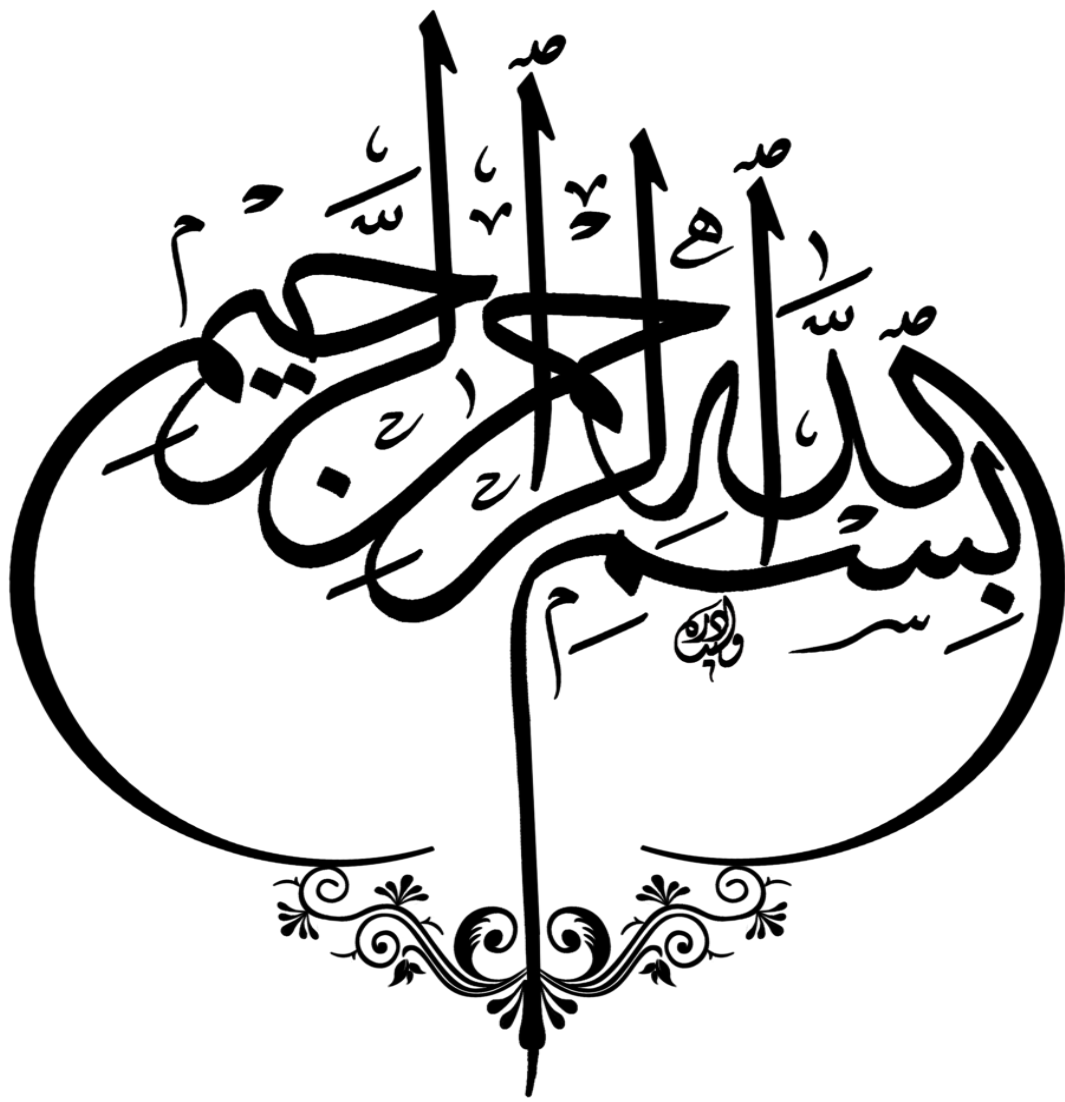
إعداد

مكموش شيماء

كردوسي مروة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
د. بن حسان زينة	أستاذ محاضر "أ"	رئيسا
د. زنقوفي فوزية	أستاذ محاضر "أ"	مؤطرا
د. بن فرحات غزالة	أستاذ محاضر "أ"	ممتحنا

السنة الجامعية: 2022/2021م



كلمة شكر وتقدير

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم

(من لم يشكر الناس لم يشكر الله ومن أهدى إليكم معروفا فكافئوه فإن لم تستطيعوا فادعوا له)

وعملا بهذا الحديث واعتراف بالجميل، نحمد الله عز وجل ونشكره على أن ووفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع.

ونتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتورة الفاضلة المشرفة "**زقوني فوزية**" التي رافقتنا طيلة هذا البحث وأمدتنا بالمعلومات والنصائح القيمة راجين من الله عز وجل أن يسد خطاها ويحقق مناهها فجزاها الله عنا كل خير.

وإلى جميع أساتذة علم الاجتماع ونخص بالذكر أصحاب العيادات الصحية الخاصة على المساعدات والتسهيلات لنا فجزاهم الله عنا كل خير.

وأخير لا يفوتنا أن نعبر عن بالغ تحياتنا إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث المتواضع.

إهداء

ما أجمل أن يجود المرء بأعلى ما لديه والأجمل أن يهدي الغالي للأعلى

هي ذي ثمرة جهدي أجنبيها اليوم هي هدية أهديتها إلى:

والدي الغالي "عبد الله" حفظه الله

أمي العزيزة "زكية" اطال الله عمرها

وأخي وسندي في الحياة "عبد الرحمن" أتمنى أن أراه في أعلى المراتب

وجميع اخواتي "أمينة، إيمان، سارة"

وأزواجهم

وأبنائهم "أسيل، أريج، آلاء، مريم، يوسف، أنس"

وأصدقائي في هذه الحياة "توتة وخولة" التي تمنيت أن أكمل دراستي بجانبهم

وإلى زميلاتي في الدراسة "مروة، شياء، بثينة".

شياء

إهداء

بالصبر تفتح أبواب السعادة والشكر تدوم النعم، بذكر الله تطمئن القلوب
جعلنا الله وإياكم من الذاكرين الشاكرين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين.

إلى ذرعي الذي احتميت به وفي الحياة اقتديت به أبي الغالي "جليل"

أطال الله في عمره. إلى أغز ما أملك في الوجود والتي منحني الحنان

والدعوات أُمي الغالية "صبيحة" حفظها الله وأدامها نور الدربي.

إلى قوتي وضلعي الثابت الذي لا يميل إخواني: إسماعيل، خولة وزوجها،

أيوب، آدم، لجين.

وأبناء أختي: إلين، جاد، جهاد، دراين، ولكل من يحمل لقبني وبأخص جدي

وعمتي حفظها الله ورعاها، وإلى جداتي المتوفيات رحمة الله عليهما.

إلي سندي العظيم ورفيقي دربي، إلى من شاركني السعادة والحزن وشاركني

لحظات النجاح، وقاسمني لذة الفرحة زوجي "إدريس" أسألك اللهم أن تحفظه

وتجعله بجواري لأخر العمر وكل عائلة "حيمر"

إلي زميلتي ورفيقتي في هذا البحث "شيماء" فأحفظها اللهم بعينك التي لا

تنام.

مروة

محتويات الدراسة

الصفحة	قائمة المحتويات
	شكر وتقدير
	الإهداء
أ	محتويات الدراسة
ب	فهرس الجداول
ج	فهرس الأشكال
01	مقدمة
الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة	
05	أولاً: الإشكالية
07	ثانياً: فرضيات الدراسة
08	ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة
08	1- الجودة
10	2- الخدمات
11	3- الصحة
12	4- الخدمات الصحية
13	5- جودة الخدمات الصحية
15	6- القطاع الخاص
16	7- السياسة
17	8- الخصخصة
18	9- سياسة الخصخصة
20	رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة
21	1- مجالات الدراسة
24	2- منهج الدراسة
25	3- تقنيات البحث الميداني
27	خامساً: الدراسات السابقة
27	1- الدراسة الأولى

30	2- الدراسة الثانية
32	3- الدراسة الثالثة
34	4- الدراسة الرابعة
35	5- الدراسة الخامسة
37	6- الدراسة السادسة
39	7- الدراسة السابعة
الفصل الثاني: المقاربات النظرية المفسرة لجودة الخدمات الصحية وسياسة الخصخصة	
43	أولاً: نظرية الدور الاجتماعي
45	ثانياً: نظرية أصحاب المصلحة
50	ثالثاً: نظرية X لـدوجلاس ماجريغور
51	رابعاً: النظرية الطرفية الموقفية
53	خامساً: نظرية صنع القرار
58	سادساً: نظرية النظام التعاوني
59	سابعاً: النظرية البنائية الوظيفية
الفصل الثالث: التطبيقات الحديثة لمفهوم جودة الخدمات الصحية	
67	أولاً: تحليل ماهية جودة الخدمات الصحية الخاصة
67	1- مراحل تطور مفهوم الجودة.
73	2- بداية الاهتمام بجودة الخدمات الصحية.
77	3- المستشفى كمنظمة لتقديم الخدمات الصحية.
80	4- الخدمات الصحية والكفاءة الإنتاجية للمستشفيات.
83	ثانياً: الإطار التكاملي لجودة الخدمات الصحية الخاصة
83	1- المعايير المحددة لمستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة.
87	2- التصنيف المميز للخدمات الصحية الخاصة.
89	3- المؤشرات الاستدلالية لأهمية الجودة.
96	4- الجهود المبذولة لتدعيم الخدمات الخاصة.
الفصل الرابع: ممارسات واستراتيجيات تطبيق سياسة الخصخصة	
105	أولاً: الإجراءات العملية والتطبيقية لسياسة الخصخصة
105	1- التوجهات الفكرية الحديثة لاعتماد سياسة الخصخصة
108	2- المراحل التطبيقية للخصخصة

110	3- الشروط التنفيذية للخصخصة
115	4- الخصائص المميزة لتحقيق أهداف الخصخصة
119	ثانياً: كيفية إدارة العيادات والمستشفيات في ظل الخصخصة.
119	1- توظيف أساليب وأشكال الخصخصة
124	2- اعتماد استراتيجيات التحويل من العام إلى الخاص.
128	3- اللجوء إلى استخدام الشركات المساهمة.
131	4- العراقيل وآفاق الخصخصة.
الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسية الخصخصة	
141	أولاً: كيفية اعتماد الجودة في تقديم الخدمة الصحية
141	1- ترشيد التكاليف والنفقات الصحية.
143	2- الانفاق العام على برامج الخدمات الصحية وسبل دعمها.
148	3- العدالة الاجتماعية كمؤشر شمولي في توزيع الخدمات الصحية .
151	4- فاعلية تحديد سعر الخدمات الصحية المقدمة.
156	ثانياً: التطبيقات العملية لسياسة الخصخصة
156	1- اندماج سياسة الخصخصة في عملية إصلاح الأوضاع الصحية.
158	2- خصخصة الخدمات العلاجية الصحية.
161	3- انعكاسات سياسة الخصخصة على المستوى التخطيطي والتنفيذي.
166	4- نماذج عن تجارب دولية في ظل سياسة الخصخصة.
الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة	
173	أولاً: تحليل البيانات
197	ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة
197	1- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
200	2- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة
201	3- مناقشة النتائج في ضوء المقاربات النظرية
203	ثالثاً: النتائج العامة
204	رابعاً: توصيات الدراسة
205	خاتمة
207	المراجع
223	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
21	القائمة الإسمية لعناوين عيادات الدراسة الميدانية	01
86	تصنيف الخدمات.	02
93	الخدمة الصحية الخاصة الشاملة.	03
175	توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية والفئة المهنية	04
176	مكان إقامة الطاقم الطبي.	05
177	كيفية الإعلان عن البرامج الصحية.	06
179	متابعة المرضى داخل وخارج العيادة.	07
182	اقتراحات تقديم الخدمة الصحية في العيادات الخاصة.	08
183	سبب فتح العيادات الخاصة.	09
183	سبب ممارسة المهنة الطبية داخل العيادات الصحية الخاصة.	10
185	تحسين الخدمة الصحية الخاصة.	11
186	سبب استخدام نظام المناوبة بالعيادات الخاصة.	12
187	الاهتمام الجيد بالمرضى داخل العيادات الخاصة.	13
188	الأشكال الأساليب المناسبة لحسن تقديم الخدمة الصحية.	14
188	إلتزام المرضى بمواعيد المراقبة الطبية.	15
189	عملية التكفل بالمرضى في عيادات الخاصة.	16
190	الخدمات الإضافية المرافقة للعلاج بالعيادات الخاصة.	17
191	شروط التكفل الجيد بالمرضى.	18
192	استقبال العيادة لعدد كبير من المرضى في اليوم الواحد	19
194	تخفيض تكلفة العلاج لبعض الحالات الاستثنائية.	20
196	أسباب عدم تطبيق سعر موحد للتقديم الخدمة.	21
196	الصعوبات التي يواجهها الطاقم الطبي أثناء تقديم الخدمة الصحية الخاصة	22

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
74	مفهوم جودة الخدمة الصحية.	01
91	يوضح القيم الجوهرية للجودة.	02
95	نموذج أندوسون وادي الموسع لطريقة السلوكية لإستفادة من الخدمات الصحية	03
154	التكاليف الفردية للخدمة الصحية	04
173	توزيع المبحوثين حسب الجنس	05
174	توزيع المبحوثين حسب السن	06
175	توزيع المبحوثين حسب الأقدمية في العمل	07
177	يوضح معايير وتصنيفات تقديم الخدمات الصحية الخاصة.	08
178	كيفية توجيه المريض عند الوصول للعيادة.	09
179	يوضح طريقة المراقبة المستمر للعيادة	10
180	الأدوات والوسائل الحديثة الضرورية للتكفل بالحالات الصحية.	11
181	مدى اهتمام الطاقم الطبي بمظهر العيادة.	12
181	توفر شروط الراحة والأمان بالعيادة	13
184	المجهودات المبذولة لتقديم الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة.	14
186	كيفية التحسين المستمر لتقديم الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة	15
189	تأثير الموقع الجغرافي على عمل العيادات الصحية الخاصة.	16
191	اشتغال الطاقم الطبي بمناصب خارج العيادة.	17
193	صلاحيات العيادات الخاصة في توجيه المريض للقطاع العام.	18
194	تلقي الدعم المادي من طرف الدولة.	19
195	سبب عدم اعتماد نظام التكلفة الواحدة.	20

تواجه الأنظمة الصحية في مختلف المجتمعات المتقدمة منها والنامية قضايا رئيسية تعود لمواضيع تتعلق بإنتاج وعدالة توزيع الخدمات الصحية، وجودة هذه الخدمات وتكلفتها المتصاعدة، وللتعامل مع هذه القضايا، توجه التركيز على الإدارة الصحية من طرف الكثير من الدول وبشكل خاص الدول المتقدمة، حيث بدأت تعطى اهتماما متزايدا لموضوع الإدارة الصحية وتوفير الأطر الإدارية، نتيجة لاقتناع هذه الدول بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه أنظمتها الصحية ليست مشكلة إمكانيات وموارد، فبقدر ما تكون الإدارة مؤهلة وفاعلة بقدر ما تحسن استعمال هذه الموارد.

إن الاهتمام بالخدمات الصحية والعمل على جعلها في المستويات المطلوبة التي تتال رضا المرضى وتحقيق احتياجاتهم، هي من أهم الأولويات التي يجب أن تسهر على تحقيقها أي منظمة صحية، لذلك أصبحت هذه الأخيرة تسعى جاهدة لتوطيد العلاقة التي تربطها بزبائنهما، من خلال إيجاد أساليب وتقنيات مميزة تساعد على البقاء في ظل احتدام المنافسة وتوفير البدائل والعروض. فالمريض لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات، بحيث فرض نفسه كطرف مهم يحكم على صورة ومكانة العيادة الصحية الخاصة بمنظور جملة من المعايير، تأتي في مقدمتها الجودة التي تعتبر الأهم بالنسبة للمريض والأصعب بالنسبة للعيادة الصحية الخاصة.

من أجل ذلك، فقد انصب اهتمام الأطراف الفاعلة في النظام الصحي على موضوع الجودة الذي أصبح من أكثر المواضيع طرحا وإحاحا على مستوى المؤسسات الاستشفائية سواء العمومية أو الخاصة، فالجودة مطلوبة في كافة مجالات العمل، إلا أنها تكتسي أهمية وخصوصية أكبر من جانب المؤسسات الاستشفائية، لأنها تتعلق مباشرة بالإنسان.

لذلك، فإن إصدار الأحكام عن مستويات الأداء وجودة الخدمات الصحية، لا يتم إلا بإتباع أساليب عملية ومنهجية تمكن من دراسة درجات الفعالية والإحاطة بمختلف حيثياتها، من أجل تكوين صورة واضحة ودقيقة تؤدي إلى تحديد جوانب القوة ومكامن الخلل ومحاولة تحسينها وتصحيحها، ذلك أن إرضاء المرضى يعتبر عنصراً مهماً من عناصر نجاح المؤسسات الاستشفائية، خاصة في ظل التطورات السائدة في جميع الميادين، لذلك يتحتم على هذه المؤسسات التعرف باستمرار على رغبات زبائنهما وإشباعها وكيفية إدراكهم لما تقدمه المؤسسات من خدمات والسعي إلى تحسين مستوى الأداء.

وفي ظل اهتمام معظم الدول بأساليب وأنظمة الخدمات الصحية، أصبحت العيادات الصحية الجزائرية الخاصة مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحسين جودة ما تقدمه من خدمات لتستعيد ثقة

زبائنها، وهذا لا يكون إلا من خلال التقييم الفعال للجودة المدركة لخدماتها، ومن ثم تحسينها وتطويرها، ولتتمكن من إرضاء زبائنها مع ضمان البقاء في الوسط التنافسي الذي تنشط فيه.

وسيقاً على ذلك، فقد تم اختيار موضوع بحثنا الذي يندرج تحت عنوان "التوجه إلى جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة" بعد توافر مجموعة من المبررات الذاتية والموضوعية، التي سمحت لنا باختياره، من بينها الميل الشخصي والرغبة في الاطلاع على كل ما هو جديد فيما يخص الموضوع، وكذلك الاهتمام المتزايد من قبل الباحثين والدارسين في مجال جودة الخدمات الصحية الخاصة، فضلاً عن أن الموضوع يتلاءم مع طبيعة التخصص.

ووفقاً لهذه المبررات، فإن دراسة موضوع جودة الخدمات الصحية الخاصة له أهمية علمية وعملية، تتمثل في إبراز مساهمة القطاع الخاص في تفعيل وتطوير هذه الخدمات. كما يساهم القطاع الصحي في تنمية المجتمع، لارتباطه بصحة الإنسان الذي له الدور الفعال في دفع عجلة التطور، بالإضافة إلى ضرورة أخذ اقتراحات كل من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي في تحقيق الجودة، والعمل على الكشف المشاكل التي تحول دون تقديمهم لخدمات صحية ذات جودة شاملة.

وترجع أهمية البحث إلى أهمية القطاع الصحي والدور الذي يلعبه بالمنطقة في تقديم الخدمات الصحية، وفي أهمية القطاع الخاص والاهتمام البالغ الذي توليه العيادات الخاصة على مختلف نشاطاتها خاصة في الآونة الأخيرة.

إضافة إلى أن كل دراسة أو بحث علمي يهدف إلى اكتشاف حقيقة معينة أو تفسير ظاهرة معينة، وهذا بفضل التحقيقات المتعلقة بالواقع المدروس من الباحث الاجتماعي.

وبناءً على هذه الأهمية تندرج أهداف موضوعنا في:

- التعريف بمفهوم جودة الخدمات الصحية الخاصة وسياسة الخصخصة من الجانب النظري والتطبيقي، خصوصاً وأنه من المفاهيم الصحية والاقتصادية التي ما تزال بحاجة إلى البحث والدراسة.

- محاولة إبراز أهمية جودة الخدمات الصحية الخاصة لضمان استمرارية وفاعلية العيادة.

ولتحقيق هذا المسعى، قسمت دراستنا إلى ست فصول على النحو التالي:

يتناول الفصل الأول الإطار التصوري والمنهجي للدراسة، حيث تعرضنا فيه إلى طرح الإشكالية، فرضيات الدراسة، مفاهيم الدراسة، الإجراءات المنهجية للدراسة والدراسات السابقة، أما الفصل الثاني فقد خصصناه للاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الخدمات الصحية الخاصة وسياسة الخصخصة، في حين

تناولنا في الفصل الثالث التطبيقات الحديثة لمفهوم جودة الخدمات الصحية، وخصص الفصل الرابع إلى ممارسات واستراتيجية سياسة التخصص، أما الفصل الخامس فقد تضمن جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة التخصص. وشمل الفصل السادس الإطار التحليلي للدراسة، بحيث ضم تحليل البيانات الخاصة باستمرار البحث والاستعانة بدليل المقابلة في التحليل، استخلاص النتائج العامة للبحث وصولاً إلى أهم التوصيات.

الفصل الأول

الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

أولاً: الإشكالية

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة

رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

خامساً: الدراسات السابقة

أولاً: الإشكالية

يشهد قطاع الخدمات الصحية تحولا جذرياً في التوجه نحو تطبيق معايير الجودة الشاملة، وذلك في إطار السعي لرفع مستوى الأداء وتحقيق الميزة التنافسية ضمن التطور المعرفي والتكنولوجي لمجتمعات عصر المنهج العلمي⁽¹⁾. لأجل ذلك تعد الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي، من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع، خاصة في توجهها للسعى إلي تحسين الخدمات الصحية، والتي شهدت أخطاءً طبية في ظل غياب المعايير والمقاييس الصريحة والموضوعية التي تعمل بصفة خاصة على تقييم كفاءة وفاعلية الأداء الإداري وطاقم الطبي.

وسيقاً على ذلك، يعد موضوع جودة الخدمة من أهم الموضوعات الحديثة في مجال تسويق الخدمات، فمن خلال مراجعة البحوث والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث، اتضح أن الجدل مازال مستمرًا حول قياس جودة الخدمة، حيث لا يوجد اتفاق عام على مقياس واحد مقبول يصلح تطبيقه على جميع أنواع الخدمات، ولا يوجد أمام الباحثين سوى إجراء المزيد من البحوث التطبيقية في مختلف أنواع الخدمات للتأكيد من مدى مصداقية وصلاحيّة المقاييس المستخدمة حالياً، والتي تُبثُّ صدقها في بعض أنواع الخدمات التي تم دراستها.

وإذا كان مؤشر الخدمة في القطاع الخاص قد شغل كثيراً اهتمام الباحثين منذ أواخر الثمانينات وأوائل التسعينات، فإن معيار جودة الخدمة في المنظمات العامة لم يتلق مثل هذا الاهتمام حتى وقت متأخر من التسعينات، نظراً لصعوبة قياس جودة الخدمة في المنظمة العامة مقارنة بجودة الخدمة في القطاع الخاص⁽²⁾.

وعليه، فقد أصبح التحول من النظام الاقتصادي القائم على التخطيط المركزي، والذي يؤدي فيه القطاع العام الدور الرئيسي، إلى النظام القائم على آليات السوق، والذي يؤدي فيه القطاع الخاص الدور الرئيسي سمة من سمات عصر العولمة. حيث استند هذا التحول إلي العديد من المبررات والحجج المتفاقمة في المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والتي عانت منها الدول النامية في ظل سياسات التخطيط المركزي. كما يعد هذا التحول من وجهة نظر المؤيدين له جزءاً من عملية الإصلاح الشامل في الدول النامية، فهو وسيلة لرفع الكفاءة الإنتاجية والخدمية، لكونه يقوم على تشجيع القطاع الخاص

¹ - Lister, M. Divey ,S .Grant And Kelly: **New Media_ Acritical In Troduction**; Routhge-London 2003, P₉₁

² - عبد الرحمن، أحمد عبد الكريم: قياس جودة الخدمة في المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمة الصحية بالمستشفيات الجامعية، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، كلية التجارة، جامعة سوهاج، مصر، 2000م، ص260.

الهادف إلي توسيع أنشطته والمشاركة بقوة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ومن ثم التوجه نحو التخصصية التي تعد من أهم منطلقات العولمة⁽¹⁾.

وبالنظر إلي حالة المنظمات الصحية في الجزائر ووضعيتها، على اعتبار أن معظمها تابعًا للقطاع العام وما يصحبه من قلة و ضعف في الإمكانيات، نجد أن المنافسة أسهمت بدور رئيسي في تحسين وتجويد الخدمات مع تنامي ظهور المستشفيات والعيادات الخاصة. هذه الأخيرة التي تعرف فيما بينها تنافسًا حادًا يحتم على كل واحدة منها السعي لجذب المرضى إليها حتى تضمن البقاء والاستمرار، وهذا لن يكون بالأمر السهل إن لم تنتهج هذه المنظمات الصحية أسلوبًا إداريًا جيدًا قوامه الممارسة الفاعلة⁽²⁾. وفي المقابل، تسعى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لمواكبة التوجه العالمي نحو التحسين المستمر لتطوير الخدمات الصحية. ولبلوع أعلى مستوى ممكن من جودة الخدمات الصحية الخاصة، وتحقيق رضا المريض أو متلقي الخدمة ومقدمها على حد سواء في جميع المرافق الصحية، قامت الوزارة بعدد من الإصلاحات بداية من سنة 2013م، مست مجالات التسيير والتنظيم بالمؤسسات الاستشفائية.

وتبين مع عملية المراقبة والتقييم لمختلف الهياكل الصحية، ووجود حالة من الاستياء التي يشعر بها غالبية مرضى المؤسسات الاستشفائية، بسبب ضعف ما يقدم إليهم من خدمات، وعدم قدرة الإدارة الاستشفائية على اتخاذ الإجراءات اللازمة نحو التحسين والتطوير لمعالجة شكاوهم وضمان عدم تكرارها⁽³⁾.

ووفقا لما سبق، نسعى من خلال موضوع دراستنا إلى الكشف عن إمكانية حصول المواطنين على خدمات صحية ذات طابع وقائي وعلاجي، وتكون على درجة كافية من الجودة بما يضمن فاعليتها، دون الاضطرار إلى دفع تكاليف إضافية، لأن جوهر التغطية الصحية الشاملة يكمن في وجود نظم صحية متينة محورها الأساسي الاهتمام بالمواطن. وهذا يعنى الوصول لأفضل مستوى صحي ممكن وفق الموارد

¹ - عبد المجيد، محمد سعيد: تخصصية القطاع الطبي والدور الاجتماعي للدولة-دراسة ميدانية على بعض المؤسسات الطبية في مدينة طنطا-مجلة كلية الآداب، العدد 16، مصر، 2003م، ص23.

² - نجاه العامري: تسويق الخدمات الصحية-دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة-، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق الخدمات، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة-الجزائر-، 2008/2009م، ص3.

³ - قشي حبيبة: أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية-دراسة حالة على عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية-، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر-بسكرة-الجزائر، 2019-2020م، ص1.

المتاحة في العيادات الصحية الخاصة، والذي يتصف حسب ما تم التخطيط إليه في ظل تطبيق سياسة الخصخصة بالعدالة والمساواة، الكفاءة، الجودة، المرونة، القدرة المادية، الفاعلية والموثوقية، بما يحقق رضا المستفيدين من هذه الخدمات الصحية الخاصة.

وبناءً على ما سبق، يمكننا طرح التساؤل الرئيسي لموضوع دراستنا كالاتي:

- ما هي فاعلية جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل تطبيق سياسة الخصخصة؟

وبهدف توضيح توجهات البحث، فقد تم تجزئته هذا السؤال إلي أربع أسئلة فرعية ندرجها على النحو

التالي:

- 1- ماهي أهم المعايير والتصنيفات المحددة لمستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة؟
- 2- هل تغيرت طرق توظيف أشكال وأساليب تقديم الخدمات الصحية الخاصة باعتماد سياسة الخصخصة؟
- 3- ماهي المؤشرات المعتمدة في ضبط جودة تقديم الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة؟
- 4- كيف انعكست المتغيرات المطبقة في سياسة الخصخصة على جودة تقديم الخدمات الصحية الخاصة؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

الفرضية هي عبارة عن فكرة مبدئية، تربط بين الظاهرة موضوع الدراسة والعوامل المرتبطة أو المسببة لها.⁽¹⁾ كما أنها عبارة عن إجابة احتمالية لسؤال مطروح في إشكالية البحث، ويخضع للاختبار، سواء عن طريق الدراسة النظرية، أو عن طريق الدراسة الميدانية. وللفرضية علاقة مباشرة بنتيجة البحث. بمعنى أن الفرضية هي الحل لإشكالية كوّنت مشكل.

واستناداً لما تطرحه إشكالية البحث من تساؤلات، فإن الدراسة استلزمت منا صياغة فرضية أساسية وأربعة فرضيات جزئية.

تتمثل الفرضية الرئيسية في:

- أسهمت سياسة الخصخصة في تحسين جودة الخدمات الصحية الخاصة.

¹ - عبد الباسط محمد حسين: قواعد البحث الاجتماعي، دار المعارف، القاهرة-مصر، 1974م، ص160.

ولتحقيق هذه الفرضية صيغت أربع فرضيات جزئية:

- 1- يتحدد مستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة بمجموعة من المعايير الاقتصادية والصحية ضمن تصنيفات مميزة في المجال التعليمي والصحي.
- 2- فرضت سياسة الخصخصة بعض التغيرات في توظيف أشكالها وأساليبها لتقديم الخدمات الصحية الخاصة.
- 3- يعتمد ضبط جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة على مؤشرات العدالة الاجتماعية وترشيد التكاليف والنفقات الصحية.
- 4- تؤدي المتغيرات السياسية والاقتصادية للخصخصة إلى العديد من التأثيرات السلبية التي انعكست على جودة تقديم الخدمات الصحية الخاصة.

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة

يرجع الباحث أساساً إلى المفاهيم الواردة في عنوان موضوع بحثه استناداً إلى بعض المفاهيم المستترة (غير الظاهرة) في عنوان بحثه، بعض المفاهيم الواردة في إشكالية البحث، بعض المفاهيم الواردة في خطة البحث، ثم إلى بعض المفاهيم التي تُستخدم في محتوى البحث، أين يتم تحديد المفهوم لغة، اصطلاحاً، وإجراءً⁽¹⁾.

1- الجودة Quality

الجودة اسم جمعها جودات وهي المصدر من جاد، وتعني كون الشيء جيداً، ومعناها أنه عرف بصناعته الجيدة، الجودة هي النوعية، أو هي مجمل الخصائص والسمات لخدمة أو منتج معين تجعله يليق بالمستهلكين أو المستفيدين، فالجودة مصدر لفظ (جاد) مثل الكيفية مصدر من لفظ (كيف) وكيفية الشيء تعني حالته وصفته⁽²⁾.

عرف ابن منظور في معجمه لسان العرب كلمة الجودة بأن أصلها "جود" والجيد نقيض الرديء، وجاد الشيء جوده، وجوده أي صار جيداً، وأجاد أي أتى بالجيد من القول والفعل⁽³⁾.

¹- أحمد شفيق السكر: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م،

ص351.

²- سعد فؤاد علي حياطة: التطوير الإداري، دار الابتكار للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2018م، ص39،40.

³- ابن منظور محمد بن مكرم بن علي: لسان العرب، المجلد 6، دار المعارف، بيروت-لبنان، 1984م، ص72.

عرفت أيضا أنها النوعية، أو هي المقياس الذي يميز خدمة أو منتج، بحيث تكون دون نواقص أو عيوب، ويكون ذلك من خلال مجموعة من القواعد والمعايير التي يستوجب الالتزام الشديد بها، بحيث يتم قياسها بشكل دوري من أجل اعتمادها، والشرط فيها أنها تكون قابلة للتنفيذ والتحقق، والمعيار الحقيقي هو مدى رضا المستفيدين من الخدمة.

عرفت الجودة من قبل "Armandv Feigenbun" على أنها "جميع صفات وخصائص المنتج التي تحدد التوافق مع رغبات وتوقعات العملاء"⁽¹⁾.

كما عرفها "Deming" على أنها "تحقيق احتياجات وتوقعات العميل الحالية والمستقبلية"⁽²⁾. ويعرفها "joseph M juran" بأنها "ملائمة المنتج للاستخدام. ويقصد بذلك أن يكون المنتج قادراً على الاعتماد عليه في تحقيق ما ينتظره العميل منه"⁽³⁾.

أما الجودة عند فيشر "fisher" فهي تعبر عن درجة التألق والتميز عند مقارنتها مع المعايير المرفوعة من منظور العميل⁽⁴⁾.

أما حسب منظمة الدولية للمقاييس ايزو(ISO)، تعرف الجودة على أنها مقدار إشباع احتياجات ورغبات العملاء الصريحة والضمنية⁽⁵⁾.

وعرفتها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة (ASQ)، على أنها عمل الشيء بالشكل الصحيح من أول مرة والتحسين المستمر له بهدف تحقيق رضا العميل⁽⁶⁾.

ومما سبق نستخلص إلي تحديد المفهوم الإجرائي للجودة كالتالي:

الجودة هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها، والخدمات الصحية المقدمة.

¹- رعد حسن الصرن: كيف تتعلم أسرار الجودة الشاملة، دار علاء الدين، سوريا، 2010م، ص16.

²- W.E.Deming: **out of the crisis**, Massachusetts Institute of technology UNIS, 1986, P₅.

³- محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة- مدخل استراتيجي تطبيقي-، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2016م، ص15.

⁴- رعد عبد الله الطائي، عيسى قداة: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري، عمان-الأردن، 2008م، ص29.

⁵- المرجع السابق: ص29

⁶- خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ: إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2009م، ص20.

2- الخدمات

يعرف قاموس قطر المحيط فعل خدم يخدم خدمة وجمعها خدم وخدمات، فمعنى خدم الرجل رجلا آخر، أي مهنة وعمل له. فهو خادم جمع خدام، وخدم، ومؤنثها خادمة وخدمات، ومعنى اختدم الرجل أي يخدم نفسه ويقدم لنفسه خدمة، ومعنى فعل أخدم أي وهب خادما. واستخدام أي اتخذ خادما وجعله يخدمه⁽¹⁾.

تعريف Philip Kotlen: عرفها بأنها عبارة عن نشاط أو منفعة تخضع إلى التبادل وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عنها أي ملكية، ويمكن أن يكون تقديم الخدمة مرتبط بمنتج مادي أو يكون كذلك⁽²⁾.

يرى فرونروس Gronroos أنها نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المالية أو السلع أو الأنظمة فهي تقدم في العادة كحلول لمشاكل العميل⁽³⁾.

عرفها stanton بأنها النشاطات غير المحسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى⁽⁴⁾.

أما بحسب jean lapeyre الخدمة هي ذلك النشاط الذي يشكل قيمة اقتصادية بالاستجابة إلى حاجات ورغبات الزبون، دون أن يتطلب ذلك إنتاج شيء ملموس⁽⁵⁾.

تعرف الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة على أنها منتجات غير ملموسة في جوهرها، لكن ما يحيط بها يكون ملموسا. لذلك تظهر في مجملها بأنها غير ملموسة لا يمكن نقلها أو تخزينها. إذ يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستخدم. والمنتجات الخدمية يصعب تحديدها بدقة، فهي تنتج وتستهلك في الوقت نفسه، لذلك لا يتولد عنها شعور بالملكية⁽⁶⁾.

¹ - المعلم بطرس البستاني: قطر المحيط-قاموس لغوي ميسر-، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت-لبنان، 1995م، ص141.
² -Jochen_Wiertz et autre : **Marketing De Services**, Edition ed-6: Pearson education , France,2009, p12.

³ - قاسم نايف علوي الجبوي: إدارة الموارد البشرية في الخدمات-مفاهيم وتطبيقات-، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2006م، ص52.

⁴ - خديجة عتيق: واقع التسوق المعرفي في البنوك وأثرها على رضا العملاء-دراسة ميدانية للبنوك التجارية الجزائرية-، دار خالد الحياي للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، د.س، ص31.

⁵ - غسان فيصل عبد: المrix التسويقي الخدمي وانعكاساته على المكانة الذهنية-دراسة تحليلية لآراء رواد الفنادق خمسة نجوم في بغداد-، مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد1، العدد1، بغداد، 2011م، ص01.

⁶ - أحمد زاكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان للنشر، لبنان، 1982م، ص375.

وتعرف أيضا بأنها تصرفات أو أنشطة أداء تقدم من طرف إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة غير ملموسة ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء. كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبطا بمنتج مادي ملموس⁽¹⁾.

ومما سبق نستخلص أن الخدمة هي سلوكيات إيجابية وإجراءات عديدة لتحقيق منفعة أو عدة منافع من خلال متطلبات سكان المجتمع.

3- الصحة

بحث علماء اللغة مفردة الصحة انطلاقا من فعل صحَّح، ثم أجروا عليها الاشتقاقات باعتبارها مصدرا فقالوا: الصحة صحَّح، يصحُّ، صحَّأ، والصحة هي خلاف السقم وهي ذهاب المرض والمتلبس بها يسمى صحيحا، والجمع صحَّاح. يقال صحَّ فلان من علته واستصح⁽²⁾.

ويقال صححه الله فهو صحيح وصحَّاح بالفتح، وأصححه الله إذا أزال مرضه، ويقال للمريض إذا سلم من علته: صح المريض⁽³⁾.

تعرف الصحة في الاصطلاح بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة. وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعادها واعتماد تعزيزها. والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسدية والعقلية وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير. ويتوقف مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم والنفسي، المجتمع في إطار القيم⁽⁴⁾.

فقد عرف محمد عابد الجابري الصحة بأنها: حالة في العضو، بها يفعل الفعل الذي له بالطبع وهذا الحد هو من الحدود الظاهرة بأنفسنا⁽⁵⁾.

تعريف منظمة الصحة العالمية: الصحة هي حالة اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا. لا مجرد انعدام المرض أو العجز⁽⁶⁾.

عرفها ونسلو: تعرف الصحة العامة على أنها علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بما منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئية ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد

¹ - بشير بودية وطارق قندوز: أصول ومضامين تسويق الخدمات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2016م، ص120.

² - ابن منظور: مرجع سابق، ص241.

³ - رشدي قطاش وآخرون: علم الاجتماع الطبي، ط2، دار اليازوري العلمية للنشر، الأردن، 2003م، ص62.

⁴ - طلعت الدمراس: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة القدس، مصر، 2006م، ص18.

⁵ - محمد عابد الجابري: الكليات في الطب مع المعجم بالمصطلحات الطبية العربية، سلسلة التراث الفلسفي العربي، مؤلفات ابن رشد

(5)، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت-لبنان، 1999م، ص161.

⁶ - www.who.int. 2022 /01/10 أطلع عليه بتاريخ

الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطور الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة⁽¹⁾.

عرفها Perkino: بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وإن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم من العوامل الضارة التي يتعرض لها. وأن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه⁽²⁾.

ومما سبق نستخلص أن الصحة هي: غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل.

4- الخدمات الصحية

عرفت بأنها نشاطات اقتصادية تعمل على خلق القيمة، في نفس الوقت تقدم منفعة للمستهلكين في الزمان والمكان الذي يحددهما ويرغب فيهما طالب الخدمة⁽³⁾

تشمل الخدمات الصحية كافة الخدمات التي تعني بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها، وهي تشمل كل الخدمات الصحية الشخصية والمرتكزة على السكان⁽⁴⁾.

تعرف الخدمة الصحية على أنها الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلي فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع⁽⁵⁾.

كما تعرف بأنها العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو تدخلا طبيا، بحيث ينتج عنه رضا انتفاع من قبل المرضى أن يكون المريض بحالة صحية أفضل⁽⁶⁾.

يعتبر مفهوم الخدمة الصحية مفهوم مقسم إلى قسمين رئيسيين:

▪ **الخدمة العلاجية:** تشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي أو بالتدخل العلاجي.

¹- سلوى عثمان الصيفي والسيد رمضان: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004م، ص41.

²- نجاه صغير: تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير منظمات، جامعة الحاج لخضر، باتنة-الجزائر، 2012م، ص45.

³- بحار سعد عباس علي: مرجع سابق، ص101.

⁴- فوزي شعبان مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة، 1998م، ص9.

⁵- عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أوبكر بلكايد، تلمسان-الجزائر، 2012م-2011م، ص35.

⁶- بحار سعد عباس علي: مرجع سابق، ص102.

▪ **الخدمة الصحية الوقائية:** وتعنى الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي⁽¹⁾.

وتعنى أيضا: مسؤولية المؤسسة الصحية كمنتج للخدمة تجاه المرضى⁽²⁾.

وتعرف الخدمة الصحية أيضا على أنها: المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل⁽³⁾.

تعرف أيضا: جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو انتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض⁽⁴⁾.

ومما سبق نستخلص أن الخدمات الصحية هي كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية.

5- جودة الخدمات الصحية

تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها ذلك المستوى من الأداء الذي يراه المريض في الخدمة المقدمة له بما كان يتوقعه⁽⁵⁾.

وتعرفها الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أي مشكلة طبية.

¹- فريد كورتل ودرمان سليمان صادق: تسويق الخدمات الصحية، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، د.س، ص86،85.

²- عبد المهدي بوعانة: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية- مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية-، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004م، ص6.

³- المساعد زكي خليل: تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 1998م، ص87.

⁴- ديون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، العدد 11، ورقلة-الجزائر، 2012م، ص216.

⁵- بشير علاق: ثقافة الخدمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2009م، ص37.

وعرفت أيضا على أنها "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، من دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد⁽¹⁾.

وتعرف أيضا بأنها "تقديم خدمات صحية أكثر أمان وأسهل منال وأكثر اقناعا لمقدميها وأكثر إرضاء للمستفيدين منها، بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة⁽²⁾. كما عرفت منظمة الصحة العالمية بأنها "التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة وبقبوله من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلي إحداث تأثيرا في نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية⁽³⁾.

وعرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر "جاكو" بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة⁽⁴⁾.

وعرفها Williamson "بأنها قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة، مع بذل الجهود اللازمة لتعديل وتحسين مستوى هذه الخدمة"⁽⁵⁾.

وتعرفها Nakajima "بأنها تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر"⁽⁶⁾.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمات الصحية هي كل ما يتعلق بشؤون العميل(المرضى) والالتزام بجودة المنتج المقدم لهم عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم وورغباتهم.

¹ - أديب برهوم، رشا سعيد: أثر الابتكار التسويقي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في مستشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، العدد4، اللاذقية-سوريا، 2014م، ص283.

² - محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة النظر والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، العدد4، عمان-الأردن، 2015م، ص15.

³ - مأمون الدراكة وطارق الشبلي: الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2002م، ص15.

⁴ - بودية بشير: أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد2، جامعة طاهري محمد بشار-الجزائر، جوان 2017م، ص171.

⁵ - المرجع السابق، ص16.

⁶ - مصطفى يوسف الكافي: إدارة الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2017م، ص267.

6- القطاع الخاص

هو نشاط اقتصادي يهدف إلى الربح ولا يخضع إلى تمويل من الدولة ولا تؤول أرباحه إلى الخزينة، باستثناء الجزء الخاضع للضريبة⁽¹⁾.

فالمؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة وبما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف.

والتخصصات التي يجب أن تمارسها هي:

- الفحص الطبي.
- الاستكشاف والتشخيص.
- الاستجالات الطبية أو الجراحة بما فيها إزالة الصدمات والإنعاش.
- الاستشفاء.

وتعرف أيضا: بأنها عيادات أنشأها الأفراد وتقدم خدمة طبية أو علاجية مقابل الحصول على ربح معين وتهدف إلى تحقيق نسبة معينة من الربح⁽²⁾.

وتعرف أيضا: على أنها المستشفيات التي تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص كشركة مساهمة، ويهدف هذا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح، ويطلق عليها المستشفيات الربحية. وتقاس كفاءة هذه المستشفيات بكمية الأرباح، المحققة في نهاية السنة المالية، بحيث تطبق فيها مبادئ إدارة الأعمال التي تسعى إلى تحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق⁽³⁾.

المستشفيات الخاصة هي التي تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة⁽⁴⁾.

¹ - عباس النصراوي، برهان الدجاني وأخرون: القطاع العام والخاص في الوطن العربي، مركز الدراسات الوحدة العربية، بيروت- لبنان، 1999م، ص118.

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، العدد67، المادة02، مرسوم تنفيذي رقم07، 321 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، ص11.

³ - محمد الصيرفي: إدارات المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية-مصر، 2009م، ص07.

⁴ - عبد الغزير جميل مخيمر، محمد محمود الطعمانة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات - (المفاهيم والتطبيق) -، منشورات المنظمة العربية للتنمية، مصر، ص10.

وعليه فالقطاع الخاص هو القطاع الذي يدار لمعرفة الأفراد و وحدات الأعمال التي تتولى آليات السوق، بحيث توجه أمور الأنشطة الاقتصادية الخاصة سعياً إلى تحقيق أقصى ربح ممكن.

7- السياسة

في المعاجم العربية مصدر ساس سوس سياسة، ومادته في لسان العرب سَوَتَ، والسياسة فعل السائس يقال يَسُوْسُ الدواب إذا قام عليها وراضها، والسياسة القيام على الشيء بما يصلحه والوالي يَسُوْسُ رَعْبته، وسوس له أمراً اي روضه ذلك⁽¹⁾.

يعرفها هارولد لاسويل "بأنها دراسة السلطة التي تحدد من يجعل على ماذا؟ ومتى؟ وكيف؟ أي دراسة تقسيم الموارد في المجتمع عن طريق السلطة"⁽²⁾.

عرفها سقراط "بأنها فن الحكم، والسياسي هو الذي يعرف فن الحكم"⁽³⁾.

عرفها دي كوسبولاس "بأنها تلك القرارات والخطط التي تضعها الحكومة من أجل معالجة القضايا العامة في المجتمع"⁽⁴⁾.

كما تمثل برنامج وخطط ومشاريع الحكومة والمسؤولين في مواجهة المشكلات والتحديات ومحاولة إيجاد الحلول⁽⁵⁾.

وتتجسد أيضاً في مجموعة من القرارات التي يتخذها فاعلون معروفون، بهدف تحقيق غرض عام. فهي مجموعة القرارات والسياسات التي يتخذها القادة بهدف تحقيق الصالح العام⁽⁶⁾.

فهي عبارة عن مجموعة من إجراءات وأساليب وطرق متعلقة باتخاذ القرارات، بهدف الوصول لشكل من أشكال التنظيم المناسب للحياة في جميع مجالات المجتمعات البشرية⁽⁷⁾.

ومن خلال هذه التعاريف الاصطلاحية، نصل إلى المفهوم الإجرائي لمصطلح السياسة، والذي يتمثل في الإجراءات والطرق التي تؤدي إلى اتخاذ قرارات من أجل المجموعة والمجتمعات البشرية".

1- ابن منظور: لسان العرب، ج1: تحقيق عبد الله علي الكبير وآخرون، دار المعارف، مصر، د.س، ص2149، 2150.

2- وصال نجيب الغزالي: مبادئ السياسة العامة، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2000م، ص35.

3- فهمي خليفة الفهداوي: السياسة العامة-منظور كلي في البنية والتحليل، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2001م، ص32.

4- المرجع السابق، ص33.

5- وصال نجيب الغزالي: مرجع سابق، ص37.

6- نصر محمد مهنا: علوم السياسة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1994م، ص120.

7- جيمس أندرسون: صنع السياسة العامة، ترجمة عامر الكبيسي، دار المسيرة، عمان-الأردن، 1999م، ص14.

8- الخصخصة

تشتق كلمة الخصخصة من الفعل الثلاثي "خصص" ومعناه خصه الشيء وجعله خصوصيا، واختصه بالشيء أي جعله خاصا به، والخاصة ضد العامة، والكلمة "خص" تعني انفراد بالشيء، وخاص تعني فردي أو ذو ملكية فردية. ولتأكيد معنى الفعل الثلاثي "خصص" يكرر الأولين "خ، ص" من المصدر الثلاثي للفعل وتصبح الكلمة "خصص" وتعني تعظيما وتأكيذا لكلمة "خصص"⁽¹⁾.

عرفها البنك الدولي بأنها: «عملية تقوم بها الحكومات من أجل تقليص دورها في تملك أو إدارة المؤسسات العامة إلى الملكية الخاصة، وذلك بهدف إشراك أو إيجاد دور أكبر للأفراد والمشروعات الخاصة في تنمية الاقتصاد القومي»

عرفتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OCDE) سنة 1983م بأنها «كل تحويل لملكية المؤسسات القومية لملاك جدد، أشخاص طبيعيين كانوا أو معنويين، محليين أو أجنبيين، بحيث يؤدي ذلك إلى مراقبة فعلية للنشاط»⁽²⁾.

عرف شيف هانكي الخصخصة على أنها «نقل الأموال وأعمال الخدمة العامة من القطاع العام إلى القطاع الخاص، ومن ثم فهي تشمل أنشطة تتراوح بين بيع مشروعات ملكية الدولة إلى التحلل من تقديم بعض الخدمات العامة ليقوم بها متعاقدون من القطاع الخاص.

كما تعني الخصخصة بأنها إسناد ملكية وإدارة العديد من المؤسسات المملوكة للقطاع العام إلى القطاع الخاص، حيث تشكل الخصخصة جزء من عملية تعديل هيكل النشاط الاقتصادي». وتعرف أيضا بأنها آلية التنازل عن الأصول العمومية، بمعنى البيع لصالح العمال والإجراء أو المستثمرين المحليين، وقد يكون هذا البيع جزئيا أو كليا⁽³⁾.

وعليه فالخصخصة هي عملية نقل الأصول أو الوظائف الحكومية من الدولة إلى القطاع الخاص.

¹ - شعبان عبد العاطي عطية وآخرون: المعجم الوسيط، ط4، مكتبة الشروق الدولية، مصر، 2004م، ص238.

² - موسى سداوي: دور الخصخصة في التنمية - حالة الجزائر-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 2006م-2007م، ص66،65.

³ - مونيا شوايدية: طرق خوصصة المؤسسات العمومية الاقتصادية، محاضرات ألقيت على طلبة السنة أولى ماستر-تخصص قانون أعمال-، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة 8 ماي 1945م قالة-الجزائر، ص10-12.

9. سياسة الخصخصة

تتمثل في "مجموعة من السياسات المتكاملة التي تستهدف الاعتماد بشكل كبير على آليات السوق، ومبادرة القطاع الخاص والمنافسة، من أجل تحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والعدالة الاجتماعية⁽¹⁾.

وتعرف بأنها السياسة أو الأداة التي يتم بمقتضاها نقل ملكية بعض المنشآت الاقتصادية والإنتاجية من نطاق الملكية العامة إلى الملكية الخاصة، وهي تتضمن إسناد عمليات الإنشاء والتمويل والتنمية والملكية الخاصة وتشغيل وإدارة الإنتاج، ونقل وتوزيع السلع والخدمات إلى القطاع الخاص المحلي والأجنبي، بغرض تحسين وزيادة الإنتاج والأرباح⁽²⁾.

الخصخصة هي سياسة اقتصادية تهدف إلى زيادة النمو الاقتصادي عن طريق نقل إدارة أو ملكية أو استثمار نشاط حكومي ذو طابع تجاري، سواء كان ذلك جزئيا أو كليا من القطاع العام (الدولة الحكومة- إلى القطاع الخاص) أو على شكل شركة أو مرفقا⁽³⁾.

هي مجموعة متكاملة من السياسات والإجراءات التي تنقل ملكية إدارة المشاريع العامة أو المشتركة إلى القطاع الخاص، من أجل تحقيق التنمية وبالاعتماد على حرية المنافسة وتشجيع المبادرات الفردية، وتعبئة موارد القطاع الخاص وإصلاح الجهاز الإداري للدولة⁽⁴⁾.

تعرف على أنها "مجموعة من السياسات المتكاملة التي تهدف إلى الاعتماد على القطاع الخاص مع توسيع نطاق المنافسة، حتى يدار الاقتصاد القومي بكفاءة عالية وفعالية أكبر وكذا القطاع الحكومي والعمل على التنسيق بينهما⁽⁵⁾.

وعليه تتمثل سياسة الخصخصة في مجموعة متكاملة من السياسات والإجراءات التي تكفل نقل ملكية وإدارة المشاريع العامة أو المشتركة إلى القطاع الخاص.

¹ - صديق عفيفي: التخصيصية وإصلاح الاقتصاد المصري، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالأهرامات، القاهرة-مصر، 1991م، ص05.

² - Ibrahim Alwan : **Privatization Deregulation And Macro**, Economic Policies, the Case Of Lakister, Structureal Adjustment And Maccro Economic Policy Issues, Inf, 1992 , P86.

³ - عبد القادر محمد عطية: اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1999م، ص102.

⁴ - محمد ولد عمر: تجربة الخصخصة والإصلاح في موريتانيا، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 04، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف-الجزائر، 2005م، ص86.

⁵ - أحمد عارف العساف: سياسة الخصخصة وأنواعها على البطالة والأمن الوظيفي للعاملين -شركة الاسمنت الأردنية كنموذج- مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الشلف-الجزائر، 2007م، ص193.

وينطبق مفهوم التخصص مع مفهوم الخصوصية كالاتي:

فالتخصص هي من فعل خصص بمعنى خصه بالشئ يخصه خصًا وخصوصية، والفتح أفصح، وخصيص وخصصه واختصه أي أفرد به دون غيره.

ويقال اختص فلان بالأمر وتخصص له إذا انفرد، وخص غيره واختصه بيزه.

أما الخاصة: خلاف العامة، والخاصة: من تخصه لنفسك، التهذيب والخاصة الذي اختصته لنفسك، قال أبو منصور: حُويصةً

والإخصاص: الإزراء، وخصه بكذا: أعطاه شيئاً كثير، عن ابن الأعرابي.

والخصاص: شبه كوة في قبة أو نحوها إذا كان واسعاً قدر الوجه خصصته متعدية إلى مفصولين، والإسم الخصوصية والخصوصية والخاصة والخصيص، وهي تمتد وتقتصر، عن كراع ويقال: خاص بين الخصوصية وفعلت ذلك بك خصية وخاصة وخصوصية⁽¹⁾.

عرفها مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية سنة 1995م «أنها جزء من عملية تصحيح هيكلية للقطاع العام، وبذلك فإن الخصوصية تتعلق بإعادة تعريف وتحديد دور الدولة عن طريق إبعاد الدولة عن أي نشاط يمكن أن يؤديه القطاع الخاص بشكل أفضل»⁽²⁾.

عرفها البنك الدولي سنة 1977م «أنها زيادة مشاركة القطاع الخاص في إدارة وملكية الأنشطة والأصول التي تسيطر عليها الحكومة أو تملكها، ويعتبر الإيجار عقود الإدارة والاستثمار ونزع ملكية القطاع العام من الأساليب الرئيسية لتحويل الملكية إلى القطاع الخاص»⁽³⁾.

يعرفها نيقولاس مار لينيا على أنها «عبارة عن تعاقد أو بيع خدمات أو مؤسسات تسيطر عليها أو تمتلكها الدولة إلى أطراف القطاع الخاص»⁽⁴⁾.

عرفها روبنس رو كبيرو 1997م "في الانتقال بالنشاط الاقتصادي من القطاع العام إلى القطاع الخاص، مع التشغيل في إشغال الملكية لهذا النشاط".

¹ - ابن منظور: لسان العرب المحيط، ط2، قدم له الشيخ عبد الله العلايلي - دار لسان العرب، بيروت-لبنان، 1988م، ص841.

² - نفيسة حاجي: أثر الخصوصية على الوضعية المالية للمؤسسة، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة-الجزائر، 2011-2012م، ص4.

³ - زيد منير عبيدي: التخصص في الإدارة العامة بين النظرية والتطبيق، دار الدجلة، عمان-الأردن، 2006م، ص12.

⁴ - زيد منير عبيدي: مرجع سابق، ص15.

عرفها دنيس روند ينيل 1996م "بأنها تتمثل في السياسات التي تشجع القطاع الخاص على المشاركة في الخدمة العامة وإنشاء البنية التحتية والتخفيف من حالة الاحتكار للمشروعات المملوكة من قبل الحكومة.

كما تعرف الخوصصة بتوسيع الملكية الخاصة ومنح القطاع الخاص دورا متزايد داخل الاقتصاد⁽¹⁾.

وتتجسد الخوصصة في تلك العملية التي تركز على بيع المؤسسات التي أنشأت من طرف الدولة للمتعاملين أو المساهمين الخواص⁽²⁾.

إنها نقل كلي أو جزئي لملكية القطاع العام إلى القطاع الخاص من خلال مختلف الأساليب لفرض تحقيق إنتاجية وربحية أعلى في الاقتصاد الوطني.

وهي أيضا انتقال ملكية مؤسسات القطاع العام إلى الأفراد والمؤسسات الخاصة، سواء كان ذلك انتقالا ماليا أو انتقالا إداريا أو الاثنتين معا⁽³⁾.

وعليه تتمثل الخوصصة في نقل كلي أو جزئي لملكية القطاع العام إلى القطاع الخاص من خلال مختلف الأساليب، لغرض تحقيق إنتاجية وربحية أعلى في الاقتصاد الوطني.

رابعا: الإجراءات المنهجية للدراسة

تعتبر المنهجية مجموعة الخطوات التي يتبعها الباحث لتفسير ظاهرة ما، كما أنها مجموعة المناهج والافتراضات والمفاهيم والأدوات، حيث تقدم للباحث أو الطالب أو المحلل دليلا إرشاديا يتبعه لإدراك الظواهر المختلفة والتعامل معها⁽⁴⁾.

لذلك فإن المنهجية هي مجموعة الإجراءات والآليات المتعارف عليها بين العلماء والباحثين، والتي يمكن استخدامها للملاحظة والكشف والتحقيق في اكتساب المعرفة والوصول إلي الحقائق. فالغرض الأساسي من المنهجية هو محاولة فهم الأمور والعلاقات في المحيط الذي يعيش فيه الإنسان من أجل الوصول إلي النظريات والقوانين العلمية التي تحكم الكون وتسييره⁽⁵⁾.

1- أحمد ماهر: دليل المدير في التخصصة، الدار الجامعية للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 2003م، ص26،25.

2- عبد الرزاق خليل، محمد زرقون: أثر التغيير في نمط الملكية على الأداء المالي للمؤسسات، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد3، شلف-الجزائر، 2005م، ص136.

3- أحمد ماهر: مرجع سابق، ص28.

4- عامر الكبيسي: المركزية واللامركزية في الآداب الإداري، مجلة التنمية الإدارية، العدد14، بغداد-العراق، 1980م، ص4.

5- الطاهر جواد: منهج البحث الأدبي، مطبعة المعاني، ببغداد-العراق، 1970م، ص22،21.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

ولكون هذه الدراسة تتعلق بتطبيق الجودة في القطاع الخاص وفاعلية أداء القطاع الطبي في تقديم الخدمات الصحية، نجد أن كل ما يرتبط بهذين المتغيرين يجعل الباحث مرتبطاً بإجراءات منهجية وضوابط علمية تحدد المحاور التي يعالجها والمؤشرات التي ينحو وفقها للوصول إلى غاية علمية تقارب الموضوعية وتلامس الثقة.

وقد اعتمدنا على الأسس المنهجية الآتية:

1. مجالات الدراسة

- **المجال المكاني:** يتمثل المجال المكاني للدراسة في البيئة التي أجريت فيها دراستنا الميدانية، حيث حدد هذا المجال في العيادات الصحية الخاصة "مدنية قالمة" -ولاية قالمة-، فقد اخترنا العيادات الصحية الخاصة لتكون المجال التطبيقي للدراسة الميدانية، باعتبار أن هذا العيادات الصحية وخدماتها تلبي احتياجات المواطنين في الولاية، وتتمثل في (11) عيادة وهي: عيادة بيت الحكمة، عيادة الشفاء، عيادة القدس ديال، عيادة الأسرة، عيادة الحكمة ديال، عيادة الحياة، عيادة قاسمي، عيادة طب الأطفال، عيادة الأمان ديال، عيادة الأنوار، عيادة الأمل (جودي).

جدول رقم (01): القائمة الإسمية لعناوين عيادات الدراسة الميدانية بمدينة قالمة - لولاية قالمة -

اسم العيادة	مكان العيادة	عدد الأطباء	عدد الممرضين
بيت الحكمة	حي 18 فيفري رقم 19/11 جوان-قالمة-.	03	06
بيت الشفاء	شارع سوادني بوجمعة-قالمة-.	04	05
عيادة قاسمي	حي 19 جوان رقم: 28-قالمة.	03	03
عيادة الأنوار	حي يحي مغمولي رقم 773	02	01
عيادة الأسرة	حي مقلاتي محمد الشريف-قالمة-.	01	01
عيادة الحياة	حي 40 مسكن تساهمي اجتماعية الصنوبر-قالمة-.	02	01
عيادة جماعية متخصصة في طب الأطفال	حي 19 جوان تخصيص رقم 02 -قالمة-	02	02
عيادة مكموش (جماعية) متخصصة في الأمراض الباطنية)	شارع سوداني بوجمعة قرب وكالة بنك (BADR) - قالمة-.	02	02

05	02	حي الأمير عبد القادر (الجرودان - قالمة-)	عيادة الأمل (جودي)
06	05	حي 19 جوان (02) رقم: 506 - قالمة-.	الحكمة ديال
07	05	حي رقم 195 مقابل التكنة العسكرية - قالمة-.	القدس ديال
06	04	حي 19 جوان رقم 29-قالمة-.	الأمان ديال
47	33	المجموع	
80			

المصدر: من إنجاز الطالبين

- **المجال البشري (أسلوب المسح الشامل):** يتمثل المجال البشري لدراستنا في مجموع العاملين (الطاقم الطبي) بالعيادات الصحية الخاصة بمدينة قالمة-ولاية قالمة- من أطباء ومرضين وبعض المرضى (طبق عليهم دليل المقابلة)، ونظرًا لحجم الطاقم الطبي داخل العيادة والمقدار بـ 70 عامل (أفراد الطاقم الطبي)، فقد اعتمدنا أسلوب المسح الشامل بدل من العمل بأسلوب العينة.

توجد هناك طريقتين لجمع المعلومات والبيانات مون المجتمعات المختلفة: إما المسح الشامل لجمع عناصر المجتمع، أو سحب عينة من المجتمع ودراستها ومن ثم تعميم النتائج التي حصلنا عليها من العينة على المجتمع، وما لم تكن العينة سحبت من المجتمع وفق طرق الإحصائية العلمية، وهو ما يسمى بالعينة العشوائية فإننا لا نستطيع الاستفادة من النتائج التي تحصلنا عليها. وبما أن عملية المسح الشامل لجمع عناصر المجتمع أصبحت في أغلب الأحوال غير ممكنة إن لم تكن مستحيلة؛ لذلك أصبح جمع البيانات باستخدام العينة العشوائية يتبوأ مكانة كبيرة⁽¹⁾.

- **أسلوب المسح الشامل** هو أسلوب جمع الوحدات (وحدات المجتمع موضوع الدراسة) دون استثناء، بحيث يهدف إلى الحصول على بيانات ومعلومات شاملة عن كل وحدة من وحدات المجتمع سواء كانت هذه الوحدة شخصًا أو أسرة، أو مؤسسة أو أي وحدة أخرى. يستخدم هذا النوع من الأساليب عندما نرغب في الحصول على بيانات تفصيلية عن جميع وحدات المجتمع. وقد استخدمنا هذا الأسلوب بغرض تسهيل العمل الميداني، وتخفي الكثير من الصعوبات والمشاكل⁽²⁾.

¹- حسين علوان مطلق: جمع البيانات وطرق المعاينة، أستاذ في قسم الرياضيات والإحصاء، جامعة الملك فهد للبترول والمعادن، العبيكان للنشر والتوزيع، الرياض-السعودية، 1430هـ/2009، ص03.

²- المرجع السابق، ص03.

- **المجال الزمني:** يعبر المجال الزمني عن الفترة الزمنية التي ينزل فيها الباحث إلي ميدان الدراسة، وعليه فقد تم تخصيص أوقات لزيارة العيادات الصحية الخاصة في شكل لقاءات كانت تتم أحيانا صباحا وأحيانا ليلا بسبب أخذ الموافقة من كل أعضاء الطاقم الطبي ونظام المناوبة، وقد مرت الدراسة الميدانية بمجموعة مراحل كالتالي:
- **المرحلة الاستطلاعية النظرية:** والتي كانت محصورة بين أواخر شهر نوفمبر وديسمبر 2021م، حيث قمنا بزيارة مختلف المكتبات الجامعية ليتسنى لنا حصر المراجع الضرورية لموضوع دراستنا.
- **المرحلة الاستطلاعية الميدانية:** حيث تم تحديد المكان الذي ستم فيه الدراسة، وقد انحصرت فترة هذه المرحلة من شهر ديسمبر 2021م إلى شهر جانفي 2022م، وتم الحصول على الموافقة من طرف صاحب كل عيادة، وتحصلنا علي كل البيانات التي تخص وتخدم البحث، وبالفعل تم توافق موضوع دراستنا مع الميدان، ويتمثل الميدان: دراسة ميدانية بالعيادات الصحية الخاصة لمدينة قالمة-ولاية قالمة-.
- **مرحلة توزيع الاستمارة:** تم إعداد الاستمارة خلال شهر جانفي 2022م، وبعد الحصول على الشكل النهائي تم تجربتها لإدخال التعديلات عليها التي يتوافق مع موضوعنا، تم توزيعها على الطاقم الطبي في العيادة في فترة (08-18 فيفري 2022م)، وجمعها بتاريخ (12-16 مارس 2022م). ونظرا للظروف الصحية الصعبة في المدينة بسبب الانتشار الكبير للمرض في تلك الفترة (الموجة الرابعة)، ورفض استقبالنا من طرف المسؤولين بسبب الضغط عليهم من المرضى من أجل تلقي الخدمة والعلاج، ورغم كل ذلك حاولنا معهم بكل الطرق ومختلف الأساليب، إلى أن وسمحوا لنا بتطبيق الدراسة في الوقت المحدد رغم كل الظروف.
- **مرحلة تطبيق دليل المقابلة:** تم إعداد دليل المقابلة خلال شهر جانفي 2022م، وبعد الحصول على الشكل النهائي تم تجربتها والتعديل عليها وتوزيعها على المرضى التي تسمح حالتهم الصحية بالإجابة، في فترة شهر 08-18 فيفري 2022م.
- **مرحلة تحليل البيانات:** انحصرت ما بين شهري أفريل وماي 2022م، حيث تمت مراجعة البيانات الموجودة في الاستمارة، وتفرغها في جداول إحصائية، وتصنيفها وتمثيلها بيانيا وتحليلها.

2. منهج الدراسة

ونظراً لتعدد وتنوع وتشعب مواضيع علم الاجتماع، فإن له مناهج كثيرة، وكل منهج يلائم طبيعة موضوع ما⁽¹⁾، حيث يعرف المنهج على أنه عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه⁽²⁾.

ولقد تعددت أنواع المناهج وصنفت عدة تصنيفات ومن بينها المنهج الوصفي وهو المنهج الذي تم اعتماده في دراستنا.

• المنهج الوصفي

هو استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى. والبحث الوصفي لا يقف عند حدود وصف الظاهرة وإنما يذهب إلى أبعد من ذلك، بحيث يحلل ويفسر ويقارن ويقيم بقصد الوصول إلى تقييمات ذات معنى للتبصر بتلك الظاهرة⁽³⁾.

كما يمكن تعريفه على أنه: أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتطويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها لدراسة دقيقة⁽⁴⁾.

وقد اخترنا هذا المنهج، لأنه يتماشى مع طبيعة موضوع ميدان الدراسة، حيث سمح لنا بجمع معلومات حقيقية ومفصلة عن واقع العيادات الصحية الخاصة، والاستفادة من آراء الطاقم الطبي (الأطباء، ممرضين، ومرضى) وخبراتهم للوصول إلى استنتاجات موضوعية بقدر الإمكان، وقد ساعدنا هذا المنهج في:

- اختيار الظاهرة المراد دراستها والقيام بدراسة استطلاعية حول الموضوع.
- تحديد الإشكالية بصورة علمية دقيقة.
- تحديد الأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات.

¹ - مروان عبد المجيد ابراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان-الأردن، 2000م، ص64.

² - موريس أنجريس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية، ط2، ترجمة بوزيد صحراوي، دار القصة للنشر، الجزائر، 2006م، ص181.

³ - رحيم يونس كرو العزاوي : مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة، عمان-الأردن، 2008م، ص97.

⁴ - أبو القاسم عبد القادر صالح وآخرون: المرشد في إعداد البحوث والدراسات العلمية، مركز البحث العلمي والعلاقات الخارجية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم-السودان، 2001م، ص10.

- جمع البيانات المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة.
- القيام بعرض النتائج وتصنيفها وتنظيمها وتحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج والاقتراحات.

3. تقنيات البحث الميداني

تشكل أدوات جمع البيانات الوسائل المنهجية التي يستخدمها الباحث في جمع بياناته المتعلقة بالظاهرة المدروسة من ميدان مجال الدراسة عن طريق: الملاحظة والاستمارة والمقابلة بهدف الإحاطة بالظاهرة محل الدراسة ميدانياً.

• الملاحظة

تعتبر من الطرق المباشرة في جمع المعلومات وخاصة إذا كان موضوع الدراسة سلوكاً إنسانياً معيناً، أو ظاهرة اجتماعية محددة.

فهي تعبر عن تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر، أحدهما الباحث والآخر المستجيب أو المبحوث، لجمع معلومات محددة حول موضوع معين، ويلاحظ الباحث أثناءها ردود فعل المبحوث⁽¹⁾. وقد تم الاستعانة بهذه التقنية لجمع المعلومات من خلال الزيارات الاستطلاعية لميدان الدراسة، حيث تم التركيز على ملاحظة تفاعلات، سلوكيات، وتصرفات الأطباء والممرضين مع المرضى، وكانت هذه الأدوات ذات فاعلية كبيرة خاصة في الدراسة الاستطلاعية، كونها الأداة الأساسية في البحث العلمي للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة.

• المقابلة

تعد المقابلة وسيلة فعالة في العديد من البحوث الاجتماعية، لما تمتاز به من رصد انفعالات واستجابات المبحوثين وهي أمور قد لا يكون من الممكن جمعها بطرق أخرى. وبالرجوع إلى أدبيات علم الاجتماع بصفة عامة والمنهجية بصفة خاصة، نجد أن المقابلة أخذت الكثير من المعاني فلقد عرفها موريس أنجرس بأنها تلك التقنية المباشرة التي تستعمل لمسائلة أفراد على انفراد أو في بعض الحالات مجموعات بطريقة تصف موجهة⁽²⁾.

¹ - محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي-القواعد والمراحل والتطبيقات-، دار وائل للنشر، عمان-الأردن، 1999م،

² - Maurice Angers : **Initiation pratique méthodologie des a la sciences humaines**, collections techniques de recherches, CASBAH-Alger, 1997, p140.

كما تعرف أيضا على أنها: تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستخير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته⁽¹⁾. لأجل ذلك أجريت سلسلة من المقابلات عن طريق أسئلة موجهة للمرضى في كل العيادات الخاصة بتاريخ (08-18 فيفري 2022م). بغية الحصول على معلومات إضافية سمحت لنا بالفهم الجيد للموضوع وتشخيص المحاور الأساسية للاستمارة (عن طريق دليل المقابلة). والذي تضمن 13 سؤالاً، وتلخصت المحاور الأساسية للمقابلة في:

- التصنيفات المميزة للخدمات الصحية الخاصة.
- أساليب وأشكال تقديم الخدمات الصحية الخاصة.
- مؤشرات اعتماد جودة الخدمات الصحية الخاصة.
- انعكاسات الخصخصة على جودة الخدمات الصحية الخاصة.

• الاستمارة

تعتبر الاستمارة من بين أهم أدوات جمع البيانات في العلوم الاجتماعية وأكثرها شيوعاً وانتشاراً، لما تمتاز به من دقة وشمولية عن غيرها من الأدوات الأخرى. فهي جملة من الأسئلة المهيكلة شكلاً ومضموناً، تهدف إلى معالجة موضوع اجتماعي عبر الحصول على معلومات معينة ذات علاقة به، وتعتبر المرحلة الأخيرة قبل تحليل المعطيات واستخراج النتائج العلمية⁽²⁾.

لقد استخدمنا الاستمارة لجمع البيانات الميدانية، حيث وجهت إلى الطاقم الطبي بالعيادة الخاصة بمدينة قالمة-ولاية قالمة- وهي تتكون من خمسة محاور تحتوي في مجملها على 41 سؤال، موزعين كالتالي:

- أولاً: البيانات الأولية.
- ثانياً: المعايير والتصنيفات لمستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة.
- ثالثاً: طرق توظيف أشكال وأساليب تقديم الخدمة الصحية الخاصة.
- رابعاً: المؤشرات المتعمدة في قياس جودة الخدمات الصحية الخاصة.
- خامساً: انعكاسات متغيرات الخصخصة على جودة الخدمات الصحية الخاصة.

¹- محمد حسن عبد الباسط: أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة، القاهرة-مصر، 1982م، ص30،31.

²- عبد الوهاب بوحدية: مناهج البحث وأدواته في العلوم الاجتماعية، مركز النشر الجامعي، تونس، 2004م، ص90.

وقمنا بتجريب استمارة البحث للكشف عن مدى ملائمتها لمحاور البحث من جهة، ومدى ملائمتها لأعضاء مجتمع الدراسة من جهة أخرى وإجراء بعض التعديلات، حيث تم توزيع 80 استمارة على العيادات الخاصة وجمعها بتاريخ (12-16 مارس 2022م)، لكن تم استلام 75 استمارة فقط ووجدنا 5 استمارات فارغة بسبب رفض بعد الأطباء المناوبين ليلا ملائمتها وتحججوا بعدم وجود وقت لملائتها لذلك يكون مجتمع الدراسة محدد بـ 70 عاملا.

خامسا: الدراسات السابقة

إن الاطلاع على الدراسات والأبحاث السابقة قبل البدء في أولى خطوات البحث، يوفر للباحث مايلي:

- بلورة مشكلة البحث التي يفكر فيها وتحديد أبعادها ومجالاتها.
- إثراء مشكلة البحث التي اختارها الباحث.
- تزويد الباحث بالكثير من الأفكار والأدوات والإجراءات والاختبارات التي يمكن أن يستفيد منها في إجراءاته لحل مشكلته، إضافة إلى تزويده بالكثير من المراجع والمصادر الهامة.
- توجيه الباحث إلى تجنب المزالق التي وقع فيها الباحثون الآخرون وتعريفه بالصعوبات التي واجهوها.
- الاستفادة من نتائج الأبحاث والدراسات السابقة من خلال بناء مسلمات البحث على النتائج التي توصل إليها الآخرون واستكمال الجوانب التي وقفت عندها الدراسات السابقة⁽¹⁾.
- وللإشارة فقد تم ترتيب الدراسات الآتية وفق التسلسل الزمني.

1. **الدراسة الأولى:** جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان، من إنجاز الطالبة عتيق عائشة، 2011-2012م.

هدفت الدراسة إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المريض، وتحتل هذه الدراسة أهمية كبيرة لتناولها المنظمات الصحية التي تعتبر من أكثر المنظمات ارتباطا بالجمهور، بسبب شمولية تأثير خدماتها على كافة أفراد المجتمع بشكل

¹- زقوفي فوزية: دور المورد البشري-المعلم في التدريس بالكفاءات- دراسة ميدانية بمؤسسات التعليم الثانوي لولاية قالمة-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع الاتصال، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية- جامعة باجي مختار، عنابة-الجزائر، 2016-2017م، ص29.

أو بآخر: حيث تهدف إلى توكي الحذر من الانحراف في الصحة وبناء إنسان مكتمل الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية.

وقسمت هذه الدراسة إلى ثلاثة فصول، فصلان مخصصان للجانب النظري، والآخر خاص بالجانب التطبيقي، بحيث تناول الفصل الأول تسويق الخدمات الصحية والفصل الثاني كان حول جودة الخدمات الصحية ورضا المريض، أما الفصل الثالث والأخير فتناولت فيه الباحثة دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في: ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية وما مدى تأثيرها على رضا المريض؟ وتدرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- ما مفهوم الخدمات الصحية؟ وما طبيعة المزيج التسويقي للخدمات الصحية؟
 - إلى أي مدى يتم تطبيق الجودة وتحسين خدمات القطاع الصحي؟
 - ما هي أبعاد جودة الخدمات الصحية؟
 - ما المقصود برضا المريض؟
 - ما هو سلوك المريض كمستهلك للخدمة الصحية وما هي العوامل المؤثرة فيه؟
- وقد قدمت عدت فرضيات للإجابة عن الأسئلة السابقة وهي كالتالي:
- تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد الاعتمادية.
 - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد الاستجابة.
 - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد الضمان.
 - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض ومن ناحية بعد الملموسة.
 - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد التعاطف.

وتم الاعتماد على منهج يستند في جوهره على الوصف والتحليل، وهو منهج وسط يعتمد على الملاحظة الشخصية والمراجع باللغة العربية والأجنبية، كما استعانت الباحثة بالاستبيان الذي وزع على المرضى كعينة مجموعها 111 مريض.

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاعت الباحثة أن تتوصل إلى نتائج أهمها:

- إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقاً للموارد المتاحة حالياً لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية، ووضع نظام تأمين صحي يشمل جميع فئات المجتمع، ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهظة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز العالي في ميزانية التأمين الصحي.
- نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والملتقيات والأيام التحسيسية والندوات والمعارض، في مختلف وسائل الإعلام بشكل متواصل من أجل الوقاية من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على خدمات المستشفى، وتنمية الحياة المهنية للعامل بالاعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربيّات تكوينية لتطوير الكفاءات وإنشاء شبكة اتصال داخلية في المؤسسة (الأنترنت) بين مختلف الأقسام والمصالح.

بناءً على الاستنتاجات قدمت الباحثة الاقتراحات التالية:

- وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتماداً على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع.
 - يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية، مكون من الإداريين والأطباء والمرضى وأخصائيين التغذية، بما يضمن رفع كفاءة إدارة التغذية وفعاليتها⁽¹⁾.
- توجد علاقة بين هذه الدراسة ودراستنا من خلال أنها ركزت على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، ولهذا فالنتائج المتوصل إليها تساعدنا في عملية تحليل البيانات المتحصل عليها ومقارنتها مع بعضها البعض.

¹- عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان-الجزائر، 2011-2012.

2. الدراسة الثاني: خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين-دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العام العاملة في مدينة جدة- مجلة الأبحاث الاقتصادية لجامعة سعد دحلب البليدة، العدد 07، من إنجاز الدكتور عبد الإله سيف الدين غازي ساعاتي، (ديسمبر 2012م).

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهمية تبني الحكومة السعودية لمفهوم الخصخصة بتحويل ملكية مستشفيات القطاع العام إلى القطاع الخاص وأثر ذلك على تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة وتخفيف العبء عن ميزانية.

تتبع أهمية الدراسة من حيوية موضوعه ومن أهمية الخدمات الصحية التي ترتبط بصحة الإنسان، والتي تعتبر من أهم مدخلات المؤسسات الصحية، وتوفير ما يمكن من خدمات صحية بأفضل مستوى للحفاظ على صحته، وإبراز أهمية الخصخصة كتوجه سائد في عصر العولمة نحو إعطاء مزيد من المسؤوليات للقطاع الخاص للمشاركة في مختلف جوانب التنمية، وتخفيف العبء المتزايد على ميزانية الدولة.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في مجموعة من الأسئلة وهي كالتالي:

- هل هناك فروقات في مستوى رؤية العاملين في مستشفيات القطاع العام نحو قدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الخصخصة؟
 - هل خصخصة مستشفيات القطاع العام سيؤدي إلى تدني مستوى كفاءة العمل الإداري ومستوى الخدمات المقدمة؟
 - هل هناك تأثير لأسلوب العمل الإداري، والعلاقات والاتصال، والسياسات والإجراءات المتبعة في المستشفيات على مستوى الخدمات الطبية المقدمة منها؟
- كإجابة أولية عن تساؤلات حيث طرح الباحث الفرضيات التالية:
- لا يوجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية في مستوى رؤية العاملين في مستشفيات القطاع العام نحو القدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الخصخصة.
 - لا يوجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية في مستوى رؤية المرضى والمرجعيين لمستشفيات القطاع العام نحو القدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الخصخصة.
 - لا يوجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين خصخصة مستشفيات القطاع العام وتدني مستوى كفاءة العمل الإداري ومستوى الخدمات المقدمة (من جهتي نظر العاملين والمرضى المراجعين)

- لا يوجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية لتأثير أسلوب العمل الإداري، والعلاقات والاتصال، والسياسات والإجراءات المتبعة في مستشفيات على مستوى الخدمات الطبية المقدمة فيها. من خلال الحصول على البيانات الأولية اللازمة فقد صمم الباحث استبيانين لغايات تحقيق أهداف الدراسة واختيار فرضياتها، بحيث احتوت كل استبانة على (29) سؤالاً ليتم قياسها بناءً على مقياس ليكرت الخماسي، حيث تكون مجتمع هذه الدراسة من مستشفى الملك عبد العزيز ومستشفى الملك فهد في محافظة جدة، واستخدام في هذه الدراسة برنامج SPSS من أجل المعالجة الإحصائية لهذه الدراسة من خلال استخدام فحص التباين الأحادي ANOVA وفحص T بالإضافة إلى النسب والمعدلات والتكرارات الإحصائية.

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات، استطاع الباحث أن يتوصل إلى النتائج التالية:

- لا يوجد فرق في رؤية العاملين - الذكور والإناث - في المستشفيات الحكومية على قدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات التخصص، وهذا يبين أن الرؤيا المتشابهة بين الجنسين في قدرة تحمل القطاع الخاص لتبعات التخصص.
- يوجد فرق في رؤية المرضى والمراجعين لقدرة تحمل القطاع الخاص لتبعات التخصص تعزي لكل من العمل.
- ومعدل الدخل والمؤهل العلمي، بحيث يرى البعض أن هناك قدرة لتحمل القطاع الخاص لتبعات التخصص.
- التحول للقطاع الخاص سيؤدي إلى زيادة مستوى العمل الإداري وبالتالي زيادة مستوى الخدمة الطبية المقدمة، وزيادة كفاءة العمل الإداري. وهو ما اشترك به العاملين والمرضى والمراجعين، بحيث كانت أي النتيجة التحول للقطاع الخاص سيؤدي إلى زيادة المستوى للعمل الإداري وكفاءته وزيادة مستوى الخدمات الطبية المقدمة.

وفي ضوء نتائج الدراسة فإن الباحث يرى أنه من الممكن تقديم التوصيات والاقتراحات التالية:

- أن تسعى الحكومة في المملكة العربية السعودية إلى اتخاذ القرارات والإجراءات التي من شأنها التحول نحو التخصص حسب رؤية كل من العاملين والمرضى.
- زيادة الوعي لدى العاملين في المستشفيات الحكومية بمفهوم التخصص وأهمية الأسلوب الإداري والعلاقات والاتصال بالإضافة إلى السياسات والإجراءات المتبعة ومدى تأثيرها على مستوى

الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات يوجد فرق في رؤية العاملين لقدرة تحمل القطاع الخاص لتبعات تعري لكل من العمر.

- إجراء مزيد من الدراسات في المناطق المختلفة في المملكة لمعرفة درجات الانفاق والتباين في الرؤيا بين مختلف المواطنين والعاملين في القطاع الصحي السعودي. بالإضافة إلى إجراء دراسات أخرى عن الخصخصة وربطها بدرجة الرضا الوظيفي وعوامل وظيفية أخرى⁽¹⁾.
تشارك هذه الدراسة مع دراستنا في أنها ركزت على خصخصة المستشفيات وتبني الحكومة السعودية لمفهوم الخصخصة بتحويل ملكية مستشفيات القطاع العام إلى القطاع الخاص وأثر ذلك على تحسين جودة الخدمات الطبية، وهو ما أردنا أن نوضحه في دراستنا هذه.

3. الدراسة الثالثة: واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في

الجزائر-دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة- مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص السياسة العامة والإدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة محمد خضير-بسكرة، من إعداد الطالبة دوناس حفيظة، (2013-2014م).

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية بالجزائر، والاهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة والبحث عن معرفة مدى مساهمة القطاع الصحي الخاص في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين والأفراد، وتتمثل أهمية الدراسة من ناحيتين هما: تبرز الأهمية العلمية للسياسة الصحية والقطاع الصحي الخاص ضمن منظومة السياسة العامة في كونها أحد الموضوعات الهامة والمعقدة واللذين تناولهما العديد من الباحثين والمختصين في مجال السياسة العامة. كما تتجلى الأهمية العلمية نجاح أو فشل السياسات الصحية تكون باشتراك القطاع الصحي الخاص لضمان تغطية للأفراد، إعطاء الفرصة للمستثمرين لاستثمار في قطاع الصحي وفتح عيادات خاصة، وساهمت في تحسين وتطوير السياسة الصحية العامة في الجزائر.

تناولت الباحثة في هذه الدراسة ثلاثة فصول بحيث يشمل الفصل الأول نشأة وتطور السياسة الصحية العامة في الجزائر، أما الفصل الثاني فتناولت فيه واقع وتحديات القطاع الصحي في الجزائر،

¹- عبد الإله سيف الدين غازي ساعاتي: خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين-دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العاملة في مدينة جدة-، مجلة الأبحاث الاقتصادية، العدد 07، جامعة سعد دحلب البلدية، البلدية-الجزائر، ديسمبر 2012م، ص 11-26.

أما في الفصل الثالث فخصص لدراسة ميدانية لقطاع الصحي الخاص في بسكرة -عيادة الرازي دراسة حالة-

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في:

- كيف يساهم القطاع الصحي الخاص في ترقية السياسة الصحية العامة في الجزائر؟ وتدرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:
- ما مفهوم السياسة الصحية؟
- ما هي المراحل التي مرت بها السياسة الصحية في الجزائر من الاستقلال؟
- هل يلعب القطاع الصحي الخاص دورًا في تطوير السياسات الصحية العامة في الجزائر؟ وكما محاولة للإجابة على هذه التساؤلات قدمت الباحثة الفرضيات التالية:
- لقد تطورت السياسات الصحية العامة في الجزائر من الاستقلال بحسب احتياجات كل مرحلة.
- بروز دور القطاع الخاص في الرفع امن مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.
- يساهم القطاع الصحي الخاص في ضمان الرعاية الصحية وترقية السياسات الصحية العامة في الجزائر.

وللتحقق من هذه الفرضيات استخدمت الباحث المنهج التاريخي من خلال تطرقها إلى نشأة وتطور السياسة الصحية والقطاع الصحي الخاص في الجزائر من أجل تعقب التطور التاريخي للظاهرتين ومحاولة ربط الماضي بالحاضر واعتماد على وسيلة أداة المقابلة. ومن الصعوبات التي واجهت الباحثة في هذه الدراسة هي:

- نقص المراجع حول موضوع السياسة الصحية وخاصة السياسة الصحية في الجزائر.
 - انعدام التام للمراجع حول القطاع الخاص في الجزائر نظرا لحدثة نشأته
 - صعوبة الحصول على معلومات من العيادة الخاصة محل الدراسة⁽¹⁾.
- ساعدتنا هذه الدراسة في أنها ركزت على فعالية القطاع الخاص وتأثيره على سياسة الصحية، من خلال التعرف على المشاكل المعقدة التي تعاني منها المنظومة الصحية بالجزائر، والاهتمام الحكومة

¹- دوناس حفيظة: واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر-دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص السياسة العامة والإدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة محمد خضير، بسكرة-الجزائر، 2013-2014م.

الجزائرية بقطاع الصحة والبحث عن معرفة مدى مساهمة القطاع الصحي الخاص في ضمان تغطية صحية جيدة للمواطنين والأفراد.

4. الدراسة الرابعة: السياسة الصحية في الجزائر وتجربة إصلاح -دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة صيفي- أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل، جامعة الجزائر- أبو القاسم سعد الله، من إعداد الطالبة ذهبية، (2017-2108م).

هدفت الدراسة إلى محاولة معرفة الواقع التنظيمي للسياسة الصحية التي تعتمدها الدولة الجزائرية وإبراز مختلف نقاط القوة ونقاط الضعف التي تميزت بها. وتسعى لدراسة الوسائل التنظيمية الجديدة التي لجأت إليها الجهات المسؤولة قصد إدراك النقائص التي شهدتها القطاع الصحي. وتكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة من حيث قيمتها العلمية فهي تتناول البعد التنظيمي والبعد الاجتماعي للإصلاحات التي طرأت على المؤسسة الصحية وترتبط بين نتائج هذا التغيير المنعكسة عليها بصفة خاصة وعلى السياسة الصحية للدولة بصفة عامة. وقسمت هذه الدراسة إلى ستة فصول بحيث تناولت في الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة، أما الفصل الثاني تحدثت فيه عن الإصلاحات الصحية في الجزائر وعلاقتها بالإصلاح الإداري، أما الفصل الثالث تناولت فيه واقع السياسة الصحية في ظل التغيرات الجديدة، الفصل الرابع تناولت فيه الدافعية لدى الموارد البشرية وعملية التحفيز، الفصل الخامس تحدثت فيه استراتيجية الاتصال في المؤسسة الصحية، أما الفصل الأخير فكان حول تقديم ميدان البحث (دراسة ميدانية). وعليه إشكالية الدراسة تم صياغتها كالتالي:

- لماذا لم تتغير المؤسسة الصحية في الجزائر وفق الاستراتيجية المسطرة منذ حوالي عشرين من الزمن؟
- وهل تلزمها الوضعية التي آلت إليها الآن إعادة الصياغة لمشروع هذا التغيير؟
- وبناءً على الإشكالية والأسئلة المطروحة تم طرح الفرضيات التالية:
- لنجاح الإصلاحات الصحية علاقة بدافعية مستخدمي قطاع الصحة.
- يعتبر نجاح الإصلاحات الصحية ذو علاقة بفاعلية استراتيجية الاتصال المعتمدة.
- يساهم ارتباط الإصلاحات الصحية بالإصلاحات في القطاع الأخرى في نجاحها.
- بغية القيام بتحليل علمي ومنهجي للإشكالية المطروحة وبهدف اختيار صحة الفرضيات المقترحة تم اعتماد على مناهج عديدة في نفس الوقت للتحكم والإلهام بكل جوانب الظاهرة ولبلوغ الأهداف التي

ترمي إليها. ومن بينها المنهج المقارنة واستخدام هذا المنهج للموازنة بين متغيرات الإصلاح في السياسة الصحية باستخدام كلتا المقارنتين: المقارنة العرضية والمقارنة الطولية والمنهج الوصفي التحليلي استخدام لوصف حال الظاهرة محل الدراسة. فقد استعمال تقنية دراسة الحالة أو أسلوب التقارير السردية.

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاع الباحث التوصل إلى النتائج التالي:

- لا يمكن للمؤسسة الصحية أن تتعامل مع هذه الإصلاحات بفاعلية لأنها لا تمتلك الإمكانية المادية والبشرية والتنظيمية الكافية.
 - غموض محتوى عملية الإصلاح بالنسبة لأغلبية المبحوثين في النظام الفرعي، وهو رأى متقارب لدى كل الفئات المهنية.
 - دور المشرفين في شرح الأعمال التي تؤدي إلى تحسين الأداء لمؤوسيهم هو نسبي ومتباين من حيث الفئة.
 - عدم التزام المؤسسات الصحية بأداء وإنجاز الأهداف المطلوبة من سلطات.
 - رغم هذه التغيرات إلا أن المؤسسة الصحية لا تسايرها باتخاذ الخطوات الملائمة لتحسين الوضع.
 - عدم كفاءة قادة الإصلاح.
 - المؤسسات الصحية عرفت تحسن في الخدمات الصحية التي تقديمها للمواطنين مقارنة بالسنوات الماضية، وقد ارتبط التحسن الجزئي بعملية التحفيز والاتصال النسبيين بالخدمات الصحية⁽¹⁾.
- ترتبط هذه الدراسة بموضوع دراساتنا في كونها ركزت على محاولة معرفة الواقع التنظيمي للسياسة الصحية التي تعتمدها الدولة الجزائرية وإبراز مختلف نقاط القوة ونقاط الضعف التي تميزت بها. وتسعى لدراسة الوسائل التنظيمية الجديدة التي لجأت إليها الجهات المسؤولة قصد إدراك النقائص التي شهدتها القطاع الصحي. ويمكن الاستفادة من النتائج التي توصلت إليها.
- 5. الدراسة الخامسة:** إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية- دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعية للشرق الجزائري- أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة1، من إعداد الطالبة أوشن ريمة، (2017-2018م).

¹- ذهبية صيفي: السياسة الصحية في الجزائر وتجربة إصلاح -دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجورارية لزرالدة-، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر، 2017-2018.

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من الإصلاحات في المنظومة الصحية، وذلك عن طريق معرفة اتجاهات المبحوثين من الأطباء نحو درجة ملائمة من إلتزام الإدارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة ونظام الاتصال والمعلومات المعتمدة في المراكز الاستشفائية الجامعية.

تناولت الباحثة في هذه الدراسة أربعة فصول بحيث تناولت في الفصل الأول مفاهيم عامة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، أما الفصل الثاني فقد تناولت فيه متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، أما الفصل الثالث تناولت فيه دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر، أما الفصل الرابع تناولت فيه دراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

وعليه إشكالية الدراسة تم صياغتها كالتالي:

- ما مدي جاهزية المراكز الاستشفائية الجامعية لتبني إدارة الجودة الشاملة؟
 - من خلال هذا التساؤل المطروح يمكن طرح جملة من الأسئلة الفرعية التالية:
 - ما مستوى إدراك الأطباء العاملين في المؤسسات الاستشفائية لمفهوم الجودة الصحية؟
 - ما هي أهم العوامل الحرجة التي تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة الاستشفائية محل الدراسة؟
 - ما هي المتطلبات التنظيمية البشرية والتكنولوجية لتطبيق إدارة الجودة لتحسين الخدمات الصحية؟
 - ما هي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين؟
- وبناءً على الإشكالية والأسئلة المطروحة تم طرح الفرضيات التالية:
- ظروف العمل للموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة غير ملائمة ولا تلقى رضا العاملين.
 - الإدارة في المركز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية.
 - جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة في أدنى مستوياتها.
 - نظام الاتصال في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة ضعيف ولا يؤدي الغرض.
- وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الاستكشافي الذي يفيد في حالة الرغبة تفسير طبيعة المشكلة وزيادة فهمها، والتعمق في فهم المشكلة لغرض بلورة هدف بحثي أو فرضية أكثر دقة ومشروعية،

فلاستكشاف جعل الباحثة تبنت أسلوب الاستقراء الذي هو عملية يقوم بها لمراقبة ظاهرة معينة والوصول إلى نتائج. والاختبار يقوم على أساس أسلوب الاستنباط الذي يعتبر العملية التي يتم التوصل من خلالها إلى نتائج مبررة على تعميمات منطقة لحقائق معروفة.

لتحقيق ذلك تم الاعتماد على كل من تحليل المؤشرات الصحية، المقابلة، الملاحظة والاستبيان كأدوات للدراسة، حيث تم توزيع الاستبيان على أربعة مراكز استشفائية جامعية، وتم اللجوء إلى الأساليب الإحصائية لتحليل وتفسير النتائج المسجلة.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن الظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية، تم تقييم جودة الخدمات الصحية على أنها في أدنى مستوياتها.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أن المراكز الاستشفائية الجامعية مطالبة بدراسة بيئتها الداخلية والخارجية للوقوف على أهم التحديات والمعوقات التي تحول دون تحسين جودة الخدمات الصحية، واختيار الطرق والأساليب الملائمة من مجموع ما تقترحه إدارة الجودة الشاملة مع ما يتلاءم وهذه الظروف⁽¹⁾.

توجد علاقة بين هذه الدراسة ودراستنا من خلال أنها ركزت على جودة الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجزائرية الجامعية، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من الإصلاحات في المنظومة الصحية، ولهذا فالنتائج المتوصل إليها تساعدنا في عملية تحليل البيانات المتحصل عليها ومقارنتها مع بعضها البعض.

6. الدراسة السادسة: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية -دراسة حالة المستشفى الجامعية نذير محمد-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص إدارة الموارد البشرية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، من إعداد الطالبان جديد رزيقة، حميطوش بلعيد، 2018-2019م.

هدفت الدراسة بصفة عامة إلى تقديم مفهوم إدارة الجودة الشاملة باعتباره من المفاهيم الحديثة في

حقل الإدارة والذي يسعى إلى:

¹ - أوشن ريمة: إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية- دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعية للشرق الجزائري- أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة1-الجزائر، 2017-2018م.

- تحسين أداء المنظمات من خلال الاهتمام بعنصر الجودة الذي يركز على المستفيد من الخدمة التي تقدمها المنظمة والتعرف كذلك على متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصحية. تم تحديد إطارها ونطاقها بعرضها وتقديمها ضمن خطة تحتوي على 3 فصول بحيث تناول الباحثين في الفصل الأول الإطار المفاهيمي والنظري لإدارة الجودة الشاملة، أما الفصل الثاني تطبيقات الجودة الشاملة في المستشفيات، والفصل الثالث واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائي الجامعي "محمد نذير"

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في:

- فيما مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية؟ ولتحليل هذه الإشكالية أدرجنا تحتها الأسئلة الفردية التالية:
- ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة والمؤسسة الصحية؟
- ما هي تطبيقات إدارة الجودة الشاملة والمؤسسة الصحية؟
- ما هي تطبيقات إدارة الجودة الشاملة على المؤسسة الصحية؟
- ما هو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية؟
- ما مدى أهمية مبادئ ومزايا إدارة الجودة الشاملة من وجهة الشاملة من وجهة نظر مستخدمى المؤسسة العمومية الاستشفائية؟.
- ما هي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية؟. وقد حاولت الباحثة الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال طرح 4 فرضيات أهمها:
- تدني مستوى النظافة وجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المركز الاستشفائي الجامعي.
- هناك وعي مرتفع لدى مستخدمى المراكز الاستشفائية الجامعي بالمبادئ والأسس التي تحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- إن انخفاض التكاليف وتوفير الإمكانيات المادية والمالية يساعد على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.
- يدرك مستخدمى المركز الاستشفائي الجامعي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعترضه معوقات. وللتحقق من هذه الفرضيات، استخدمت الباحثين المنهج الوصفي التحليلي باعتباره يهتم بدراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو مجموعة من الأحداث، حيث لا يقتصر الدراسة الوصفية على معرفة خصائص الظاهرة فقط وإنما تتعدى ذلك إلى إدراك المتغيرات والحقائق المندرجة في موضوع

الدراسة، واعتمدت أيضا على منهج دراسة الحالة الذي يعد من أهم المناهج التي تتجه إلى جمع البيانات حول موضوع الدراسة والتعمق في مختلف جوانبه وكشف أبعاده من خلال الزيارات الميدانية للمؤسسة محل الدراسة إضافة إلى الملاحظة ودراسة وتحليل مختلف الوثائق والمعطيات وتحليل نتائج المقابلة.

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاعت الباحثة أن تتوصل إلى نتائج أهمها: أن تطبيق الإيزو إحدى خطوات الوصول إلى إدارة الجودة، وأن المؤسسات سواء كانت خدماتية أو إنتاجية تعطي أهمية كبير لأسلوب الجودة الشاملة وذلك يعد إلى الفوائد الكبيرة التي حققتها المؤسسات التي تثبت هذا الأسلوب وقد مر النظام الصحي بالجزائر لعدة مراحل أساسية ومن أهمها مرحلة ما بعد الاستقلال حيث تزداد المؤسسات الاستشفائية من 143 غداة الاستقلال ليصل عددها إلى أكثر من 10 مؤسسات استشفائية وهذا ما يدل على التحسن الملحوظ للوضع الصحي في الجزائر.

- ومن أهم التوصيات التي توصلت إليها الباحثين نجد: إدارة الجودة الشاملة مدخل لتحقيق ميزة تنافسية بالمؤسسات الاستشفائية ولها دور كبير في تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة⁽¹⁾.

وبعد الاطلاع على محتوى الدراسة، يمكن القول أنها ساهمت في تدعيم أفكار دراستنا وذلك من خلال معاينة واقع الجودة في المؤسسات الاستشفائية ومدى أهمية تحسين أداء المنظمات من خلال الاهتمام بعنصر الجودة الذي يركز على المستفيد من الخدمة التي تقدمها المنظمة والتعرف كذلك على متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصحية.

7. **الدراسة السابعة:** تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض) - دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس (العالية) -، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة محمد خضير بسكرة، من إنجاز الطالب شادلي إبراهيم، (2018-2019م).

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيد في المؤسسات الصحية من خلال تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في العيادة الخدمات رزيق يونس (العالية) بسكرة

¹ - حيطوش بلعيد، جديد رزيقة: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية -دراسة حالة المستشفى الجامعية نذير محمد-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص إدارة الموارد البشرية، جامعة مولود معمري تيزي وزو- الجزائر، 2018-2019.

وذلك من خلال توضيح المفاهيم لجودة الخدمة الصحية وتسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية للعيادة .

وتظهر أهمية الدراسة من خلال: الترف على مستوى أبعاد الخدمة ودورها ومدى رضا الزبون، وأهمية القطاع وما يمثله من أبعاد اقتصادية، واجتماعية، سياسة تناول الباحث في هذه الدراسة فصلين بحيث يشمل الفصل الأول الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، أما الفصل الثاني كان دراسة ميدانية في العيادة (واقع الصحة في الجزائر عامة وولاية بسكرة خاصة)

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في:

- ما هو مستوى تقييم المريض (الزبون) لجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية؟ وتأخذ من هذه الإشكالية التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مفهوم الخدمات الصحية؟

- ما هي أبعاد جودة الخدمات الصحية؟

- ما المقصود برضا الزبون؟

- ما هي متطلبات تقييم الخدمات الصحية؟

- ما هي الكيفية التي يمكن أن تقاس بها جودة الخدمات الصحية؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية تساؤلات فرعية وهي كالتالي:

- تقييم جودة الخدمات الصحية تقيما متوسط من طرف الزبون من حيث بعد الاعتمادية.

- تقييم جودة الخدمات الصحية تقيما متوسط من طرف الزبون من حيث بعد الاستجابة.

- تقييم جودة الخدمات الصحية تقيما متوسط من طرف الزبون من حيث بعد الضمان.

- تقييم جودة الخدمات الصحية تقيما متوسط من طرف الزبون من حيث بعد الملموسية.

- تقييم جودة الخدمات الصحية تقيما متوسط من طرف الزبون من حيث بعد التعاطف.

لدراسة موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية فقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي وباستخدام أسلوب دراسة حالة لعينة من الزبائن (المرضى) الذين تعاملوا مع العيادة الصحية المتعددة الخدمات رزيق يونس وإخضاع البيانات المتحصل عليها عن طريق لاستمارة المخصصة لها لغرض التحليل الإحصائي واستخدام معامل الارتباط وبرنامج SPSS للتأكد من فرضيات الدراسة.

ومن خلال الدراسة الميدانية والاستبيان بالعيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس (العالية) استطاع الباحث أن يتوصل إلى أهم النتائج ونذكر منها:

- اختلاف درجة رضا الزبائن باختلاف أعمارهم فالكبار أكثر رضاء أمن أقل عمرا والسبب مواكبة الكبار للزمن السابق الأقل تقنية.
 - من خلال بعد الاعتمادية الذي كان متوسط من حيث التقييم فإننا نجد العيادة تقدم الخدمات بدرجة عالية من الدقة وتلتزم بالمواعيد المحددة إلا أن هناك ضعف في تقديم الخدمات بطريقة ملائمة.
 - العيادة لا تقوم بإبلاغ الرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة ولكن تقوم بالرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي المتعلقة بالمرضى وتعمل على تبسيط إجراءات العمل قدر الإمكان.
 - توفر العيادة صلات انتظار المستلزمات كما تتمتع العيادة بموقع يسهل الوصول إليه ويهتم العمال بالنظافة وحسن المظهر وهذا ما يتجلى في بعد الملموسية .
 - التركيز على الانفاق بطريقة ملائمة ومناسبة مع مراعات للموارد المتاحة للعيادة لتلبية احتياجات المريض بطريقة فعالة.
 - توفير وجلب الأطباء الأخصائيين.
 - توعية الزبائن بنظافة العيادة ومحاولة ارساء هذه الثقافة لدى المرضى.
 - الاهتمام بتحديث العتاد الطبي وطريقة العمل لتحقيق جودة الخدمات الصحية والارتقاء بها.
 - اعتبار رضا الزبون أولوية العيادة
 - التركيز على الجانب النفسي للمريض من خلال إعطاء دروس لعاملون في كيفية التعامل مع المرضى⁽¹⁾.
- ساعدتنا هذه الدراسة في كونها ركزت على تقييم جودة الخدمات الصحية في العيادة المتعددة الخدمات، من خلال التعرف على المفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحية وكذا الآليات والوسائل المستخدمة فيها، وهو ما ارتأينا أن نوضحه في دراستنا.

¹- شادلي إبراهيم: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون- دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس (العالية)-، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة محمد خضير بسكرة،-الجزائر، 2018-2019م.

الفصل الثاني

المقاربات النظرية المفسرة لجودة الخدمات الصحية وسياسة الخصخصة

أولاً: نظرية الدور الاجتماعي

ثانياً: نظرية أصحاب المصلحة

ثالثاً: نظرية X لدوجلاس ماجريغور

رابعاً: النظرية الظرفية الموقفية

خامساً: نظرية صنع القرار

سادساً: النظرية النظام التعاوني

سابعاً: النظرية البنائية الوظيفية

إن النظريات المفسرة تتيح للباحث إمكانيات شتى لتقديم جودة الخدمات الصحية الخاصة من مختلف الزوايا، وتسمح له بالإجابة عن تساؤلاته، فقد تناولنا في هذا الفصل ما يلي:

أولاً: نظرية الدور الاجتماعي

تستمد نظرية الدور مناهجها الأساسية من علم النفس وعلم الاجتماع، لذلك أصبحت المادة العلمية التي تركز عليها وفيرة. وجود مضمون نظرية الدور هو أن كل فرد يشغل مركزاً اجتماعياً معيناً في السلم الاجتماعي، بحيث يفرض هذا المركز على الشخص الذي يشغله من الحقوق والالتزامات التي تنظم تفاعله مع الأشخاص الآخرين الذين يشغلون مراكز اجتماعية أخرى، علماً بأن المراكز الاجتماعية في المجتمع الحديث تحدد على أساس اقتصادي اجتماعي⁽¹⁾.

فالدور مصطلح علائقي على اعتبار أن الفرد الذي يؤدي دوراً في مواجهة دور شخص آخر مرتبط بوضع مضاد. فالطبيب مثلاً يلعب دوره كطبيب بالنسبة لدور المريض، وهذه الناحية العلائقية من مفهوم الدور تركز على فكرة الاضطلاع بالدور⁽²⁾.

ويعرف الدور عادة بأنه أفعال Actions للأفراد في علاقتها بالمعايير السائدة، وبهذا المعنى فهو يشير إلى الطرق التي بها يتصرف الأعضاء مع وضع ما يقصد أو بدون قصد، وبما يتفق أو يتعارض مع المعايير التنظيمية القائمة⁽³⁾.

فالدور يمثل معنى السلوك المتوقع ممن يشغل مكانة أو مركزاً معيناً، حيث أن مفهوم المكانة يتضمن عدداً من الحقوق والواجبات والمشاعر من جانب من يشغل هذه المكانة، وكذا تفاعلاً يتم بين إثنين أو أكثر، بحيث يشغل أحدهما هذه المكانة، وبالتالي يقوم بدور معين والآخر أو الآخرين الداخليين معه في نطاق دوره⁽⁴⁾.

والدور كعنصر في التفاعل الاجتماعي، فهو يشير إلى نمط متكرر من الأفعال المكتسبة التي يؤديها شخص معين في موقف تفاعلي. ويعتقد "رالف لنيتون" أن المكانة هي مجموعة الحقوق والواجبات، وأن الدور هو المظهر الدينامي للمكانة، فالسير على هذه الحقوق والواجبات معناه القيام بالدور، وهذا هو

1- ملاك الرشيد وآخرون: نظريات ونماذج علمية في تنظيم المجتمع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان-مصر، 1995م، ص42.

2- عبد الهادي الجوهري: قاموس علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1998م، ص97.

3- ملاك أحمد الرشيد: مرجع سابق، ص120.

4- عبد العزيز النواحي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية "عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي إيديولوجي"، ط2، دار الأقصى للطباعة، فلسطين، 2001م، ص44.

التعريف الذي يستخدمه "بارسونز" في مؤلفه النسق الاجتماعي، "راد كليف براون" في مؤلفه البنائية الوظيفية في المجتمع البدائي، و"روبرت ميرتون" في النظرية الاجتماعية والبناء الاجتماعي⁽¹⁾.

ويمكن أن نجمع ما سبق في أن الاستخدام الحديث لمصطلح الدور يتضمن ما يلي:

يتكون الدور من نسق التوقعات التي توجد في البيئة الاجتماعية، والتي تتعلق بسلوك الشخص تجاه الآخرين الذين يشغلون مراكز أخرى وهذا ما يسمى بالدور المتوقع.

يتكون الدور من توقعات معينة يدركها الشخص على أنها ملائمة للسلوك الذي ينتهجه عندما يتفاعل مع مراكز أخرى، وهذا ما يسمى بالدور الذاتي.

يتكون الدور من أنماط سلوكية واضحة يشكلها الشخص شاغل المركز عندما يتفاعل مع شاغلي مراكز أخرى وهذا ما يسمى بالدور الممارس⁽²⁾.

ووفقاً لهذه الاستخدامات، يحدد أصحاب نظرية الدور نوعين من الأدوار: دور مثالي وهو ما يتوقعه المجتمع من فرد يشغل مركز معين في موقف معين، ودور واقعي وهو ما يقوم به الفرد فعلاً⁽³⁾.

وسياق على ذلك، تقوم نظرية الدور على عدة مفاهيم أساسية مثل المركز Postition والمكانة Status والدور Rôle والذات Self، ويجمع بين هذه المفاهيم كلها مقوم عام وهو التفاعل Interaction ولكن هذه النظرية تختلف عن المدارس التفاعلية التي تقوم على أساس أن الفعل الذي يحدث بين الأشخاص هو فعل متبادل، ولكن يمكننا النظر إلى التفاعل في هذه النظرية على أساس أن الفرد يدخل في تفاعل مع فرد آخر أو أكثر يؤدي أدواراً بجانبه، وهذا ما يعرف بالمشاركة من قبل الفرد في علاقته بالآخرين الذين يكونون في النهاية البناء أو الوحدات المكونة للنسق الاجتماعي⁽⁴⁾.

وتقوم المشاركة هنا على دعامتين، أساسيتين هي المركز الذي يمثله الفرد داخل النسق الاجتماعي وعلاقته بالمراكز التي يحتلها الآخرون، هذا من المنظور الجزئي للنسق. أما الدعامات الثانية، فهي ما يؤديه هذا الشخص مع الآخرين والمتأثرين بوظيفته المحددة داخل النسق، وهو ما نسميه بالدور⁽⁵⁾. حيث

¹ - نخبة من أساتذة علم الاجتماع: المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1985، ص390.

² - المرجع السابق، ص117.

³ - المرجع السابق، ص43.

⁴ - أحمد مصطفى خاطر: طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، مدخل لتنمية المجتمع المحلي، استراتيجيات وأدوار المنظم الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1997م، ص151.

⁵ - المرجع السابق، ص159.

أوضح "زنايتكى Znaniecky " أن الدور الاجتماعي يمكن النظر إليه باعتباره نسقا اجتماعيا ديناميا له مكونات أربعة ليست منفصلة عن بعضها البعض وهي:

1. الدائرة الاجتماعية: وهي مجموعة من الأشخاص الذين يتفاعلون مع القائم بالدور، وهؤلاء الأشخاص يشغلون مراكز اجتماعية أخرى ويقدر أداء هذا الشخص، وغالبا ما يشكلون الجماعة المرجعية له.
2. القائم بالدور ذاته: ويقصد بذلك خصائصه الجسمية والسيكولوجية المتعلقة بالمركز الذي يشغله.
3. المركز الاجتماعي للقائم بالدور: ويتضمن كل ما هو مسموح له أو ممنوع عليه القيام به كشيء متضمن في مركزه.

4. الوظائف الاجتماعية للقائم بالدور: ويعني بذلك مساهمته في دائرية الاجتماعية، وهذا يعني أن هذه المكونات الأربعة متفاعلة مع بعضها البعض.

وحتى يضمن المجتمع قيام الأفراد بالأدوار لهم، فقد وضع نظاما للمكافأة لمن يقوم بدوره بالشكل اللائق، وأيضا نظاما لعقاب من يقصر في أداء هذا الدور⁽¹⁾. ويستخدم أخصائي تنظيم المجتمع نظرية الدور في مواقف تختلف من حيث النوع عن المواقف التي يقابلها الأخصائي أثناء عمله مع الجماعات الصغيرة والأفراد، بحيث تتحدد تلك الأدوار في أدوار المنظم الاجتماعي⁽²⁾.

وعليه يمكن للباحث الاستفادة من معطيات هذه النظرية، وذلك بالوقوف على مجموعة الأدوار التي يؤديها فريق العمل بالمستشفى، وكذلك الوقوف على الاختلافات في توقعات أدوارهم، ومحاولة وضع تصور واضح لدور كل عضو من أعضاء فريق العمل. كما ستوجه تلك النظرية الباحث في تحديد مجموعة الأدوار المهنية التي يمكن أن يلعبها مع نسق الهدف خلال فترة التدخل المهني.

ثانيا: نظرية أصحاب المصلحة

يعد موضوع أصحاب المصالح من أبرز موضوعات الإدارة الاستراتيجية، لكونه يمثل بيئة علاقات وتفاعلات تنظيمية متشابكة مع البيئية الخارجية والداخلية للمؤسسات، والذي بدون إدارته بشكل مناسب قد يعيق بقائها واستمرارها.

يعتبر أول باحث اهتم بأصحاب المصالح هو فريمان Freeman وكان ذلك سنة 1984، لكن قبل أن يقوم فريمان في الخوض في الفكر التنظيري لأصحاب المصالح، كان قد سبقه في ذلك باحثان

¹ - محمد بهجت كشك: تنظيم المجتمع في المساعدة إلى الدفاع، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1996م،

ص38.

² - ملاك أحمد الرشيد وآخرون: مرجع سابق، ص50.

أمريكيان وهما بيرل ومينس Means et Berle وكان ذلك سنة 1932، حيث اهتمتا بأصحاب المصالح من خلال دراسة قاما بها حول ضرورة فصل الملكية عن الإدارة إلزامية فرض الرقابة على تصرفات المسيرين، حماية لحقوق صغار المساهمين⁽¹⁾. وتركز نظرية أصحاب المصالح على المجموعات التي لها علاقة مباشرة مع الشركة، ولها تأثير على أداء المؤسسة وعملية تحقيقها لأهدافها باتخاذ قرارات المؤسسة. وتضم هذه المجموعة المستثمرين والعملاء والموظفين والمودعين والموردين ومنظمات المجتمع وحماية البيئة والمجتمع كله⁽²⁾.

نجد أن نظرية أصحاب المصالح تنطلق من تساؤلين رئيسيين هما: ما هي أهداف المنظمة وما الذي يتولد منها ويخدم أصحاب المصالح مجتمعين؟، ما هي مسؤولية الإدارة اتجاه أصحاب المصالح؟. فنظرية أصحاب المصالح تركز على خلق القيمة الاقتصادية من خلال أفراد يقومون طواعية أو من خلال رابط محدد بتحسين ظرف كل واحد منهم. فالإدارة في هذه الحالة تقوم بتطوير علاقات أصحاب المصالح وخلق الاتصال أين كل فرد يعمل بجد من أجل توليد قيمة للمؤسسة.

وهناك عدة تعريفات لمصطلح أصحاب المصلحة، أشهرها حسب فرمان وريد، أنه يمكن النظر إليه من جانبين، الواسع والضيق. حسب الجانب الأوسع فإن أصحاب المصلحة هم مجموعة أفراد يمكن تحديدهم والتعرف بهم، ولهم القدرة في التأثير على تنفيذ وتطبيق أهداف المؤسسة، أو يمكن أن يتأثروا جراء إنجاز أهداف المؤسسة. أما من الجانب الضيق فإن أصحاب المصلحة هم مجموعة أفراد يمكن تحديدهم والتعرف عليهم، بحيث أن استمرار المؤسسة يتوقف ومرتبطة بهم⁽³⁾. أما دونالد وبر ستون فقد عرفها على أنها هم الأفراد الذين يملكون عقود صريحة أو ضمنية في المؤسسة، ويتم تحديدهم عن طريق الأضرار الفعلية أو المحتملة، والفوائد المجنية أو المتوقعة من المؤسسة سواء نشطت أو لم تنشط. فمن خلال التعريفين يتضح أن أي طرف سواء كان داخل المؤسسة أو خارجها والذي له علاقة بأنشطة المؤسسة، يعتبر كطرف من الأطراف ذات المصلحة. فعلاقة أصحاب المصلحة مع المؤسسة يمكن اعتبارها كحصة لهم معها والتي تتمثل أساسا في: المصلحة (المنفعة)، الحقوق (قانونية ومعنوية)، الملكية، والمساهمة في شكل معرفة أو دعم (مباشرة وغير مباشر).

¹- العايب عبد الرحمان: التحكم في الأداء الشامل للمؤسسة الاقتصادية في الجزائر في ظل التنمية المستدامة، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 11، جامعة سطيف-الجزائر، 2011م، ص 79.

²- الطاهر محمد أحمد محمد حماد: الالتزامات بحقوق أصحاب المصالح واثره في أداء المصارف-دراسة عينة من المصارف التجارية العاملة بولاية الخرطوم-، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد 16، السودان، 2015م، ص 116.

³ -Gossy Gregor: **A stakeholder rationale for risk management, Implications for Corporate Finance Decisions**, Gabler Edition, Wissenschf, 2008, Germany, p6.

وتظهر أهمية الأطراف ذات المصلحة في:

- إن أصحاب المصالح يوفران موارد حيوية من المهارات، الخبرات، والكفاءات التي يمتلكونها وهو يمثل المقدرات التنظيمية للشركة بالإضافة إلى الموارد المالية .
- تساهم علاقات أصحاب المصالح في خلق الميزة التنافسية، لأن تطوير هذه العلاقات هو مصدر السمعة الجيدة وتعزيز القيمة للعلامة التجارية للمنظمة، الأمر الذي يسمح بتنمية الأسواق العالمية وإيجاد فرص مربحة في أسواق جديدة.
- إن نوعية علاقات الشركة مع أصحاب المصالح تعتبر كأحد المؤشرات لقياس قدرة الشركة لبلوغ أهدافها من خلال مواردها المالية، البشرية والمعرفية⁽¹⁾.

وبالرغم من اختلاف الباحثين في تصنيف أصحاب المصالح إلا أنهم اتفقوا في تحديدهم. فمن بين التصنيفات المشهورة لأصحاب المصالح تلك التي قدمها كلارسون، على اعتبار أن أصحاب المصالح فئتين وهما: الأساسيون والثانويون. فالأساسيون هم الذين يستثمرون أموالهم في المؤسسة، فهم بذلك ضروريين من أجل ضمان السير العادي للمؤسسة. ويدخل ضمن هذه الفئة كل من أصحاب رؤوس الأموال والمستثمرون والعمال والموردون والزملاء. أما الفئة الثانية فتضم كل الأفراد أو المجموعات التي تؤثر أو تتأثر بالنشاط الذي تمارسه المؤسسة، ولكنهم ليسوا ضروريين لضمان بقاء وديمومة المؤسسة. كما ويمكن تقسيمهم إلى أصحاب المصالح الأولين وأصحاب المصالح الثانويين، فأصحاب المصالح الأولين هم الذين تربطهم علاقة تعاقدية ورسمية بالمؤسسة وهم المساهمون والعمال والموردين والزملاء. في حين أن أصحاب المصالح الثانويين هم وسائل الإعلام والمستهلكين وجماعات الضغط والحكومات والمنافسين وكافة الجمهور والمجتمع بصفة عامة⁽²⁾.

إن حاجات أصحاب مصالح المؤسسة المتباينة، سوف تتصارع في الغالب، ومثال على ذلك أن دفع أجور أكبر للعاملين سيكون على حساب استقطاع ذلك من أرباح حملة الأسهم، لذا فإن مفهوم النظرية المبسط يضع على عاتق المدير لما يشتغله من دور رئيسي في عملية الموازنة لمثل هذه الحاجات.

¹- العنزي سعد: محاولة جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 13، العدد 48، 2007م، د.ب، ص3.

²- العايب عبد الرحمن: مرجع سابق، ص84، 83.

فبداية نشأة النظرية ظهرت عندما كان مفهوم أصحاب المصالح مقتصرًا على المالكين من حملة الأسهم، وأن هذه العلاقة بين حملة الأسهم والمديرين يطلق عليها مشكلة الوكالة، وهي الاحتمالية بنشوء صراع مصلحة بين الإدارة والمالكين، والذين كانا يسعيان باتجاهات مختلفة تقود إلى إحداث هذه المشكلة، حيث هنا تختلف أهداف الإدارة وأهداف المالكين، إذ أن الإدارة تسعى لتعظيم القيمة، بينما يرغب المالكون بتعظيم الربحية.

لقد أظهرت التطورات الحديثة للدراسات بشأن حاكمية الشركة، أن إدارة المنظمات قد أضحت بعيدة جدا وأكثر تعقيدا من النظرية الكلاسيكية للاقتصاد الجزئي، إذ بينت وجهة النظر بحسب نظرية أصحاب المصالح، بأن حملة الأسهم والمديرين وكذلك أصحاب المصالح الآخرين من الموظفين أو الزبائن، هم ليسوا فقط ممن يمكن أن يلعبوا الأدوار المعنوية أو الهامة في عملية اتخاذ القرار في العديد من الشركات، أي أن هناك العديد من الأطراف التي يمكن أن توجه العملية. ومضمون ذلك يظهر غير متوافقًا مع تعظيم الربح الذي ينبغي أن تتم إدارته من قبل الشركات لفائدة أصحاب المصالح التقليديين بضمنهم الموظفين.

ويظهر الصراع بشكل واضح بين النموذج المرتكز على الربحية والموروث من الماضي الصناعي، وبين نموذج المسؤولية الاجتماعية، إذ أن توليد الربحية يمكن أن يؤدي إلى منافع اجتماعية بشكل غير مباشر. ولكن من وجهة نظر المديرين الملتزمة بتكوين المال، فأصحاب المصالح هم فقط وسائط ينتهي عندها التحصيل المالي. وفي المقابل، فإن نموذج المسؤولية الاجتماعية يتجاهل الإنتاجية والربح والأهداف الاقتصادية الأخرى. فالمسؤولية الاجتماعية والربحية تبدوان غير متوافقتان، لأن كل منهما يركز على جانب معين من أقسام المؤسسة، بحيث هناك تجاهل متبادل بين هذه الأبعاد المتعارضة. لذا فإن نموذج أصحاب المصالح حاول عرض هذا الصراع، ولكن لحد الآن لم يتم تعريف هذه النظرية التي بإمكانها عمل ذلك. فبعض التعاريف قامت بإدراك الدور الإنتاجي لأصحاب المصالح، والأخرى اعترفت بالحاجة للتشارك أو التعاون، ولكن هذه المفاهيم لم يتم تطويرها إلى نظرية كاملة. فالمجرب الرئيسي للأعمال يفكر بالاستمرار في إظهار أصحاب المصالح باستعمال المنظورات المعيارية للمسؤولية الاجتماعية، أخلاقيات الأعمال وسلوكياتها. وهذا يقود بالتالي إلى بيان تأكيدات أغلب المعنيين بقولهم أن نظرية أصحاب المصالح ما هي إلا في إطارًا عمليًا مؤسسًا، والذي من خلاله يتم تحديد واختبار تأثير العمل المنظمي.

استخدمت هذه النظرية لتحديد النقاش والجدل المتعلق بحاكمة الشركة، أخلاقيات الأعمال، الإدارة الاستراتيجية وفعالية المؤسسة.

وفقد وضعت نموذج للشركة الذي بموجبه كل الأفراد والجماعات من ذوي المصالح المشروعة يشاركون في المشروع من أجل الحصول على المنافع، ولا توجد أولوية لمجموعة معينة من المصالح والمنافع على مجموعة أخرى. فالنظرة رفضت فكرة "أن المشروع يوجد لتعظيم ثروة المالكين". ومن ذلك يتضح أن النظرية تستند على فكرة وجود المشروع لخدمة كل من لديه مصلحة به، أو أنه يتأثر بطريقة أو بأخرى بنشاطات المشروع وأعماله، وهي بذلك تحاول تجاوز مشكلة الوكالة. فالنظرية اذن تستند على فكرة وجود المشروع لخدمة العديد من أصحاب المصالح ممن لديهم اهتمامات به والذين وبما يحقق منفعتهم الخاصة، أو يتضررون منه بطريقة معينة أو بأخرى⁽¹⁾.

ولفهم أسس النظرية وكيفية استعمالها، ظهرت عدة توجهات في رؤية الأطراف ذات المصلحة في المؤسسة وهي:

أ- **المنظور الوسيلي أو الأدواتي:** وهو مدخل استراتيجي يفيد أن الشركة التي تتبنى مدخل أصحاب المصالح سوف تحقق عوائد مالية أعظم من تلك التي لا تقوم بذلك. حيث يستعمل هذا المنظور لتحديد مدى وجود الارتباطات بين إدارة أصحاب المصالح وتحقيق أهداف المؤسسة. فالجانب الوسيلي لنظرية أصحاب المصالح يقترح أن المؤسسات بإمكانها أن تنتفع مالياً من أصحاب المصالح وفقاً لاعتبارات السلوك الأخلاقي، أي أن المؤسسة تستعمل الأطراف ذات المصلحة كوسيلة أو أداة لتحقيق هدفها أو أهدافها الاستراتيجية.

ب- **المنظور الوصفي التجريبي:** يصف هذا المنظور كيفية عمل المنظمات بما يساعد على التنبؤ في السلوك التنظيمي وهو أحد منظورات أصحاب المصالح الذي يبحث عن توصيف وتفسير سلوكيات وخصائص معينة للمؤسسة. لذلك يوضح الحالة الماضية والحاضرة والمستقبلية لشؤون واهتمامات أصحاب المصالح فيها. ويأخذ بالحسبان أصحاب المصالح لكونهما مؤثرين فيها من خلال قوتهم أو دورهم في سياسات المنظمة. وقد استخدمت النظرية للوصف وأحيانا لتوضيح خصائص محددة للمنظمة وسلوكها. وعلى سبيل المثال تم استخدام النظرية لوصف طبيعة الشركة، الطريقة التي يفكر

¹ - المرجع السابق، ص 84.

بها المديرون لممارسة الإدارة وتطبيقها، كيفية تفكير مجلس الإدارة في مصالح ذوي العلاقة بالشركة وكيفية إدارة الشركات لأعمالها فعليا.

ج- **المنظور البيئي**: يمكن أفراد بعض علاقات أصحاب المصالح ضمن الأطر الاجتماعية تحت مسمى المنظور البيئي، ليتضمن تأطير جديد لهذه العلاقات القضايا التي تحكمها. وبموجبه يفترض أن أفعال الأفراد هي التي تصيغ المؤسسات وتصاغ هي أيضا من خلالها، وفي نفس الوقت أن المؤسسات تعد هي الفاعل أو اللاعب الأساسي بالنسبة للقوى البيئية، ليس فقط في عمل ما يحتاجونه للتكيف، ولكن أيضا من خلال المرور عبر دورات الحياة الكلية والاندماج والموت، والتي يتم انتقائها عبر عمليات مختارة. والجديد في هذا المنظور هو الافتراض أن الأفراد يلعبون الدور الفاعل من خلال تفاعلاتهم الخاصة مع المؤسسات. لذلك فهو يفترض أن العالم الذي يخلق المقاييس، هو نتاج توطين أفكار المجتمع والأفراد والمؤسسات.

ثالثا: نظرية x لدوجلاس ماجريغور: 1906-1964م

من أهم الرواد الذين ساهموا في تفعيل العمليات التنظيمية، أفكاره مستمدة من تطبيقات المنظمات العسكرية، لذلك فهو ينتقد ويخالف الفكر التقليدي الذي عبر عنه ب (x)، كونه يفترض اعتماد أسلوب القهر والرقابة الدقيقة وإهمال البيئة الخارجية. فقد طرح ماجريغور فكر بديل عبر عنه بنظرية (Y) المعاصرة، والتي تركز على الجهد الجسدي والذهني معا في إنجاز العمل، انطلاقا من فكرة أن الفرد يبحث عن العمل كمصدر لإشباع طموحاته وتحقيق أهدافه، فيمكن حثه استخدام أساليب أخرى غير تلك التي استخدمها رواد الفكر الكلاسيكي وتحقيق أعلى معدلات الإنجاز⁽¹⁾.

إن الافتراضات التي تبناها ماجريغور في نظرية (Y) تنطلق من أن الطبيعة البشرية ترغب في العمل الذي يتطلب بذل الجهد العضلي والذهني، وأن الفرد يميل إلى البحث عن المسؤولية وتوجيه نفسه بنفسه ليتسنى له التحكم في عمله وليس فقط قبول الأوضاع على ما عليه، وهذا لا يمنع الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية والمعنوية التي أشار إليها أبراهام ماسلو.

فالفرد حسب ماجريغور يمتلك قدرات إبداعية ودرجة عالية من الابتكارات في ميدان العمل، مما يتطلب منه استغلال أقصى طاقاته وإمكانياته.

¹- عامر الكبيسي: الفكر التنظيمي، دار الرضا للنشر، دمشق-سوريا، 2004م، ص113.

إن هذه افتراضات هي عكس نظرية (Y) التي تؤكد بأن الفرد سلبي ولا يحب العمل وكسول ولا يرغب في تحمل المسؤولية، واعتبار أن العقاب والتهديد من أفضل الوسائل لدفعه إلى العمل خوفاً وليس حبا في العمل، لذلك فهو حسب هذه النظرية يحتاج إلى رقابة شديدة ودعم للحوافز المادية فقط والتي تم تحديدها في الأجر.

فمن خلال افتراضات نظرية (Y) توجد أنواع أخرى من الحوافز لتغطية نقض الحوافز المادية، وهذا ما يستدعي تحليل حاجات الفرد غير المادية. ولكي يتمكن العامل من تحمل المسؤولية والتعاون على إنجاز مصالح التنظيم، فهذا يتطلب اعتماد الإدارة بالأهداف⁽¹⁾ التي تتسم بالطابع التكاملي والتوفيقي بين معطيات الفرد ومتطلباته في إطار تحقيق الفاعلية والكفاءة.

ومن هنا يتضح أن دوجلاس ماجريغور يؤكد على الجوانب المتعلقة بدور المشاركة الفاعلة للأفراد وعلى أهمية القيادة الإدارية في تحقيق أهداف المنظمة والأفراد العاملين معا وفقاً لنظرية (Y)، وذلك من خلال تحديد المستلزمات العامة للوظائف وتحديد الأهداف الفرعية من الأهداف العامة، فضلاً عن متابعة إنجاز الفعاليات التنظيمية والإدارية والفنية تحقيقاً للأهداف الفرعية في آجالها المحددة، ثم تقسيم النتائج المحققة للأهداف العامة ومعرفة الانحرافات عن السياسات المرسومة، وتشخيص أسبابها بموضوعية ومحاولة إيجاد السبل الوقائية⁽²⁾.

وهكذا فإن الأبعاد التي تركز عليها نظرية (Y)، لا تتوافق والأفاق الإنسانية التي جاءت بها مبادئ الإدارة بالأهداف وما تنطوي عليه من أبعاد سلوكية، والكشف عن القدرات الفردية والجماعية في المشاركة الواعية لتحقيق الأهداف العامة للمنظمة⁽³⁾.

رابعاً: النظرية الموقفية النظرية

ومن أهم الإسهامات الفكرية في مجال القيادة لهذه النظرية، "فريدريك فيدلر Frederick Fiedler" الذي قام بأولى المحاولات لتطوير نموذج في القيادة الموقفية، حيث تبنى أسلوب القيادة الإدارية المستخلص من دراسات "أوهايو وميتشيقان" والقائم على أسلوب القيادة بالإنتاج أو العمل، وأسلوب القيادة

¹ - سعد عبد مرسي بدر: الإيديولوجيا ونظرية التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص177.

² - لوكيا الهاشمي: نظريات المنظمة، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة-الجزائر، د.س، ص9.

³ - مهدي حسين زويلف، علي محمد العضالفة: إدارة المنظمة-نظريات وسلوك-، دار مجدلاوي، عمان-الأردن، 1996م، ص7.

بالعاملين أو المرؤوسين⁽¹⁾، سميت بالموقفية لأنها تؤكد على أن فاعلية القائد تتماشى مع أسلوبه في التعامل مع البيئة المحيطة (الموقف). لذلك فإن القيادة الفاعلة هي التي تتبنى أو تعتمد على تفاعل الخصائص الشخصية للقائد وسلوكه وعوامل البيئة أو الموقف المحيط به.

ترتكز مبادئ النظرية الموقفية على نظرية النظم التي تنطلق من فرضية مفادها أن كل موقف تواجهه المؤسسة، فهو يتطلب منها اتخاذ التدابير اللازمة لإيجاد الحلول العلاجية، بمعنى لا توجد حلول مسبقة، بل العلاج يبني على أساس الوضعية السائدة، وكلما تغيرت الوضعية كلما اختلفت طرق المعالجة وإيجاد الحلول. فالعوامل الخاصة بكل مؤسسة هي التي تفرض حلول المشكلات والصعوبات المعترضة.

ويمكن اعتبار هذه الأفكار هي محاولة تكييفية للحياة العملية المؤسساتية، استجابة للمتغيرات الطارئة، أو أن تستجيب للمتغيرات دون التقيد بمنهج محدد يشكل قيوداً لها في تحقيق الكفاءة والفاعلية⁽²⁾. يؤكد فيدلر على وجود أسلوب واضح في كل المواقف، وفي المقابل فإن القائد المهتم بالعمل يتفوق في المواقف الصعبة، أين تكون العلاقة سيئة بين القائد ومرؤوسيه، فيكون حينئذ نفوذه ضعيف اتجاه مرؤوسيه، لأن هيكل العمل أصبح يتسم بالغموض. وعندما يكون هذا الهيكل واضح، فالعلاقة تكون جيدة بين القائد ومرؤوسيه ونفوذه يكون قوي، لأن المواقف كانت سهلة. أما في حالة المواقف المتوسطة، فالنتيجة مثل المواقف الصعبة⁽³⁾.

وعموماً، قدمت التنظيمات الموقفية تفسيرات ورؤى حديثة للفكر التنظيمي، خاصة من خلال سعيها لإقامة العلاقة بين المحيط الخارجي والهيكل التنظيمي ومستوى الأداء، مما جعلت أفكارها مكملة للفكر التنظيمي الكلاسيكي ومبادئ حركة العلاقات الإنسانية. فالتنظيمات حسب التناول الموقفية تعالج وتفسر انطلاقاً من دراسة المواقف المختلفة، ليتسنى لها بعد ذلك تصميم نماذج وطرق التسيير لكل تنظيم في موقعه.

لكن ما أغفلته التناولات الموقفية هو غياب تحليل سلوك الأفراد، خاصة فيما يتعلق بدراسة سيكولوجية القادة وأنماط القيادة، نظراً لصعوبة تحديد التغيرات الطارئة على مختلف المواقف وعلى مختلف التنظيمات.

¹ - حسين حريم: السلوك التنظيمي-سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال، دار حامد، عمان-الأردن، 2004م، ص213.
² - موسى اللوزي: التطوير التنظيمي-أساسيات ومفاهيم حديثة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 1998م، ص40.
³ - سميرة صالح: أسلوب القيادة الإدارية وأثره على الفعالية الإنتاجية للمرؤوسين-دراسة حالة مؤسسة سونطراك (المديرية الجهوية- بجاية)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تنظيم الموارد البشرية، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة باتنة-الجزائر، 2008م، ص37.

خامسا: نظرية صنع القرار

إذا كان النموذج البيروقراطي الفيبري واتجاه الإدارة العلمية ينظران للأفراد نظرة سلبية حيث أنهم يؤدون الأدوار ويقبلون التوجيهات، وغير قادرين على ممارسة أي نوع من التأثير على العمليات التنظيمية، فإن نظرية صنع القرار تنظر إلى الأفراد باعتبارهم قادرين على صنع القرار وحل المشكلات التنظيمية، وبذلك فإن أصحاب هذا الاتجاه يركزون على الجوانب الفكرية والعقلانية في السلوك التنظيمي، كما ربطوا الجوانب الرشيدة بالجوانب غير الرشيدة في التنظيم.

ويرجع الفضل في تطوير نظرية صنع القرار الى هيربرت سيمون Simon.H الذي انطلق من نقطة أساسية تمثلت في أن التنظيمات هي أبنية لصنع القرار وأن السلوك في التنظيم ينبغي أن يكون سلوكا هادفا. لأن الأفراد ينتظمون في تنظيمات من أجل تحقيق أهداف مشتركة. ويتطلب تحقيق هذه الأهداف التنسيق. الوعي والدقيق للنشاطات التي يقومون بها. وهكذا يصبح تنسيق العلاقات هو الذي يميز التنظيمات الرسمية عن غيرها من أنماط التجمع الاجتماعي. بمعنى أن أعضاء التنظيمات لا يمكن اعتبارهم مجرد أدوات بسيطة خالية من الدوافع والمحفزات، بل أنهم أفراد يساهمون في حل المشاكل من خلال ممارستهم لاتخاذ القرارات⁽¹⁾.

وإذا كانت الإدارة الفعالة تركز على عملية اتخاذ القرارات، فيشترط اختيار البدائل لتحقيق الأهداف، علما بأن البدائل التي يتم اختيارها لا يمكن حصرها بأسلوب عقلائي خالص، ولذلك تصبح الوظيفة الأساسية للتنظيم تتمثل في التحديد الدقيق للإطار الذي يشغله الفرد حين يتخذ قراراته. وهذا ما يقربنا من الرشد والعقلنة في اتخاذ القرارات. ويستطيع التنظيم أن يقوم بهذه الوظيفة من خلال تحديد المسؤوليات لكل عضو فيه، ورسم الأهداف التي توجه السلوك، مع تحديد الآليات الضرورية للإنجاز، كالقواعد الرسمية، ووجود قنوات الاتصال، وتوفير برامج تدريبية تمكن الفرد من حصر البدائل التي يركز عليها في اتخاذ قراراته.

كما يؤكد أنه على التنظيم أن يضع في اعتباره كل الطرق التي تؤهله لصياغة قرارات رشيدة، ويتحقق ذلك بوسيلتين: تتمثل الأولى في تحديد نطاق له الأهداف المسؤولة، بمعنى أنه على الفرد أن يحدد مسؤوليته التي توجهه أثناء القيام باتخاذ القرار. أما الثانية فتتمثل في تثبيت القواعد والإجراءات الرسمية، واختيار بعض الآليات التي تمثل الأوامر والتعليمات الرسمية وبرامج التدريب ووسائل الاتصال

¹ - محمد علي محمد: علم اجتماع التنظيم -مدخل للتراث والمشاكل والموضوع والمنهج، ط3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية- مصر، 1986م، ص212.

التي تحصر وتقل من عدد الحلول المتوفرة التي تكون في متناول الفرد، وذلك لتخفيض وتقليل الفترة التي يستغرقها الفرد قبل اتخاذه القرار المناسب.

وترتكز عملية صنع القرار على نوعين من المعطيات التي من خلالها يتخذ الإنسان قراره:

- المعطيات الفعلية الواقعية التي تخضع للاختبار الامبريقي للتحقق من صدقها أو بطلانها، والتي تركز على ما هو كائن بالفعل، ولا تركز على ما يجب أن يكون. إذ تتمثل هذه المعطيات الفعلية في المسائل المرتبطة بالظواهر التي يمكن ملاحظتها في الواقع وطريقة التفاعل فيما بينها، بحيث يمكن أن تكون خاضعة للتجربة والتحقق من صدقها الامبريقي.

أما بالنسبة للمعطيات القيمية فهي المعطيات التي تتعلق بالمسائل الأخلاقية بالدرجة الأولى، وأنها غير خاضعة للتجربة الميدانية، لأنها تركز على ما يجب أن يكون وليس على ما هو كائن بالفعل. فالنوع الأول له علاقة بالوسائل، بينما الثاني يتعلق بالغايات والأهداف، وبذلك يصبح السلوك الرشيد عبارة عن سلسلة الوسائل والغايات.

إن الإدارة بالنسبة لهيربرت سيمون هي فن تنفيذ الأشياء، حيث كان يركز على العمليات والوسائل من أجل توفير التصرفات الفعالة، من خلال تحديد المبادئ للوصول الى التصرفات المتوافقة من الأفراد. وأوضح أن النشاطات الفعلية تتشكل من تحديد ما ينبغي القيام به من العمل، وبعد ذلك القيام بتنفيذ ذلك العمل⁽¹⁾.

باعتبار الإدارة مكونة من تنفيذ الأشياء بواسطة مجموعة من الأفراد، فالأهداف تشكل المحك الجوهرى لتحديد الأشياء التي ينبغي تأديتها، حيث ينطوي كل قرار على تحديد هدف واختيار سلوك يتناسب معه.

وعادة ما يعمل التنظيم، على سلب سلطة بعض الأفراد في اتخاذ القرارات ويبدلها بعملية اتخاذ القرارات في التنظيم، حيث تتناول هذه القرارات التي يضعها التنظيم للفرد، تحديد وظيفة الفرد وتوضيح المجال العام لطبيعة واجباته، تحديد الفرد في التنظيم الذي يتمتع بالسلطة لاتخاذ قرارات إضافية، وضع القيود التي تحد من اختياره والتي تعتبر ضرورية لتنسيق نشاطات الأفراد الآخرين في التنظيم.

كما اعتبر سيمون أن القرار يتمثل في النتائج التي يستخلصها الإنسان من بين مجموعة من البدائل المتاحة التي تمكنه من التغلب على العوائق التي تعترض أو تحول دون تحقيق الأهداف التنظيمية.

¹ - السيد الحسيني: النظريات الاجتماعية -دراسة التنظيم-، ط3، دار المعارف، القاهرة-مصر، 1981م، ص17.

بحيث يصبح القرار هو الوسيلة التي يقوم عليها تحقيق أهداف التنظيم. لذلك يرى سيمون أن القرار في حد ذاته هو أساس أي تنظيم. فالقرار الرشيد هو الأساس، باعتباره مجموعة متصلة من الوسائل والغايات، وأن السلوك في التنظيم هو سلوك غائي استهدافي من أجل تحقيق الأهداف المشتركة.

وقد اعتبر سيمون أن التنظيم هو بمثابة نسق يتم فيه التوافق بين ما يبذله الفرد من جهد ويساهم فيه من عمل وما يتقاضاه من أجر ويحصل من مكافآت، وهذا التناغم والتوافق بين ما يحصل عليه الفرد من التنظيم وما يساهم به لصالحه يقاس بمدى الرضا الشخصي كمعيار ذاتي.

وتمثل التنظيمات الرسمية أبنية لتخذ القرارات، لأن طبيعة التنظيم تحدد لكل فرد ما ينبغي أن يتخذه من القرارات وتوضح له أنواع التأثيرات التي يخضع لها. فإذا كانت وظيفة الإدارة العليا هي وضع الخطوط العريضة لسياسة العامة، فإدارة الوسطى وظيفتها تحويل هذه السياسات إلى قرارات، ويبقى وظيفة الإشراف على تنفيذ هذه القرارات من مهام الإدارة الدنيا.

وقد اعتقد سيمون أن أول قرار يمكن لأي عضو في التنظيم أن يتخذه هو ما يخص إما بمشاركته أو عدم مشاركته في التنظيم، حيث يتوقف هذا القرار على مدى إشباع الذي يحققه العامل من مجموعة الحوافز التي يحصل عليها من التنظيم، ولما يقرر الفرد الالتحاق والمشاركة في التنظيم والعمل ضمنه، فهو بذلك يقبل ببعض القيود على حريته الذاتية في اتخاذ القرارات وحل المشكلات، لأنه ببساطة يرضى أن يمارس عليه التنظيم قدر معين من التأثير.

وهكذا تتمثل المساهمة المعتبرة التي قدمها سيمون في التغيير الهام الذي أحدثته نظريته في طريقة تعامل المشتغلين بالتنظيمات، بحيث أصبح من الممكن الاستغناء عن الاهتمام بالمبادئ العامة، أو الاسترشاد بقواعد مقررة عند تصميم الخرائط التنظيمية. وإنما يتم التركيز على دراسة بناء التنظيم ومكوناته والأوضاع المحيطة به، وتحليل سلوك الأعضاء على المستوى الواقعي بالاعتماد على مفهوم اتخاذ القرارات، وبذلك يصبح من الضروري الكشف عن طبيعة القرارات التي تتخذ في كل أقسام التنظيم، على المقدمات الواقعية والقيمية التي تعتمد عليها، والقيود التي يفرضها التنظيم، بما في ذلك سلوك المشاركين فيه، وكل ذلك في علاقته بمستوى إنجاز الأهداف العامة.

وتتمثل نقطة الارتكاز عنده في التحول من الانشغال بالقضايا الفنية المرتبطة بالكفاءة والفعالية الإنتاجية والتركيز على العمليات الاجتماعية والنفسية، إلى دراسة التنظيم كنسق لاتخاذ القرارات وحل المشاكل عن طريق ارتباط أعضاء التنظيم وتأثيرهم وتأثرهم بالبناء.

كما دفعت مساهمات سيرت R.Cyert ومارس J.March إلى تطوير تفسير نظرية صنع القرار، وذلك بتحويل نظرتيها من اتخاذ الفرد على اعتباره صانع القرارات إلى جعل التنظيمات هي التي تقوم بصنع القرارات. وبذلك تغيرت وحدة التحليل السوسيولوجي من التركيز على الفرد إلى التأكيد على التنظيمات باعتبارها صانعة للقرارات، وذلك من خلال توسيع نطاق بؤرة التحليل من مستوى الأعضاء إلى مستوى التنظيم، حيث يصبح التنظيم وحدة تمارس اتخاذ القرارات وحل المشاكل، وبذلك يتم التعامل مع عملية اتخاذ القرارات حسب الأنشطة الرئيسية الفرعية التي تقوم بها كافة أقسام التنظيم، وبعد دراسة لهذه القرارات نصل إلى صياغة نماذج امبريقية توضح العمليات التنظيمية الموجودة وراء هذه القرارات.

لقد حدثت تغيرات هامة في السنوات الأخيرة الماضية أثرت على تفسير صنع القرار، بحيث أصبح الاهتمام موجها نحو تناول مراكز إصدار القرار والعلاقات بينها، وهي العلاقات التي تحدد قنوت الاتصال. ولدراسة ظواهر الضبط والاتصال داخل النسق، فقد استخدم "وينر" أداة تصويرية متمثلة في لغة الحاسوب. وقد اهتم بدراسة المشكلات الهامة كطبيعة عملية اتخاذ القرارات وعلاقتها باستقرار ونمو التنظيمات. كما اعتبر التنظيم على أنه نسق مفتوح يخضع للشروط البيئية التي تحد من عملية اتخاذ القرارات داخل التنظيم.

وفي الحقيقة فإن استخدام الحاسوب في عملية صنع القرار يخفي وراءه بعدا أيديولوجيا خطيرا. يتمثل في تقليص عدد أعضاء التنظيم ويزيد من مركزية صنع القرار. كما يزيد في حالات الاستيلاء بالنسبة لأعضاء التنظيم والتقليل من مشاركتهم في عملية صنع القرار، وينجم عن كل هذا تجاهل مصالح وانشغالات الأفراد والتي تختلف عن مصالح أصحاب المشاريع التنظيمية. وأن المعلومات المرتبطة بسلوك النسق ترتبط بالنسق ككل، بحيث تصبح له القدرة على تعديل سلوكه وفقا للمعلومات الجديدة التي يتلقاها. ويصبح قادرا على مواجهة التغيرات التي تحدث له، لأنه مجهز بنظام التحكم الذي يعينه على مواجهة التغير بطريقة معينة، ويساعده على تحقيق التكيف المستمر والأوتوماتيكي مع البيئة المتغيرة⁽¹⁾.

فتبني مفاهيم السبيرنطيقا واستخدامها لا يتلاءم ودراسة بعض الظواهر مثل القيم وأنساق المكانة وصراع الطبقات. ثم أن تطبيقها على التنظيمات غير مجدي، لأن تشبيه التنظيمات بالآلات القائمة على التحكم الذاتي هو تشبيه مضلل، وهذا ما جعل هذا الاتجاه يبالغ في الدور الذي تقوم به هندسة الاتصال

¹ - المرجع السابق، ص 18.

ويتجاهل الصراع بين الجماعات للحصول على القوة والامتيازات في التنظيم، بردهم مصدر الصراع إلى طبيعة نظام الاتصال، وهي محاولة مضللة بتفسير ظاهرة اجتماعية بمشاكل فنية.

وهناك من حاول تطبيق مفاهيم هيربرت سيمون حول صنع القرار على التنظيم في المنظمة لمصالحه الجوهرية، باعتمادهم على مقاييس مثل السعر وحجم المنتج وحجم العمالة والتسويق.

ثم وجهوا اهتمامهم بعد ذلك إلى إقامة أطر نظرية أوسع وأشمل تتناول عملية صنع القرار في التنظيم. وقد قدموا في هذا المجال بعض نماذج لصنع القرار مع ربطها بمشكلات تنظيمية بعينها. حيث قدم سيرت إطارا تصوريا لعملية صنع القرار في التنظيم، بالاعتماد على أربعة مفاهيم أساسية هي: حل الصراع، الإحساس بالأمان، السعي لحل المشكلات والتعليم التنظيمي، وتمثل هذه المفاهيم بالنسبة لسيرت قاعدة متينة لنظرية عامة في صنع القرار.

ومن الانتقادات التي وجهت إلى نظرية صنع القرار هو ادعاؤها بأن لها طابع تكاملي يقوم بتقديم إطار يتناول الجوانب الرشيدة للسلوك والجوانب غير الرشيدة في نفس الوقت، ويسعى إلى التوافق والانسجام مع النتائج الامبريقية في مجال التنظيم. إلا أن هذا الطابع التكاملي إذا كان متوافقا على مستوى الفرد، لا يكون بالضرورة كذلك على مستوى الجماعة والتنظيم، لأنه لا يضع في اعتباره دور بعض القوى الأساسية التي يمكن أن يكون لها دور هام تلعبه في هذا المجال، وهي قوى لها علاقة بطبيعة الجماعة والتنظيم، ولها ارتباط وثيق بثقافة التنظيم وأنساق المكانة السائدة فيه، بل تتعلق أيضا بالجوانب غير الرسمية من التنظيم.

كما أغفلت نظرية صنع القرار العوامل الخارجية المحيطة بالتنظيم منها البيئية والمجتمعية، وركزت على الحياة التنظيمية المستقرة، ويدل هذا على النظرة المحافظة التي تؤكد على تثبيت الوضع القائم والمحافظة على المكانات وعلى التنظيمي في المجتمع.

وتركيز سيمون على نطاق الإشراف وشبكة الاتصال وتأثيرها على صنع القرار الرشيد، جعله يغفل تأثير كل متغير من هذه المتغيرات في المتغيرات الأخرى. إذ من الممكن أن يتخذ الفرد قرارا لصالح قسم معين وليس لصالح التنظيم ككل، ومن الممكن أيضا أن يتحول صنع القرار التنظيمي إلى نشاط فردي في حالة غياب الخطط الموجهة لسلوك الفرد⁽¹⁾.

¹ - عبد الهادي الجوهري وإبراهيم أبو الغار: دراسات في علم اجتماع الإدارة، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة-مصر، 1980م، ص216.

سادسا: نظرية النظام التعاوني (شستر إرفين برنارد 1885)

أصدر شستر برنارد مؤلفه "وظائف المدير" والذي أكد فيه على أهمية الجوانب الاجتماعية وال نفسية للتتظيمات الإدارية، حيث اعتبر المنظمة نظام اجتماعي يتطلب إنجاحه بفضل تعاون القيادات الإدارية مع العاملين، وليس فقط باستخدام السلطة الرسمية للقائد وحقه في إصدار الأوامر وفرض الجزاءات والعقوبات⁽¹⁾.

لقد أكد على وجود نسق تعاوني بين الأفراد يقوم على أساس تعاون شخصية أو أكثر من أجل تحقيق هدف محدد، وتكون بذلك الأنساق الفرعية نسقا تعاونيا داخليا، وهذا ما يستدعي تنمية شعور الارتباط بالمنظمة لدى العاملين عن طريق مشاركتهم في اتخاذ بعض القرارات ومنحهم فرص التعبير عن احتياجاتهم النفسية والاجتماعية. وهذا ما يفسر قناعة شستر إدراكه لأهمية تأثير السلوك الفردي في التنظيم، لأن التنظيم يتأثر بالعوامل البيئية والاجتماعية. فالتنظيم هو نسق مفتوح على مختلف المتغيرات المادية والاجتماعية.

وعلى هذا الأساس، يصبح الفرد هو العامل الاستراتيجي في التنظيم، لأن الاهتمام بالعنصر البشري وبدوافعه الإنسانية هو المحرك الرئيسي للأنشطة التنظيمية، وما على الإدارة إلا التعاون والسعي نحو إيجاد السبل الكفيلة لتحقيق أهدافها في إطار حث الفرد على التعاون وتشجيع تكوين الجماعات، ومحاولة تنسيق الجهود التعاونية وتجسيدها في شكل أنساق تعاونية⁽²⁾.

وحسب شستر، فإن ما يزيد من تماسك الهيكل التنظيمي هو تعزيز الشبكة الاتصالية من خلال التعريف بقنوات الاتصال لجميع أفراد التنظيم، وجعل خطوط السلطة الرسمية واضحة لتفادي ازدواجية المعلومات.

كما أكد على حتمية وجود التنظيمات غير الرسمية داخل التنظيمات الرسمية. فاعتبار التنظيم غير الرسمي بأنه تنظيما غير نافعا ولا جدوى منه، فذلك يؤثر على مستقبل التنظيمات، لكونه بمثابة الأمان الذي يحفظ الأفراد في ضوء السلطة الرسمية، وبدونه يحدث الاختلال في البنى الهيكلية والوظيفية للتنظيم⁽³⁾.

¹ - زكي محمود هاشم: التنظيم وطرق العمل، دار السلاسل للطباعة، الكويت، 1988م، ص73.

² - شوقي حسين عبد الله: أصول الإدارة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1989م، ص63.

³ - لو كيا الهاشمي، مرجع سابق، ص100.

ويدعم شستر نظريته بالتأكيد على أهمية الحوافز كمحرك ودافع رئيسي للعمل لدى الأفراد مقابل تعاونهم مع التنظيم في تحقيق الأهداف المرسومة، والاهتمام أيضا بنوعية الحوافز المقدمة ومدى اقتناع الأفراد بها من أجل تلبية احتياجاتهم ورغباتهم اللامتناهية.

وعموما، فإن إسهاماته تمثل حلقة وصل بين تحليلات ماكس فيبر في تفسيره للظاهرة البيروقراطية والنظرية البنائية الوظيفية، فهو لم يقتنع بالمبادئ التقليدية في تسيير النظم وما يتبعها من مركزية السلطة وإصدار القرارات والأوامر والتعليمات. فالفكر التنظيمي هو نسق تعاوني يشمل مركبات معقدة ومتميزة في علاقاتها التعاونية بين الأفراد.

وبفضل إسهامات شستر في مجال تنظيم المنظمات، فقد لقب بالأب الروحي للتنظيم⁽¹⁾.

سابعاً: النظرية البنائية الوظيفية

ترجع تسمية هذا الاتجاه البنائي الوظيفي إلى استخدامها لمفهومى البناء structure والوظيفة function في فهم المجتمع وتحليله من خلال مقارنته وتشبيهه بالكائن العضوي أو الجسم الحي. ويقصد بالبناء الاجتماعي مجموعة العلاقات الاجتماعية المتباينة التي تتكامل وتنسق من خلال الأدوار الاجتماعية، فثمة مجموعة أجزاء متسقة تدخل في تشكيل الكل الاجتماعي وتتحدد بالأشخاص والزمن والجماعات، وما ينتج عنها من علاقات وفقا لأدوارها الاجتماعية التي يرسمها لها الكل وهو البناء الاجتماعي.

أما الوظيفة function social فيقصد بها الدور الذي يسهم به الجزء في الكل⁽²⁾، ويعرف "تالكوت بارسونز" الوظيفة بأنها مجموعة معقدة من الأنشطة والعمليات الموجهة نحو إشباع حاجة أو حاجات للنسق، وباستخدام هذا التعريف، يعتقد بارسونز بأن هناك أربعة متطلبات وخصائص وظيفية ضرورية لكل الأنساق وهي: التكيف، تحقيق الهدف، التكامل، الكمون⁽³⁾.

وغالبا ما تشير الوظيفة إلى الإسهام الذي يقدمه الجزء إلى الكل، وهذا الكل قد يكون متمثلا في مجتمع أو ثقافة، ونحن نستخدم اصطلاح وظيفة بهذا المعنى حينما نقول أن وظيفة الحكومة هي ضمان سلامة النظام القائم في المجتمع.

¹ - مؤيد سعيد السالم: تنظيم المنظمات - دراسة في تطور الفكر التنظيمي خلال مائة عام، دار عالم الكتاب الحديث، عمان-الأردن، 2002م، ص100.

² - عبد الباسط عبد المعاطي: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1995م، ص63.

³ - Geary Ritzer, Modern: Sociological theory, 4 th ed the Magraw, Hill companies inc, new York, 1996, p99.

وتشير الوظيفة أيضا إلى الإسهامات التي تقدمها الجماعة على أعضائها أو الإسهامات التي يقدمها المجتمع الكبير للجماعات الصغيرة.

إن، فالاتجاه الوظيفي يؤكد ضرورة تكامل الأجزاء في إطار الكل، أو ما يطلق عليه في بعض الأحيان تساند الأجزاء، وقد نستخدم الاتجاه الوظيفي أيضا في صيغة حركية في التحليل البنائي الوظيفي Structural Functional، وهذه الصيغة نجدها مستخدمة بكثرة في أعمال بارسونز وتلاميذه.

ويمكننا تحديد القضية الوظيفية التي تدور حولها كتابات الوظيفيين على النحو التالي:

أن النسق الاجتماعي هو اصطلاح يستخدمه الوظيفيون وغالبا يمثل نسقا حقيقيا فيه تؤدي أجزاؤه وظائف أساسية لتأكيد الكل وتثبيته، وأحيانا إتساق نطاقه وتقويته، ثم تصبح هذه الأجزاء متساندة ومتكاملة على نحو ما⁽¹⁾.

وأشار "تالكوت بارسونز" في تحليله البنائي لنسق الفعل، إلى أن النسق يضم خمسة أنساق فرعية هي: (النسق العضوي البيولوجي، نسق ما فوق الطبيعة، نسق الثقافة والقيم، النسق الاجتماعي، نسق الشخصية) وعادة ما توصف الأنساق الثلاثة الأخيرة على أنها أنساق الفعل، باعتبار أن النسق العضوي مستوعبا في نسق الشخصية، ونسق ما فوق الطبيعة مستوعبا في إطار نسق الثقافة والقيم. إنه بالرغم من التساند البنائي والوظيفي بين هذه الأنساق الثلاثة في إنجاز الفعل الاجتماعي، إلا أنه لا يمكن إرجاع أي نسق منها إلى الآخر، ولكن إلى نسق الفعل ككل، وذلك لفهم التفاعل الداخلي لأي من الأنساق الفرعية أو أدائه الوظيفي في إطار نسق الفعل الاجتماعي⁽²⁾.

ويعتبر بارسونز من أهم رواد هذه النظرية لما لديه من إسهامات قيمة ليس فقط في مجال دراسات التنظيمات، بل أيضا في دراسة وتحليل النظرية السوسيولوجية عامة. فهو يوضح ذلك في نطاق تحليلاته التنظيمية ومن خلال معالجته للتنظيم كنسق اجتماعي:

1. يعتبر التنظيم نسقا له صفاته وخصائصه أكثر من أي نسق اجتماعي آخر.
2. تحليل العلاقات والعمليات المتداخلة مع الأنساق الفرعية والنسق الاجتماعي الأكبر، حتى يتلاءم الموقف التنظيمي مع متطلبات البيئة وظروفها⁽³⁾.

¹ - نيقولا تيماشيف: ترجمة محمود عودة وآخرون، نظرية علم الاجتماع وطبيعتها وتطورها، ط8، دار المعارف، مصر، 1983م،

ص320،321.

² - علي ليلة: النظرية الاجتماعية المعاصرة - دراسة لعلاقة الانسان بالمجتمع -، دار المعارف، مصر، 1981م، ص600.

³ - عبد الله محمد عبد الرحمن: علم اجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1996م، ص334،335.

وتتصور البنائية الوظيفية في معظم اتجاهاتها الفرعية، أن المجتمع هو نسق من الأفعال المحددة المنظمة، بحيث يتألف هذا النسق من مجموع المتغيرات المرتبطة بنائياً والمتساندة وظيفياً. وترى أن للمجتمع طبيعة أي سامية ومتعالية تتجاوز وتعلو كل مكوناته، بما فيها إدارة الأنساق، وتتحدد شروط هذا التعالى والتجاوز من خلال قواعد الضبط والتنظيم الاجتماعيين⁽¹⁾.

إن النسق هو وحدة تتكون من أجزاء أو وحدات متباينة ومتماسكة معاً، حيث أن كل وحدة منضبطة بواسطة أو معتمدة على حالة سائر الوحدات، وتتميز بالكلية أو الوحدة المتماسكة مع التفاعل المستمر بين أجزائه⁽²⁾.

ويفترض مفهوم النسق أن هناك علاقات متبادلة بين مكوناته الداخلية من جهة، وبينه وبين البيئة الخارجية من جهة أخرى، وقد وصف "دافيد" Davied النسق بأنه أية مجموعة من المتغيرات نختارها للوصف والتفسير⁽³⁾.

ويرى "سروكين" Sorokin النسق على أنه تفاعل ذو معنى بين، إثنين أو أكثر من الأفراد، بحيث يكون هناك تأثير من أحد الطرفين على الآخر بشكل واضح. كما أشار "هكس" Hicks إلى النسق بأنه مجموعة من العناصر المتبادلة الارتباط أو المتبادلة الاعتماد أو المتفاعلة، فهو كل منظم أو معقد ومجموعة مؤلفة من أشياء تكون كلا واحداً⁽⁴⁾. وهذا الكل يتضمن مجموعة من الأجزاء في علاقات بين بعضها البعض وبين خواصها المميزة، بحيث تتنوع مصطلحات الأنساق طبقاً للنماذج التي تستخدمها وطبقاً للوحدات التي تتعامل معها. ويرتبط النسق بثلاثة مفاهيم أساسية وهي: التكامل، العلاقة، التوازن بين عناصر النسق⁽⁵⁾.

1- عبد الباسط عبد المعاطي: مرجع سابق، ص176.

2- عبد العزيز النواحي: مرجع سابق، ص44.

3- محمد علي محمد: أصول الاجتماع السياسي-السياسة والمجتمع في العالم الثالث-، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1985م، ص291.

4- رشاد أحمد عبد اللطيف، علي عباس داندراوي: مهارات واستراتيجيات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، مطبعة العمرانية، الجيزة-مصر، 2001م، ص105.

5- أحمد محمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرون، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 2000م، ص26.

وبالرجوع إلى مضمون النسق الاجتماعي لدى "بارسونز"، فهو يتضمن فاعلين أو أكثر يجعل لكل منهم مركزاً أو مكانة متميزة عن الأخرى ويؤدي دوراً متميزاً. فهو يعبر عن نمط منتظم يحكم علاقات الأعضاء ويصف حقوقهم وواجباتهم تجاه بعضهم البعض في إطار من المعايير أو القيم المشتركة⁽¹⁾،

ولنظرية الأنساق مفاهيم أساسية في:

- النسق: هو كيان له حدود يجري بداخله تبادل الطاقة البدنية والعقلية.
 - نسق مغلق: حيث لا يحدث تبادل عبر حدوده.
 - نسق مفتوح: تنتقل الطاقة عبر الحدود.
 - مدخل: يتم فيه تغذية النظام بالطاقة عبر الحدود.
 - معالجة: كيفية استخدام الطاقة داخل النظام.
 - مخرج: تأثيرات الطاقة الخارجية من النظام عبر حدوده على البيئة.
 - دوائر تغذية: الطاقة والمعلومات الداخلة إلى النظام أو الناتجة عن مخرجاتها المؤثرة على البيئة لتنتقل نتائج المخرجات إليه.
 - مقاييس الطاقة غير المستعملة: تميل النظم إلى استخدام طاقتها لكي تعيش مما يعني خمود حركتها وموتها إذا لم تتلف مدخلات من خارج حدودها⁽²⁾.
- وتصف نظرية الأنساق وتركز على العناصر المتشابكة Interlaking مثل المراكز والأدوار، مع التأكيد الكبير على المدخلات والمخرجات⁽³⁾. ويمكن استخدامها كنظرية قاعدية للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، لأنها تحقق التكامل المعرفي وتوجه نظرتها وتحليلها للوحدات الاجتماعية التي يتعامل معها الممارس، كما أن المفاهيم المرتبطة بالأنساق من حيث البناء والوظيفة، يمكن تطبيقها على مستوى الأنساق التي يتعامل معها الممارس بدءاً من الفرد حتى المجتمع القومي⁽⁴⁾.

¹ - إبراهيم بيومي مرعي، عدلي سليمان: خدمة الجماعة وعملياتها المعينة والتطبيقية، جامعة حلوان، القاهرة-مصر، 1997م، ص11.

² - مالكوم باين، ترجمة حمدي منصور، سعيد عريضة: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1998م، ص165.

³ - محمود السيد أبو النيل: علم الاجتماع-دراسات عربية وعالمية-، دار النهضة العربية، بيروت-لبنان، 1987م، ص262.

⁴ - ماهر أبو المعاصي علي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة-مصر، 2002م، ص375.

ويقترح "لاتروب" Lathrape أنه يمكننا استخدام الأنساق في ممارسة الخدمة الاجتماعية على النحو التالي:

- ينظر الأخصائي إلى الموقف الذي يتعامل معه كليا، بمعنى أنه معقد، فهو يتكون من أجزاء متكاملة مع بعضها البعض، بحيث أن العلاقة بين أي جزئين متأثرة بعلاقتها مع الكل.
- تعتبر أجزاء هذا الكل فيما بينها بمثابة أنساق فرعية لها قدر من الاستقلال الذاتي في إطار علاقتها المتكاملة مع النسق الكلي. ورغم أن لكل نسق فرعي ذاتيته وكيانه، إلا أنه لا يمكن العامل معه بمعزل عن النسق الأشمل. ورغم أن النسق يعيد توازنه بنفسه نظريا، إلا أن الخدمة الاجتماعية تؤكد أنها لا تهتم فقط بالوظائف الظاهرة للنسق بل تتأهب للتعامل مع الوظائف الكامنة المحتملة⁽¹⁾.
- وللأنساق أنواع عديدة تقبل التصنيف طبقا لمحاور متعددة، ومن هذه الأنواع:
 - **الأنساق المفتوحة:** في تلك الأنساق ذات الحدود التي تسمح، النفاذ إليها، وتكون على صلة وتفاعل مع مكوناتها ومع البيئة التي حولها من خلال المدخلات والمخرجات.
 - وليس المقصود بنفاذية الحدود أن تكون مفتوحة ومنفذة تماما بدرجة تجعل النسق يفقد كيانه وتميزه عن البيئة المحيطة، ولكن المقصود أنه مع احتفاظه بحدوده التي تميزه عن سواه، يظل بوسعه استقبال المدخلات وإطلاق المخرجات.
 - **الأنساق المغلقة:** وهي على العكس من الأنساق المفتوحة ذات حدود لا تسمح بالنفاذ لا إليها ولا منها، وبالتالي فليس لها تفاعل ضمن مكوناتها الداخلية ودون أي طاقة متجددة ترد إليها من خارجها، فلا مدخلات ولا مخرجات فهو يعمل فقط داخل حدوده⁽²⁾.
 - إذن فالشرط الرئيسي لوجود نسق مفتوح هو أن يكون هناك عمليات مستمرة من تبادل الطاقة بين النسق والبيئة المحيطة به عبر إطاره أو حدوده، وذلك عكس الأنساق المغلقة التي لا يوجد بينها وبين الكيانات الواقعة خارج إطارها أي نوع من التفاعل أو التبادل⁽³⁾.
- ويتكون النسق المفتوح من ثلاثة أجزاء رئيسية ترتبط معا في تكامل وثيق وهي:

¹- عبد الحليم رضا عبد العال: البحث في الخدمة الاجتماعية، دار الحكيم للطباعة والنشر، د.ب، 1993م، ص284، 283.

²- عبد العزيز النواحي، مرجع سابق، ص51.

³ -Malcam Payne :**Modern social work theory, 2nd ed**, macmillan press LTD, 1997, p138.

- المدخلات، حيث يسعى النسق إلى الحصول عليها بسبب حاجته إليها ومن هنا يخصص بعض أعضائه للبحث عنها. وتفرض هذه المدخلات على النسق من واقع البيئة المحيطة وظروفها ولا يكون أمامه سوى استقبالها واستيعابها ومحاولة الإفادة منها.
 - العمليات التحويلية، وهي المختصة بأداء العمليات والأنشطة الهادفة إلى تحويل المدخلات إلى شكل آخر مغاير تماما لما كانت عليه عند دخولها للنسق، وغالبية هذه المعالجات والأنشطة تتم داخل النسق.
 - المخرجات، والتي تتمثل في سلسلة الإنجازات والنتائج المتحققة عن العمليات والأنشطة التي قام بها النسق، بمعنى أن الجزء الأخير يضم نتائج عمل النسق⁽¹⁾.
- وحيث أن المجتمع يتألف من أنساق اجتماعية متعددة لها مشكلاتها الخاصة واتجاهاتها المتميزة نحو التكامل والتوازن، فمن الضروري أن يتغلب النسق على بعض المشكلات لكي يصبح قادرا على تحقيق توازنه وتكامله مع الأنساق الاجتماعية الأكبر. فلكل نسق اجتماعي أنماطه المعيارية التي تلائمه وتلائم وظائفه الخاصة⁽²⁾.

مما سبق نلخص إلى المستلزمات الوظيفية، والتي حددها بارسونز في:

1. التكيف: أن كل نسق لابد أن يتكيف مع بيئته.
 2. تحقيق الهدف: لابد لكل نسق من أدوات يحرك بها مصدره كما يحقق أهدافه، وبالتالي يصل إلى درجة الاشباع.
 3. التكامل: كل نسق يجب أن يحافظ على التوافق والانسجام بين مكوناته ووضع طرق أداء الانحراف والتعامل معه، أي لابد له من المحافظة على وحدته وتماسكه.
 4. المحافظة على النمط: ويجب على كل نسق أن يحافظ بقدر الإمكان على حالة التوازن فيه⁽³⁾.
- ولما تجاهل أصحاب الاتجاه البنائي الوظيفي هذه الحقائق، جاءت تفسيراتهم ناقصة وغامضة لمشكلات النسق، وتحليلاتهم غامضة للأنساق التنظيمية وتطويرها التاريخي كذلك جاءت تحليلهم لتوازن

¹- ماهر أبو المعاطي: إدارة المؤسسات الاجتماعية مع نماذج تطبيقية من المجتمع السعودي، مكتبة الصفاة بالفيوم، مصر، 2000م، ص76-75.

²- محمد علي محمد: علم اجتماع التنظيم مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1986م، ص222.

³- إيان كريب: النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة محمد حسين علوم، سلسلة عالم المعرفة، العدد 244، الكويت، أبريل 1999م، ص74.

الفصل الثاني: المقاربات النظرية المفسرة لجودة الخدمات الصحية وسياسة الخصخصة

قاصرا لأنه اكتسى بالنسبة لهم طابع الثبات والاستقرار، وأنهم جعلوا من الثبات إطارا مرجعيا مرغوبا ومفضلا، واستخدموا هذه الطريقة في تحليل التوازن للتأكيد على التغيير الذي لا يتوافق مع وضع التوازن ولا يتماشى معه ينتج آثارا سلبية ومدمرة.

الفصل الثالث

التطبيقات الحديثة لمفهوم جودة الخدمات الصحية

أولاً: تحليل ماهية جودة الخدمات الصحية الخاصة.

ثانياً: الإطار التكاملي لجودة الخدمات الصحية الخاصة.

تعتبر تحقيق جودة الخدمات الصحية من الأهداف التي تسعى أي مؤسسة خدمتية للوصول إليها، والمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تتطلب الجودة في تقديم خدماتها، لأن الإنسان يهتم بصحته أولاً، لذا عند طلبه للخدمة الصحية، فإنه يطلبها بجودة عالية تلبي احتياجاته وتحقق رضاه.

أولاً: تحليل ماهية جودة الخدمات الصحية الخاصة

1- مراحل تطور مفهوم الجودة

إن الواقع الاستراتيجي والمتقدم الذي شهدته الجودة في المؤسسات المعاصرة، وما رافق ذلك من مفاهيم وصيغ للتعامل مع الجودة، لم يكن ابتكاراً، بل له جذوراً منذ القدم، بحيث تطورت من خلال العديد من المراحل التاريخية. وتتسبب أقدم الاهتمامات بالجودة إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد في الحضارة البابلية إبان حكم أشهر ملوكها (حمورابي)، فقد تضمنت قوانينه المشهورة قانوناً يخص التجارة، أوجب على من يقدم ما هو غير جديد أو ناقص القيمة في المنتجات التي يتاجر بها، القيام بإصلاح العيب أو الخلل.⁽¹⁾

كما تشير الوقائع التاريخية في القرن الخامس عشر قبل الميلاد، إلى تأكيد الفراعنة المصريين على الجودة في بناء ودهن جدران المعابد المصرية القديمة، أين اشترط الالتزام بالجودة في تشييد الأهرامات. كما نلمس تأكيد الجودة في الإسلام منذ ظهوره، حيث كان الرسول -صلى الله عليه وسلم- يحث على الاهتمام بالجودة في العمل.

وفي القرن العشرين بدأ التركيز على مفهوم الجودة في اليابان، ثم انتشر بعضها في أمريكا ثم إلى باقي دول العالم. وعليه، فقد مر مفهوم الجودة بخمس مراحل، تتداخل مع بعضها من الناحية التطبيقية، فعلى سبيل المثال في الوقت الذي تستمر فيه بعض المؤسسات في اعتماد الفحص، تبقى مؤسسات أخرى تعمل الجودة، وسنتناول فيما يلي هذه المراحل:

• مرحلة الفحص

شهدت الفترة بين 1920م - 1946م تحليلات الجودة إلى تركيز فقط على فحص المنتج، حيث كان القرار الرئيسي السائد في تلك الحقبة هو القرار الخاص بتحديد متى يتم فحص المنتجات وما هو عدد المنتجات التي تخضع للفحص. وتتضمن عملية الفحص الأنشطة المتعلقة بقياس واختيار وفتح المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية. وبالتالي، فإن المنتجات المطابقة

¹ - يوسف جحيم الطائي وآخرون: نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري، عمان-الأردن، 2009م،

للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى المستهلك، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات فإنها إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها أو يتم بيعها بأسعار أقل، كما أن الفحص تركز فقط على اكتشاف الأخطاء ولكنها لا تقوم بمنعها من الأساس.

• مرحلة ضبط الجودة أو السيطرة على الجودة احصائيا

تمتد هذه المرحلة ما بين 1946م- 1960م ظهرت خلالها تطبيقات ضبط الجودة باستخدام أساليب إحصائية خاصة بالعينات، ويشمل ضبط الجودة كافة النشاطات والأساليب الإحصائية التي تتضمن المحافظة على مواصفات المنتج، وبالتالي ضبط الجودة يشمل التأكد من أن تصميم المنتج يطابق المواصفات المحددة، والتأكد من أن الإنتاج وما بعد الإنتاج متوافق أيضا مع المواصفات. وبناءً على ذلك، امتدت عملية ضبط الجودة لتشمل التصميم والأداء باستخدام أساليب إحصائية حديثة لمراقبة الجودة. ووفقا لهذا المفهوم، فإن ضبط الجودة أو السيطرة على الجودة يعتبر مرحلة متطورة من الفحص فيما يتعلق بتطور الأساليب المستخدمة⁽¹⁾.

• مرحلة تأكيد الجودة

بدأ التفكير في مفهوم تأكيد الجودة سنة 1956م، ثم تطور بعد ذلك ليأخذ أبعاده كأسلوب فعال في مجال الرقابة على الجودة. حيث يقوم هذا المفهوم على فلسفة مفادها أن الوصول إلى مستوى متقدم من الجودة وتحقيق إنتاج دون أخطاء يتطلب رقابة شاملة على كافة العمليات، وذلك من مرحلة تصميم المنتج حتى وصوله إلى المستهلك، وهذا يعني وجوب تضافر جهود مشتركة من قبل جميع الإدارات المعنية بتنفيذ هذه المراحل. وبناءً على ذلك، فإن أسلوب تفكير الإدارة ينبغي أن يتغير ليطور فلسفة رقابية تعتمد على الوقاية بدلا من الفحص واكتشاف الأخطاء بعد فوات الأوان.

ومن أجل تحقيق الإنتاج بدون أخطاء يتم استخدام ثلاث أنواع من الرقابة هي:

- الرقابة الوقائية: وتعني تنفيذ العمل أولا بأول، لاكتشاف الأخطاء قبل وقوعها والعمل على منع حدوثها.

- الرقابة المرحلية: وتعني فحص المنتج بعد انتهاء كل مرحلة تصنيع للتأكد من مستوى الجودة، بحيث لا ينتقل منتج تحت الصنع من مرحلة لأخرى إلا بعد فحصه والتأكد من جودته.

¹- خامت سعدة، عجو نورة: تقسيم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر-دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة البويرة، الجزائر، 2011-2012، ص19.

- الرقابة البعدية: وتعني التأكد من جودة المنتج بعد الانتهاء من تصنيعه، وقبل انتقاله للمستهلك، وذلك ضمانا لخلوه من الأخطاء أو العيوب⁽¹⁾.

• **مرحلة إدارة الجودة الاستراتيجية**

والتي انحصرت في الفترة ما بين 1970م- 1980م وكان بسبب دخول التجارة العالمية في حالة منافسة شديدة للحصول على أكبر حصة سوقية، حيث حددت المحاور الرئيسية لاستراتيجية الجودة فيما يلي:

- إرضاء المستهلك وتلبية ما يطلبه ويتوقعه، لأن تحديد الجودة يكون من قبل المستهلك.

- الجودة مسؤولية الجميع من قمة الهرم التنظيمي حتى قاعدته، فالجودة عملية متكاملة لا يمكن تجزئتها.

- المطلوب تحقيق الجودة في كل شيء (الأنظمة، الثقافة التنظيمية، الهيكل التنظيمي، وأساليب وإجراءات العمل... الخ).

• **مرحلة إدارة الجودة الشاملة**

خلال الثمانينات من القرن الماضي، توسعت فكرة مشاركة العاملين كافة في المؤسسة للسيطرة على الجودة، وأطلق على هذا المنظور إسم إدارة الجودة الشاملة الذي عُرف على أنه الاتفاق على هيكل عمل موثق للمؤسسة ككل بصورة إجراءات فنية وإدارية فعالة متكاملة، وتوجيه الأعمال المتناسقة للأفراد والماكينات والمعلومات الخاصة بالمؤسسة بأفضل الطرق عملية، لضمان رضا المستهلك على الجودة. حيث يتضمن هذا المفهوم جودة العمليات بالإضافة إلى جودة المنتج، كما يركز على العمل الجماعي وتشجيع مشاركة العاملين واندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على المنتفعين ومشاركة الموردين⁽²⁾.

إن ما نعنيه بضمان الجودة Quality Assurance، هي مجموعة المقاييس والوسائل التي تتخذها المنظمة لضمان أن منتجاتها تتطابق والمستويات الموضوع لها، وهذا قد يتم بالإشراف، مراجعة النظراء، مراجعة ممثلي المستهلكين أو المراقبين الرسميين المعنيين لفحص العمل ومراجعة مواصفاته، أو تقييم نظام الإنتاج ورفض المنتجات أو الخدمات التي لا تتطابق مع المستوى، كما تتخذ إجراءات لمراجعة استكمالها وتوقيع الجزاء على مقدميها.

¹- يوسف جحيم الطائي وآخرون: مرجع سابق، ص62.

²- خامت سعديّة، عجو نورة، مرجع سابق، ص20.

ويقصد بإدارة الجودة الشاملة Total Quality Mangement، تلك الجهود المبذولة من جانب كل فرد في المنظمة وبشكل متواصل لتطوير الأداء على النحو الذي يقابل توقعات العملاء النهائيين المستفيدين من الخدمة. وبالتطبيق على المستشفيات، فإن إدارة الجودة الشاملة تتمثل في تكامل الجهود المتواصلة من جانب الإدارة والأطباء والمرضى والعاملين من أجل الارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية وتحقيق مستويات عالية من جودة هذه الخدمة مقابل توقعات المستفيدين منها (المواطنين أو المرضى).

نخلص من هذا، للجودة الخدمات الصحية. وتتضمن مكونات هذا الأساس مايلي:

- **قاعده معرفية:** إلى جانب ضرورة أن يكون لدينا العلم والتكنولوجيا الضروريين والمرتبطين بالجودة المتاحة، فلا بد أن يكون لدينا أيضا معرفة تامة بالتكلفة، لأن التكلفة أصبحت موضوعًا هامًا وحرًا خاصة في قطاع الخدمات الصحية، فنحن نحتاج إلى وسائل الخدمات الصحية التي تحسن الصحة ولكن بتكلفة أقل. ومن المهم أن نعرف لكل وسيلة كم من المال يتعين إنفاقه من أجل الحصول على أي الأنواع والكميات من مزايا الصحة. كما يفرض ذلك إيجاد التوازن بين التكاليف والمزايا، حتى يمكن اتخاذ القرارات الحكيمة القائمة على المعرفة.
 - **انتشار المعرفة:** يتفق الكثيرون على أن التعليم والتدريب المهني الأساسي هو حجر الزاوية لضمان الجودة في الخدمات الصحية، حيث يحتاج التعليم والتدريب إلى تجديد ومراجعة مستمرين. في نقل العلم والتكنولوجيا الحديثة وتحديث المعرفة القديمة. بما يفرض وجود الضوابط المشددة على الاستخدام المبكر للتكنولوجيا.
 - **توفير الموارد المادية والبشرية:** وهو العنصر الثالث لإرساء أساس ضمان الجودة لممارسة الخدمات الجيدة. فمن المهم أن يكون لدينا الموارد الكافية ذات النوعية الجيدة خاصة عند النظر إلى كفاءة الأشخاص العاملين في الخدمة الصحية.
- وفي ضوء ما سبق نجد أن الجودة في الخدمة الصحية يمكن اعتبارها ناتجا لإثنين من المكونات هي:

- علم وتكنولوجيا الخدمة الصحية والذي يحدد لنا إمكانيات كيفية تحقيق الجودة وكيفية ذلك.
- مدى قدرتنا على تطبيق العلم والتكنولوجيا كمختصين في مجال الخدمة الصحية، والاهتمام بمراقبة الأداء وهو ما يعبر عن تقييم درجة نجاحنا في تطبيق العلم والتكنولوجيا المتاحة لنا.

وهذا ما يتوافق مع تعريف منظمة الصحة العالمية عام 1988م للجودة بأنها "هي التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية⁽¹⁾."

ومما سبق، تمتاز جودة الخدمات الصحية ب:

- **فاعلية الخدمة:** ويعني بذلك أن تؤدي الخدمة إلى أفضل تحسن في متوسط العمر المتوقع، مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
- **كفاءة الخدمة:** ومعنى هذا، أنه مهما كانت درجة التحسين في الصحة والقدرة على الأداء الوظيفي، فلا بد أن يتيسر ذلك بأقل تكلفة ممكنة، ويرتبط بهذه الخاصية مجموعة من الخصائص الفرعية ممثلة في:

أ. تيسير إمكانية الوصول للخدمات الصحية وإزالة العوائق التي تحول بين المريض وبين وصوله للخدمة، والتمثلة في عوائق جغرافية مرتبطة بالمكان وعوائق اجتماعية تنظيمية. ونحن نحتاج إلى مواجهة الإثنان معاً للحصول على كفاية الخدمة مع تحقيق المساواة في الوصول إلى جودة متساوية للخدمة من حيث الملائمة، الراحة، الخصوصية، التحضير، التفاعل مع ممارسي الخدمة الصحية على قدم من المساواة الودية.

ب. تمكين المنتفعين (المستهلكين)، لأنه لا يمكن نجاح مقدمي الخدمة الصحية بمفردهم دون تعاون المنتفعين معهم وترك الفرص لهم في التعبير عن ما الذي يريدونه، والمشاركة في تحقيق ما يريدون، ويمكن أن يحدث ذلك من خلال:

- السرعة في تلقي شكاوي المنتفعين ومقترحاتهم.
- التيسير على المنتفعين حق تقديم الشكاوي واقتراح الآراء عن كيفية تحسين الخدمة.
- قيام أجهزة مراقبة الجودة بالبحث بإيجابية ونشاط عن الشكاوي والآراء والمقترحات، وتعريف المنتفعين بأن كل ما يقدمونه من آراء وشكاوي يتم تدوينه، بحيث يؤخذ في الاعتبار إن كان مناسباً سيتم التصرف فيه والاستجابة له من قبل المؤسسة الخاصة.

ج. تصميم نظام الحوافز بقطاع الخدمات الصحية، والذي يشجع على جودة الأداء. وهذه الحوافز قد تكون مادية أو مهنية أو رمزية.

¹- أفيديس دونابيدويان: إعادة النظر في المسؤوليات المهنية والمؤسسة لضمان الجودة الرعاية الصحية، المؤتمر القومي الأول لجودة الرعاية الصحية، 26-28 سبتمبر، القاهرة-مصر، 1995م، ص3-6.

د. مراقبة أداء النظام، حيث يتم معرفة كيف يعمل النظام في المتوسط وما مدى ما يصادفه من تغير في الأداء، وتعتبر المراقبة مهنية في جزء منها ومسؤولية مؤسسية في الجزء الآخر، فالمهنيون مسؤولون على أن يكونوا على مستوى تعهداتهم بالنسبة للجودة وأن يسعوا نحو النقد الذاتي والإصلاح المستمر، واضعين أمامهم أولويات المؤسسة والكوادر الإدارية. فضلا عن الالتزام بالجودة تحقيقاً لمبدأ "الاتساق".

هـ. ممارسة الحكمة وحسن التمييز، بمعنى أن يتصرف شخص من أجل تحقيق أفضل المصالح لشخص آخر (1).

• **مدى قبول الخدمة:** تكون نتائجها من جانب المرضى، وإن كان ذلك يخضع لاعتبارات الاجتماعية منها:

أ. **الكفاءة الفنية،** وتعني المهارات والقدرات والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية من المهنيين والإداريين والكوادر المساعدة، وتقاس الكفاءة الفنية من حيث مدى مطابقتها للمواصفات الفنية المطلوبة.

ب. **فاعلية الخدمات،** بمعنى أن تقييم الفاعلية، يتطلب الإجابة على السؤال التالي: هل هذا الإجراء أو العلاج المطبق بطريقة صحيحة أعطى النتائج المرجوة؟ وهذا ما يفسر أن فاعلية الخدمات تقاس بقيمة نتائج المدخلات.

ج. **العلاقة بين أفراد الفريق العلاجي،** ويقاس هذا البعد التفاعل بين أعضاء الفريق العلاجي، حيث أن العلاقات الجيدة بين أفراد الفريق تبعث على الثقة والمصادقية من خلال إظهار الاحترام والمحافظة على السرية.

د. **الاستمرارية،** وتعني أن المريض الواحد يراجع نفس الطبيب دائما والذي يعرف سيرته المرضية، وفي حالات أخرى تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم.

هـ. **السلامة الصحية،** وتشمل السلامة الصحية للمريض وللفريق العلاجي أو الصحي.

و. **الكفاءة في استخدام الموارد،** تعني تقديم الأفضل وليس أقصى خدمة صحية للمريض وللمجتمع، وذلك بتحقيق أكبر منفعة من الموارد المتاحة.

¹ - المرجع السابق، ص 117.

ز. الكماليات، وتعني مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية، ولكنها تزيد من إقبال المرضى، ورضاهم وعودتهم للخدمة الصحية واستعدادهم لدفع ثمن هذه الخدمة⁽¹⁾.

2- بداية الاهتمام بجودة الخدمات الصحية الخاصة

يعد مفهوم جودة الخدمات الصحية من القضايا الأساسية ومن المواضيع الأكثر طرحا واهتماما وتركيزا من قبل الباحثين والاداريين والمنفعين (المرضى)، وذلك للأسباب التالية:

- التصاعد المستمر لكلفة إنتاج الخدمات الاستشفائية، وبالنتيجة يتصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، مما يجعل موضوع ضبط الجودة محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة.

- تنامي درجة وعي المنفعين (المرضى)، وإدراكهم لحقوقهم وتزايد مستوى توقعهم لما للخدمات الصحية المقدمة.

- يعتبر الخلل في جودة الخدمات الصحية غير مقبولا، بحيث تتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، وهذا ما يفرض التطلع إلى ممارسة طبية خالية من الأخطاء⁽²⁾.

من خلال ما سبق يمكن القول: أن جودة الخدمات الصحية للمستفيدين (المرضى)، تتطلب معرفة حاجاتهم ومتطلباتهم والعمل على إشباعها من طرف مقدمي هذه الخدمات (أطباء، ممرضين، إداريين...) الذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم العملية والفنية وتقنيات الخدمة الصحية المتاحة لهم، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا ما يعني أن جودة الخدمات الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم الخدمات الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات ومتطلبات المستفيدين (المرضى).

ويتحدد مفهوم الجودة وفق الشكل التالي:

¹-المرجع السابق، ص12.

²- محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر: مرجع سابق، ص904.

الشكل رقم (01): مفهوم جودة الخدمة الصحية



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص90.
وتختلف توجهات المختصين والباحثين حول مفهوم الخدمة وتعدد بناءً على ذلك الكثير من المفاهيم التي تناولت هذا الموضوع، بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي بالسلع المادية (مثل: مشتريات في متجر أو إيجار سيارة...)، بينما تمثل الخدمات الأخرى أجزاء مكملة لعملية تسويق السلع المباعة (مثل: الصيانة...)، وهناك أنواع أخرى من الخدمات تقدم مباشرة، دون ارتباطها بسلعة ما، مثل (التأمين والخدمات الصحية).

ولقد أخضعت هذه المزايا مفهوم "الخدمة لعدة تفسيرات، فقد عرفتھا جمعية التسويق الأمريكية بأنها: عبارة عن الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة"، حيث يلاحظ من التعريف، أنه لم يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة، وأن الخدمة قد تكون مرتبطة بالسلع المادية⁽¹⁾.

وتُركز المفهوم الحديث للخدمات على حقيقة أن الخدمة في حد ذاتها لا تنتج أي ناتج ملموس، على الرغم من أنها قد تكون مفيدة في إنتاج بعض الإنتاج الملموس.

• الخدمة سلعة غير ملموسة

السلعة شيء مادي ملموس يتمثل في ذات أو شيء ملموس، في حين نجد الخدمة تتمثل في أداء أو عمل أو مجهود، أي أن الخدمة غير ملموسة.

ونعني بغير ملموسة أننا لا نستطيع أن نلمسه أي لا يمكن إدراكه وبحاسة اللمس. كما أننا لا نستطيع أن نحدده بسهولة في إطار يمكن إمساكه.

وتعتبر هذه الخاصية هامة عند تقدير كمية الخدمات المطلوبة لمجتمع ما والعوامل الملموسة التي تعتمد عليها إنتاج هذه الخدمات.

¹ - الصميدعي، محمود جاسم محمد: مداخل التسويق المتقدم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2012م، ص90.

- **تزامن الإنتاج والاستهلاك** (إن إنتاج الخدمة واستهلاكها يتم في آن واحد)
 - تنتج الخدمة على مختلف مستوياتها سواء في العيادة الخارجية أو المراكز الخاصة، وتستهلك في نفس الوقت بواسطة المستفيد منها، حيث يتطلب أن يكون المستفيد من الخدمة موجودا عند عملية الاستهلاك، أي أن المريض يكون موجودا عند عملية الفحص والتشخيص ووصف العلاج، وهذا يعني أن هناك عملية اتصال مستمرة بين الموصل للخدمة والمزود بها⁽¹⁾.
 - تؤثر عملية الإنتاج والاستهلاك في تقدير الطلب من خلال كمية العناصر المتاحة للخدمة مع العناصر المستفيدة منها في نفس الوقت.

• **قلة التمييز والتوحيد للخدمة**

صناعة الخدمة تتجه أين يتواجد الأفراد، نظر لاختلاف طبيعتهم، مثلا في الصحة نجدها حسب أمراضهم وحالاتهم النفسية، فالخدمة تتنوع من فرد لأخر حتى للفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة، والعيون، والقلب والصدر... الخ.

ونفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة، فإنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات وهذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب على كل تخصص.

• **الخدمة سلع عامة**

السلع العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية، حيث تتميز هذه السلع بأنها حساسة للجمهور، وقد حدد كل من ماس جريف Mus grave وبوسطن Positon خاصيتين للسلع العامة، والخدمات العامة، وأولاهما حالة المنافسة وثانيهما الإقصاء أو الابتعاد Excludability فالخاصية الأولى تعني أن الفرد عندما يستهلك سلعة وخدمة عامة، فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص آخر، فمثلا عندما يستهلك المريض الخدمة الطبية في ساعة تشغيل في العيادة الخارجية، فإن ذلك قد أوقف فرصة مماثلة في الوقت الذي استغرقه الفرد الآخر المنتظر للخدمة، باعتبار أن الطلب مستمر على وحدة الخدمة. أما الخاصية الثانية وهي خاصية الاقتصاد، وهو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة، ويلاحظ ذلك في سلع الجمهور في احتمال إقصاء بعض المستفيدين عندما تكون التكاليف مرتفعة، ويكون أكثر من التكاليف المحددة (وهاتان الخاصيتان هما مدخلان أساسيان في سوق الخدمة الصحية في حالة المنافسة الكاملة).

¹- حسن أمين عبد العزيز: الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، المجلد 25، العدد 3، مصر، 1993م، ص 67.

• الطبيعة الاحتكارية

تتنافى الطبيعة الاحتكارية مع المنافسة الكاملة، حيث يؤدي قلة المنتجين إلى زيادة عرض السلعة بسعر أعلى عن التكاليف الحقيقية لإنتاجها، وهذا الاحتكار عادة ما يطلق عليه احتكار غير طبيعي. كما أن الاحتكار يرجع إلى طبيعة السوق المحلي، التي تسمح بدخول منتجين جدد فيه. وعادة ما يكون في منطقة جغرافية معينة، وهو ما يسمى بالاحتكار المكاني وهذا النوع الأخير من الاحتكار يمكن أن يكون في مجال الخدمة الصحية خاصة في المستشفيات أو الأطباء المحتمل يكونوا داخل المنطقة الجغرافية بدون سفر بعيد، أو أن يكونوا داخل المجتمع المحلي.

• الخاصية الخارجية

التعامل بين المستفيدين من الخدمة والمنتج لها يحدث نوعا من التفاعل بينهما، كما أن هناك طرفا ثالثا في الخدمة، وهو "المجتمع" الذي يتأثر بالخسارة الناتجة من سوء أدائها، فعندما يستفيد المريض من الخدمة العلاجية، فإن المنفعة الاجتماعية (طرف ثالث) تزداد بسلامة الأفراد، والعكس عندما يكون الأفراد مرضى فإن المجتمع يتأثر بذلك.

وعلى سبيل المثال، فإن أفراد المجتمع سوف يستفيدون إذا قام الآخرين بتحسين أنفسهم من بعض الأمراض والتي تخفض درجة المخاطر التي تحدث نتيجة المرض، إذا قام بعض الأفراد بعلاج أنفسهم من مرض منتشر، فإن أثر ذلك سوف ينعكس على باقي أفراد المجتمع الآخرين، ولذا توجد علاقة بين الخدمة الصحية والأفراد عندما ينظرون لأنفسهم كأعضاء في بنية اجتماعي واحد ويهتمون بكمية ونوعية الخدمة الصحية ويستفيدون منها في علاج أمراضهم⁽¹⁾. ومن ثم فإن خاصية الخارجية تؤثر في زيادة صحة المجتمع كطرف ثالث مستفيد بشكل مباشر من الخدمة المقدمة لأفراده.

وعليه فإن أهمية هذه الخاصية تظهر عند تقديم الطلب الاجتماعي على الخدمة، باعتبار أن المستفيد من الخدمة المقدمة هو من أفراد المجتمع.

ومن أبرز ما ميز العقود الثلاثة للقرن الماضي، النمو الهائل للقطاع الخدمي، وذلك في ظل اقتصاديات الصناعة المتطورة في العالم، وهذا ما أدى إلى ظهور خدمات جديدة بصورة مستمرة تختلف عن الخدمات التقليدية وتغطي جانبا كبيرا من متطلبات الحياة اليومية. كما أصبح هذا القطاع محورا أساسيا في تشكيل القطاعات الاقتصادية المختلفة وموردا هاما لدخل الدولة لاسيما في الدول المتطورة، إذ

¹ - المرجع السابق، ص 68.

يوجد فيها ارتباطا وثيقا بين مستوى النمو الاقتصادي في اقتصاد ما وقوة قطاع الخدمات فيه. فكلما تطور الاقتصاد كلما تطورت نسبة العاملين فيه، وخير دليل على ذلك بلدان الإتحاد الأوروبي⁽¹⁾، إذ يساهم قطاع الخدمات في الكمية المحددة مثلا بنسبة 74% من إجمالي الناتج القومي و71% في فرنسا. والجدير بالذكر، أن نمو قطاع الخدمات يلعب أيضا دورا تدعيميا للصناعات الأخرى، حيث تزداد الحاجة للخدمات المصرفية وشركات التأمين والمؤسسات المتخصصة في تقديم الاستشارات الإدارية والفنية، ومن ثم في الصناعات الخدمية، حيث يمتد ليشمل خدمة القطاعات الاقتصادية الأخرى بجانب خدمة العملاء من المنتفعين⁽²⁾، دون إغفال أن تقدم العديد من الجوانب الحيوية في الحياة كانت على حساب المستهلك بما ينفقه على العلاج الطبي والتعليم وغيرها من الخدمات في معظم المجتمعات، وقد يصل أحيانا إلى خمس مجموع الإنفاق، والسبب في هذا يعود إلى ارتفاع تكاليف الخدمات بشكل مميز وواضح، حيث نلاحظ في السنوات الأخيرة أن الاتجاه وتقليل الإنفاق على السلع الاستهلاكية قد شهد زيادات متواترة تقابلها زيادة في الإنفاق على جوانب في الحياة العادية التي تأخذ شكل خدمات⁽³⁾.

3- المستشفى كمنظمة لتقديم الخدمات الصحية

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات American hôpital Association بأنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين" أما منظمة الصحة العالمية، فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي، بأنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم خدمة صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية، كما تمتد خدمات عيادته الخارجية إلى البيئة المنزلية، فضلا عن أنه يمثل مركزاً لتدريب العاملين الصحيين وللقام ببحوث اجتماعية حيوية⁽⁴⁾.

ولقد قسم "وليم كوكرهما" w.cocktham" المستشفيات حسب تخصصاتها إلى مستشفيات عامة

General Hôpital ومستشفيات تخصصية hôpital Spécialité .

¹- أحمد الرمحي، تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات المالية، أيتراك للنشر والتوزيع، الشارقة-الامارات، 2008م، ص76.

²- محمود فريد الصحن: قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2002م، ص314.

³- أبي سعيد الديوجي: المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2008م، ص362.

⁴- goorgopouls,B.S.&F.C.MA :the hospital organization ,INGs.rakich (ED) hospital organization and management : A BOOK OF READING, st.Louis,the catholic health association ,1972,p13

فالمستشفيات العامة: هي المستشفيات العلاجية التي تقوم بتقديم خدماتها العلاجية للمرضى الذين لديهم مشاكل صحية متعددة، ومعظم المستشفيات العامة تقدم خدماتها العلاجية على مدى قصير Short form. أما المستشفيات الخاصة (التخصصية): فهي المستشفيات التي تقدم خدماتها للمرضى الذين لديهم مشاكل وخلل صحي معين وتقديم علاجها على المدى البعيد Long Term⁽¹⁾.

لقد صنف لنا الدكتور/ فوزي مذكور المستشفيات وقسمها وفق التقسيمات التالية:

• وفق فترة الإقامة بالمستشفى **length Of Stay**

حيث صنف المستشفيات وفق هذا التقسيم إلى:

أ- مستشفى ذات فترة إقامة محدودة Short-Term Hôpital وفيها يقيم المريض لفترة أقل من 30 يوماً.

ب- مستشفى ذات فترة إقامة طويلة Long-Term Hôpital وفيها تكون فترة الإقامة من 3- 6 أشهر.

• وفق نوع الخدمة المقدمة **Type of Service**: وتنقسم إلى:

أ. مستشفى عام The General Hôpital وهي تلك المستشفى التي تقدم تشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية، خدمات التوليد وخدمات الأطفال والرضع.

ب. مستشفى متخصص Specialty Hospital وهي مستشفيات تقدم الخدمة الصحية للأمراض محددة أو لمجموعات معينة من السكان، مثل مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الأمراض المستوطنة، مستشفى الأمراض الصدرية، مستشفى الأمراض النفسية.

• وفق شكل الملكية **Form of Ownership**: وتنقسم إلى:

أ. مستشفيات حكومية أو ذات ملكية عامة لا تهدف للربح.

ب. مستشفيات خاصة تهدف للربح.

ج. مستشفيات خاصة تابعة لطوائف دينية معينة أو لديانة معينة أو مستشفى خاص تطوعي⁽²⁾.

ووفقاً لهذه التقسيمات، تصنف المستشفيات حسب جودة خدمات الصحية المقدمة إلى:

أ. **المستشفيات المعتمدة**، وهي المستشفيات المعترف بجودة الخدمات الصحية التي تقدمها من قبل الهيئات العلمية الاستشارية المتخصصة في هذا المجال، ومن هذه الهيئات على سبيل المثال "الهيئة

¹ -Mchugh, G ,A,R,M, Saywill,gr , **the hospital :its organizations and structure ;ing .t.tranger,s.c . salman(ed)** hand book of health care risk management ,asper system corporation ,1986 ,p53.

² - فوزي مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1998م، ص20.

الأمريكية لاعتماد المستشفيات"، حيث يتم اعتماد المستشفى بعد امتثاله للضوابط والشروط الموضوعية من قبل الهيئات المتخصصة، ولإشارة فإن هذه الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات واسعة الانتشار بالدول المتقدمة.

ب. **المستشفيات غير المعتمدة**، وهي المستشفيات التي لا تشمل على الضوابط والشروط الموضوعية من قبل هيئات الاعتماد المتخصصة⁽¹⁾.

ج. **المستشفيات الخاصة**: ويمكن تصنيف المستشفيات الخاصة إلى نوعين رئيسيين:

- المستشفيات الخاصة التي تهدف للربح: حيث يملكها إما أطباء كبار أو أحد الرأسماليين، ويقدم هذا النوع الخدمات الطبية بكافة أنواعها وبكفاءة عالية في مقابل عائد مادي كبير، (أنتشر مثل هذا النوع من المستشفيات في المجتمع في الحقبة الأخيرة)،

والجدير بالذكر الإشارة إلى أن تلك المستشفيات الهادفة للربح ما هي إلا منظمات تجارية غرضها الأساسي تحقيق الربح من وراء الخدمات التي تقدمها، وهي غير مجبرة على تقديم الخدمات ولا على أن تخدم المجتمع بدون مقابل جيد، فهي موجودة لتقديم خدمات يحتاجها الأفراد ويطلبونها في مقابل أسعار معينة، حيث تستخدم هذه الإيرادات في تغطية التكاليف وتحقيق معدل مقبول من العائد على الاستثمار، وهذه المستشفيات منظمات تنافسية تسعى دائماً لزيادة حصتها من السوق مهما كانت كبيرة، ومن أهم العوامل التي تركز عليها هذه المنظمات في تسويقها لخدماتها، عوامل المكان المناسب، التكاليف والمعدات المتقدمة، وفرق العمل التي تتسم بالكفاءة وحسن التدريب⁽²⁾.

- أما المستشفيات الخاصة التي لا تهدف للربح: فهي تلك المستشفيات التي تدار بمعرفة الجهات الخيرية (كأحد المساجد أو الكنائس)، ويكون هدفها الأول تقديم خدمة طبية مناسبة للمواطنين (خاصة بالأحياء الهامشية والفقيرة) دون تحقيق عائد مادي، حيث يتم إنشاء تلك المستشفيات بالاعتماد على الجهود الذاتية لأهل البر والإحسان، ونجد أن معظم تلك المستشفيات أنشئت في القرنين الثامن والتاسع عشر أين كان الهدف من إنشائها هو معالجة الأفراد الأقل ثراءً (الفقراء) والذين لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج. لقد تغيرت سياسة تلك المستشفيات (التطوعية) بقدر كبير

¹- حسان محمد نذير حرساني: إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة-الإدارة العامة للبحوث، الرياض-السعودية، 1990م،

² - Donald J. Broke, John R. Harvey, R. Brick. Ian Caster: community Health Education, settings roles, and skills, second edition, an aspen publication Maryland, LEBNEN, 1989.p52.

بعد نشوب الحرب العالمية الثانية، فأصبحت تعتمد على ثلث دخلها فقط من مساهمات الإحسان، بالإضافة إلى تقاضيها رسوماً من مرضاها لخدمات صحية تقدم على فترات زمنية مقبلة⁽¹⁾.

وهنا نشير إلى تجربة (بريطانيا) والتي حاولت من خلالها إيجاد نوع من التعاون والتنسيق بين كل من المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة من أجل تقديم خدمات صحية متوازنة بالمستشفيات وتخفيض فترة الانتظار للمرضى. وتؤكد الحكومة البريطانية على ضرورة مشاركة كل من القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص لتحسين كفاءة الخدمة، ومن أجل ضمان ترشيد الموارد المالية وتحقيق أقصى عناية بالمرضى. ولا يأتي ذلك إلا من خلال إدارة فعالة للقطاع الصحي تقوم على أسس صحيحة تتضمن الآتي:

- تعيين مديرين على مستوى كل منطقة طبية أو إقليمية.
- منح السلطات والمسؤوليات الصحية للتخطيط والإدارة للمصادر المتاحة في نطاق الإقليم أو المنطقة.
- العمل على زيادة القوى العاملة بالقطاع الصحي والمعنية بتقديم رعاية صحية مباشرة للمريض مثل الأطباء والمرضات.
- العمل على تقديم الخدمات بأقل تكلفة.
- الاهتمام بمستوى النظافة والتغذية بالمستشفيات⁽²⁾.

4- الخدمات الصحية والكفاءة الإنتاجية للمستشفيات

وعليه، يعتبر مؤشر الكفاءة من المؤشرات الهامة التي يمكن استخدامها في دراسة الأداء التنظيمي بالمستشفيات قبل أن نتناول أهم عناصر أو مكونات مؤشرات الكفاءة، نشير إلى طبيعة مفهوم الكفاءة والمقصود به في دراسة التنظيمات.

إن مفهوم الكفاءة(*) يتداخل مع العديد من المفاهيم الأخرى عند دراسة الإنتاجية والأداء بصفة عامة، كما أن استخدام هذا المفهوم في الكتابات أو الدراسات العربية يترادف مع بعض المفاهيم الأخرى مثل الكفاية، وهناك من يرادف بين استخدام كل من المفهومين الكفاءة والكفاية معاً، وإن كنا نؤيد مفهوم

¹ -ROB.baggott ,heath care in britan , op .cit,p74.

²-Social Welfare : **And Health Care In Word War11 Voh1** ,london,1993 ,p15

(*)- الكفاءة هي النسبة بين المدخلات والمخرجات في المشروع أو البرامج، وترتبط فترة الكفاءة ارتباطاً وثيقاً بفكرة الإنتاجية والتي يقصد بها النسبة بين مجموع العوامل الداخلة في العملية الإنتاجية وبين الثروة الناتجة من ناحية أخرى، ولا يقتصر المعنى على الإنتاج الصناعي فقط بل على أي نشاط يقوم به الفرد.

الكفاءة والذي يعني باللغة الإنجليزية Efficiency على مفهوم الكفاية، خاصة عند دراسة الأداء وغيره من العمليات التنظيمية غير الملموسة فضلا عن صعوبة تحليلها بصورة كمية.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الكفاءة بأنها تعبير عن العلاقات بين النتائج المحرزة من البرامج أو النشاط الصحي والجهود المبذولة فيه من حيث الموارد البشرية والمالية وغيرها من العمليات والتكنولوجيا الصحية والوقت⁽¹⁾.

كما تعرف الكفاءة الإنتاجية للمستشفيات بأنها "الإستغلال الأمثل لكافة الموارد والإمكانات المادية والبشرية وغيرها المتاحة للمستشفى، بغرض الوصول إلى تحقيق أقصى إنتاجية ممكنة، أي تحقيق أكبر قدر ممكن من الخدمات وبأعلى مستوى ممكن من الجودة"⁽²⁾.

أ. مؤشرات قياس كفاءة الأداء بالمستشفيات

يحتاج أصحاب الشأن في أي مستشفى إلى قياس أداء المستشفى، لمعرفة مدى سلامة سيرة المستشفى في تحقيقها لأهدافها، ومدى حسن استخدامها لمواردها المتاحة البشرية منها والمادية⁽³⁾. وهذا ما دفع العديد من المنظمات الصحية إلى استخدام مقاييس كمية ووصفية معًا لكي يكون التقييم دقيقًا، وذلك من خلال مجموعة معايير لتحقيق الأداء الأمثل في كل جزئية من جزئيات الخدمة الصحية، ابتداءً من خدمة المريض والمحافظة على صحته، ومن تلك المنظمات والهيئات الصحية التي اهتمت بتقييم المستشفيات:

- الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات.
- الجمعية الأمريكية لإدارة المستشفيات.
- الجمعية الأمريكية للصحة العامة.
- الجمعية الدولية للمستشفيات⁽⁴⁾.

¹- عبد الله محمد عبد الرحمن: الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات - قضايا وآراء -، مجلة الإدارة الصادرة عن معهد الإدارة العامة، العدد 45، مسقط-قطر، 1991م، ص55.

²- سهام مصطفى يونس: مؤشرات الكفاءة الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات في جمهورية مصر العربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة أسيوط، مصر، 1981م، ص48.

³- عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، د.س، ص88.

⁴- محمد المتولي: المساواة أمام المرافق العامة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1997م، ص404.

وتستخدم معظم هذه الهيئات المؤشرات الإحصائية المتعلقة بالمستشفى وبالسكان، إضافة إلى مؤشرات أخرى لتقييم المستشفيات من حيث مدى استفادة المجتمع من الإمكانيات التي يتيحها المستشفى من خلال العيادات الخارجية وأقسام التنويم الداخلية⁽¹⁾.

ولقد اختلفت وجهات النظر بين الباحثين حول تحديد مؤشرات كفاءة الأداء بالمستشفيات، ولكن عموماً، يمكن تحديدها في:

– مؤشرات قياس كفاءة الموارد البشرية.

– مؤشرات قياس كفاءة الموارد المادية.

بالنسبة للمؤشر الأول، يمكن استخدامه لمعرفة كافة القوى العاملة المستخدمة في المستشفيات وارتباطها من حيث النوعية والكمية وتقديرها بصورة عامة ومن أهم التقديرات التي سعت لتحديد كفاءة بعض الفئات العاملة في المستشفيات، تقديرات منظمة الصحة العالمية، ويسمى بالاستخدام الكفء لذوي المهن الطبية والصحية، وهو مقياس مقبول بالنسبة للملائمة. وطبقاً لهذه المقاييس على سبيل المثال، أن توافر اثني عشر من الكوادر الوسيطة (ذوي المهن الصحية) مقابل كل واحد من ذوي المهن الطبية يعتبر مستلزماً أساسياً للاستخدام الكفء لكل من الفنيين معاً (الصحة والطبية).

ومن ناحية أخرى تتحدد نسبة الكفاءة في المستشفيات عن طريق دراسة معدلات خدمة الأطباء للأسرة، فالنسبة المقبولة لكافة المستشفيات حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية هي أسرة لكل طبيب، ولكن قد تختلف هذه النسبة حسب التخصصات العلاجية للمستشفيات وتحديد خدمة الممرضات للأسرة عموماً بمقدار سرير لكل ممرضة.

أما بالنسبة للمؤشر الثاني لقياس كفاءة الموارد المالية فهو يرتبط بارتفاع وانخفاض مستويات الأداء العلاجي والطبي والإداري للمستشفيات، وذلك بقياس تلك الكفاءة عن طريق استخدام عددًا من المؤشرات الثانوية⁽²⁾.

ب. تكاليف علاج المريض الواحد: يواجه هذا المؤشر بعض الصعوبات من الناحية الواقعية، فتحديد التكاليف تتوقف على السياسات العلاجية وأنماط النظام الصحي الموجود في الدول، والتي تتباين فيما بينها، فعلى سبيل المثال، وفي ضوء سياسات الانفتاح الاقتصادي الحالية، تغيرت السياسات العلاجية وتبنت المستشفيات العامة أساليب تنويع مصادرها المالية عن طريق تقسيم الأقسام

¹– عبد الإله ساعاتي: مرجع سابق، ص 88.

²– محمد المتولي: مرجع سابق، ص 410.

العلاجية إلى ثلاث فئات أساسية (علاج بالأجر - علاج اقتصادي - مجاني)، وقد انعكس ذلك على مستويات الخدمة الصحية بصفة عامة حيث أدى ذلك إلى نتائج إيجابية في بعض الأقسام العلاجية دون البعض الآخر.

ج. نسبة أشغال السرير الواحد: تختلف هذه النسبة من قسم علاجي إلى آخر (بالأجر - اقتصادي - مجاني)، فنجد أن هناك نوع من التمايز في تلك الخدمات الطبية مرتبطة بالقسم العلاجي والتي تنقسم إلى ثلاث مستويات علاجية متباينة ووصلت إلى أسوأ حالتها في الأقسام المجانية.

ح. معدل فترة مكوث أو بقاء المريض والاعتماد عليه: في دراسة كفاءة الخدمة الطبية والصحية، فقد تختلف معدلات الإقامة بالنسبة للوحدات العلاجية داخل المستشفى ذاتها⁽¹⁾.

ثانياً: الإطار التكاملي لجودة الخدمات الصحية الخاصة

1. المعايير المحددة لمستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة

يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار معايير تتصل بالكلفة والكفاءة والعدالة، بحيث تعمل على تحديد مستويات إنتاج وتقديم الخدمات الصحية، كما تحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات وبأي مستوى، ومن هذه المعايير ما يلي:

أ- معيار التكلفة

يرغب مستهلكو الخدمات الصحية في جميع الأحوال أن تكون تلك الخدمات بأقل تكلفة فضل عن انخفاض الأسعار، لكن ليس هناك شيئاً مجانياً تماماً، يجب أن يكون هناك شخصاً ما يدفع المقابل بصورة مباشرة أو غير مباشرة. فهناك اهتمام متزايداً من المديرين والأطباء والعملاء بتكلفة الخدمات وتجنب أو التخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة لمن يحصلون عليها، وبالرغم من ذلك توجد حدوداً دنياً أساسية يجب أن لا تتخفف فيها مستويات الخدمات الصحية⁽²⁾.

ب- معيار الفاعلية

ويكون ذلك من خلال طرق جديدة لتنظيم تمويل الخدمات الصحية المقررة، من الموارد المتاحة، حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات سواء من الحكومة أو غيرها من الموارد المتاحة، يحتاج إلى تحسين كبير وإدارة أكثر فاعلية، ويظهر من التحليلات المختلفة، أن الأمر لا يحتاج إلى زيادة الإنفاق

¹- عبد الله محمد عبد الرحمن: مرجع سابق، ص 59.

²- طلعت إبراهيم الدمراس: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط3، مكتبة المدينة، مصر، 2000م، ص 31.

العام أو الخاص على الخدمات الصحية، بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلى العديد من الإجراءات والتمثلة في:

- أكبر قدر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق وإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.
- زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناءً على امتياز أدائهم، خصوصاً في التأمين الصحي الاجتماعي.
- دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة، وتقديم الخدمات الصحية الأولية، وخطط المستقبل.
- زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص وتمويل وتقديم الخدمات المطلوبة ضمن الاستراتيجية العامة للدولة⁽¹⁾.

ج- معيار الكفاءة

عند تقديم الخدمات الصحية، يجب أن تحقق تلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والفنية، فإذا ما استطعنا تحقيق نفس النتيجة بإجراءات مختلفة، فإننا نود استخدام أرخص هذه الإجراءات، مما يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة، أو إنفاق الأموال بطريقة مختلفة وكذلك إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة وبطرق مختلفة، فإننا نود اختيار الطريقة الأرخص، مما يلاحظ أن الكفاءة مفهوم أعم من التكلفة، من حيث أن قياس الكفاءة يتطلب مقياساً دقيقاً للمنافع التي يقدمها العلاج، ولكن عدد المرضى الذين يعالجون دون تحمل تكاليف إضافية، فلا يعني هذا بالضرورة تحقيق كفاءة أكبر، أما إذا كان العلاج أقل فعالية وكانت النتائج سيئة، يمكن أن تكون الخدمة أقل كفاءة في استخدامها للموارد⁽²⁾.

د- معيار الأمن الصحي

يقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض حال وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمن الصحي على مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات فعالة، ولكن أن يشعر كذلك بأن تكاليف تلك الخدمة تكون في مستوى قدرته على الدفع⁽³⁾. فالأمان الصحي هو أن يشعر المواطن أنه دائماً تحت مظلة الخدمة الصحية لا يعلم من سيحتاج إليها، وربما لا يحتاج إليها

¹- المرجع السابق، ص33.

²- أحمد مصطفى خاطر: الخدمة الاجتماعية ط3، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1995م، ص170.

³- طلعة إبراهيم الدمرداش: مرجع سابق، ص33.

طوال حياته، أو وربما تمر به أزمة صحية أو مرضية تكون من الشدة والقسوة ما يجعله في حاجة لهذا الغطاء الصحي الكامل، ويحدث ذلك في حالات الحوادث الطارئة أو في حالة الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة أو المزمنة، بحيث لو حاول الفرد مواجهتها بمفرده، لن يستطيع نظرا لكلفتها الباهظة، فيكون الأمان الصحي والمخلص هو السبيل الوحيد لتجنب الطوارئ غير المتوقعة.

كما يمكن تحديد مستويات هذه الخدمة كما يلي:

• حسب السوق: وتصنف إلى:

- استهلاكي: مثل خدمات المنتفعين والرعاية الصحية وتأمين على الحياة
- صناعي: تدقيق الحسابات والتركيب.

• حسب الغرض من شراء الخدمات: وتصنف إلى:

- خدمات مقدمة إلى المستهلك النهائي مثل: خدمات السياحة والحلاقة.
- خدمات مقدمة إلى المؤسسات مثل: الخدمات الاستثمارية الإدارية المحاسبية.

• حسب أهمية حضور المستفيد: وتصنف إلى:

- ضرورة حضور المستفيد من الخدمة مثل: العلاج الطبي.
- ليس من الضروري حضور المستفيد من الخدمة مثل: خدمات تصليح السيارات⁽¹⁾.

• حسب درجة كثافة العمالة: وتصنف إلى:

- خدمات كثيفة العمالة مثل: خدمات التعليم التي تعتمد على العامل البشري بصفة أساسية.
- خدمات كثيفة المعدات مثل: الاتصالات والنقل العام والمراكز الصحية التي تعتمد على المعدات بصفة أساسية.

• حسب درجة الاتصال بالزبون: وتصنف إلى:

- خدمات تحتاج إلى اتصال عالي مثل: الخدمات الصحية والمطاعم، فهي تحتاج إلى اتصال عالي من الزبون، وغالبا ما تكون موجهة نحو الأفراد.
- خدمات تحتاج إلى اتصال منخفض مثل: خدمات الإصلاح والخدمات البريدية، وتوجه غالبا نحو الأشياء، ولا يتطلب الأمر وجود عنصر بشري لتأدية الخدمة.

¹- عمر وصفي عقيلي وآخرون: مبادئ تسويق - مدخل متكامل -، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1994م، ص 189.

الفصل الثالث: التطبيقات الحديثة لمفهوم جودة الخدمات الصحية الخاصة

- حسب مهارة مقدمة: وتصنف إلى:
 - خدمات تتطلب الاحتراف: مثل الخدمات القانونية والخدمات الصحية، حيث تميل هذه الخدمات إلى كثير من التعقيد والتنظيم عن طريق القواعد القانونية.
 - خدمات لا تتطلب الاحتراف: مثل النقل العام والخدمات المنزلية.
- حسب دوافع مقدم الخدمة: وتصنف إلى:
 - خدمات تقدم بدافع الربح: مثل المؤسسات الصحية الخاصة.
 - خدمات لا تقدم بدافع الربح: مثل الخدمات المقدمة من طرف الدولة: كالتعليم والعلاج الطبي⁽¹⁾.

بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات:

جدول رقم (02): يبين تصنيف الخدمات

تصنيف الخدمات	المعايير والمؤشرات
<ul style="list-style-type: none"> - الخدمات التوزيعية (كالنقل، الاتصال) - منتج الخدمات (كالبنوك، شركات التأمين) - الخدمات الاجتماعية (كالصحة، التعليم، الخدمات العمومية والخدمات ذات الطابع غير الربحي) - الخدمات الشخصية (كالفنادق، المطاعم) 	<p>انطلاقاً من الإنتاج V.B- FUCHS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الخدمات المصاحبة للسلع والمكملة للسلع (وعملياً تنتج بنفس الطريقة). - الخدمات الناتجة عن تصميم وإعداد لمنتجات غير مادي. - الخدمات المحملة مباشرة للشخص (استهلاك نهائي) - الإنتاج المشترك coproduction يتدخل في هذا المستوى 	<p>انطلاقاً من أهمية ومكانة الخدمة A.Barcet. & J.Banamy (1990)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - خدمات شبه إنتاجية Para productifs منعزلة ومتماثلة ومطبقة على السلع المادية (النقل، الفنادق) - خدمات Péri-Produvifs لا مادية، مطبقة على معارف إنتاجية منظمة (الهندسة، خدمات مالية) - خدمات مطبقة على معارف وقدرات الأفراد في الاستهلاك النهائي (كالصحة، التكوين) - خدمات تنظيم وتسيير الوحدات الاقتصادية. 	<p>انطلاقاً من مفهوم الإنتاجية J.GAREY (1986)</p>

المصدر: عتيق عائشة: مرجع سابق، ص26.

¹- عمر وخير الدين: التسويق - المفاهيم والاستراتيجيات -، مكتبة عين شمس للنشر، القاهرة- مصر، 1997م، ص273.

2- التصنيف المميز للخدمات الصحية الخاصة

يعد مفهوم الخدمة الصحية تابعا أساسا للمفهوم العام للخدمات، حيث عرفت الخدمات الصحية: بأنها مجموعة البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال حدوثها. فهي تمثل كافة الخدمات التي تقدمها لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية⁽¹⁾. كما تتجسد في تلك الخدمة التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو العيادات الخارجية للمستشفى العام أو العناية التمريضية التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل الطبية التي يقدمها المخبر لشخص أو لعدة أشخاص. غير أن الخدمة الطبية قد تقدم خدمة صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له⁽²⁾.

وتقدم المستشفيات ثلاثة اصناف من الخدمات وهي كما يلي:

- أ- **الخدمات الصحية العلاجية:** وهي الطابع الغالب على وظائف المستشفيات في الأقطار النامية، ولكن لا يعني هذا مجرد العلاج، وإنما هي عملية متكاملة تعني التشخيص، العلاج والتأهيل.
- ب- **خدمات التعليم والتدريب الصحي:** تقوم بوظيفة التعليم والتدريب للفئات المساعدة، بالإضافة إلى مدارس التعليم والتمريض الملحقة بالمستشفيات العامة والخاصة، والمستشفى نفسه هو المكان الطبيعي للتعليم بمدارس التمريض، وكذا بالنسبة لتدريب خريجي المعاهد الصحية والفنية والأطباء والجدد.
- ج- **خدمات البحوث الصحية:** وتقوم بتقديم ثلاثة أنواع من البحوث:

- بحوث علمية أكاديمية.

- بحوث تطبيقية.

- بحوث ميدانية حقلية⁽³⁾.

- د- **خدمات الصحة الوقائية:** تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضا إسم "الخدمات الصحية البيئية أو العامة"، وترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الأمراض المعدية والأولية والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وتشمل: ⁽⁴⁾.

1- مدحت محمد أبو النصر: إدارة الجودة الشاملة، القاهرة-مصر، 2008م، ص93.

2- عبد المجيد الشاعر: الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري للنشر، عمان-الأردن، 2000م، ص11.

3- زعي خليل المساعد: تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر، عمان-الأردن، 2006م، ص301.

4- عبد المهدي بوعانة: مرجع سابق، ص54.

- خدمات التطعيم من الأمراض والأوبئة.
 - خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
 - خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض.
 - خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء، المشروبات، محلات الحلاقة والتجميل.
 - خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي.
 - خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.
 - ويوجد تصنيف آخر للخدمات الصحية يتضمن⁽¹⁾:
- أ. الخدمات الباطنية (وقائية أو علاجية): الطب العام والمختص مثل طب الأطفال، طب الأعصاب، والعديد من التخصصات الأخرى.
- ب. الخدمات الجراحية: جراحة عامة، جراحة لكل الأمراض الباطنية، جراحة أمراض النساء والولادة.
- ج. الخدمات المساعدة: كالأنشطة والتحاليل.
- وطبقاً لهذه التصنيفات تتحدد مستويات الخدمة الصحية فيما يلي:

• مستوى الخدمة الذاتية

وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد، أو العائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية المتعارف عليها والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ومما لاشك فيه أن هذا المستوى من الخدمة يتوقف على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة، ومدى إدراكهم للأمور التي تستوجب مراجعة الطبيب بسببها أو تحل من قبلهم.

• مستوى الخدمة الصحية الأولية

تُعرف الخدمة الصحية الأولية، بأنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة، وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وبمشاركة تامة من المجتمع والأفراد وبتكاليف يمكن للمجتمع والدول توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور. وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد التي هي نواته ومحوره الرئيسي وأساس للتنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع⁽²⁾.

¹- فريد النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2007م، ص55.

²- أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري، عمان-الأردن، 2012م، ص70.

• مستويات الخدمة الصحية المتخصصة

عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات، فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الخدمة المتخصصة من أجل تقديم نوع معين من الخدمات المتخصصة، كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشتمل هذا المستوى على أخصائيين من الفروع المختلفة، يحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج حسب توفر التقنيات المتطورة. والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المراكز الصحية المتكاملة والمستويات العامة وعيادات الاختصاص، ومثل هذه المؤسسات تشمل كل من الأطباء والممرضين، مساعدي الممرضين، القابلات، وطب الأسنان.

• مستوى الخدمات الصحية المتطورة المتخصصة

وهي الخدمات التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث: وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة⁽¹⁾.

وعليه فالخدمات الصحية المختلفة يمكن الحصول عليها من خلال إحدى المستويات الأربعة، لذا فإنه من الأهمية أن يعرف أفراد الفريق الطبي معرفة جيدة بما يقدم في كل مستوى من هذه المستويات، لكي يكون بمقدورهم تحويل الحالات المرضية إلى الجهة التي يجب أن تحول إليها. ولضمان حسن سير العمل في المستويات المذكورة، وجب التنسيق والتعاون بين مؤسسات هذه الخدمات تنسيقاً كاملاً. كما أن الحصول على الخدمة الصحية المناسبة، يتطلب تجميع الطاقات المتاحة، والعمل ضمن إطار منظومي بدلاً من الجهود المتفرقة، ووضع استراتيجيات مستقبلية تأخذ بعين الاعتبار النمو السكاني وقدرات المواطن والدولة، من أجل تحقيق الأهداف المحددة مسبقاً. لذلك، فإن أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات (التي سبق ذكرها) في الخدمة الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع.

3. المؤشرات الاستدلالية لأهمية الجودة

تتبع المؤسسات الصحية أسلوب الجودة للتحقق من حسن العمل المؤدى، وذلك في إطار تحقيق الأهداف التالية:

- تقديم خدمة صحية مميزة ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية، والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.

¹- المرجع السابق، ص 73.

الفصل الثالث: التطبيقات الحديثة لمفهوم جودة الخدمات الصحية الخاصة

- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس محتوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للخدمة الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
 - تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
 - تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
 - تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمة الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.
 - كسب رضا المستفيد (المريض)، إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتوسيع لتطبيق نظم الجودة، وبالتالي تطوير أداء العمل وكسب رضا المستفيد (المريض).
 - تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي تعمل على تعزيز الثقة لدى العاملين لديها، وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج⁽¹⁾.
 - ملائمة العلاج والخدمات لمختلف الحالات المرضية.
 - اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.
 - تأمين أساليب الخدمات التي تتناسب وظروف المستفيدين من الخدمات المتقدمة.
 - ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة⁽²⁾.
- وتتميز الجودة بقيم جوهرية، تظهر في الشكل التالي:

¹- أكرم أحمد وآخرون: إمكانية إقامة أبعاد الجودة الصحية -دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة تيتون-، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، مجلد2، العدد19، العراق، 2010م، ص07.

²- هيكوش: إدارة الجودة- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها-، ترجمة طلال بن عابد الأحمدى، معهد الإدارة العامة، السعودية-الرياض، 2002م، ص57.

شكل رقم (02): يوضح القيم الجوهرية للجودة

يكرس نفسه لخدمة الزبائن (المرضى) أولاً

يقابل توقعات زبون(ة) ويوليها عناية فائقة

يستبق تنفيذ رغبات زبونه ويلتزم توقعاته

يدعم الأداء الجيد

يساهم في خفض التكاليف

يؤدي الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة

المصدر: المرجع السابق، ص57.

- وهناك عددًا من المؤشرات الرئيسية التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات عامة والصحية خاصة. ومن أبرز هذه المؤشرات هي: (1)
- ترتبط الخدمة إلى حد كبير مع الجودة، حتى أصبح من الضروري اعتماد عددا من المقاييس لتأشير مستوى الرضا والمتحقق لدى المرضى، وذلك من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة، وهذا الأمر قاد إلى اعتماد مقياس أطلق عليه تسمية Servqual (*)
 - تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشرا مهماً في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية منظمة صحية أخرى.
 - الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، هادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء.
 - أصبح للجودة أبعاداً رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس والتأثير لتأشير مستوى الجودة. وتتمثل هذه الأبعاد في الاعتمادية الاستجابية، التأكيد (الثقة)، التعاطف والملموسية.
 - ولقد بادرت معظم المنشآت الصحية بتطبيق برامج الجودة النوعية أو إدارة الجودة، وذلك من أجل تحسين وتطوير مستوى الأداء في المنشأة، الأمر الذي سوف يساهم ويساعد المنشأة في الحفاظ على سمعتها من خلال اهتمامها بجودة الرعاية والخدمات الصحية.
 - ومن العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية نذكر ما يلي:
 - ازدياد أعداد المسنين من السكان، وهذا ما يتطلب زيادة حاجاتهم للخدمة الصحية وزيادة أوقات بقائهم بالمستشفيات بسبب الأمراض المزمنة.

¹- مصطفى يوسف كافي: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الابتكار للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2018، ص59.

(*) - Servqual: عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمترابطة لمعرفة رأي المستهلك.

- التطور التقني السريع في الأجهزة والمعدات الطبية.
- ازدياد تكلفة اليد العاملة الإجمالية، حيث أن زيادة هذه التكلفة بسبب زيادة التخصص والحاجة إلى استخدام عاملين ذوي مؤهلات وخبرات عالية.
- اختلاف أنماط الممارسات الطبية، حيث أثبتت الدراسات وجود اختلاف في أنماط وأساليب الممارسات الطبية، مما أدى إلى تفاوت درجة الثقة في وجودها.
- زيادة وعي المرضى وتوقعاتهم وطلبهم لمستويات عالية من جودة الخدمة الطبية، فزبائن المستشفيات من المثقفين بصورة خاصة يطلبون إجراء تحسينات في مجالات معينة مثل: فترات انتظار أقل، نسبة أخطاء أقل، دقة وسرعة في الإجراءات.
- الرغبة في زيادة الأرباح، فالرغبة في زيادة الأرباح قد أدت إلى زيادة الاهتمام بالجودة لكسب مزيد من المرضى⁽¹⁾.
- النظام الصحي وقياس كفاءة الخدمات الصحية، ويتمثل في تقديم أحسن خدمة، أما فيما يخص النظام الصحي فهو توفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع.
- ومن وظائف النظم الصحي وخدماته، هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع، وذلك في ضوء ما يتوفر له من إمكانيات وموارد. ولتحقيق هذا الهدف لابد للنظام الصحي من القيام بوظيفتين رئيسيتين هما:
- ضمان تقديم خدمات طبية نوعية للأفراد وضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن ذلك، وبشكل تكون معه هذه الخدمات ميسورة وفي متناول طالبيها ومحتاجيها دون أية عوائق تحد من الوصول إليها. ومما يجدر ذكره أن هذه الخدمات العلاجية تتشكل من وجهة نظرة الفرد المستهلك لها، لأنهما تمثل الأولوية الأولى بالنسبة لاحتياجاته الصحية وغالبا ما يحكم الأفراد على كفاءة النظام الصحي الكلي ونجاحه من خلال قدرته على توفير خدمات طبية نوعية.
- أما الوظيفة الثانية للنظام الصحي، فهي التركيز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع وعلى المستوى الفردي تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال ما تقدمه من خدمات طبية للأفراد والمجموعات التي نفذ إلى هذه المؤسسات ظل بالخدمة الصحية. إلا أن أثر هذه الخدمات ودورها في تحقيق هذا الهدف يبقى هامشا ومحددا، حيث يقتصر دورها على الأغلب على تشخيص ومعالجة المرض قبل استفحاله

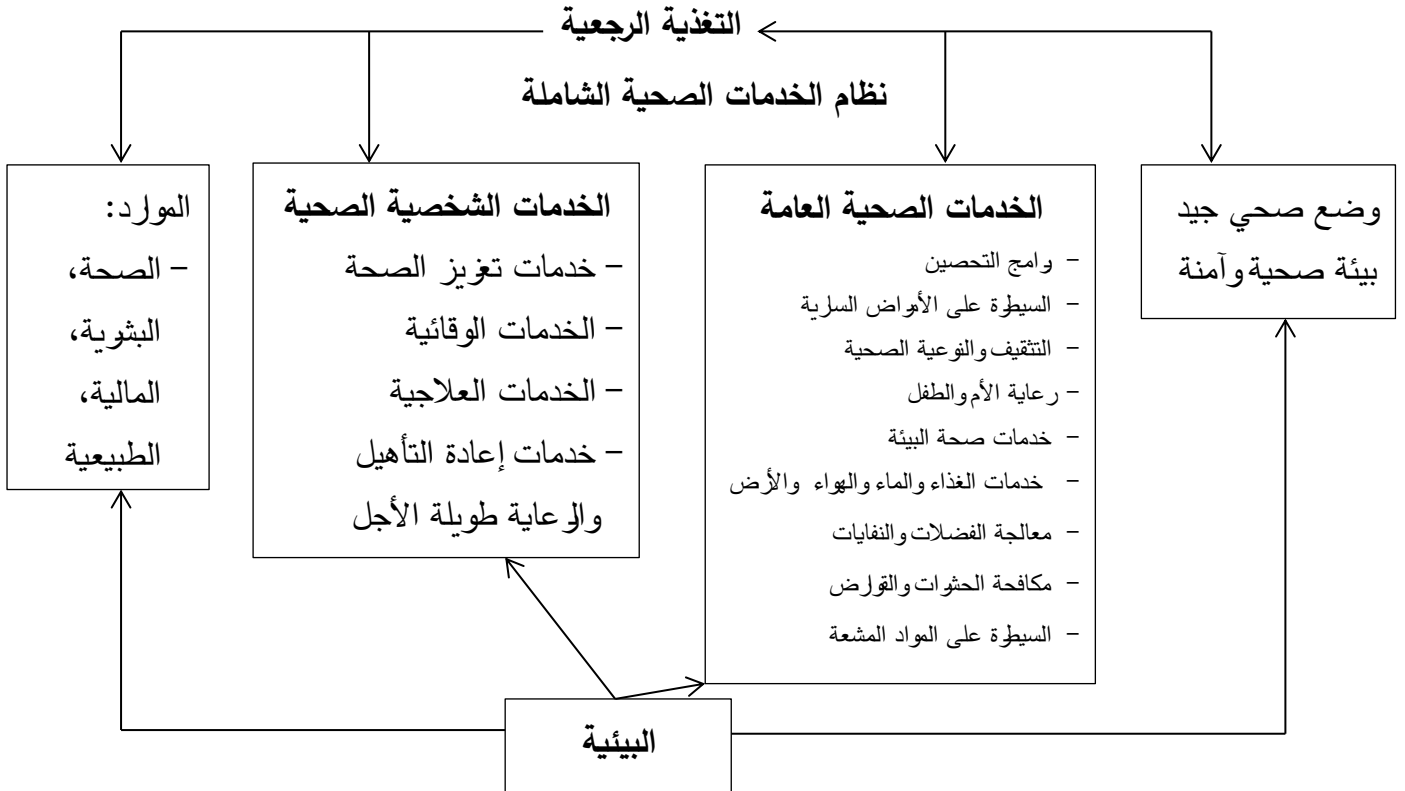
¹- غازي على متروك البدانية: إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعات الحكومية، رسالة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، كلية التجارة، جامعة عين الشمس-مصر، 2011م، ص28.

الفصل الثالث: التطبيقات الحديثة لمفهوم جودة الخدمات الصحية الخاصة

لأولئك الذين يفتقدون إلى هذه الوحدات الصحية طلباً للخدمة الصحية. أما على المستوى الجماعي، فإن مسؤولية تحقيق هذا الهدف تقع على عاتق مؤسسات الخدمات الصحية الأخرى، كمؤسسات خدمات الصحة العامة وصحة البيئة وخدمات الترقية الصحية أين يجري تصميم وتخطيط وتقديم هذه الخدمات، والتي لها مساس بصحة المجتمع ككل من خلال البرامج الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع⁽¹⁾.

كما أوضحت خدمات النظام الصحي أنه من أجل القيام بهاتين الوظيفتين وتحقيق الهدف المرسوم له، لابد من ضمان توفير وتقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية تشكلان مع النظام الصحي الكلي كما هي موضحة في الشكل الآتي:

الجدول رقم(03): يوضح الخدمات الصحية الشاملة.



المصدر: فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن، 1429هـ-2008م، ص63.

ولتعزيز الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية، يهتم الأطباء والإداريين والإطارات الكوادر البشرية العاملة في المراكز الصحية بتقديم الخدمات الطبية للمرضى والمرجعيين، دون التركيز على الاستفادة من

¹ - المرجع السابق، ص61،62.

الموارد المتاحة لتقديم تلك الخدمات، بمعنى أن تتم الاستفادة من الموارد المتاحة في تقديم أفضل مستوى من الخدمات الصحية، أو يتم تقديم خدمات صحية في ظل نقص للموارد سواء كانت موارد بشرية أو مادية. ولتحقيق ذلك الهدف لا بد من ضمان سير إجراءات أو مراحل تتضمن العديد من المفاهيم والنماذج الممكن استخدامها.

وحيث، يتم إجراء عمليات المسح الصحي وذلك بهدف الحصول على المعلومات المرتبطة بالخدمة الصحية أو الرجوع إلى ملفات المرضى للحصول على تلك المعلومات، ويمكن ربط الاستفادة من الخدمات الصحية بأربعة أبعاد هي:

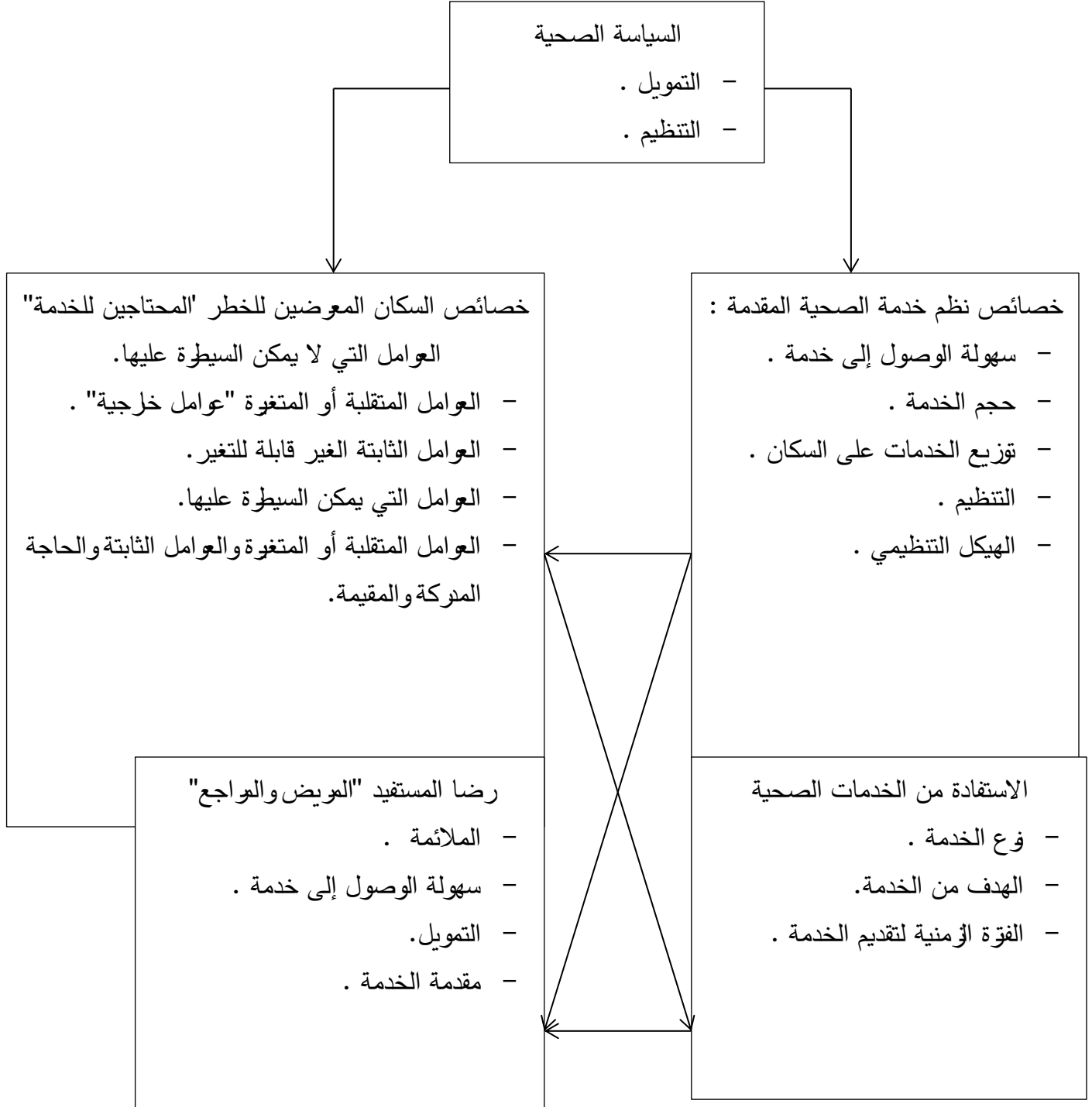
- **الاستفادة من نوع الخدمات:** بمعنى هل يستفيد المراجع من الخدمات الصحية الأولية أو الخدمات الصحية الثانوية أو التخطيط أو الخدمات التأهيلية المتاحة.
 - **الهدف من الاستفادة:** ويعكس ذلك هدفا تشخيصيا أو علاجيا أو كلاهما.
 - **موقع الاستفادة من الخدمات:** وهو المكان الذي يتلقى فيه المريض الخدمة بغض النظر عن مستوى تلك الخدمات أو هدفها.
 - **مدة الاستفادة من الخدمة:** وهي الفترة الزمنية التي يحصل عليها المريض لمستوى معين أو مجموعة مستويات من الخدمة الصحية وهل حصل عليها بمقدار كبير أو متوسط أو قليل⁽¹⁾.
- أما الطرق التحليلية التي يمكن من خلالها تحديد مدى الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية فهي كثيرة وعلى سبيل المثال توضح الطرق التالية:

- الأسلوب السلوكي "الطريقة السلوكية"
- الأسلوب الشامل "الطريقة الشاملة"⁽²⁾.

¹- صلاح محمود ذياب: إدارة المستشفيات -المراكز الصحية الحديثة-، دار الفكر للنشر والتوزيع، لبنان، 2016م، ص123.

²- المرجع السابق، ص202.

الشكل رقم(03): يبين نموذج أندرسون وادي الموسع للطريقة السلوكية للاستفادة من الخدمات الصحية



المصدر: المرجع السابق، ص202.

ويرتبط قياس الكفاءة للخدمات الصحية بالموارد المتاحة والمستخدم في عمليات إنتاج الخدمة الصحية، والتي تتمثل بالموارد البشرية والمالية والمادية. وبالتالي يمكن قياس الكفاءة مجتمعة أو بصفة فردية، خاصة أن الكفاءة في الخدمات الصحية ترتبط بمستوى النوعية المقدمة، إذا لا يتم الاكتفاء بالحصول على عدد أو حجم المخرجات التي تمثل خدمة صحية بل المدى في نوعية تلك الخدمات وما يمكن أن تحققه من رضا لدى المستفيد منها.

وفي المقابل، فإن قياس الكفاءة في الخدمات الصحية لا يخلو من الصعوبة بسبب: (1).

- **تعدد الموارد:** حيث تتعدد الموارد المتاحة لكل مستشفى عن غيرها من المستشفيات تبعاً للاحتياجات والاستعمالات المقررة لتلك الموارد، ومقدار المسؤولية المناط بها في تلك الرقعة الجغرافية التي تؤدي الخدمة الصحية فيها. وبالتالي فإن الكفاءة للخدمات الصحية إذا ما تم قياسها على مستوى القطر، فذلك يتطلب أن يتحقق توازن ما بين الاحتياجات والموارد والاستعمال، لكي لا يحدث التباين الكبير بين المستشفيات في تقديمها للخدمة الصحية وبكفاءة.
- **تحديد الهدر والضياع:** ترتبط عملية تحديد الهدر في استعمال الموارد بشكل خاص في الخدمات الصحية مع مستوى النوعية المفرط لتلك الخدمة، ودرجة المعيارية المستعملة في الأداء، لذلك فإن انخفاض مستوى النوعية. في النتائج الموجودة من المخرجات، تكون غير مجدية في بلوغ⁽²⁾. كما أوضحت الأهداف المقررة من إنتاج الخدمات الصحية، وتعد هدراً وضياعاً في الموارد المستعملة بعمليات الخدمة الصحية، ويزيد الأمر أكثر صعوبة وتعقيداً إذا كانت المقاييس المعيارية المعتمدة في الأداء موضوعة بشكل لا يتفق مع خصوصية الخدمة الصحية أو الظروف الحقيقية المحيطة بتقديمها إلى من يحتاجها من المرضى.

4- الجهود المبذولة لتدعيم الخدمات الصحية الخاصة

كانت للتغيرات التي طرأت مؤخراً على البيئة الاقتصادية تأثيراً خطيراً على الجهود التي بذلت في كثير من البلدان في سبيل تنفيذ استراتيجياتها الرامية إلى توفير الصحة للجميع. ويمكن لهذه العقبات الاقتصادية في الوقت نفسه أن توجد فرصاً يتاح للقطاع الصحي من خلالها الاضطلاع بدور أكثر فعالية في التغلب عليها، ولاشك أن الوضع الاقتصادي غير المواتي الذي يواجهه بعض البلدان سوف يستمر في تحدي واضعي السياسة الذين يسعون لتحقيق التوازن بين الأهداف الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي

¹- تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2007م، ص67.

²- المرجع السابق، ص68.

عليهم الموازنة بين الجهود التي تستهدف تحقيق النمو الاقتصادي وبين تلك التي ترمي إلى حماية وتعزيز التنمية الاجتماعية والصحية والبشرية، واتباع سياسات موجهة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية.

وتمكن أن ينطوي الدعم الاقتصادي المنخفض الذي يتوافر للقطاع الصحي على تأثير خطير في فعالية الخدمات الصحية وكفاءتها وعدالتها، حيث ويواجه واضعوا السياسة صعوبة أخرى في التعرف على خطورة ذلك التأثير وإيجاد طرق جديدة للتغلب عليها وتحسين نوعية ومقدار الدعم الاقتصادي الذي يخصص للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، وربط تلك الإمكانيات ربطاً وثيقاً بسياسات التنمية الشاملة للبلدان. ولاشك أن قدرة البلدان على الاستثمار في التنمية الصحية والاجتماعية تتأثر إلى حد كبير باتجاهات تنميتها الاقتصادية. وعلى غرار ذلك فإن قدرة الأفراد على تحمل تكلفة ما يحتاجون إليه من خدمات صحية تتوقف على مستوى معيشتهم. وفضلاً عن ذلك فإن مستويات المعيشة هي ذاتها معينات هامة للحالة الصحية، مثلما يزيد الفقر وسوء التغذية من الاستهداف للمرض، ويحولان دون للحالة الصحية، مثلما يزيد الفقر وسوء التغذية من الاستهداف للمرض، ويحولان دون اكتمال الصحة.

وعلى الرغم من الاضطراب الاقتصادي الذي تعاني منه البلدان، إلا أن محور اهتمام جميع الشعوب هو الحصول على حياة امنة تكون الصحة فيما عنصراً هاماً فيها.

وسياقا على ذلك، فقد أظهرت العديد من البلدان المتقدمة والبلدان النامية تصميمها السياسي على تحقيق التوازن بين تنميتها الاجتماعية والاقتصادية، وبينما كانت الخدمة الصحية بالأمس امتيازاً للقادرين على تحمل تكاليفها وتوجيه الخدمة الخيرية للفقراء، فإنها تعتبر اليوم حقاً أساسياً من حقوق الإنسان. ولتحقيق هذا الحق لجميع المواطنين، فلا بد من تكاتف جمع الجهود المتمثلة في مسؤولية الحكومة، الأفراد، القطاع الخاص، المنظمات غير الحكومية، والمجتمع، لتوفير الخدمة الصحية لكل مواطن، بغض النظر عن مدى قدرته على تحمل تكاليفها من عدمه.

أ. مسؤولية الحكومة

تقع الجهود اللازمة لبلوغ أهداف توفير الصحة للجميع على عاتق الحكومة أين تنبع مسؤولية الحكومة عن الصحة من عدم مقدرة الأفراد والهيئات التطوعية والقطاع الخاص الوفاء بجميع الاحتياجات الصحية بمفردهم. وعلى هذا الأساس ينبغي أن تقدم الخدمات الصحية التي تغيد البلد ككل من دون مقابل تقرضه الحكومة على الأفراد خاصة الفئات المحرومة من الخدمة الصحية، حيث تشكل الفئات المحرومة من الخدمة الصحية جزءاً من سكان كل بلد والذين لا يتيسر لهم الحصول على الخدمة الصحية ومنهم المسنون والمرضى والذين دون مأوى أو عمل، أو أنهم يقطنون مناطق عشوائية هامشية نائية أو نازحون.

وتكون هذه العناصر المحرومة في كثير من البلدان ولاسيما في البلدان النامية الضعيفة سياسياً وعلمياً، لذلك فمن الواجب على الحكومات الاهتمام بخدمة المجموعات المحرومة من الخدمة، لاسيما أن إحدى مسؤولياتها ضمان التوزيع العادل لموارد المجتمع على ضوء مبادئ العدل الاجتماعي⁽¹⁾.

ب. مسؤولية الفرد والعائلة

لابد من مشاركة الأفراد والعائلات في المجال الصحي، وذلك لأن الخدمة الصحية تنشأ أساساً بين الناس لتقابل مشاكلهم الصحية، فبدلاً من مجرد تلقيهم الخدمة على "نحو سلبي من أعلى" لابد عليهم من مباشرة حقوقهم. حيث تشمل حقوقهم وامتيازاتهم الحق في الحصول على فرصة صحية متساوية، أي الحق في الخدمة الصحية، الحق في التزود بالمعلومات والحق في المشاركة. وينبغي عليهم أن تنمية قدراتهم على تحديد احتياجاتهم والتعبير عنها، فضلاً عن الإدراك الكافي فيما يتعلق بمتى وكيف تستخدم الخدمة الصحية لتلبية احتياجاتهم. وهذه المشاركة الفعالة في الخدمة الصحية التي تمكنهم من اختيار الخدمة الصحية المناسبة، تضمن بدورها توافر المستلزمات الصحية الكافية للجميع، وبيئته صحية تلي نظام الخدمة الصحية احتياجاتهم.

ج. دور القطاع الخاص

يشكل القطاع الخاص عنصراً هاماً من العناصر التي يقوم عليها النظام الصحي في العديد من البلدان النامية والمتقدمة، ولا يقتصر دوره على تقديم الخدمة الصحية، بل يشمل أيضاً إنتاج الأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها والتزويد بالمياه والتخلص من الفضلات الصلبة والسائلة. كما أن الأساليب الجديدة التي يجري تصميمها لتوفير الخدمة الصحية الأولية وتمويلها، تتضمن طائفة واسعة من الترتيبات المؤسسية التي تهدف إلى اشتراك القطاع الخاص في هذه الجهود. وقد حددت للأجهزة الحكومية والهيئات شبه الحكومية والشركات الخاصة أدواراً مختلفة في هذا الخصوص.

على سبيل المثال أن الاقتراح الخاص بقيام المؤسسات المستقلة التي تسعى للربح في قطاع الخدمة الصحية الأولية قد تبدو مثيرة للدهشة إلا أن القضية الأساسية هنا هي مدى قدرة الحكومات على تشكيل علاقات قائمة مع المؤسسات الخاصة على نحو يمكن من تحقيق الأهداف الاجتماعية وبخاصة هدف توفير الصحة للجميع بخطى سريعة وفعالة⁽²⁾.

¹ - منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط،

الإسكندرية-مصر، 1998م، ص 129.

² - المرجع السابق، ص 131.

د. دور المنظمات غير الحكومية

تحولت العديد من المنظمات غير الحكومية إلى هيئات وطنية، كالمجتمعات والنوادي واتحادات العمال والنقابات، وهي تختلف اختلافاً كبيراً عن بعضها البعض، حيث تمثل اهتمامات متباينة للغاية، كما أنها مستقلة عن الحكومات وتمتلك أموالها الخاصة، وهدفها العام في إطار الخدمة الصحية، هو مساعدة القطاعات ذات الدخل المنخفض من السكان، ولاسيما في المجتمع المحلي، وعلى تنظيم مواردها الذاتية والبشرية والمادية واستخدامها على نحو أفضل. وقد أسفر الوعي المتزايد والقبول الأوسع نطاقاً مميّزاً للدور الذي تضطلع به المنظمات غير الحكومية في الحقل الصحي عن عدد من المبادرات والمشاريع الناجحة، مما يوضح قيمة وأهمية أسلوب المشاركة وقد تشمل هذه المبادرات منظمات طوعية محلية صغيرة الحجم تركز في عملها على المجموعات المحرومة اجتماعياً في منطقة جغرافية محددة، فتقدم لها الخدمة الصحية الأساسية، وقد تشمل منظمات واسعة النطاق على المستوى الوطني تتيق بها الحكومة كامل المسؤولية عن برنامج صحي معين (مثل جمعيات تنظيم الأسرة).

هـ. مسؤولية المجتمع

تعد مشاركة المجتمع مبدأً أساساً من المبادئ التي يقوم عليها منهج الخدمة الصحية الأولية، وقد ورد ذلك في مضمون جميع التصريحات التي أصدرتها الحكومات الوطنية والمنظمات الدولية، فهناك اتفاق واسع النطاق على أن المجتمعات يمكن أن تضطلع بدور هام في استعراض المشكلات الصحية، وفي البحث عن حلول مناسبة ذات مردود، فحيثما لا تكفي الأموال العامة لإيصال الخدمات الصحية الأساسية للمحرومين منها، يمكن دعوة المجتمعات للمشاركة في تحمل ذلك العبء عن طريق الإسهام في الجهد والمواد والمال.

و. العلاقات المؤسسية

تدعم أنشطة الخدمة الصحية وتوجه من قبل المنظمات الرسمية وغير الرسمية على حد سواء، وفي البلدان النامية تشمل المنظمات الرسمية في العادة وزارة الصحة والوحدات التابعة لها، أما المنظمات غير الرسمية فهي عبارة عن مجموعة من الناس تنظم نفسها بحيث تكون لها أولويات في الخدمة الصحية وتعمل على تعبئة الموارد.

وفي بعض البلدان لا تتبع هذه المنظمات غير الرسمية إدارياً وزارة الصحة، بل وزارة الإدارة المحلية والحكم المحلي. مما يتطلب وجوب تحقيق المزيد من الترابط والتنسيق بين مختلف الأجهزة الفرعية بحيث تصبح الخدمة الصحية الأولية محور اهتمام جميع تلك الأجهزة لاحترام مبدأ العدالة والخدمة الصحية

الأولية للسكان⁽¹⁾. وإذا ما حاولنا استعراض الجهود التي قام بها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بإقليم شرق المتوسط "والمرجح بالتقرير السنوي للمدير الإقليمي. حيث يهدف برنامج دعم الخدمات الصحية الأولية في إقليم شرق المتوسط إلى تقديم المساعدات التقنية إلى الدول الأعضاء في الإقليم من أجل إيجاد نظام صحي عادل ومضمون الاستمرار وقائم على مبادئ الخدمة الصحية الأولية، وتشمل الاستراتيجيات المتبعة لتحقيق هذا الهدف ما يلي:

• توفير الخدمات الصحية الأولية كاملة للمجتمع

حيث تم في عام 1998م تنفيذ بعض الأنشطة الهامة في بلدان الإقليم (شرق المتوسط)، بغية تنظيم وتعزيز خدمات الصحية الأولية ودفعها قدماً، وتعزيز تنفيذ هذه الخدمات ورصدها وتقييمها. وقد صرحت بلدان الإقليم عن التزام قوي ومتجدد بالقيم الأساسية للخدمة الصحية الأولية وأهميتها المحورية في مجال التنمية المضمونة الاستمرارية، وتم إملاء اهتمام خاص لتنسيق نظام المنطقة الصحية، مع إشراك المجتمعات مشاركة كاملة في جميع مراحل التنمية، والبحث عن مصادر بديلة للتمويل. إضافة إلى المخصصات المالية الحكومية من أجل تحسين نظم الخدمات الصحية الأولية والحفاظ على المكاسب الصحية. ففي بعض الدول قامت السلطات المعنية بتنفيذ عدد كبير من الأنشطة الرامية إلى دعم أسلوب نظام المنطقة الصحية وتوسيع نطاق الأخذ به. كما تم انتقاء عشر مناطق صحية لإجراء وتحليل تفصيلي للوضع الراهن، وفي هذا الصدد تم إعداد بعض خطط العمل بالتعاون مع السلطات المحلية المعنية، حيث قامت بعض وكالات الأمم المتحدة بدعم هذه العملية دعماً قوياً⁽²⁾.

• تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية

على الرغم من أن نظام الخدمة الصحية يقوم بدور هام في تحقيق العدالة، إلا أن تأثيره يفوق تأثير بعض المبادرات التي يتم اتخاذها في مجالات تخرج عن نطاق القطاع الصحي الرسمي والتي تتعلق بمحددات الصحة. لذلك واصل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط دعمه القوي لمبادرة تلبية الاحتياجات الأساسية وتبشيره بها بين بلدان الإقليم من أجل تحسين نوعية الحياة، وترتكز هذه المبادرة على مبادئ التنمية الكلية المتكاملة من خلال مشاركة المجتمع فيها مشاركة فعالة ومن خلال التعاون بين القطاعات.

¹ - المرجع السابق، ص 137-142.

² - منظمة الصحة العالمية: التقرير السنوي لأعمال منظمة الصحة العالمية بإقليم شرق المتوسط، المكتب الإقليمي المتوسط، الإسكندرية-مصر، ديسمبر 1998م، ص 38.

ففي بعض الدول تم اختيار إحدى المنظمات اللاحكومية لتنفيذ برنامج تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية وتم تكليف أحد فرق الدعم التقني بتولي شؤون البرنامج. ومن أبرز الإنجازات التي تحققت في هذا الصدد، إقامة مجمع اجتماعي وروحي يضم مسجدًا، ومركزًا صحيًا وعيادة لطب الأسنان ووحدة للخدمة الاجتماعية وورشة للتأهيل المهني وناديًا نسائيًا وفضلاً لمحو الأمية وقد شارك في التكاليف الإجمالية لهذا المجمع كل من منظمة الصحة العالمية وصندوق الخدمة الاجتماعية وأفراد المجتمع من خلال المنظمة اللاحكومية.

• دعم الخدمات الثانوية

حيث وفر المكتب لبلدان الإقليم دعم الخدمة الثانوية والثالثية في مجالات عديدة، منها إدارة المستشفيات وإنشاء نظم للإحالة تتسم بالكفاءة، تطوير خدمات الطوارئ الطبية، وصيانة المعدات وإصلاحها⁽¹⁾.

• تمويل الخدمات الصحية

يختلف نظام تمويل باختلاف المنظمة الصحية وطبيعتها، فعلى سبيل المثال المستشفى الحكومي يتم تمويله من الميزانية الحكومية والمال العام، ويدخل الأمر في نطاق المالية العامة وقدرة المدير المستشفى في التفاوض وإقناع الإدارة السياسية في زيادة الميزانية أو تعديل بنودها، أما المستشفى الخيري فيقوم على جمع التبرعات والمساعدات المالية والإعانات، أما إذا كان المستشفى خاص، فيتم التمويل عن طريق رأس المال الخاص أو الاقتراض لأجل طويلة أو قصيرة من البنوك⁽²⁾. ولكن يمكننا تحديد مصادر التمويل لخدمات الصحية في مصدرين أساسيين:

✓ التمويل غير المباشر ويتضمن:

- السلطات الحكومية المركزية أو المحلية.
- التأمين الإلزامي.
- التأمين الاختياري.
- التأمين المهني.
- تبرعات المؤسسات الخيرية التي تجمع في البلاد والإعانات الحكومية

¹- منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، مرجع سابق، ص44.

²- فريد راغب النجار: مرجع سابق، ص304.

✓ ويدخل تحت بند التمويل غير المباشر الفئات التالية:

- التمويل الحكومي: وهو أكثر أساليب التمويل الصحي انتشاراً في العالم النامي، حيث تقوم الحكومة بتقديم مخصصات دورية من الإيرادات الحكومية العامة أو تخصص حصيلة إحدى الضرائب للقطاع الصحي أو كليهما وتتكون الإيرادات العامة من مصادر مختلفة تم تجميعها معاً، ومن ثم فإنه لا يتسنى تحديد مصدر التمويل لأي برنامج بعينه، غير أن الحكومات تعتمد في بعض الأحيان على تخصيص حصيلة إحدى الضرائب للقطاع الصحي⁽¹⁾. ولكنها لا تكفي كمصدر وحيد للتمويل، فهي في المتوسط تعادل 10% من إجمالي الإيرادات في الدول النامية مقارنة بـ 30% في الدول الصناعية⁽²⁾.

- العمل بطائفة من مشروعات التأمين للمساهمة في المخاطر: حيث يمكن استخدام طائفة متنوعة من نظم التأمين (الإلزامي - الاختياري - المهني)، للمساعدة في تمويل الخدمات الصحية التي تقدم للأفراد والعائلات، ويقوم ذلك على جمع الأموال مباشرة من المستخدمين المحتملين لنظام الخدمة الصحية ويكون ذلك بدفع الخدمات للقائمين عليها أو لتسديد تلك القيمة إما كلياً أو جزئياً لمستخدميها الذين دفعوا قيمتها مقدماً، ومن مزايا التأمين الصحي أنه يحول النفقات المستقبلية غير المتوقعة إلى مدفوعات يمكن عمل الميزانية لها مقدماً⁽³⁾.

- تبرعات المؤسسات الخيرية التي تجمع في البلاد والمعونات الخارجية: حيث تقوم المؤسسات الخيرية غير الحكومية في كثير من البلدان بإسهامات كبيرة في تنمية الموارد البشرية اللازمة للخدمة الصحية، وذلك لما تتمتع به من مرونة في تعبئة الموارد المالية والمادية بعيداً عن الهياكل التشريعية والسياسية للحكومات، مما يكون له أكبر الأثر في دعم تقني ملموس للاستراتيجيات الصحية الحكومية وتوفير الموارد المالية التي لم تكن لتتيسر للبرامج الصحية لولا ذلك⁽⁴⁾.

أما المعونات الخارجية فهي المعونات التي تقدم من قبل بعض الدول المتقدمة والمؤسسات الدولية التي تعني بالشؤون الصحية للدول الفقيرة والنامية، كوكالات الأمم المتحدة وبنوك التنمية والبنك الدولي والمجموعة الأوروبية ومنظمات البلدان المصدرة للبتترول وكذلك المنظمات غير الحكومية كاللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لتنظيم الإنجاب⁽⁵⁾.

¹ منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، مرجع سابق، ص 76.

² - United nations development programmes , **humman development report** , new . york , 1991, p42.

³ منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، مرجع سابق، ص 79.

⁴ - المرجع السابق، ص 93.

⁵ - المرجع السابق، ص 91.

- أما بنك التمويل المباشر والذي يقوم على دفع المستفيدين لثمن الخدمات فيندرج كآلاتي: تمويل المنتفعين: حيث تفرض رسوم على المرضى الذين ينتفعون بالخدمات الصحية فقد يفرض رسم على مراجعة القائم بالخدمات الصحية ورسم على العرض المرضى أو رسم على عدد محدد من الزيارات التي يقوم بها المريض للطبيب أو للوحدة الصحية، وقد تقسم مراجعة واحدة إلى عدة بنود تمثل الاختبارات أو الإجراءات العلاجية أو استخدام الأدوية، وقد تفرض رسوم موحدة على كل المرضى ما عدا الفقراء منهم أو الأطفال أو الفئات الأخرى المعفاة من الرسوم، أو قد تفرض رسوم بحيث يدفع الحد الأدنى منها الأشخاص ذوى الدخل المنخفض جدًا وقد يقوم مقدم الخدمة الصحية نفسه بتخفيض الرسوم أو قد يشترط تقديم شهادة من مسؤول محلي تفيد بانخفاض الدخل⁽¹⁾.

وللاشارة، فإن لطرق تمويل الخدمات الصحية صلة مزدوجة بالسياسة الصحية حيث من المهم حساب نسبة النفقات الصحية التي تتحملها في نهاية الأمر مجموعات مختلفة من السكان ومقارنتها بقيمة الخدمات التي تتلقاها. وقد يكون لنظام التمويل أثر في تحديد ماهية الخدمات المقدمة والمستفيدين منها خاصة في ظل الازمة المالية التي يعانى منها برامج وخدمات الصحية في كل من الدول المتقدمة والمتخلفة وفي ظل سياسات الخصخصة. فعلى سبيل المثال مشكلة التمويل الحالي للخدمة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية هي نقص الموارد المالية لتأمين الخدمة الصحية طويلة الأجل، والتي تشمل التمريض وبيوت الخدمات الصحية (المستشفيات) وغيرها من الخدمات لذوى الفئات الخاصة والأمراض الحادة. فنجد مثلاً أن 95% من الخدمات بالمستشفيات و81% من خدمات الأطباء بالولايات المتحدة الأمريكية يغطيها القطاع العام والخاص، و52% من خدمات التمريض يغطيها القطاع العام والخاص، والـ 48% الباقية لخدمات التمريض يجب أن يتم دفعها مباشرة من الأفراد وعائلاتهم⁽²⁾.

¹- المرجع السابق، ص86.

²- المرجع السابق، ص122.

الفصل الرابع

ممارسات واستراتيجيات تطبيق سياسة التخصصية

أولاً: الإجراءات العلمية والتطبيقية لسياسة التخصصية

ثانياً: كيفية إدارة العيادات والمستشفيات في ظل التخصصية.

تقضي عملية الخصخصة بالتحول من القطاع العام إلى القاع الخاص، بغية تحريك التنمية الاقتصادية وإعطاء فرصة للقطاع الخاص لما يملك من قدرة على التسيير الأمثل، للمساهمة في التنمية الاقتصادية، كما أثبتت تجارب الدول السابقة أن الخصخصة عملية حتمية لإنقاذ إقتصادياتها من فساد القطاع العام.

أولاً: الإجراءات العملية والتطبيقية لسياسة الخصخصة

1- التوجهات الفكرية الحديثة لاعتماد سياسة الخصخصة

تعتبر الخصخصة من المفاهيم التي ظهرت في نهاية الستينات من القرن الماضي في كل من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية، أين اكتسبت درجة من الأهمية إثر تطبيق البرنامج الذي تم تنفيذه من قبل حكومة المحافظين في بريطانيا بزعامة مرجريت تاتشر والذي شمل عدة قطاعات، وتليها الولايات المتحدة الأمريكية⁽¹⁾.

ويمكن إرجاع فكرة تطبيق الخصخصة التي تهدف إلى نمط الإنتاج الخاص، إلى المفكر العربي ابن خلدون، عندما تحدث في مقدمته عن أهمية إشراك القطاع الخاص بالإنتاج سنة 1377م، حيث نصح بعدم تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي والتجاري، مبرراً ذلك "التجارة من السلطان مضرة بالرعاية ومفسدة للجباية"⁽²⁾. ويعني ذلك تقليص دور الدولة في المجال التجاري وتركها للمبادرة الخاصة، وتتدخل الدولة فقط كحارسة تتولى مهمة الجباية، وذلك لإدراكه لأهمية القطاع الخاص وسلامة أدائه وكفاءة أساليبه⁽³⁾. وقد ظهر ذلك بالفعل عبر التاريخ الاقتصادي عمليات التحول إلى القطاع الخاص.

وقد تحدث آدم سميث عن الخصخصة سنة 1762م، منادياً بضرورة تطبيق آليات السوق وترك الحرية للقطاع الخاص، واستبعاد الدولة عن تدخلها في النشاط الاقتصادي، مبرراً ذلك بأن ترك المنافسة وحدها لتنظيم الأنشطة الاقتصادية من شأنه أن يكون أكثر كفاءة وأكثر عدالة. كما نادى بتصفية ملكية الدولة للقطاع الخاص، معتبراً ذلك أحد الحلول الناجحة للتخلص من الأزمة الاقتصادية وإحداث الإنعاش الاقتصادي⁽⁴⁾.

¹- زيد منير عبوي: الخصخصة في الإدارة العامة بين النظرية والتطبيق، دار الدجلة، عمان-الأردن، 2006م، ص12.

²- المرجع السابق، ص13.

³- عبد الحفيظ بقة: الحماية القانونية في ظل الخصخصة والتسريح الاقتصادي، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص قانون الأعمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة باتنة-الجزائر، 2012-2013م، ص15.

⁴- زيد منير عبوي: مرجع سابق، ص13.

ظهرت أول عملية خصخصة في العالم بمعنى قيام شركة خاصة بخدمة عامة تضطلع بها المؤسسة العمومية، عندما سمحت بلدية نيويورك لشركة خاصة بأن تقوم بأعمال النظافة لشوارع المدينة عام 1976م⁽¹⁾.

وكان توجه الدولة الغربية لتبني سياسات اقتصادية جديدة لتحقيق النمو الاقتصادي سنة 1980م معتمدة في ذلك على السوق الحرة من خلال إعادة هيكلة المؤسسات المملوكة للقطاع العام وتحويلها للقطاع الخاص، وهذا ما تم تبنيه من المؤسسات الدولية كالبنك والصندوق الدوليين⁽²⁾.

ومن دوافع الاتجاه نحو الخصخصة ما يلي:

- أن هذا التحول يسمح للحكومات بخفض العجز الذي تعاني منه بإلغاء دعم كيانات ومؤسسات حكومية عاجزة. هذا الدعم من شأنه أن يدفع البنوك التجارية إلي رفض تقديم قروض لحكومات بلدان العالم الثالث خاصة إفريقيا.
 - تخفيف العبء عن الحكومات في تقديم الخدمات العامة بتشجيع إيجاد جمعيات عامة وخيرية تفتح المجال أمام المواطنين للتبرع بعملهم بدلاً من التبرع بأموالهم.
 - زيادة موارد الخزنة العامة للدولة مع وقف استنزاف الموارد العامة، مما يؤدي ذلك إلى خفض العجز في الميزانية العامة للدولة.
 - زيادة المنافسة بين القطاع العام والخاص بما يؤدي إلى زيادة كفاءة الاقتصاد في مجموعه⁽³⁾.
 - المنظمات العامة محصنة ضد المنافسة، أما الخاصة فإنها ليست كذلك في كثير من الأحوال، فالمؤسسات الخاصة تفشل تواجه الإفلاس، بينما لا تواجه المؤسسات العامة ذلك⁽⁴⁾.
- ويمكننا تحديد دوافع الاتجاه نحو الخصخصة من خلال المنظور الذي يتبناه ذلك الدافع على النحو التالي (الدافع الاقتصادي، الدافع المالي، الدافع الاجتماعي، الدافع السياسي والقانوني، الدافع الاصلاحى والقيمي)

¹ - بشير محمد: اتجاهات ودروس الخصخصة، موقع الإسلام الاقتصادي، جامعة البترا، ماليزيا 03/12/2021،

www.islamonlinet.net.

² - Todaro, Michael: **Economique Development**, Lang Man, 6th Edition London, 1997, P87.

³ - ضياء الدين عمران: خصخصة المشروعات العامة التي تساهم الشركات الدولة في رؤوس أموالها- تجربة محافظة الشرقية-، المؤتمر العلمي الثاني حول استراتيجيات تنمية القدرات الذاتية والتنافسية للاقتصاد المصري- المدخل للقرن الحادي والعشرين-، مصر، 2-3 نوفمبر 1998، ص10.

⁴ - جون. د. دوناهيو: قرار التحول إلي القطاع الخاص- غايات عامة ووسائل خاصة-، ترجمة: محمد مصطفى غنيم، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة-مصر، 1991م، ص287.

- **الدافع الاقتصادي:** تشير الأدلة بشكل متزايد على أن الأنظمة الاقتصادية الحرة التي تعتمد على آليات السوق والمنافسة، تزيد من الكفاءة وترفع فاعلية ومعدلات الأداء الجودة وتضمن تقديم السلع والخدمات بأسعار مقبولة.
- **الدافع المالي:** تعاني الكثير من الدول من الأعباء الملقاة على عاتق الميزانية العامة، حيث تحاول تخفيض الإنفاق العام بقدر الإمكان، ولا يمكن ذلك إلا من خلال تخلص الدولة من الأنشطة العامة وجعل القطاع الخاص يقوم بها، وربما يحمل تكلفتها على متلقيها أو مستهلكيها، فضلا عن أن برامج الخصخصة تهدف إلى تخفيف الإنفاق عن الدولة.
- **الدافع الاجتماعي:** يرى البعض أن الخصخصة ربما تكون الوسيلة المناسبة لتحقيق المزيد من الحرية الشخصية وإيجاد الحافز الشخصي للعمل والإنتاج، والقضاء على السلبية عبر الالتزام بالقواعد وتحقيق الانضباط في السلوك داخل مجالات العمل⁽¹⁾.
- **الدافع السياسي والقانوني:** حيث تؤدي الخصخصة في ظل الأسواق المفتوحة إلى القضاء على الشعارات السياسية والتي يميل البيروقراطيون والاشتراكيون إلى استخدامها باعتبارها تستخدم الطبقات الكادحة، ولكن ثبت فشلها. كما يتميز القطاع الخاص بأنه أقدر على أبعاد السياسيين إلى استغلال إمكانيات هذا القطاع في إبراز إنجازات شخصية وفي تحقيق مكاسب من وراء ذلك⁽²⁾.
- **الدافع الاصلاحى والقيمي:** الخصخصة هي جزء لا يتجزأ من إصلاح متكامل، ويتضمن:
 - أ- **إصلاح الجهاز الإداري:** حيث يحتاج الجهاز الإداري إلى هزة وإعادة نظرة كاملة، وذلك حتى يمكن أن يقوم نظام إداري مشجع للخصخصة والإصلاح، مثل إعادة النظر في الكم الهائل من القوانين والتشريعات وإلغاء ما ليس له داعي، وإعادة النظر في ازدواج التخصصات بين الأجهزة المختلفة وتبسيط الإجراءات وإعادة النظر في الأنظمة المالية للترفيه والرواتب.
 - ب- **الإصلاح الاقتصادي:** حيث لا يمكن تصور أن ينجح الإصلاح والخصخصة في ظل نظام اقتصادي متدهور، حيث أن سعي الدولة إلى التحول إلى القطاع الخاص، لابد أن يواكبه إصلاحات اقتصادية

¹- شفيق أحمد شفيق: التخطيط الاجتماعي وعلاقته بالتحول الاقتصادي في المجتمع المصري (الخصخصة) في الأسس النظرية للتخطيط الاجتماعي في محيط الخدمة الاجتماعية- مطبعة الموسيقى، القاهرة-مصر، 1996م، ص299.

²- محمد صالح الحناوي، أحمد ماهر: الخصخصة بين النظرية والتطبيق، مركز التنمية الإدارية، جامعة الإسكندرية-مصر، 1995م، ص40.

تساعد على نجاحه، مثل إعادة النظر في سياسة الدعم للتخفيف عن كاهل الدولة، لكي يذهب الدعم إلى مستحقيه وترشيد الإنفاق الحكومي وتشجيع سوق الأوراق المالية.

ج- إصلاح هيكل القيم: حيث أن الخصخصة لا يمكن أن تعيش في بيئة بدأت تسود فيها قيم التحاليل والمحسوبية، فهي تحتاج إلى بيئة تقدر الإنتاجية والكفاءة وتؤكد قيم البقاء لمن يعمل أفضل وليس من يتحایل أكثر⁽¹⁾.

2- المراحل التطبيقية للخصخصة

إن تطبيق الخصخصة بعد فترة طويلة من سيطرة القطاع العام ليس عملية سهلة، بل هناك مجموعة من المراحل الواجب تطبيقها وهي:

• تعيين هيئة مكلفة بعملية الخصخصة

من الخطوات الهامة والضرورية لنجاح عملية الخصخصة، هي إنشاء هيئة رسمية تحافظ على توفير الشروط اللازمة لإتمام تلك العملية في الشفافية الكاملة، وتتجلى أهمية هذه الهيئة في تعظيم إيرادات عملية الخصخصة وإتمامها في ظروف تمتاز بالشفافية والانضباط، تقاديا للمحسوبية والتلاعب واستبدال احتكار الدولة باحتكار أفراد معينين.

• اختيار وتصنيف وحدات القطاع العام

يظهر تباين وعدم تجانس وحدات القطاع العام في أرباحها وديونها ومدى مساهمتها في الإيرادات والمصروفات العامة للدولة، وبالتالي يجب تصنيف وحدات القطاع العام إلى:

- مؤسسات استراتيجية وقابلة للبقاء.
- مؤسسات استراتيجية لا تحقق نتائج إيجابية وتحافظ عليها الدولة مع محاولة إصلاحها.
- مؤسسات غير استراتيجية وغير قابلة للبقاء.
- مؤسسات غير استراتيجية وتحقق نتائج إيجابية، وهي التي تشملها عملية الخصخصة وتبين لنا أنها المؤسسة الوحيدة التي تخضع للخصخصة⁽²⁾.

¹- المرجع السابق، ص 43.

²- أحمد محمد محرز: النظام القانوني للخصخصة-تحول شركات القطاع العام إلى شركات القطاع الخاص-، منشأة المعارف، الإسكندرية- مصر، 2003م، ص 83.

• عملية تقييم الوحدات المراد خصصتها

بعد تحديد الشركات ذات الجدوى والتي يمكن خصصتها، لا بد من وسائل للتنفيذ الفعلي، والتي تتمثل خاصة في تحديد رأس مال الشركة وعدد الأسهم العادية المراد إصدارها، وبالتالي سعر السهم الواحد، بالإضافة إلى معالجة هيكل تمويل المؤسسة.

• دراسة جدوى اندماج عدة شركات متكاملة

إن الاندماج هو عملية تجميع كل الوسائل والنشاطات لعدة مؤسسات عن طريق خلق مؤسسة جديدة، حيث تؤدي هذه العملية إلى تكامل قدرات الشركة الناتجة وتحقيق وفورات تشغيلية، بالإضافة إلى وفورات إنتاجية، وقد تكون الخصخصة مناسبة لدمج شركتين أو أكثر لتحقيق مزايا الاندماج⁽¹⁾.

• الإجراءات المصاحبة لتطبيق سياسة الخصخصة

تتطلب عملية إنجاز عملية الخصخصة أن يقدم المستثمرون وحتى الأجانب على شراء الأوراق المالية الصادرة عن هذه الشركات، ويكون ذلك حال وجود ثقة لدى المستثمرين بأن شراء الأوراق المالية عائدا متوقعا مقبولا. ولإيجاد جو ثقة، يجب إعادة النظر في تعديل الأنظمة والقوانين المؤثرة في مناخ الاستثمار العام خاصة المتعلقة بكفاءة الأسواق المالية والرقابة على تدفقات الأموال الأجنبية والتسعير والنظام الضريبي. ولكي يكون التحول إلى القطاع الخاص سليما يجب التعرض إلى النقاط التالية:

- **خطة زمنية:** لا بد من بناء برنامج زمني مرن يتضمن الخطوات الاقتصادية على مستوى الدولة، وذلك بإجراء الدراسات وبناء أجهزة مسؤولة، وتوفير عناصر ملائمة للتغيير.

- **برنامج اعلامي:** يجب وضع برنامج اعلامي موجه إلى قطاعات المجتمع كله، ولعله من المفيد أن نوضح أن التجربة البريطانية في هذا المجال قد اتسمت بالجدية والكفاءة.

- **دراسة تجارب الفشل والنجاح:** يتم التركيز على التجارب الداخلية للفشل والنجاح، وذلك في محاولة للتغلب على المشاكل. ومن أهم التجارب تجارب القطاع الخاص الناجحة والفاشلة والتجارب الأولى في الخصخصة.

- **جهاز الخصخصة:** يفضل وجود جهاز أعلى على مستوى الإشراف لعملية الخصخصة، وعادة ما يكون الجهاز حكوميا، ولكن قد تفضل بعض الدول خصخصة جهاز الخصخصة.

¹- وليد حيدر جابر: طرق خصوصية المرافق العامة، منشورات حلبي الحقوقية، بيروت- لبنان، 2009م، ص54.

- لا مغالاة ولا تساهل في التقييم: هناك اعتبار سياسي في عملية التقييم الخاصة بالشركات، فلا يجب المغالاة في عملية التقييم (تؤدي إلى عدم إقبال الشعب على الاستثمار وأحجام المستثمرين على شراء الأصول) كما لا يجب التساهل في عملية التقييم، فذلك يؤدي إلى إثارة شكوك البعض في سوء نية المسؤولين وتواطئهم مع المستثمرين⁽¹⁾.
- تحديد دور الوزارة وأجهزتهم: يميل الوزراء في الدول النامية إلى تجاوز تنفيذ سياسة الدولة، ويتم ذلك من خلال قيامهم بفرض آرائهم على الأجهزة التشريعية عند سن القوانين المنظمة للعلاقات الاقتصادية. وفي ظل هذا التحول إلى النظام الخاص، يجب أن يكون معلوماً أن دور الوزارة وأجهزتهم ينحصر في تنفيذ القوانين والتشريعات وليس سنها.
- التوجه نحو السوق: يتميز القطاع العام بأنه يحول السوق إلى سوق بائعين أو منتجين، من وفي ظل الخصخصة، حيث يتحول الأمر إلى سوق مشتريين. وعليه يجب التوجه في ظل التحول إلى رغبات المستهلك وآليات السوق⁽²⁾.

3- الشروط التنفيذية للخصخصة

تتلخص الشروط التنفيذية من خلال المجالات التطبيقية، وهي كالآتي:

• المرافق العامة الدستورية أو المرافق العامة الغير قابلة للخصخصة

برز مفهوم المرافق العامة الدستورية لأول مرة في قرار المجلس الدستوري الفرنسي رقم 207 سنة 1986م، والذي اعتبر أن هذه المرافق هي الناتجة عن المبادئ والقواعد الدستورية، كما اعتبر المجلس في قراره رقم 217 لعام 1986م، أن هذه المرافق تجد أساسها في الاحكام ذات الطبيعة الدستورية، واعتبر قراره رقم 370 لعام 1997م، أن هذه المرافق هي التي يتطلب وجودها وتشغيلها في الدستور. ويمكن اعتبار أن المرافق العامة الدستورية هي مرافق عامة ذات طبيعة إدارية، إلا أنه ليس كل المرافق العامة الإدارية هي من المرافق العامة الدستورية، لأنه يقتضي أن يكون وجود هذه المرافق وتشغيلها مطلوب في الدستور، ومثال على هذه المرافق: مرفق الدفاع الوطني، مرفق شؤون الدولة الخارجية، مرفق الشرطة ومرفق القضاء. ويمكن اعتبار المرافق الدستورية هي تلك المتعلقة بممارسة الدولة لسيادتها.

¹– المرجع السابق، ص56.

²– المرجع السابق، ص95.

إن مفهوم المرافق العامة الدستورية أضيق من مفهوم المرفق العام الوطني، وهذا ما أكد عليه المجلس الدستوري الفرنسي الذي اعتبر في قراره رقم 380 سنة 1997م، أن مرفق الاتصالات هو مرفق عام وطني، إلا أنه ليس من المرافق العامة الدستورية.

وتجدر الإشارة إلى أن المرافق العامة الدستورية لا يجوز خصصتها وفقاً للمفهوم الضيق للخصخصة، أي بنقل ملكيتها إلى القطاع الخاص، كما لا يجوز تفويض إدارتها إلى أحد أشخاص القانون الخاص⁽¹⁾.

• المرافق العامة العادية أو المرافق العامة القابلة للخصخصة

يمكن اعتبار أن المرافق العامة العادية والتي لا تكون قابلة للخصخصة، هي المرافق التي لا يتطلب الدستور العام وجودها والتي لا تتعلق بممارسة الدولة لسيادتها، وغالباً ما تكون ذات طبيعة صناعية وتجارية، كالمرافق المتعلقة بالطاقة والمياه والاتصالات. وبالتالي يمكن خصخصة هذه المرافق شرط المحافظة على المبادئ التي يقتضيها الدستور، كمبدأ المساواة أمام المرافق العامة والشفافية، وتأمين استمرارية تشغيل المرافق العامة باستمرار وانتظام.

واعتبر المجلس الدستوري الفرنسي في قرار رقم 307 عام 1986م، أن المرافق العامة المتعلقة بقطاعي التأمين والمصارف ليست من المرافق العامة الدستورية، كما اعتبر قرار رقم 380 عام 1996م، أن مرفق الاتصالات ليس من المرافق العامة الدستورية، وبالتالي هو من المرافق العامة القابلة للخصخصة.

ويشترط في المرافق العامة التي تكون قابلة للخصخصة، ألا تكون من المرافق التي تخضع لاحتكار الدولة، وهذا ما أكدت عليه مقدمة الدستور الفرنسي سنة 1946م، والتي نصت على أن كل مال أو مشروع مخصص للاستغلال وصف بالمرفق العام الوطني أو الاحتكار الواقعي، بحيث أن تؤول ملكيته إلى الجماعة.

وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المرافق والمشروعات التي يجوز خصصتها متروك للسلطة التنفيذية للدولة التي تملك سلطة واسعة في تقدير ملاءمة قيام القطاع الخاص بها، شرط احترام معيار المرافق العامة الدستورية⁽²⁾.

¹ - موسى سعادي: مرجع سابق، ص 124.

² - المرجع السابق، ص 126.

ولكي تتجح الحكومات في البلدان النامية أو المتقدمة في عملية الخصخصة وتحقيق الأهداف المرجوة منها، فإنه يتوجب عليها اتباع جملة من الخطوات والتي تلخص في الشروط التي تسبق تطبيق عملية الخصخصة، وهي شروط مبدئية يجب أن تكون قبل البدء في هذه العملية. ولنجاح برنامج الخصخصة، يجب أن يقوم في إطار استراتيجية واضحة وسهلة التطبيق، بحيث تضمن التنسيق بين أهداف الخصخصة المختلفة. ويشترط في هذه الاستراتيجية أن تتضمن تحديد الشروط أو المتطلبات اللازمة التي سيصاغ منها برنامج الخصخصة وينفذ في إطارها، باعتبار أن هذه الشروط تعتبر متطلبات أساسية يتعين توافرها قبل البدء في تطبيق هذا البرنامج وبهدف نجاحه. ومن أهم هذه الشروط هي:

أ. تهيئة الرأي العام

ينبغي القيام بهذه الحملة قبل البدء بتنفيذ الخصخصة، حيث ينبغي توضيح مفاهيم الخصخصة وآثارها المتوقعة من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وعن طريق عقد الندوات والمحاضرات وغيرها. والسبب في ذلك أن شريحة هامة من أبناء المجتمع والتي تعودت على وجود القطاع العام، ما تزال تتمسك بفكرة الملكية العامة، على أساس أنها ترتبط بفكرة العدالة التوزيعية ورعاية الدولة لجميع أفراد المجتمع، أو لأن مصالحهم ارتبطت بوجود القطاع العام، ومن ثم تواجه سياسة الخصخصة معارضة شديدة من قبل هؤلاء⁽¹⁾.

ب. القائمون على تنفيذ الخصخصة

من أهم الشروط التي يجب مراعاتها قبل البدء بتنفيذ سياسة الخصخصة تلك المتعلقة بالقائمين على تطبيقها، باعتبار ذلك من أهم وأخطر الأطراف فيها، فهم المسؤولون عن نجاحها. وبالنظر إلى ما تتطلبه عملية الخصخصة من خبرات متخصصة ومؤهلة وكفاءات مدربة، فقد كان من الضروري أن يتم إنشاء هيئة عليا تتولى تنفيذ هذه العملية بكفاءة وفعالية، لتتولى كذلك مهام الرقابة والاشراف على الأنشطة والمؤسسات المنوي خصصتها، حيث يجب أن ترتبط هذه الهيئة العليا التي تتمثل في وزارة أو هيئة خاصة بهذا الغرض ضمن أعضاء الحكومة، وتكون وظيفتها الأساسية اتخاذ القرارات وتحديد أهم الأولويات في اعداد برامج الخاصة بالخصخصة، أما هيئات الرقابة فتتكون من الهيئات التنظيمية لبرنامج الخصخصة.

¹ - المرسي السيد حجازي: اقتصاديات المشروعات العامة للنظرية والتطبيق، الدار الجامعية، مصر، 2004م، ص307.

ج. تطوير التشريعات العامة

يرتبط تطبيق الخصخصة بإنشاء أجهزة مركزية متخصصة لدراسة جدوى الخصخصة في المؤسسات المرشحة للخصخصة قبل عرضها للبيع، حيث يتم تصحيح أوضاع الشركة والمؤسسات والمشروعات العامة التي سيتم خصصتها لتلاقي السلبيات والمعوقات التي تحد من فرص نجاحها⁽¹⁾. وبذلك يجب على الدولة تحديد المنشآت العامة التي يجب الاحتفاظ بها، باعتبارها تمس المصالح العامة وأنها تمثل دوراً حيوياً واستراتيجياً يصعب أن تتخلى عنه الدولة، وإلا اعتبر ذلك تخلياً عن دورها في تقديم الخدمات العامة الرئيسية، وهو ما يمثل خطورة على الأمن القومي أو الأهمية الاستراتيجية.

هـ. تهيئة البيئة الاقتصادية الملائمة

تعتبر الخصخصة الجانب الأبرز من جوانب الإصلاح الاقتصادي، فهي تتطلب قبل الشروع في تطبيقها العمل على تهيئة البيئة الاقتصادية الملائمة. ولما كانت الخصخصة جزءاً مهماً ومرحلة رئيسية من مراحل التحرر الاقتصادي، فقد أدى إلى عدم إمكانية تطبيقها إلا في ظل توفر سوق تنسم بالحرية الاقتصادية وأعمال قوى العرض والطلب⁽²⁾. حيث تبنت العديد من الدول النامية سياسة إحلال الواردات التي تضمنت العديد من الإجراءات لحماية التجارة الخارجية في شكل قيود جمركية وغير جمركية، بالإضافة إلى الدعم المباشر للإنتاج. كما تدخلت الحكومة في السوق النقدية والمالية من خلال تحديد أسعار الفائدة في أسواق المنتجات وتحديد أسعار السلع⁽³⁾.

ذكرنا فيما سبق أن هناك شروط مبدئية يجب توافرها قبل البدء بتنفيذ الخصخصة، وفيما يلي أهم الشروط الواجب توافرها لتنفيذ الخصخصة:

- الإعلان عن برامج المشروعات التي سيتم خصصتها

يخضع قرار المشروعات العامة لعملية الخصخصة للرؤية الصائبة القائمة على المعرفة الكاملة لأبعاد ومتطلبات انتهاج برنامج الخصخصة، فهو يعتمد أساساً على تحليل أوضاع القطاع العام في الدولة وتقييم أدائه، والتعرف على أوجه القصور والمشكلات والمعوقات التي يعاني منها. كما يعتمد قرار

¹ - طلال عبد الله الحربي: خصخصة الأندية الرياضية وأبعادها الإدارية والأمنية في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2011م، ص 22.

² - محمد عبد الله الطاهر: الضرورات التي تفرضها سياسة الخصخصة في مجال علاقات العمل، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2004م، ص 187.

³ - عبد العزيز سالم بن حبتور: إدارة عمليات الخصخصة وأثرها في اقتصاديات الوطن العربي، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 1997م، ص 39.

الخصخصة أيضا على معرفة حجم القطاع وتباين مشروعاته من حيث تحقيق الربح وحجم المديونية التي يعاني منها وطبيعة عمله وحجم القوى العاملة فيه وغيرها من الأمور الأخرى. وتقوم الدولة كخطوة أولى بإجراءات أهمها:

- أ. مسح شامل للقطاع: وذلك بهدف تصنيف مشروعات وتحديد مدى أهميتها وقابليتها للتحويل إلى القطاع الخاص بناء على عدة معايير منها الربحية، حيث تفضل الدولة التخلص من الوحدات الخاسرة الحجم، خاصة أن تحويل المشاريع الأصغر يكون أسهل مع بداية خصخصة الملكية، حيث يمكن البدء في تخصيص المشروعات التي يشارك القطاع العام في ملكيتها مع القطاع الخاص⁽¹⁾.
- ب. هيكل السوق: يمكن التركيز في البداية على خصخصة المشروعات التي تؤدي عملية تخصيصها إلى تصحيح الوضع الاحتكاري في السوق، كما أن هناك معيار آخر وهو معيار التغيير التكنولوجي، حيث يمكن في البداية التركيز على المشروعات والوحدات العاملة في المجالات المتميزة، على اعتبار أن مثل هذه المشروعات أكثر ملاءمة لأساليب القطاع الخاص بعد اختيار وترتيب المشروعات المزمع خصصتها وذلك وفقا لبرنامج زمني.

- التقييم الصحيح للمؤسسات المرشحة للخصخصة

تعتبر مرحلة تقييم المشروعات والوحدات المرشحة للتحويل من القطاع العام إلى القطاع الخاص، من أهم وأدق المسائل والمتطلبات اللازمة لتنفيذ الخصخصة. حيث أن التقييم سيؤدي إلى تصنيف الشركات إلى رابحة أو خاسرة، وكل هذا بغرض اتخاذ قرار نهائي سليم للخصخصة والذي يتأثر بتقييم الشركة.

- اختيار الأسلوب الأمثل للخصخصة

تتخذ الخصخصة عددا من الأساليب والصور التي تؤدي جميعها إلى معنى التحويل من القطاع العام إلى القطاع الخاص، سواء من حيث تحويل إدارة المشروعات التابعة للقطاع العام إلى القطاع الخاص أو من حيث نقل ملكيتها إلى القطاع الأخير. ولا شك أن تحقيق التوازن بين مصلحة الدولة وبين عدم الاجحاف بالمستثمرين من القطاع الخاص، هو المعيار الواجب اتخاذه أساسا لاختيار الشكل أو الأسلوب المناسب للتحويل، لأن الحكومة ليست مقيدة باتباع أسلوب معين لهذا التحويل دون غيره، بل هي

¹- محمد عبد الله طاهر: مرجع سابق، ص 207.

مخيرة بين عدة أساليب تجري اختيارها واعتمادها تبعا لظروف كل برنامج وتبعا لكل مشروع على حدى، بحيث ينبغي على الدولة تفعيل هذه الأدوات لتتناسب أهدافا معينة لكل مرحلة من مراحل الخصخصة⁽¹⁾.

- إنشاء صندوق خاص لعوائد عملية الخصخصة

من أهم الوسائل الهامة والفعالة في مجال الحد من الآثار السلبية للخصخصة، هو إنشاء صندوق خاص لعوائد عملية الخصخصة يحوي الأموال المحصلة عن بيع حصص الحكومة في الشركات أو المتحصل عليها نتيجة استخدام مختلف أساليب الخصخصة، كذلك الإيرادات الناشئة عن استثمار هذه الأموال، إذ يعد هذا الصندوق من أهم المتطلبات التي تسهم وبشكل فعال في الحد من أثر الخصخصة السلبي⁽²⁾.

4- الخصائص المميزة لتحقيق أهداف الخصخصة

تعتبر الخصخصة وسيلة لإصلاح اقتصاد الحكومات، فهي التي تدفع بالاقتصاد للنهوض وتنشيطه وتشجيع المبادرات الفردية، لذلك فإن عملية الخصخصة تتسم بجملة من المميزات بما يضمن نجاحها، وذلك بالاعتماد على مبادئ رئيسية⁽³⁾.

وعليه، تتسم الخصخصة بجملة من المميزات أهمها:

- أنها عملية ذات اتجاه عام في التغيير وإن ركزت مباشرة وبشكل محدد على منشآت معينة بالذات.
- تعد تصحيحا للمسار الاقتصادي الذي ثبت عدم جدواه وإن كان هذا المسار قائما على سيطرة القطاع العام وتعظيم دوره الاقتصادي المتميز، وبالتالي فإن هذه العملية تمس النظام الاقتصادي بشكل عام.
- تتميز عملية الخصخصة بالتركيز بشكل كبير على تحقيق رفع الكفاءة الاقتصادية.
- قيام هذه العملية على تحقيق وتخطيط مسبقين، فهي تخلق نمط جديد في النظام الاقتصادي بتغيير علاقات الملكية أو الإدارة بين القطاعين العام والخاص.
- تنفيذ عملية الخصخصة على مراحل، أي لا يمكن تحقيقها جملة واحدة.

¹- المرجع السابق، ص 216.

²- عبد الرزاق خليل محمد زقون: أثر التغيير في نمط الملكية على الأداء المالي للمؤسسات، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 3، جامعة الشلف- الجزائر، 2005م، ص 163.

³- سلاف بن الشيخ: مستقبل خصوصية القطاع العام في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص اقتصاد عمومي وتسيير مؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حمة لخضر الوادي-الجزائر، 2014/2015م، ص 20.

وتعتمد معظم الحكومات التي تبنت برنامج الخصخصة على مجموعة من المبادئ لتحقيق الأهداف المسطرة كخطوة أساسية قبل الشروع في التنفيذ، حيث تركز هذه المبادئ على ضرورة تأمين الدولة لأغلبية الأسهم عند عملية التنازل. ويمكن حصرها في:

• مبدأ التدرج

إن الخصخصة وفق لهذا المبدأ تتم بطريقة تدريجية من خلال تقديم المؤسسات القابلة للخصخصة، ثم يتم إدراجها ضمن برنامج الحكومة لكي تقدم بشكل مضبوط⁽¹⁾.

• مبدأ حماية مصالح الدولة

يلزم هذا المبدأ ضرورة خضوع عمليات التقييم المتعلقة بالمؤسسات المراد خصصتها لمقاييس موضوعية، بهدف صيانة مصالح الخزينة العامة، بحيث لا يمكن أن تباع الشركات بسعر منخفض. حيث توضع دفاتر للشروط التي تحدد التزامات المشتريين في حالة الخصخصة الجزئية عن طريق المحافظة على الأسهم العينية⁽²⁾.

• مبدأ الشفافية

ويتضمن هذا المبدأ إعلان كل ما يتعلق بعملية الخصخصة بواسطة الإشهار ووفقا للتنظيم المعمول به، والذي من شأنه يعمل على تمكين الجمهور وكل المعنيين بتحويل الملكية ومن الاطلاع على كل تفاصيل هذه العملية.

• عدم التمييز

ويعني هذا المبدأ العمل على تحقيق المساواة بين الفئات الاجتماعية، وهو أمر لا يتناقض مع بعض الامتيازات الخاصة والمتعلقة بالإجراءات الواردة في القانون المتعلق بالخصخصة القديم والجديد⁽³⁾. وما يعزز الخصخصة، هي أنها تعمل على تحقيق مجموعة أهداف تتلخص في: التوجه نحو اقتصاد السوق وتحقيق المنافسة الكاملة، رفع الكفاءة التشغيلية التي تم تحويلها من العام إلى الخاص وتقليل الانفاق الحكومي قدر الإمكان. وبالتالي فإن الحد من العجز في موازنة الدولة، يتسبب في سوء النتائج المالية للمشاريع العامة، وزيادة الإيرادات الحكومية، وذلك بتحرير المشاريع العامة من القيود

¹ - نسرين بوتة: الأسواق المالية ودورها في تنشيط استراتيجية الخصخصة-دراسة لواقع التجربة المغربية-، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة-الجزائر، 2014م/2015م، ص100.

² - محمد بصديق: الخصخصة في إطار السوق المالي كاتجاه للعولمة-دراسة بورصة الجزائر-، مذكرة ماستر في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد ابن باديس-الجزائر، 2014/2015م، ص66.

³ - سولاف بن الشيخ: مرجع سابق، ص18.

البيروقراطية وجعلها تعتمد على قوى السوق وآلياته، مثل إلغاء الدعم والتسعير الإداري الاجباري لمنتجات الدولة وإخضاع ما تتعامل به الدولة إلى المنافسة، فضلا عن تأكيد دور جهاز النشاط الاقتصادي في إطار من التنافس والتكامل مع بقية القطاعات لتحقيق الأهداف العامة لتنمية الاقتصادية والاجتماعية⁽¹⁾.

وتهدف أيضا الخصخصة إلى زيادة نسبة مساهمة القطاع الخاص في الناتج المحلي الإجمالي، وتحقيق التشغيل الكامل للقوى العاملة أو القادرين على العمل مع عدم إهمال دور القطاع العام. على أن يكون تمويل الخصخصة على مسؤولية القطاع الخاص بعيدا عن ضمان الحكومة. ومن بين أهدافها أيضا، تشجيع المشاركة في المشاريع الجديدة سواء كانت داخلية أم خارجية، لتحقيق الاستفادة من التمويل والخبرات والتقنية الإدارية والتسويقية، استغلال الطاقات العاطلة لمشروعات القطاع العام والتي تؤدي إلى الحد من استنزاف الموارد المالية في شكل دعم خسائر تلك المشروعات، اتاحة الفرصة للاتصال بالأسواق الخارجية من أجل رفع مستوى الكفاءة وتوسيع قاعدة الملكية، وأيضا زيادة فرص العمل وتخصيص عائد البيع لسداد ديون القطاع العام ومكافآت التقاعد المبكر والتي تساهم في تنشيط سوق العمل.

وهكذا يتضح أن أهداف برنامج الخصخصة هو تحسين الكفاءة الإنتاجية في تلك المشروعات، ورفع مستوى الكفاءة التخصيصية للموارد الاقتصادية، إضافة إلى الحد من استنزاف الموارد المالية العامة وتنشيط سوق المال لجذب المدخرات المحلية والأجنبية⁽²⁾، تشجيع وتعزيز الكفاءة الاقتصادية عن طريق تعزيز الأسواق المنافسة وإعادة تحديد دور الدولة، لكي تركز على التحكم والانضباط والإدارة وتخفيف الأعباء المالية المخصصة للمشروعات العامة، أي التخفيف من حدة الديون العامة وتحرير الموارد المالية المحدودة في الدولة، وذلك لتمويل قطاعات أخرى مثل التعليم والصحة بما يؤدي إلى خلق الحوافز وتشجيع الاستثمارات الجديدة المحلية والأجنبية وتعبئة الموارد المحلية للتنمية وتوسيع قاعدة الملكية⁽³⁾.

ومن الخصائص الرئيسية للوضع الاقتصادي في الدول العربية، سيطرة القطاع العام في هذه الدول على نسبة عالية من الأنشطة الاقتصادية وتغلغله في كل النواحي الحياة الاقتصادية بشكل مباشر أو

¹ - أحمد ماهر: دليل المديرين في كيفية إعداد الاستراتيجيات والخطط والسياسات، مركز البحوث الاقتصادية، جامعة القاهرة- مصر، 1996م، ص112.

² - المرسي السيد حجازي: الخصخصة- إعادة ترتيب دور الدولة ودور القطاع الخاص-، الدار الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية- مصر، 2001م، ص101.

³ - تقييم برنامج الخصخصة في منظمة الاسكوا، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، العدد31، الأمم المتحدة- نيويورك-الولايات المتحدة الأمريكية، 1999م، ص3.

غير مباشر. وقد جاءت هذه الهيمنة عن طريق امتلاك الدولة لعناصر الإنتاج، عن طريق التأميم وقيام مشاريع اقتصادية عامة، حيث أصبحت بذلك معظم الأنشطة الاقتصادية في يد الدولة (الصناعة، المصارف التجارة الداخلية والخارجية، المقاولات، المرافق العامة، النقل والمواصلات وغيرها) وتراجع دور القطاع الخاص، بل كاد أن ينعدم خلال فترات معينة، وحل التخطيط المركزي محل نظام السوق كقوة فاعلة في تخصيص الموارد⁽¹⁾.

لقد كان من المفروض أن يسهم القطاع العام اسهاما إيجابيا في عملية النمو والتنمية، غير أن التجربة خلال السنوات الماضية تشير إلى أن الأداء كان دون المستوى المطلوب باستخدام المؤشرات العامة لقياس درجة الكفاءة، مثل مقدار الأرباح والخسائر، عجز الميزانية العامة، نسبة العائد على رأس المال المستثمر، القدرة التنافسية في الأسواق الخارجية وغيرها. فيلاحظ أن النتائج بصفة عامة غير مرضية، فمعظم المشاريع العامة تعاني من خسائر متواصلة بما فيها تدني العائد والإنتاجية وتعطيل طاقتها الإنتاجية بنسبة عالية. وتعتبر عدم كفاءة معظم مؤسسات القطاع العام السبب الأساسي في تنامي الدين العام، وفي أغلب الأحيان لم تراخ قراراته اعتبارات الكفاءة والإنتاجية. وبالتالي فإن أهداف الخصخصة يمكن حصرها في:

- إعادة توزيع الأدوار بين القطاع العام والقطاع الخاص وانسحاب الدولة تدريجيا من بعض النشاطات الاقتصادية وفسح المجال أمام المبادرات الخاصة عن طريق تشجيع الاستثمار الخاص.
- التخفيف من الأعباء التي تتحملها ميزانية الدولة نتيجة دعمها للمنشآت الاقتصادية الخاسرة، وتكريس مواردها لدعم قطاعات التعليم والبحث العلمي والصحة والاهتمام بالبنية الأساسية والمنشآت الاقتصادية ذات الأهمية الاستراتيجية.
- تطوير السوق المالية وتنشيطها وإدخال الحركية على رأس مال الشركات، بقصد تطويرها وتنمية قدرتها الإنتاجية.
- خلق مناخ الاستثمار المناسب وتشجيع الاستثمار المحلي لاجتذاب رؤوس الأموال المحلية والعربية والأجنبية⁽²⁾.

¹ - عثمان حسن عثمان: الأهداف المتوقعة ودور الدولة في تحقيقها، الملتقى الدولي حول اقتصاديات الخصخصة والدور الجديد للدولة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف-الجزائر، 3-5 أكتوبر 2004م، ص336.

² - المرجع السابق، ص339.

ثانيا: كيفية إدارة العيادات والمستشفيات في ظل الخصخصة

1- توظيف أساليب وأشكال الخصخصة

في بداية الثمانينيات، بدأت تنعكس سياسة الانفتاح الاقتصادي على نشاط واهتمامات نقابة الأطباء، إذ ارتفعت أسعار الخدمات الصحية وأسعار الخدمات التي تقدمها الدولة، وتزايد نشاط القطاع الخاص الاستثماري وتساعدت الشكوى من ارتفاع أسعار العلاج⁽¹⁾.

وفي هذا السياق، بدأت النقابة العامة للأطباء مشروعاً بالتعاون مع وزارة الصحة لتنظيم إدارة العيادات والمستشفيات الخاصة، يتضمن التزام كل منشأة صحية بتحديد أسعار العلاج والإقامة بها، مع إخبار وزارة الصحة ونقابة الأطباء بوضع ضوابط لعدم المغالاة في أسعار العلاج. وقد صاحب ذلك تأسيس عيادات اقتصادية للعلاج وبأسعار زهيدة، والتي كانت تتركز في الأحياء الشعبية والمناطق الفقيرة، حيث قامت نقابة الأطباء باستئجار العيادات وتوفير الأجهزة بها.

ومنذ ذلك التاريخ، دخلت نقابة الأطباء في مفاوضات مع أصحاب المستشفيات الخاصة والاستثمارية للاتفاق حول أسعار تكلفة الخدمات الصحية، مع تحقيق هامش ربح معقول بعيداً عن الاستغلال. وأعدت النقابة بالفعل عام 1984م اللائحة الجديدة لأسعار العلاج الخاص، واستطلعت آراء كبار الأطباء حتى يمكن تحقيق الانفاق وقبول اللائحة الجديدة، وفي الوقت نفسه قام مجلس النقابة في عام 1984م بإلغاء الكشف المستعجل بالعيادات الخاصة والاقتصار على الكشف العادي، بهدف وضع حد للمغالاة في أجور الأطباء.

وبالرغم من تلك الجهود التي قامت بها النقابة للحد من المغالاة في الأسعار، إلا أنها لم تتجح في دورها حسب قول نقيب الأطباء عام 1994م، وأن هناك الآن محاولات لإحياء دور النقابة من أجل التوصل إلى اتفاق بين كل من المرضى والمستشفيات الخاصة.

كما تواجه النقابة والأطباء مأزق آخر إزاء سياسة الخصخصة في قطاع الصحة، خاصة وأن هذا القطاع كان من أوائل القطاعات التي طبقت فيها هذه السياسة. فمن ناحية الأطباء -خاصة الفئات الشابة منهم والتي تشكل أكثر من 40% من أطباء النقابة- يواجهون مشكلة تحسين الدخل ورفع مرتباتهم وبدلاتهم، ومن ناحية أخرى وفي إطار محدودية ميزانية الانفاق الصحي، يصعب تحسين دخولهم دون المساس بنظام العلاج المجاني، وبهذا الخصوص يصرح الأطباء بأنهم لا يريدون أن الانزلاق إلى

¹ - محيا زيتون: الإنفاق العام الاجتماعي ومدى استفادة الفقراء - التطورات والآثار -، كتاب الأهرام الاقتصادي، العدد 130، القاهرة - مصر، نوفمبر 1998م، ص 36.

المطالبة بإلغاء العلاج المجاني حتى لا تفنقر شرعيتهم، بل عليهم أن يطالبوا الدولة بتحديد حد أدنى من الأسرة في المستشفيات للعلاج المجاني، ثم تتوسع بعد ذلك في العلاج الاقتصادي بنسبة 50% للعلاج المجاني و50% للعلاج الاقتصادي.

كما أن هناك اتجاه آخر إزاء الخصخصة في قطاع الصحة يمثلته نقيب أطباء بقوله "نرفض خصخصة الجزء الهزيل من العلاج الحكومي المجاني الذي لا يعارض بين مصلحة الطبيب ومصلحة المريض، ذلك لأن القضية هي قضية مستهلك ومنتج، والمستهلكون هم أهلنا وذوينا ونحن المنتجون، لذلك لا بد من زيادة نصيب الخدمة الصحية من الموازنة العامة، وتأتي في زيادة الإنفاق والتي يربطها الأطباء في أحاديثهم من خلال التوسع في تطبيق نظم التأمين الصحي"⁽¹⁾.

لقد مرت المجتمعات كافة الآن (خاصة المجتمعات المتقدمة) بثورة حقيقية تتمثل في الطريقة التي تقدم بها الخدمة الصحية للمواطنين الذين لا يتمتعون بخدمات التأمين، وأنه لمن الجدير بالذكر أن تواجه المستشفيات العامة التابعة للحكومة العديد من المشكلات بصفة مباشرة، خاصة في ظل وجود اختيارات متاحة بتكلفة أقل كالمستشفيات الخاصة والاستثمارية.

إذن فالقوة الرئيسية الدافعة إلى هذا التغيير إلى جانب تناقص الموارد العامة، هي المنافسة الشديدة في العلاج (علاج الفقراء) بين المستشفيات الاستثمارية وغير الاستثمارية (العامة والخيرية)⁽²⁾.

وحيث أن المستشفيات إنما وجدت في المقام الأول ليس لتحقيق الأرباح المادية، وإنما وجدت المستشفيات كمنشآت خدمية لإنجاح برنامج الخدمة الصحية والصحة العامة والطب الوقائي في كافة بلدان العالم بصفة عامة.

وعموماً يتأثر الطلب على خدمات الخدمة الصحية بالعوامل الموسمية والجغرافية، حيث يزداد الطلب على هذه الخدمات في بعض المناطق الجغرافية، ويتأثر الطلب على الخدمات السياسية بالعوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية حيث أن القرارات والقوانين السياسية تكون ملزمة لإدارة المستشفى⁽³⁾.

¹ - أمني قنديل: الدور السياسي لجماعات المصالح في مصر-دراسة حالة لنقابة الأطباء-، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية، الأهرام-مصر، 1984م- 1995م، ص58.

² -Richardl.Tradwell: Privatizing Public Hospitals Strategic Options In An Era Of Industrywide Consolidation: Policy Study, No 242.Augst, 1998, P1, Available On Line In Http://Www,Reason.Org / Ps 242. Htm1 10/11/2021.

³ - هاشم أحمد عطية، محمد محمود عبد ربه: النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية المستشفيات، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص26.

وفي ظل التنافسية الشديدة بين المستشفيات الربحية وغير الربحية ومن أجل الحصول على مركز متقدم في سوق الخدمة الصحية، نجد أن المستشفى العام قد أحيط بأعداد كبيرة من المرضى الفقراء فقط، وبالتالي يؤدي ذلك إلى الانحدار في التزام القطاع العام بالحفاظ على مستوى لائق من الخدمة والخدمات الصحية نظرا لقلّة الموارد⁽¹⁾. وفي ظل هذه التغيرات الجديدة وتلك التطورات، وفي ظل هذه الروح التنافسية بين المستشفيات العامة والاستثمارية، قامت العديد من الحكومات بالمفاضلة بين اختيارات التالفة الخصخصة لعياداتها ولـمستشفياتها العامة.

ومن بين أساليب وأشكال خصخصة المستشفيات ما يلي:

أ. **البيع:** حيث ينتج عن البيع دفعات نقدية كبيرة يمكن استخدامها عند محاولة تسوية الأوضاع المالية للمستشفى وتسوية الديون، وتخصيص جزء من تلك الأموال كائتمان الخدمة الصحية بالمجتمع. فعلى سبيل المثال، عند بيع المستشفى العام "كونر وتكساس" بالولايات المتحدة الأمريكية نظير 104 مليون دولار، تم استخدام الأرباح لتأسيس مؤسسة جديدة للخدمة الصحية لتقابل احتياجات المجتمع المستمرة⁽²⁾.

ب. **التأجير:** فبدلاً من بيع المستشفى تماماً من الممكن تأجير المستشفى والعيادات والأجهزة إلى مؤسسة إدارية، ومن تلك الأمثلة "مستشفى أوستين تكساس" حيث تم إبرام عقد إيجار بينها وبين شركة يتون للخدمة الصحية لإدارة مستشفاهما العام، ويستمر هذا العقد بينهما لمدة 30 عام.

ج. **الإدارة المشتركة بالاتفاق:** حيث تسلم الحكومة إدارة المستشفى إلى القطاع الخاص مع حقها بالاحتفاظ بقدر من المسؤوليات والنفوذ داخل المستشفى، وذلك بتحديد جزء من أعضاء مجلس الإدارة للهيئة المتحدة الجديدة، ومنها على سبيل المثال ولاية بالولايات المتحدة الأمريكية التي قامت بتسليم إدارة المستشفيات التعليمية إلى مؤسسة كلومبيا للخدمة الصحية HCA، وذلك وفقاً لتعاقد بينهما يستمر لفترة 50 عاماً، على أن تقوم كل من ولاية أكلاهوما وأكلاهوما ومؤسسة كولومبيا بتعيين خمسة من أعضاء مجلس الإدارة الجديد المدار بمسؤولية مشتركة.

د. **الشراكة:** حيث تبيع جزء من أصول المستشفى العام نقداً، بينما تحتفظ ببقية الجزء الآخر، مع احتفاظها بحقها في تعيين جزء من مجلس إدارة المستشفى.

¹ -David Mechanio: **From Advocay to Allocation-The Evolving American Health Care System-** The Free Press adivision of Macmillan. Ins, New York, 1986, P37.

² -RichardL: Tradewell: **Op.cit**, P1,2.

هـ. تصفية الخدمة: فاعتمادا على ظروف السوق المحلي وموقع المستشفى وحالتها البنائية (المباني) وصورة المستشفى أمام المواطنين وعوامل أخرى عديدة، من الممكن أن تقوم بالاستغناء عن تلك المستشفى، وربما في مثل هذه الحالة يمكن للحكومة أن تترك مهنة الطب التي تقوم بها المستشفى مع بعض التسهيلات لقيمة الأرض التي تقع عليها المباني.

– مشاركة بعض المستشفيات المجتمع سواء العامة أو الخاصة

فبعد تصفية الحكومة لمستشفياتها العامة، تقوم بشراء بعض أسرة المستشفيات والعيادات المحلية، وذلك وفقا للفترة الزمنية التي تحتاجها لخدمة عملائها من الأهالي، ومثال ذلك "مستشفى أورانج كاونتي بكاليفورنيا"، حيث أصبحت لا تمتلك أو تدير أي مستشفيات، وبدلا من ذلك، تعاقدت مع 28 مستشفى آخر لتقديم الخدمة للأهالي بناءً على قواعد قليلة التكلفة.

– الاعتماد الشامل على المصادر الخارجية للتعاقد

حيث تتعاقد المستشفيات العامة مع مصادر خارجية بدءاً من نظم المعلومات إلى تأسيس المستشفى إلى خدمات العيادات⁽¹⁾ ويتضمن التعاقد ثلاث محاور أساسية:

– التعاقد مع المنتفعين بالخدمة.

– التعاقد المباشر مع الشركات والمنظمات والهيئات لعلاج أفرادها.

– التعاقد مع ممثلي هذه المنظمات من خلال وسيط تأمين حكومي أو خاص.

ويتضمن التعاقد مع مقدمي الخدمة أو متابعي تنفيذ الأداء:

– التعاقد مع الأطباء والأخصائيين مقدمي الخدمة أو التخصصات المختلفة أو الخبرة النادرة.

– التعاقد مع فئات فنية من غير الأطباء مثل (التمريض، فني الأشعة) من ذوي الخبرات النادرة والمميزة خارج أطر المرتبات الوظيفية التقليدية.

– التعاقد مع منظمات رقابة الجودة المتخصصة في الخدمات الطبية لتقييم أداء المستشفى وتحديد مستواها الفني والمهني.

– التعاقد مع شركات لتقديم برامج تعليمية وتدريبية بالوسائل السمعية والبصرية والمكتوبة سواء لمقدمي الخدمة أو المنتفعين من الخدمة.

¹ – Ibid, p2.

كما يتضمن التعاقد مع جهات لتنفيذ مختلف أنواع الخدمات لوحدة تقديم الخدمة الطبية:

- توفير تعاقدات للخدمة الفندقية بالمستشفى.
 - توفير تعاقدات لخدمة المغسلة ونظافة المفروشات.
 - توفير تعاقدات النظافة الداخلية والديكور.
 - توفير تعاقدات ثقافة الأمن والحراسة.
 - توفير تعاقدات لخدمة الاتصالات التليفونية.
 - توفير تعاقدات لزراعة الحدائق وصيانة الواجهات الخارجية⁽¹⁾.
- ومن بين الأمثلة الحية لتلك التعاقدات الطبية، ما قام به مركز "ناسا وكاونتي الطبيين بنيويورك"، حيث تعاقد خارجيا مع فريق من الأطباء الممارسين لمجلس الخدمات العلاجية لتشوهات العظام، مما خفف نحو مليون دولار من مرتبات وأجور مركز كاونتي.
- فالخصخصة من الممكن أن تزيد من رؤوس الأموال وتخفض الديون وتخلق نظام أفضل لخدمة الأهالي، لكن الانتقال من إدارة المستشفى العام إلى الخاص، يعني عبور كثير من الصعوبات والمخاطر⁽²⁾.

وهناك العديد من المبررات والدوافع التي تدفع إلى الأخذ بمبدأ خصخصة المستشفيات العامة وهي:

- ارتفاع تكاليف خدمات المستشفيات العامة، حيث تعد تكاليف تلك الخدمات من أعلى أنواع الخدمات، وبالتالي تشهد تكاليف خدمات المستشفيات ارتفاعا متسارعا وكبيرا يوما بعد آخر، إلى درجة لا تستطيع معها حكومة أي دولة أن تتحمل بمفردها تكاليف تمويل خدمات مستشفيات، الأمر الذي يستلزم مصادر أخرى للتمويل.
- ازدياد الطلب على خدمات المستشفيات، وذلك نظرا للزيادة المستمرة في عدد السكان وارتفاع الوعي الصحي.
- انخفاض الموارد المالية للمستشفيات العامة، وهو وضع سائد في معظم الدول بسبب تزايد الأعباء المالية للدولة.

¹- سمير فياض، فريد النجار: الخصخصة في مجال الخدمات العلاجية- إدارة المستشفيات وشركات الأدوية في ظل التنافسية-، المكتب العلاجي للنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1998م، ص43،44.

² - RichardL: Tradewell: Op.cit, p35.

- كثرة الأنظمة واللوائح والإجراءات وتعددتها في المستشفيات العامة، حيث أن المستشفيات العامة تطبق أنظمة الدولة وتأخذ بأسلوب الإدارة العامة.
- سوء الاستخدام بالمستشفيات العامة قبل المستهلكين أو مقدمي الخدمة⁽¹⁾.
- ظهور أنواع جديدة من المنافسين، مثل المستشفيات الاستثمارية، المستوصفات الطبية، المستشفيات التابعة للمنظمات الدينية المختلفة⁽²⁾.

2- اعتماد استراتيجيات التحويل من العام إلى الخاص

ليست هناك طريقة واحدة لتحويل الملكية العامة إلى الملكية الخاصة، بل هناك العديد من الطرق والأشكال. وتتفنن الدول في ابتداع طرق وأشكال جديدة أو المزج بين عدة طرق. ويتحدد اتباع دولة واختيارها لطرق أو أكثر من طرق الخصخصة وفق اعتبارات كثيرة، أهمها نية الدولة في التحول من القطاع العام إلى القطاع الخاص.

وتتخذ الخصخصة وفقاً للاعتبارات السابقة العديد من الأشكال منها:

- **التنوع في سياسات تقديم الخدمات:** ويتضمن بيع ملكيات القطاع العام أين يتخذ البيع شكلين أساسيين هما:
 - بيع ممتلكات ومنافع المشروع العام.
 - يمكن خلق مشروعات جديدة وبيع نسبة الأسهم في المشروع الجديد.
- **سياسة التحرر الاقتصادي:** وذلك بالاعتماد على الحد من الاحتكار، ومن ثم فتح أنشطة الدولة أمام منافسة القطاع الخاص.
- **الأخذ بنظام التعاقد الخارجي:** بمعنى اختيار السوق، حيث يسمح لمؤسسات القطاع الخاص أن تتخذ وتتطرق إلى خدمات يستمر القطاع العام في تحويلها، وقد حدث هذا بتوسيع في NHS المؤسسة القومية للخدمات الصحية ببريطانيا.
- وفي ظل التعاقدات الخارجية تصبح نسبة متزايدة من خدمات الحكومة المركزية خاضعة لاختيار السوق.
- **الامتيازات:** ففي ظل الاتفاقيات، تقوم الحكومة ببيع حق تقديم كل خدمة أو جزء منها لفترة محدودة من الوقت إلى القطاع الخاص.

¹- عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، 2014م، ص22.

²- فوزي مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1998م، ص222.

• **اعتمادات مالية من قبل الدولة:** وهي موجهة نحو بعض الفئات الاجتماعية لمساعدتهم في الحصول على خدمات القطاع الخاص، وبالنسبة للخدمة الاجتماعية، يمكن أن يشمل النشاط التطوعي، والذي لا يهدف إلى الربح في تقديم الخدمات والقطاع التجاري الذي يربط الخدمات بما تحققه من أرباح.

وعموما يمكن تحديد أشكال الخصخصة من خلال ثلاث استراتيجيات أساسية يمكن اتباعها لتحويل الملكية العامة إلى ملكية خاصة وهي:

- إنهاء ملكية الدولة.

- تفويض أو توكيل الدول للقطاع الخاص للقيام بالأنشطة

- إحلال القطاع الخاص محل القطاع العام في أداء النشاط⁽¹⁾.

أ. **إنهاء ملكية الدولة:** في هذه الاستراتيجية ترغب الدولة في إلغاء ملكيتها للمشروعات أو الممتلكات العامة، وهي تعني إنهاء حياة هذه المشروعات أو تحويل الشكل القانوني لها أو ردها إلى أصحابها الأصليين، إذا كانت مملوكة من قبل. ويتضح من هذه الاستراتيجية، أن نية الدولة في الخصخصة هي نية واضحة ومباشرة وإيجابية وسريعة، وتتبع الدولة لتحقيق هذه الاستراتيجية الطرق الفرعية الآتية:

- **البيع:** حيث تقوم الدولة بتقليص الاستثمار العام من خلال بيعه إلى القطاع الخاص وبأخذ أساليب الخصخصة والبيع لمشتري فرد - البيع للجمهور - بإصدار وبيع أسهم البيع لمديري المؤسسة أو المشروع - البيع للعاملين - البيع للعملاء.

- **الهبة:** أي يقدم المشروع كهدية إلى أطراف آخرين يمكن أن يهتموا به بصورة أحسن من الدولة، سواء يقدم إلى الموظفين أو العملاء أو الجمهور أو المدربين.

- **التصفية:** حيث يتم إلغاء ملكية الدولة لمشروعاتها بالتصفية، ويتم ذلك حينما تكون هذه المشروعات حاضرة، بحيث لا يتوقع أن يتحسن الأمر مستقبلا⁽²⁾.

ب. **التفويض أو التوكيل:** وتعني استراتيجية التفويض، أن تقوم الدولة بتوكيل القطاع الخاص للقيام بتقديم نفس الخدمة أو إنتاج نفس السلعة التي كانت تقوم الدولة بتقديمها وإنتاجها، وهذا التفويض

¹- عبد الرزاق خليل محمد زقون: مرجع سابق، ص163.

²- صلاح عباس: الخصخصة - المصطلح، التطبيق -، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية-مصر، 2005م، ص73.

مقابل ومشابه لإنهاء الملكية، ولكنه يتم بتحويل تدريجي، يعني أن الدولة تتحكم في نسبة التحول وسرعة التحول حسب الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية للدولة نفسها.

ويتم تنفيذ استراتيجيات التفويض من خلال :

- العقود: حيث يمكن للقطاع العام (الدولة) أن يسمح للقطاع الخاص بتقديم خدمة أو سلعة معينة من خلال تعاقد الطرف الأول مع الطرف الثاني بهذا الخصوص.
- الامتياز: وهو عبارة عن حق تمنحه الدولة أو الحكومة للقطاع الخاص وذلك في أداء الخدمة أو استغلال الموارد أو بيعها، وفي المقابل يدفع القطاع الخاص مقابل حق الامتياز.
- المنح: المنحة عبارة عن إعانة مالية تقدمها الدولة للقطاع الخاص للدخول في أنشطة هي في الأصل تتم بواسطة الدولة أو القطاع العام، وعادة ما تحجم الدولة من نفس النشاط فتعلمها بفشلها أو الاحتمال لتهور الأداء بواسطة أجهزتها وموظفيها.
- الكوبونات: وهي تشابه المنح في أن كل منهما يمثل نوعا من المنح المالية، إلا أن المنح وتُعطى للمنتج بينما تُعطى الكوبونات (*) للمستهلك، وذلك لشراء خدمات أو منتجات أو سلع من القطاع العام أو الخاص⁽¹⁾.

ج. إحلال القطاع الخاص محل القطاع العام في النشاط: يعد الاحلال استراتيجي سلبية، حيث تتميز فيه جهود الدولة بالتردد، فالضغوط الاقتصادية والسياسية قد تجبرها للاتجاه للخصخصة، بينما رغبة الدولة في السيطرة على النشاط الاقتصادي تمنعها من الخوض بعمق في الخصخصة، ويؤكد ذلك نية الدولة غير الواضحة وجهودها الغير المباشرة في هذا المجال. وهناك ثلاثة طرق يتم من خلالها تنفيذ الاحلال التدريجي وهما:

- إهمال الخدمة: تواجه الدولة أو القطاع العام أحيانا حقيقة مؤداها، أن الإنتاجية في تقديم الخدمة أو السلعة سيئة، ولكنها تغمض العين حيال هذه الحقيقة. إلا أن القطاع الخاص لا يغمض عينه عن حقيقة هامة كهذه، وسرعان ما يغتنم الفرصة السانحة أمامه ويتحرك للدخول في ذلك النشاط الاقتصادي.

(*) - الكوبونات: هو تذكرة أو قسيمة تحمل رموز يمكن استبدالها بخصم مالي أو تخفيض عند شراء أي منتج أو خدمة، عادة يتم إصدارها من قبل الشركات المصنعة للمنتجات أو من قبل تجار البيع بالتجزئة كجزء من العروض الترويجية للسلع.

¹ - عبد الرزاق خليل محمد زقون: مرجع سابق، ص 199.

- التسوية الثنائية: ينشأ نوع من التعايش بين كل من القطاع العام والقطاع الخاص في أداء خدمة معينة للمستهلكين، حيث تظهر أحيانا حالات لا يود القطاع العام أو الحكومة في الاستمرار في تقديم الخدمة أو أنه لا يقدر عليها. ومع بقاء القطاع العام أو الحكومة في أداء الخدمة، يتم هذا بصورة ظاهرية مع إعطاء الفرصة للقطاع الخاص أن يمارس عمله في إطار من التعاون والتنسيق بينهما.
- التخفيف من قوانين الدولة: يتم من خلال إعادة تنظيم العلاقات بين الحكومة والمنظمات المنفذة للنشاط الاقتصادي، والذي يتم بدوره من خلال إلغاء أو الحد من القوانين أو الحد والغاء سلطة مستوى الحكومة أو الحد من إلغاء الأجهزة الحكومية⁽¹⁾.
ولتحقيق نقل الملكية العامة إلى الملكية الخاصة على أفضل وجه، هناك نهجان عامان يمكن استخدامها وهما:
- النهج التكنوقراطي: ويتطلب قيام البيروقراطيين بتطبيق الوسائل الفنية المستخدمة في القطاع الخاص لتتمية كفاءته، فمثلا عند النظر في تعزيز ما إذا كان يتم نقل عملية معينة لإنتاج السلع والخدمات التي تستخدمها وتنتجها الحكومة إلى القطاع الخاص، فإن على البيروقراطيين أن يقدموا وثيقة السياسات والإجراءات الواجب اتباعها لمقارنة تكاليف ما يقدم كل من القطاع العام والخاص من حيث المبدأ، وإذا كانت نتيجة تقييم هذه الوثيقة تُظهر أن التكاليف العامة أكثر من التكاليف الخاصة فإنه يجب نقل الملكية للنشاط المطروح للبحث إلى القطاع الخاص، أي أنه بتطبيق هذه الإجراءات التكنوقراطية، فإنه يجب أن تقدم السلع والخدمات التي تستخدمها الحكومة بالطريقة الأقل تكلفة.
- النهج السياسي: من المهم الإشارة إلى أن ميل السياسيين لفرض قيود على أسعار السلع والخدمات بعد أن يتحول إنتاجها إلى القطاع الخاص، قد يخلق مشكلات كثيرة وخطيرة ويعوق بصورة مؤثرة قدرة المؤسسات الخاصة على الأداء. فعلى سبيل المثال، تعتبر القيود على الأسعار في "الولايات المتحد الأمريكية" أحد الأسباب الرئيسية لوجود كل هذه الأنشطة العديدة التي كانت تقدمها أصلا مؤسسات خاصة، ثم أصبحت تقدمها مؤسسات عامة. وتحدث العملية عادة كما يلي:
- ترفع المؤسسات الخاصة أسعارها إما بسبب تحسين الخدمات أو نتيجة للتضخم.

¹- بري زين الدين عبد الله: خصخصة المشروعات العامة، إدارة النشر العلمي والمطابع، السعودية، 2005م، ص 235.

- يؤدي ذلك إلى مطالبة السياسيين بالتدخل للسيطرة على الأسعار، وبعد تقييد الأسعار تجد المؤسسات الخاصة أن الوسيلة الوحيدة للحصول على هامش الربح، هو تخفيض جودة الخدمات. وعندما تخفض جودة الخدمة يساور الجمهور القلق ويطالب باستيلاء إحدى الهيئات العامة على المؤسسات الخاصة.

وهكذا، فإن إلغاء القيود الحكومية يعتبر عنصراً هاماً في أي مشروع لتحويل الملكية العامة للملكية الخاصة. ولكي ينجح تقديم القطاع الخاص للسلع والخدمات العامة، ينبغي السماح للعرض والطلب بالسيطرة على الأسعار.

وهذان النهجان السابق يتطرقان بنا إلى إمكانية تصنيف الخصخصة إلى نوعان رئيسيان: وهما الخصخصة العمياء والخصخصة.

د. الخصخصة العمياء: ويقصد بها تلك السياسة التي تفنقر إلى التقييم الصحيح لأثارها الإيجابية والسلبية، وهي نابعة من أيديولوجية عقائدية معادية للملكية العامة تماماً، مثل المواقف الإيديولوجية الشيوعية أو الاشتراكية المعادية للملكية الخاصة.

- أما الخصخصة: فتعني أن تكون واحدة ضمن حرمة مترابطة من سياسات الإصلاح، وتشمل ترشيد نظام أولويات الخصخصة، بحيث توضع معايير للتفرقة بين المشروعات الاستراتيجية والحيوية التي يمكن التصرف فيها، ووضع نظام تحفيز مالي يركز عن إطلاق المنافسة وتحسين الإدارة، وليس تغيير شكل الملكية، حيث أن درجة الكفاءة مرتبطة أكثر بدرجة المنافسة أكثر من ارتباطها بالملكية⁽¹⁾.

3- اللجوء إلى استخدام الشركات المساهمة

ويتم عن طريق إعادة هيكلة المؤسسات، حيث تتم العملية عن طريق تحويل مؤسسة معينة من القطاع العام إلى القطاع الخاص، ومثال ذلك أن تكون للدولة سرعة طيران أو مؤسسة لتنقيب واستخراج المعادن. فخصخصة المؤسسة تكون عن طريق تحويل المؤسسة إلى شركة مساهمة عامة مملوكة للحكومة، ويتم بعد ذلك بيع أسهم الحكومة في تلك الشركة للقطاع الخاص، وبذلك تكون ملكية وإدارة المؤسسة انتقلت من القطاع العام إلى القطاع الخاص.

¹ - المرجع سابق، ص 239.

ويتم اللجوء إلى هذا النوع من الخصخصة لعدة أسباب منها: تفادي الترهل الإداري الذي يكون ظاهرا في المؤسسة بما يؤدي ويؤثر على نوع الخدمة أو السلعة التي تنتجها المؤسسة، تفادي الأعباء المادية الكبيرة التي تكون قد تفتت في المؤسسة نتيجة الفساد الإداري والتوظيف العشوائي والفائض عن الحاجة، والذي يكون أساسه الوساطة والمحسوبية، عدم اكتراث القطاع العام (وافنقاره) لأسس العمل التجاري، حيث تكون فيه المؤسسة تحقق خسائر بدلا من الأرباح. وأخيرا لابد من الإشارة إلى أن الحكومة عادة تبقي جزءا من أسهمها في الشركة المخصصة دون أن تبيعها للقطاع الخاص، وذلك كي تضمن تدفق جزء من أرباح تلك الشركة للخزينة حال تحققها⁽¹⁾.

- كما يتم اللجوء إلى استخدام الشركات المساهمة عن طريق طرح الأسهم في اكتتاب عام (الطرح الكلي أو الجزئي) ويقصد به قيام الحكومة بطرح كل أو جزء أسهم رأسمال المنشأة للبيع للجمهور من خلال سوق الأوراق المالية. ويعتبر هذا الأسلوب أفضل الأساليب من وجهة النظر الاقتصادية، لما يؤدي إليه من توسيع نطاق الملكية وقاعدة المنافسة.

وفي حال قيام الحكومات ببيع نسبة من أسهمها في الشركة، فإن النتيجة هي أن تصبح الشركة مختلطة (حكومة/قطاع خاص)، وقد يكون الغرض من هذا التصرف تنفيذ سياسة التحرير الاقتصادي أو الرغبة من جانب الحكومة في الاحتفاظ بوجود لها في الشركة، أو أن يكون بمثابة الخطوة الأولى نحو الخصخصة الكاملة لها.

ولنجاح هذه الطريقة يتعين توفر الشروط التالية:

- أن تكون الشركة مستمرة ولها سجل أداء مالي معقول ومبشر في المستقبل وله أفق مستقبلية.
- أن يكون هناك قدر كبير ومتاح من المعلومات المالية والإدارية عن الشركة، بحيث يتم الإفصاح عنه للمستثمرين.
- توفر قدر محسوس وملمس من السيولة النقدية في السوق المحلي لتمويل الشراء.
- وجود سوق نشط للأسهم⁽²⁾.

¹- بلال خلف السكارنة: دراسات إدارية معاصرة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن، 2016م، ص101.

²- إيهاب الدسوقي: الخصخصة والإصلاح الاقتصادي في الدول النامية مع دراسة حالة التجربة المصرية، دار النهضة العربية، مصر، 1995م، ص31.

- ويتم اللجوء أيضا إلى استخدام الشركات المساهمة عن طريق طرح الأسهم في اكتتاب خاص، ويقصد به بيع أسهم المنشأة أو جزء منها لمستثمر واحد أو مجموعة مختارة من المستثمرين، ويمكن التمييز بين أسلوبين شائعين للطرح الخاص هما العطاءات والتفاوض المباشر.

ويفصل هذا الأسلوب في حالة الشركات ذات الأداء الضعيف، أو الشركات التي تحتاج إلى مالكيين أقوىاء تتوفر لديهم الخبرات الصناعية والمالية والتجارية اللازمة لنجاح الشركات، وكذلك الدعم المالي القوي.

كما يلاحظ أن هذه الطريقة قد تكون هي الطريقة المجدية الوحيدة في حالة غياب سوق أسهم نامى، حيث لا توجد آلية يمكننا من خلالها الوصول إلى جمهور المستثمرين، فضلا عن أن أحجام بعض الشركات قد لا تكون من الكبر بحيث يبرر الاكتتاب العام.

يلاحظ في الطريقتين السابقتين أن عملية الخصخصة تم من خلال قيام القطاع الخاص بشراء أسهم الشركة الحكومية والمستثمرات في أداء نشاطها. لذلك، يتم اللجوء إلى بيع أصول الشركة المزاد العلني، فهذه الطريقة تأخذ شكل شراء أصول الشركة بصفة أساسية.

وفي الواقع يوجد العديد من صور بيع الأصول، إذا كان المرغوب فيه خصخصة جزء الشركة، فإنه يمكن التعرف في هذه الأصول مع بقاء الجزء الرئيسي من الشركة مستمرا في نشاطه، وبالتالي فإن هذه الطريقة تكون مفيدة في حالة الرغبة في تقليص حجم الشركة.

وإذا كان الاتجاه هو بيع الشركة بالكامل، فلا يمكن تحقيق ذلك خلال استمرارها في ممارسة نشاطها الطبيعي (أي لا يمكن بيع أسهمها)، وقد تضطر الحكومة إلى حلها وتصفيتها وبيع أصولها (مع ديونها أو بدون هذه الديون) إلى المستثمرين من القطاع الخاص الذين يقومون بدورهم بتكوين شركتهم الجديدة من خلال السيطرة على كل أو بعض الأنشطة التي كانت تمارسها الشركة الحكومية المنتهية.

وقد يكون من الممكن بيع الشركة وهي مازالت تمارس نشاطها، ولكن لأسباب مالية (كالضرائب مثلا)، وأسباب قانونية، وقد تكون بيع أصولها في مصلحة جميع الأطراف.

إن بيع الأصول لشخص معروف يحقق نفس مزايا البيع المباشر للأسهم، كما أنه يمكن من التمتع بمزيد من المرونة، فقد يكون من المجدي بيع أصول منفردة بدلا من البيع الكامل للشركة، أو أن السماح

ببيع الشركة المستمرة في نشاطها قد تقابله صعوبات جسيمة في التطبيق العلمي، ومع ذلك يجب أن يبقى دائماً في الحسبان أن هذه الطريقة قد تخلق التزامات متبقية عن الحكومات بعد البيع⁽¹⁾.

وقد لا ترغب الحكومات في إضافة المزيد من رأس مال إلى الشركة التي تملكها، وغالباً ما يحدث ذلك بسبب رغبتها في التوسيع أو التحديث لعملياتها، ويتم ذلك من خلال فتح باب المساهمة في رأس المال الشركة للقطاع الخاص، وهو ما يعرف بضخ استثمارات خاصة جديدة في الشركة.

ويلاحظ في هذه الطريقة للخصخصة، أن الحكومات لا تتصرف في ملكيتها الحالية للشركة، بل تزيد من الملكية الخاصة في الشركة، وهذا يؤدي إلى التخفيف من مركز ملكيتها، بحيث تتولد ملكية مشتركة بينها وبين القطاع الخاص، وتسمى في هذه الحالة شركة مشتركة.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من الخصخصة لا تصاحبه دائماً زيادة في رأس مال الشركة، حيث يخفض رأس مال الشركة أولاً لامتناع الخسائر إذا كانت موجودة، ثم يلي ذلك زيادة الملكية الجديدة، والنتيجة الطبيعية هي أنه قد لا توجد زيادة ملموسة في رأس مال الشركة.

كما يتم اللجوء إلى شراء الإدارة للشركة، والذي يقصد به قيام مجموعة صغيرة من المديرين بالسيطرة والتحكم في رأس مال الشركة. كما أنه يمكن تعميم عملية مشابهة من خلالها يحقق العاملون أو الإدارة مع العاملين نفس السيطرة.

ويفرق بين العملية السابقة اتمام عملية الشراء، من خلال الاقتراض من المصارف، حيث يحصل المشترون (الإدارة أو العمال) عن ائتمان مصرفي لتمويل حصولهم على الشركة، ويقدمون أصول الشركة كضمان لهذا التمويل. ونشير إلى أنه من النادر حدوث الخصخصة في الدول النامية بهذه الطريقة، ولكنها شائعة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تتحول الشركة المساهمة إلى شركة خاصة.

وتوجد طريقة أخرى، وهي عقود التأجير، حيث وتتضمن هذه الطريقة التعاقد مع الخبراء من القطاع الخاص لتسيير وإدارة الوحدات الاقتصادية المملوكة للدولة في مقابل أتعاب معنية أو مقاسمة الربح الصافي مع الدولة. وهذا التعاقد لا يعرض المستأجر لأية مخاطر مالية، حيث أن الشركة الحكومية تتحمل المخاطر التجارية بالكامل. وتتمثل ميزة هذا العقد في احتفاظ الحكومة بملكيتها للشركة، حيث تعتبر عقود الإدارة من طرف الخصخصة آخذة في النمو، وذلك بسبب مزايا عديدة أهمها: التوفير في

¹ - بلال خلف السكارنة: مرجع سابق، ص 113.

تكاليف أداء الخدمة، والتغلب على مشكلة عدم مرونة العمالة الحكومية مع التغيرات في طبيعة وظروفه⁽¹⁾.

4- العراقيل وآفاق الخصخصة

لقد كانت الخصخصة خلال التسعينات من أهم الموضوعات المثيرة للنقاش في تهيئة برامج الإصلاحات الاقتصادية، أين بدأ صدور ترسانة من النصوص والقوانين التي تسيرها. بالإضافة إلى تهيئة البيئة الاقتصادية بوضع إصلاحات في التشريعات الجبائية، إعطاء تسهيلات للمبادرة الفردية وإصلاح المنظومة المصرفية، مما ساعد ذلك على توفير كل الشروط للشروع في تنفيذها. إلا أنها واجهت عدة صعوبات أدت إلى توقيف سيرها وبالتالي البطء في تطبيقها.

لذلك سنحاول التطرق إلى أبرز العوائق التي أدت إلى عرقلة مسار الخصخصة، والتي يمكن إجمالها في عدة مستويات:

أ- على المستوى السياسي

إن تدخل السياسيين في المجال الاقتصادي في وضع استراتيجيات وخطط وإهمال الخبراء والمختصين الاقتصاديين في القيام بتلك المهمة، قد أدى إلى تخوف المستثمرين المحليين، خاصة الأجانب، في ظل انتشار البيروقراطية والاستقرار السياسي⁽²⁾، وبالتالي هذه الظروف أثرت على استقطاب المستثمرين الأجانب، مثال على ذلك: شركة أديداس ADIDAS التي فسخت شراكتها مع مؤسسة "أوراس فوت وير" للأحذية الرياضية، وذلك بعد أن فتح السوق الوطني أمام المنتجات الآسيوية التي تميزت بانخفاض أسعارها ورداءة جودة منتجاتها. فضلا عن وجود عراقيل أخرى تمثلت في:

- التخوف من ظهور منافسين أقوياء، مما يؤدي إلى خلق برجوازية مهيمنة.
- عرقلة مسار خصخصة البنوك العمومية، خوفا لخلق الشفافية في التسيير.
- صعوبة اختيار المؤسسات التي يتم خصصتها استنادا إلى عوامل اجتماعية وأخرى مالية. وهذا ما يستدعي بالضرورة الخبرة والتجربة في هذا المجال (وهو ما تفقده الدولة أساسا).
- مشكلة المدّة الزمنية الطويلة في اتخاذ القرارات، ويعود ذلك تعدد المتدخلين في مجال الخصخصة من مجلس مساهمات الدولة، وزارة المساهمات وتنسيق الإصلاحات، لجنة مراقبة الخصخصة، وذلك بغية

¹- إيهاب الدسوقي، مرجع سابق، ص45.

²- نادية عيساوي: تقييم المؤسسة في إطار الخصخصة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة-الجزائر، 2004م، ص42.

ضمان وجود الشفافية، لكن التداخل الكبير للصلاحيات بين مراكز قرارات متعدّدة، حول تحديد الأهداف المسطرة التي أرادت تحقيقها في بيع المؤسسات، قد أدى إلى التباطؤ في تنفيذ عمليات الخصخصة.

- تلقي معارضات شديدة من طرف الأحزاب السياسية، والرأي العام⁽¹⁾.

ب- على المستوى الاجتماعي

يتحدد بدرجة كبيرة في مشكل الثقافة الاجتماعية، إذ تعتبر الخصخصة أسلوب جديد في ظل النظام الاشتراكي، فالمجتمع استمد ثقافته من هذا النظام، أفكارهم مبنية على أساس أن الدولة هي الموجه الأساسي للاقتصاد الوطني، وهي الوحيدة التي تدعم المواد الاستهلاكية، ومن الصعب لها التأقلم مع المبادئ التي تعمل بها الخصخصة.

كما يوجد مناقضين لهذا النظام الإقتصادي الجديد، كون التحول من نظام اقتصادي اشتراكي إلى نظام اقتصادي رأسمالي، جاء أولاً في وضع متدهور يعاني من الركود وانتشار البطالة، بسبب التسريح الجماعي للعمال في المؤسسة التي يتم خصصتها خاصة المؤسسات الصناعية. ففي النظام الاشتراكي تقوم على مبدأ الطلب الاجتماعي لا على القيمة المضافة، فهي عكس النظام الرأسمالي. هذه هي الفلسفة السائدة في ظل النظام الاشتراكي، فمن الصعب تغيير الذهنيات التي كانت منذ 1962م.

لذلك أثر ظهور عملية الخصخصة في ظهور النقابات العمالية للدفاع عن مصالح العمال، وذلك بتوجيه كلمتهم للنقابة العمالية التي تمثلهم، وهي "الاتحاد العام للعمال الجزائريين U.G.T.A" لضمان مصيرهم ومناصبهم في إطار هذه النقابة، على سبيل المثال: تلك الحركات الاحتجاجية التي قام بها العمال في قطاعات الميكانيك، الحديد والصلب. إذ بعد الدراسات القائمة من طرف الخبراء والمختصين، توصلوا إلى ضرورة تسريح 3000 عامل جراء خصخصة المؤسسة الإلكترونية ENIE، لكن مع الضغوطات النقابية قرر وقف العملية⁽²⁾.

دون إغفال التخوف من خصخصة الشركات والمرافق الأساسية مثل: المياه والكهرباء دون مبرر لذلك.

¹- نفيسة حجاجي: مرجع سابق، ص 27.

²- المرجع السابق، ص 12.

ج- على المستوى الإقتصادي

- تحويل الأرباح التي يجنيها المستثمرون الأجانب والتي تؤثر في الأجل المتوسط على زيادة العجز في المدفوعات، رغم التخفيف من عبء الدين الذي يظهر في الأجل القصير.
- إتاحة الفرصة للهيمنة الاقتصادية عبر الشبكات المتعددة الجنسيات، من خلال امتلاكها للمشروعات المحلية في ضوء امتيازات وضمانات، والتي ستؤثر سلبا على الاقتصاد الوطني، مثل حرية تحديد الأسعار والأجور، نوعية التقنية المستخدمة، الإعفاءات الجمركية والضريبية، الأمر الذي يتعارض مع السياسات الوطنية.
- عرقلة بعض القطاعات للاستثمارات الخاصة، مثال على ذلك: رئيس مجمع سفيتال "يسعد ربراب" أكد أنه كان ينتظر منذ أكثر من 08 سنوات للحصول على ترخيص لزراعة عباد الشمس والسوجا حتى يتم إنتاج الزيوت الخاصة محليا بدل استيرادها، ثم العمل على تصدير الفائض إلى الخارج ورغم حصولها على موافقة كل الفلاحين، إلا أن المشروع لا يزال معطل⁽¹⁾.
- ضعف سوق رأس المال (البورصة)، حيث أن الخصوصية هي بيع جزء أو كل ممتلكاتها للقطاع الخاص، أي هناك طرح الأسهم في السوق المالية، مما ينتج الفرصة لتقابل العرض الطلب، وبالتالي لا بد من وجود سوق مالي قوي، وهو ما تفنقر إليه البورصة الجزائرية التي تعاني نقص في المعلومات وضعف الأداء. مثال على ذلك: عانت البورصة الجزائرية في ديسمبر 1997م من نقص في المعلومات، وحتى إن وجدت فهي غير دقيقة وأدائها ضعيف، فمنذ نشوءها لم تتجاوز الشركات الأربعة التالية (صيدال، سوناطراك، الأوراسي، رياض).

د- على المستوى القانوني

- أما من الناحية القانونية، فبالرغم من وجود نصوص قانونية التي شرعتها الجزائر من خلال قانون المالية التكميلي سنة 1994م، وكذا الأمر 01-04 المؤرخ في 20 أوت 2001م والمتعلق بتنظيم المؤسسات العمومية وتسييرها وخصوصتها، إلا أن هذه العمليات لم تكن كافية لتحفيز الاستثمارات الوطنية والأجنبية، ويمكن إرجاع الأسباب إلى:
- التداخل في الصلاحيات بين المجلس الوطني للخصوصية والمجلس الوطني لمساهمة الدولة والشركات القابضة.

¹- بهدي عيسى ابن صالح: ملامح هيكل المؤسسة السباكية، مجلة الباحث، العدد3، الجزائر، 2004م، ص12.

- البطاء في تعيين المجلس الوطني للخصخصة بصفته الهيئة المكلفة بمتابعة إجراءات الخصخصة، إذ لم يتم ذلك إلا في شهر جوان 1998م.

أما فيما يخص قانون المالية لسنة 2016م، فقد عرف جدلاً بين الخبراء الاقتصاديين، الأحزاب السياسية، أرباب العمل، حول المادة 66 من قانون المالية 2016م.

إذ بعد رفع وزير المالية عن تفسير المادة 66 من مشروع قانون المالية 2016م، أكد أن جميع الشركات العمومية معنية بالخصخصة، دون أن يستثني الشركات الاستراتيجية (الخطوط الجوية الجزائرية، سونلغار، سونطراك) فهي معينة بفتح رأسمالها وحفظ نسبة 34 بالمائة كحد أقصى، وهي مفتوحة للمستثمرين المحليين فقط⁽¹⁾.

وفي المقابل فإن الخبراء الاقتصاديين المعارضين لهذا المشروع القانوني، ومن بينهم الخبير الاقتصادي "فارس مسدور" قد تحدث عن خصخصة المؤسسات العمومية الكبرى مؤكداً أن "الجزائر لا تعيش أية أزمة وليست مضطرة لفتح رأسمال المؤسسات أمام الخواص، والدليل على ذلك أنها تنامي على احتياطي يزيد عن 150 مليار دولار، فهو معارض بذلك لخصخصة هذه المؤسسات، لأنه أكد على المادة 66 من قانون المالية 2016م وهو أخطر قانون، والسبب يعود إلى أن المؤسسة التي يتم فتح جزء من رأسمالها بداية من 2016م ستتحول سنة 2021م إلى مؤسسة للخواص بنسبة 100%⁽²⁾.

وإثر انتشار هذه المعارضة الشديدة من طرف بعض الأطراف لخصخصة الشركات الكبرى، أعاد وزير المالية تأكيده لمجلس الأمة أن المؤسسات الاستراتيجية غير معنية، وستظل مستثناة من الأجراء الذين تضمنتهم قانون المالية لسنة 2016م، والمتعلق بفتح رأسمال المؤسسات العمومية. وصرح أن المؤسسات الكبرى (سونطراك، سونلغار، اتصالات الجزائر) لن يفتح رأسمالها الاجتماعي، كونها تخضع لقوانين خاصة تمنعها من ذلك⁽³⁾.

ويمكن إبراز آفاق الخصخصة في مجموعة من العناصر كالآتي:

- تطوير الأسواق المالية بغرض تسهيل الادخار.
- إختبار مسيرين ذوي كفاءة وخبرة ومؤهلين للعمل في نظام تسيير جديد.
- ظهور الميل نحو الادخار في المجتمع، وتوظيف المدخرات في الاستثمارات المختلفة.

¹- جريدة الخبر، العدد 3751، الجزائر، بتاريخ 3 ديسمبر 2015م، ص 07.

²- جريدة الشروق في: www.echouroukonline.com/ar/articles264335.htm تم الاطلاع عليه 4 جانفي 2022.

³- المرجع السابق، ص 8.

- ضرورة الالتزام مسيري المؤسسات العامة التي لم تخصص بعد بتطبيق قواعد التسيير العلمي والأدوات الحديثة للتسيير والإدارة.
- الاهتمام بالاستثمار في رأس المال البشري للمؤسسات العامة حتى تتمكن العناصر البشرية لهذه المؤسسات أداء دورها بفعالية في تطوير مؤسساتهم بما يتماشى مع ظروف البيئة الخارجية.
- اعتماد برنامج لإعادة تأهيل المؤسسات العامة غير مكفوءة هيكليا.
- ضمان شفافية السوق وعصرية النظام المصرفي.
- تفعيل نظام الرقابة وحل مشكلة العقار الصناعي.
- منح المستثمرين الخواص الحرية في ممارسة نشاطهم⁽¹⁾.

تستفيد الخصخصة على الصعيد العالمي إلى مجموعة من المبررات التي تسوقها دعاة التخاصية للتدليل على صحة وسلامة وجهة نظرهم وفي المقابل فإن المعارضين لسياسة الخصخصة في دعم على مؤيدي الخصخصة يستندون أيضا إلى مجموعة من المبررات للتدليل على صحة وجهة نظرهم الراضة للخصخصة والمؤيدة لسيطرة القطاع العام. ويمكن استعراض أبرز المبررات التي يطرحها مؤيدو الخصخصة ومعارضوها ضمن مجموعتين واسعتين وذلك كما يلي:

هناك جملة من المبررات والحجج الداعية لتبني الخصخصة نذكر منها:

- بشكل عام جرى تبرير الخصخصة على أساس قدرة الخاص في تحسين أداء المؤسسات فيريد بذلك معدل النمو الاقتصادي وتقديم حوافز على تعبئة وتوجيه الإيدار نحو مشاريع مربحة وتعميم الملكية على قطاع أكبر من المواطنين ويخلق سوق مالية نشطة تجشع على الإيدار وتوفير قناة مناسبة لتمويل⁽²⁾.

- إن الخصخصة ستضع المدراء في موضع المسؤولية المباشرة أمام المالكين الجدد الذين يسعون لتحقيق الربح وبالتالي سيراقبون أداء المؤسسة ويتابعون إنجازاتها وينقدون فشلها وتعثرها، كما أن المؤسسات المحولة إلى القطاع الخاص ستواجه قيودا مالية وستخضع للقوانين والقواعد الاقتصادية

¹- درويش محمد طاهر، عمار لوصيف: تقييم تجربة القطاع الخاص في الجزائر، ملتقى دولي حول دور القطاع الخاص في التنمية في الجزائر، 2011م، ص182.

²- ضياء مجيد الموسوي: الخصخصة والتصحيحات الهيكلية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005م، ص20.

التي تحكم أسواق رأس المال وأسواق السلع والخدمات، كما ستصبح المؤسسات في وضع تنافسي مما يدفعها إلى اتقان عملها لإرضاء جمهور المستهلكين، وإلا خسرت وخرجت من السوق⁽¹⁾.

- أن تحويل القطاع العام ومؤسساته إلى القطاع الخاص، يزيل عن كاهل الدولة عبء خسارة هذه المؤسسات، وبالتالي فإن الخصخصة تساعد على حل مشكلة عجز الموازنة وتقليص الدين العام للعديد من الدول التي تنتج هذه السياسة.

- تؤدي إعادة ضخ الأموال المتأتية من الخصخصة في خزينة الدولة إلى إمكانية استخدامها في مشاريع إنمائية واجتماعية، فضلا عن إمكانية استخدام مثل هذه العوائد لتخفيف عجز الموازنة.

- إن الخصخصة تعد سبيلا لعلاج ضعف الكفاءة الاقتصادية المرتبطة بالملكية العامة باعتبار ذلك نتيجة طبيعية لخفض درجة التدخل السياسي في عمليات المشروعات الخاصة، وهو ما يقود بالتالي إلى تحسين أداء المشروع⁽²⁾. سادسا: إن الخصخصة تؤدي إلى نشر هيكله الأسهم بين قطاعات كبيرة من صغار المدخرين والمستثمرين، مما يحقق عدالة اجتماعية أكبر واستقرار اقتصادي أفضل خاصة وأن عنصر رئيسيا من عناصر عملية تحويل الملكية إلى القطاع الخاص يتمثل في امتلاك العاملين لأسهم العمة التي يعملون فيها⁽³⁾.

- تؤدي الخصخصة إلى إيجاد مناخ تنافسي بين القطاعات الاقتصادية المختلفة من شأنه ترك اثر إيجابي على كمية وجود الإنتاج الخدمة المقدمة وتوفير مبالغ وفيرة من خلال وفق نزيف القطاع العام عن دعم المنشآت المتغيرة على أساس تجاري، كما أنها تساهم في تقليل البيروقراطية الحكومية والقضاء على الروتين، واجتذاب رؤوس الأموال المحلية والأجنبية وتعبئة المدخرات الوطنية والتخلص من الفساد الإداري والمحسوسية نتيجة إخضاع عملية التوظيف في ظل القطاع الخاص لمعايير اقتصادية سليمة ترتبط بالتكلفة واقتصاديات التشغيل، وتوظيف السيولة النقدية اللازمة لخدمة التنمية وتنشيط سوق الأوراق وتطبيق نظام السوق والحرية الاقتصادية، حيث أن تطبيق الخصخصة يمكن القطاع العام من تركيز جهوده وموارده نحو الأمور الاستراتيجية التي لا يمكن للقطاع الخاص

¹- عبد العزيز سالم بن جينور: إدارة عمليات الخصخصة وأثرها في اقتصاديات الوطن العربي، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 1997م، ص29.

²- عبد العزيز سالم بن جينور: مرجع سابق، ص31.

³- هيثم يوسف عويضة: الخصخصة في الاقتصاد الفلسطيني-دراسة تطبيقية في المؤسسة الفلسطينية-، مذكرة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2003م، ص22.

القيام بها، مثل أمور السياسية والأمنية والدفاعية ويؤدي إلى رفع الكفاءة الاقتصادية لوحدات النشاط الاقتصادي عن طريق تحفيز النفقات للحد الأدنى وتحسين الإنتاج وزيادة الفرص الاستثمارية⁽¹⁾. تلك هي أهم الحجج والمبررات التي يتبناها دعاة الخصخصة في سبيل الدعوة لانتهاجها حيث أن هذه المبررات والحجج تستند على أرضية قوية تعزز خلفية تاريخية أثبتت بشكل قوي فساد القطاع العام وتردي أوضاعه الاقتصادية وفشله في تحقيق الأهداف المسطرة من طرف الدولة.

هناك من المبررات والحجج الراضية لتبني برنامج الخصخصة نذكر منها:

- تنطلق هذه الانتقادات من الأصل الذي نشأت منه الخصخصة كسياسة اقتصادية تتبناها المؤسسات الدولية وتدعو إليها (صندوق النقد الدولي والبنك الدولي)، حيث دفعت هه المؤسسات إلى تصفية القطاع العام وتدعيم القطاع الخاص داخل البلدان النامية، وزرع السياسات الرأسمالية في أنحاء العالم يهدف إلى تكريس الهيمنة ليس إلا⁽²⁾.
- أنها تؤدي لهدم الدولة، غير أن الدولة تقوم لخدمة المواطن ولا بد أن تكون هناك رقابة ومساءلة، عن البيان أن الرقابة والمساءلة على منشآت القطاع الخاصة هي الأكثر فاعلية ويمكن للدولة مثلا إلغاء العقود مع المنشآت الخاصة لو خالفت المصلحة العامة شروط التعاقد.
- أن الرهان على الخصخصة كعرج للمسائل الاقتصادية التي تعانيها بشكل خاص البلدان المختلفة في غير محله لأن الشروط المطلوبة لنجاحها مثل السوق التنافسية الحرة، البورصة، المؤهلات الإدارية العالمية... الخ، غير متوفرة إلا في البلدان الرأسمالية المتطورة.
- يؤدي تطبيق البرنامج في حالات عديدة إلى ظهور نسبة محدودة من المجتمع تتميز بدخل نقدي عال، مما يؤدي عادة إلى حدوث تفاوت واضح في دخول أفراد هذا المجتمع، وينعكس على استقرار البلد من النواحي الاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية.
- صعوبة إجراء عمليات التقييم للمؤسسات العامة مع أصولها الثابتة والمتغيرة والتي يتقرر عرضها للبيع إلى القطاع الخاص أو عدم إتباع إجراءات أصولية في عمليات التقييم بذاتها باعتبارها من اعقد المشاكل التي تواجه التطبيق الفعلي لهذا البرنامج⁽³⁾.

¹- فاتح أبو عامرية: مرجع سابق، ص41.

²- ناصر دادي عدون، شغيب شنوف: الحركة الاقتصادية في الدول النامية بين عالمية مالك بن نبي والعولمة الفردية، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2003م، ص141.

³- نزار قنوع: الخصخصة الاقتصادية بشكل عام-إيجابياتها وسلبياتها-، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية-سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية-، المجلد 27، العدد2، سوريا، 2005م، ص47-65.

الفصل الرابع: ممارسات واستراتيجيات تطبيق سياسة الخصخصة

- الخصخصة نجحت في تحقيق جزء هام من أهداف الرأسمالية العالمية فتراكمت أرباح المؤسسات المتعددة الجنسيات⁽¹⁾.
- مخاطر التدخل الأجنبي في الاقتصاد والأمن الوطني، فمقايسة الديون الخارجية ببعض الأصول يعني توجيه الاقتصاد لمصلحة الأجنبي.
- النتائج السلبية للخصخصة والتي من أهمها زيادة نسبة البطالة، فالخصخصة في الدول الفقيرة أو النامية لم تكن إلا في وضع متدهور، ونتيجة لذلك بقيت شعوبها مطالبة بالاستمرار في معاناتها في ظل السياسة الجديدة، فقد اضطر العمال في كثير من المؤسسات العامة إلى دفع تكاليف اجتماعية باهظة باعتبار الخصخصة تؤدي إلى فقدان مناصب الشغل، حيث أن أصحاب العمل الجدد يمكنهم طرد أو فصل الإجراءات مقابل مصاريف قليلة أو حتى بدون مصاريف⁽²⁾.
- كما نود أن ننوه هنا إلى أن التضخم المصرفيات العامة لا يرجع إلى زيادة حجم القطاع العام ومحدودية العائد منه وإنما عجز الموازنة يعود إلى التضخم الصرف على الأمن وشراء الأسلحة والترتيبات الدفاعية ومشروعات الترف الأساسي وأمور أخرى، فينبغي أن لا يفهم البعض بأن بقاء مشاريع فخمة بعهدة الدولة له آثار سلبية تؤدي إلى العجز في الموازنة أو التضخم كما يرى المعارضين للخصخصة بأنه ليس ضروريا أن تؤدي الخصخصة إلى زيادة الكفاءة الاقتصادية لأن شكل الملكية ليس لها علاقة بالكفاءة ولكن شكل الإدارة هو الذي يحدد ذلك.
- كما أن الخصخصة تؤدي إلى ارتفاع الأسعار وخروج الأموال الطائلة إلى خارج الدولة، فالأرباح التي ستجنحها الشركات الأجنبية تذهب إلى الخارج الدولة وإضافة إلى أن الإيرادات التي ستجنحها الحكومة من جراء الضرائب التي تفرضها على الشركات الأجنبية ستقوم بدفعها على شكل إعلانات وزيادة نفي الرواتب.

¹- حسن بورغدة، الطيب فاما: الخصخصة مفتاح الدخول إلى اقتصاد السوق في الجزائر، الملتقى الدولي حول اقتصاديات الخصخصة والدور الجديد للدولة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، الجزائر، 3-5 أكتوبر 2004، ص118.

²- Stiglitz Joseph : *La Grande Desillusico*, Fayard, Paris, France, 2002, P89.

الفصل الخامس:

جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسية

الخصخصة

أولاً: كيفية اعتماد الجودة في تقديم الخدمة الصحية.

ثانياً: التطبيقات العملية لسياسة الخصخصة.

إن التحول العام إلى القطاع الخاص، أو ما يعرف بالخصخصة أصبح ضرورة حتمية تملئها التطورات الاقتصادية الراهنة، والتي مرادها انخفاض في الكفاءة والإنتاجية مؤسسات القطاع العمومي، فضلا عن دور القطاع الخاص في تحريك عجلة التنمية الاقتصادية، لذا واجب الاهتمام بالمؤسسات الاقتصادية كونها النواة الأساسية في بناء الاقتصاد، لأن شركة المساهمة فهي ناتج حتمي يظهر عبر خصخصة المؤسسات العمومية، ونقل ملكيتها من القطاع العام إلى القطاع الخاص.

أولاً: كيفية اعتماد الجودة في تقديم الخدمة الصحية

1. ترشيد التكاليف والنفقات الصحية

سياسات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة، فهي تؤثر بشكل مباشر على طلب الخدمة الصحية، وذلك من خلال التأثير على المحددات الثلاث الرئيسية لإمكانية طلب الخدمة الصحية وهي: القدرة المالية، الوعي الصحي.

أ- القدرة المالية

تتأثر القدرة المالية بسياسات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة من خلال تأثير تلك السياسات على كل من مستوى الدخل ومستوى الأسعار.

• **مستوى الدخل**، يعد التشغيل الوسيلة الأساسية التي تحصل من خلالها بعض الدول على الدخل، والذي يساعد بدوره على تأمين حياة كريمة ومستقرة لذلك تؤثر سياسات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة على مستوى الدخل، بسبب معاناة سوق العمل في بعض الدول من مشكلات هيكلية حادة، حيث بلغت مشكلة البطالة مستويات حرجة في تفاوت تقديرات حجم البطالة عند بعض الدول حالياً بين مليوني متعطّل وفقاً للتقديرات الرسمية، وغالبيتهم يقعون في فئة السن من 16 إلى 24 سنة وممن لم يسبق لهم العمل. كما وتتركز البطالة في فئتي المؤهلات المتوسطة وخريجي الجامعات⁽¹⁾.

بالإضافة إلى تخفيض أعداد المشتغلين وتشجيعهم على التقاعد، عدم الاحلال محل المتقاعدين والعمل على إصلاح وحدات القطاع العام والخصخصة، حيث أصدرت الحكومة القانون رقم 203 لعام 1991 بغرض حل مشاكل قطاع الأعمال وإعادة تأهيل شركاتها، بحيث أصبحت تلك الشركات القابضة حرة في اتخاذ كافة القرارات المتعلقة بالشركات التابعة لها سواء في الإدارة أو التشغيل أو الإشراف.

¹- سمية أحمد عبد المولى: آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية- دراسة لتقويم أثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر-، رسالة ماجستير، قسم الاقتصاد، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة-مصر، 1997م، ص217.

ومن أساليب هذا الإصلاح الهيكلي، العمل على نقل الملكية العامة إلى الملكية الخاصة، أين تؤدي فيه الخصخصة بالضرورة إلى فقدان بعض الأفراد لوظائفهم أو الاستغناء عنهم، خاصة من كانوا يمثلون بطالة مقنعة في المشروعات العامة، فصاحب العمل الخاص لن يقبل هذا الوضع ، حيث أنه يبحث عن أعلى عائد ممكن ومن ثم لا يقبل إلا العامل الذي يكون المشروع في حاجة فعلية إليه، ومن ثم تؤدي تلك السياسات إلى تزايد حدة البطالة وانخفاض مستوى الدخل⁽¹⁾.

• **مستوى الأسعار**، من أهم ملامح السياسة المالية الجديدة هو العمل على تخفيض الإنفاق وترشيده وتخفيض حجم الدعم، حيث خفضت الحكومة كثيرا من النفقات وعملت على رفع الإيرادات من خلال اتخاذ العديد من الإجراءات بهدف زيادة الحصيلة المالية ومن تلك الإجراءات⁽²⁾.

تشير البيانات الإحصائية إلى تأثير القطاع الصحي عن غيره من القطاعات الأخرى بخفض الإنفاق، حيث انخفضت نسبة الإنفاق العام في هذا القطاع من 3.7% عام 1950م إلى 4.6% عام 1960م إلى 5% عام 1965. في حين بلغت من 2.4 إلى 2.8% عام بين 1989م/ 1990م وبلغت 1.9% عام 1993م/1994م. وعموما تعتبر هذه الإحصائيات مؤشرا عن خفض الإنفاق على الصحة في الثمانينات والتسعينات، وبالرغم من تشجيع وزارة الصحة للقطاع الخاص وبرامج استعاضة تكاليف القطاع العام، إلا أن ذلك لم يحسن الخدمة الصحية في بعض الدول، حيث تشير الإحصاءات إلى تدهور نسبة الإنفاق على الصحة بالنسبة إلى الإنفاق العام ب 1.9% عام 1989م/1990م، في الوقت الذي تتأدى فيه منظمة الصحة العالمية أن تصل هذه النسبة إلى 5% كحد أدنى، كما أن ارتفاع سعر الخدمات الصحية سيؤثر على إمكانية التغلب على الأمراض وخصوصا بين الطبقات الفقيرة⁽³⁾.

ويعتبر ترشيد الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية من أهم ما يميز مساعي ومحاولات ترشيد النفقات الصحية التي تشهدها البلاد الآن ونحن في بدايات القرن الحادي والعشرين، أن هذه المساعي والمحاولات لا تتم في ظروف طارئة مثل الحرب أو الكساد الاقتصادي، وإنما تتم في ظروف يمكن وصفها بأنها طبيعية للغاية. وعلى الرغم من أن الاستراتيجيات التي سعت وتسعى الحكومة من خلالها

¹ - المرجع السابق، ص 217.

² - مجلس الشورى، لجنة الصحة والسكان والبيئة، تقرير مبدئي عن موضوع مستقبل الصحة في مصر والتوجه القومي للتأمين الصحي والاجتماعي دورة الانعقاد السادس عشر، مصر، 1995م، ص 32.

³ - المرجع السابق، ص 25.

لإصلاح النظام الصحي وترشيده، هي مجملها استراتيجيات تتبع نموذجاً اقتصادياً موحداً⁽¹⁾، وهو محاولة زيادة العروض بما يتناسب مع الطلب. وأن هذه الاستراتيجيات لم تتم بواسطة استثمارات القطاع الخاص مباشرة، وإنما تمت في معظمها في ظل تمويل الحكومة، أي ما يمكننا وصفه بالقطاع العام في صورته الجديدة.

والجدير بالذكر، أن تدخلات الحكومة هذه لم تضع أو تحدد مقدا الضمانات والوعود الكفيلة بطمأنة المواطنين على أن هذه التدخلات سوف تؤدي في النهاية إلى انخفاض تكاليف الخدمات الصحية أو إلى ارتفاع جودتها أو إلى تحقيق نمط جديد من توزيع الخدمات الصحية على المواطنين، ليتسم بالعدالة والكفاءة في آن واحد معاً.

ولقد تمثلت استراتيجية ترشيد الإنفاق الصحي في التوسع الواضح في السنوات الأخيرة، والمتمثل في قيام الحكومة بإتاحة الفرصة أمام القطاع الخاص للدخول إلى قطاع الخدمات الصحية الموجهة لعامة المواطنين ذوي الدخل المنخفض بهدف بعض أعباء الإنفاق الصحي عن كاهل القطاع العام⁽²⁾.

ب- مستوى الوعي الصحي

يتحدد مستوى الوعي أساساً بالمستوى التعليمي، إذ يؤثر المستوى التعليمي لأفراد الأسرة على إمكانية طلب الخدمة الصحية عند الحاجة إليها.

نخلص مما سبق، أنه عند تطبيق سياسات الخصخصة والإصلاح الاقتصادي، تتأثر مستويات الرفاهية للأسرة بدرجات متفاوتة، إذ أن الأسرة محدودة الدخل سوف تعاني أكثر من غيرها نتيجة للتغير في الأسعار، فالفقراء هم أكثر الفئات تأثراً بارتفاع الأسعار الناشئة عن السياسات الإصلاحية، بسبب الدخل المنخفض نسبياً مقارنة بغيرهم من السكان، كما أنهم هم الأكثر تأثراً بتزايد التكلفة الفردية للخدمة الصحية، حيث تعد الخدمات الصحية الخاصة والعامة المنخفضة التكلفة المصدر الأساسي لحصول الفقراء على الخدمة الصحية⁽³⁾.

2. الإنفاق العام على برامج الخدمات الصحية وسبل دعمها

إن المتأمل لإحصاءات العالم الثالث، يستنتج بسهولة أنه بالرغم من جهود الحكومات وإعانات المنظمات الدولية، إلا أن هذه المجتمعات لم تحقق نجاحاً شاملاً، بسبب الحرمان الاقتصادي وعدم

¹ - Paul R. raffaul, C. arona Meneec: **Future Issues for social work practice**, Allyn and Bacom, Bostan , 1996, P39. 40.

² - **Ibid** : p41.

³ - سمية أحمد عبد المولى: مرجع سابق، ص260.

التوازن في عدد الأطباء والهيئة الطبية وعدد المستشفيات موازنة لعدد السكان⁽¹⁾. فقد أثبتت بعض الدراسات، بأن هناك حوالي 600 مليون من سكان البلدان النامية يعيشون في ظروف معيشية تهدد الحياة والصحة، بسبب الإسكان غير الملائم والبيئة التحتية الرديئة والخدمات غير الكافية، وأن الغالبية منهم لا يتمتعون بخدمة صحية كافية خاصة في المناطق الفقيرة، بالإضافة إلى انخفاض مستوى الخدمة الصحية وعدم توافر الإمكانيات الفنية وعدم الثقة في وسائل العلاج الحكومي، والاتجاه المتزايد نحو الخدمات الصحية الخاصة⁽²⁾.

وبالرجوع إلي حق كل إنسان في التمتع بالظروف الملائمة لحياة آدمية وبالقدر الملائم من الخدمات الصحية بما يدرأ عنه الفقر والمرض، فقد تبلورت حوله الآراء في الاجتماع المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونسيف، والذي انعقد عام 1978م في المآتا بمشاركة 134 دولة، حيث تم إصدار إعلان "المآتا" الذي تبني مفهوم الخدمة الصحية الأولية كوسيلة لتحقيق "الصحة للجميع بحلول عام 2000"⁽³⁾. حيث أكدها المشاركين في هذا الاجتماع العمل سويًا حتى يشهد عام 2000 نظامًا صحية مختلفة اختلافًا جذريًا، تقوم على احترام حقوق الإنسان والعدالة، أشاروا إلى أننا لم نعد نريد نظامًا عالميًا يوزع فيه الأثرياء الصدقات على الفقراء ليقهوم تحت سيطرتهم، كما أشاروا إلى أننا منتبهون للكثير من المخاطر التي تنتظرنا، وأول هذه المخاطر الغلة المتناقصة، وهذا يعني أننا لن نسمح للإدارة السياسية أن تتراخي عن تنفيذ ذلك، خاصة وإن الصحة شيء ثمين. وإذا ما سئل جميع شعوب العالم ما الذي يعتبرونه أثنى العناصر في صالح الإنسان فسوف يجيبون بلا استثناء أنها الصحة⁽⁴⁾.

وبالنظر لمتطلبات الخدمة الصحية الأولية، يتضح على الفور أن الطريق إلى تطبيق شعار "الصحة للجميع بحلول عام 2000" ليس طريقًا سهلاً أمام معظم الدول النامية، ولأن هناك الكثير من العقبات التي تعترض تحقيق استراتيجية الصحة للجميع بعد حوالي عقد من الزمان على وضعها موضع التنفيذ⁽⁵⁾. ومن تلك العقبات، الأزمات الاقتصادية التي تمر بها معظم الحكومات والتي أدت إلى تخفيض

¹ - فريد راغب النجار: إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية، الوحدة للنشر والتوزيع، الكويت، 1976، ص 243.

² - محمد أحمد بيومي: علم الاجتماع وقضايا السياسة الاجتماعية وتشريعاتها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م، ص 143.

³ - مريم أحمد مصطفى: التنمية بين النظرية وواقع العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م، ص 264.

⁴ - فيلب عطية: أمراض الفقر-المشكلات الصحية في العالم الثالث-، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، مايو 1992م، ص 259.

⁵ - كولمان أ. أكينوم: توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 كفكرة ثورية، مجلة منبر الصحة العالمي، العدد الثاني، المجلد الثاني، منظمة الصحة العالمية، جنيف-سويسرا، 1981م، ص 156.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

الإنفاق الاجتماعي خاصة الإنفاق الصحي، حيث كان الإنفاق لكل شخص على الصحة في البلاد النامية من قبل منخفضاً في بداية الثمانينات بمتوسط 84 دولاراً في السنة بالمقارنة بـ 220 دولار في 32 بلد غني، فكانت المصادر الهزيلة المحددة للعناية بالصحة تذهب إلى المستشفيات الخاصة بالعناية بالشفاء في مدينة أو مدينتين من المدن الهامة التي قدمت بالتالي الخدمات الصحية لنسبة قليلة من السكان، وهذه هي إحدى أقل الطرق فاعلية في تحسين المستوى الصحي العام⁽¹⁾. بالرجوع إلى توجيه الاعتمادات المالية إلى الخدمات الوقائية والمجتمع المحلي، فيكون لها تأثير أكبر وفاعلية في الحد من الأمراض، وذلك عكس ما هو متبع في الدول النامية من حيث حصول المستشفيات على نحو 80% من التكاليف والميزانيات الخاصة بقطاع الصحة⁽²⁾، فضلاً عن التضخيم والديون الخارجية وتزايد أسعار المستوربات الأساسية مع انخفاض أسعار السلع التصديرية، وسوء إدارة الهياكل الأساسية الصحية، بالإضافة إلى النظرة الاستعمارية الربحية، فالصحة لدى حكومات الغرب الصناعي هي تحقيق أكبر قدر من الوفرة لشعوبها مع تعزيز هيمنتها على البلدان المختلفة وتكريس تخلف هذه البلدان بما يخدم اقتصادياتها. دون إغفال الصحة لدى الشركات متعدد الجنسيات التي زرعت جذورها في معظم البلدان النامية لتحقيق أقصى قدر من الربح، باستغلال العمالة الرخيصة وغير ذلك من التسهيلات بصرف النظر عن الاعتبارات الإنسانية.

الصحة لدى الكثير من الحكومات الإقليمية هي تبني السياسات التي تضمن وجودها وتحقيق أكبر قدر من الكسب للمجموعات الحاكمة القابضة على زمام السلطة، لهذا لا عجب أن تأتي العوامل السياسية على رأس قائمة العقبات التي تعترض استراتيجية الصحة للجميع⁽³⁾. وباستقراء أوضاع الخدمات الصحية بمجتمعنا بصفة عامة والخدمات الصحية الحكومية منها بصفة خاصة، فهذا يعكس لنا العديد من المؤشرات التي تتعلق بإنتاجية النفقة العامة داخل قطاع الخدمات الصحية.

إن هذا القطاع يعاني من المشاكل البيروقراطية الحكومية، وتضارب القرارات المنظمة لسير العمل، وتقلبات شديدة في حجم الأموال المخصصة للخدمات الصحية وعدم توافرها بالقدر المطلوب في التوقيت

¹ - فليب عطية: مرجع سابق، ص 260.

² - op_cit, p210.

³ - فليب عطية: مرجع سابق، ص 261.

الملائم وفي الاتجاهات المرغوبة، بما انعكس ذلك بآثار سلبية عديدة على خدمة الصحة المقدمة والتي اتسمت بانخفاض جودتها وعدم توافرها في غالبية الأحوال واختلال توزيعها بين المناطق المختلفة⁽¹⁾.

وباستعراضنا للعوامل المؤثرة على إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية، نجد أن إنتاجية النفقة العامة تتأثر بالعديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية بل والسياسية أيضاً، وبعض هذه العوامل يتعلق بمكونات النفقة العامة ذاتها في مجال الخدمة الصحية، حيث تختلف إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمة الصحية وفقاً لاختلاف العديد من العوامل التي تتعلق بحجم النفقة وطريقة توزيعها مثل:

- الإنفاق العام على الموارد البشرية، ويتمثل في الأجور والمرتبات والحوافز المدفوعة لإعداد وتدريب وتشغيل الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية سواء للعاملين في مجال الطب الوقائي أو العلاجي (الاستشاريين والأطباء والأخصائيين الفنيين والخدمات المساعدة).

- الإنفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة، ويتضمن بنود الإنفاق على الأدوية والمحاليل واحتياجات المعامل من مواد كيميائية.

- الإنفاق على المكون الرأسمالي، ويتضمن الإنفاق على شراء الآلات والمعدات والأجهزة المتخصصة والإنفاق على التجهيزات والمباني.

وتتعاون وتتكامل المكونات السابقة في تقديم خدمة صحية متكاملة، وبحيث تختلف نسب الإنفاق على تلك المكونات من دولة إلى أخرى، بل ولنفس الدولة من فترة زمنية إلى أخرى، نظراً لاختلاف العديد من الاعتبارات المالية والاقتصادية⁽²⁾.

وبمحاولة تطبيق العوامل المؤثرة على الإنفاق العام للخدمة الصحية على قطاع الخدمات الصحية، يعاني قطاع الخدمات الصحية من العديد من المشاكل المالية والفنية وانخفاض جودة الخدمة الصحية المقدمة وبيروقراطية بعض القرارات الإدارية منها:

- وجود خلل نسبي في قطاع المكون البشري داخل قطاع الخدمة الصحية، حيث يمثل هذا التوزيع في صالح الأطباء البشريين وفي غير صالح هيئة التمريض، بل أن هذا التوزيع معكوس الاتجاه مما نجم عنه وجود فائض العنصر الأول (الأطباء) وعجز شديد في حجم كفاءة العنصر الثاني (هيئة

¹- سعيد عبد العزيز عثمان: قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة-دراسات نظرية تطبيقية-، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص485.

²- المرجع السابق، ص496.

التمريض⁽¹⁾. لذلك فلا بد من الأخذ بمبدأ التخطيط "للكوادر البشرية" (*) اللازمة، حيث تمثل الكوادر البشرية حجر الزاوية في نجاح خدمات وبرامج الخدمة الصحية والإعداد والتخطيط لتلك الكوادر. وتمثل تلك الكوادر البشرية الحيز النسب من حجم المنفق على خدمات الصحية، فالهدف من التخطيط هو إعداد تلك الكوادر البشرية⁽²⁾.

- عدم توافر عدد كبير من الأدوية والمنتجات الوسيطة المطلوبة خلال فترات طويلة، مما أدى ذلك إلى اعتماد الأطباء على أنواع من الأدوية أقل فاعلية وكفاءة ووصف كميات للمرضى أقل من الاحتياجات الفعلية.

- عدم توافر الأرصدة المالية اللازمة لإتمام عمليات صيانة الأجهزة والمعدات الطبية وشراء قطع الغيار المطلوبة في التوقيت المناسب، حيث كانت الشكوى الدائمة للمرضى هو ضعف شديد في مستوى الخدمة المقدمة وإن الأجهزة الطبية معطلة، مما يضطر القادرين منهم على استكمال العلاج ببعض المؤسسات الطبية الخاصة ومعاناة الفقراء بالتردد المستمر على المستشفيات والوحدات والمراكز الطبية دون الحصول على العلاج المناسب والمطلوب⁽³⁾.

- تحكم بعض الجهات التي تساهم في تمويل قطاع الخدمات الصحية في كيفية توجيه هذه المساهمة واستخداماتها (المعونة الخارجية/ الهيئات من الجمعيات الخيرية)⁽⁴⁾.

باستقراء وتحليل مشكلات نقص الأدوية ووجود العديد من الأجهزة والمعدات الطبية بدون استخدام لفترات طويلة، نجد أن جزءاً من المشكلة يرجع بالفعل إلى الانخفاض الشديد في الموارد المالية للباب الثاني في الميزانية وجزءاً من المشكلة يرجع إلى وجود عدد متزايد من محترفي المرض يترددون بصورة مستمرة على المستشفيات والوحدات الصحية، رغبة في الحصول على الأدوية المجانية للمتاجرة. وجزء من المشكلة يرجع إلى عدم كفاءة العنصر البشري الذي يتولى تشغيل الأجهزة والمعدات الطبية المتاحة.

¹ - Andrew green: **An Intrroduction to health Planning indeveloping coundres**, Oxford medical publication, New york,1992, p291.

(*)- الكوادر البشرية: هو ضمان أن هناك العدد المناسب من المهنيين الذين لديهم مهارات مناسبة ومتاحة في المكان الصحيح والزمان الصحيح.

² -David.j. stoter: **Steff support in health care**, black well science it, farnce, 1997 P₃₋₆.

³ - سعيد عبد العزيز عثمان: مرجع سابق، ص523 &

⁴ - مها محمود عبد رزاق: **ترشيد النفقات العامة على الخدمات الصحية المحلية في الدول النامية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية-مصر، 1994م، ص187.

وجزء من المشكلة يرجع إلى بيروقراطية القرارات الإدارية والتنفيذية وخاصة عند المستويات الإدارية الوسطى آخر مما ينجم عنه تأخير الاعتمادات المالية اللازمة للحصول على الأدوية والعقاقير الطبية⁽¹⁾. وإذا ما حاولنا إيجاد نوع من المقارنات بين الإنفاق على الخدمات الصحية لدول العالم الثالث، فسنجد حجم الانفاقات على العناية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية قد زادت بسبب سرعة بلغت 751.8 بليون دولار في 1991 بنسبة 13.2% من حجم الناتج القومي أو 2.88 دولار لكل فرد. وأنه في عام 2000 من المتوقع أن تبلغ الإنفاقات 1.7 ترليون دولار. حيث أدى الارتفاع المستمر في إنفاقات الموجهة للعناية الصحية إلى أن تسعى الحكومة إلى الحد من الإنفاق بتدخل مباشر.

ومن العوامل المسببة لزيادة الإنفاق على العناية الطبية هي النمو السكاني، الزيادة في استخدام كل فرد للخدمات الطبية، تأثير التغييرات الاقتصادية والطبية والديموغرافية في زيادة الطلب على الخدمات الطبية والارتفاع في الإنفاق، فمنها نمو التأمين الصحي وزيادة دعم العناية الطبية العامة لكبار السن والمعوقين والفقراء وتحسين ونمو تكنولوجيا عالية تكاليف وأجور عالية في صناعة العناية الصحية، مما أدى إلى زيادة الأعباء على الاقتصادية الناتجة عن العناية الطبية عن أسعار العناية الطبية بالنسبة للأسعار العامة⁽²⁾.

3. العدالة الاجتماعية كمؤشر شمولي في توزيع الخدمات الصحية

في ظل ظهور سياسة الخصخصة وتحرير التجارة الخارجية ورفض التخطيط المركزي والأخذ بهذا التخطيط التأشيرى، وبزوغ استراتيجية جديدة تعرف باسم التنمية البشرية أو التنمية بوجه إنساني، والتي تنطلق من مبدأ أن الحرية الاقتصادية والقطاع الخاص والمبادرة الفردية جميعاً تمثل الشرط الضروري للكفاءة في إدارة الموارد الاقتصادية، ولكنها ليست الشرط الكافي في تحقيق تنمية شاملة موصولة أو مطردة، وإنما تعكس أحد أهم الأبعاد الأساسية لتحقيق التنمية وهي العدالة الاجتماعية، لأن التنمية تصبح سراباً خادعاً إذا لم تنتشر ثمراتها إلى كل فئات المجتمع⁽³⁾. خاصة في قطاع الخدمات الصحية، فلا بد أن تتسم الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بالعدالة والمساواة. ويتحدد مفهوم العدالة الاجتماعية كونها تمثل نظام مثالي يتمتع فيه أفراد المجتمع بنفس الحقوق الأساسية وتكافؤ الفرص والحماية والواجبات

¹ - المرجع السابق، ص 524.

² - porthy p .rice: **Health care-financing in encyclopedia of social work**, 19 edition nasw, vol 2, usa, 1995, p1188

³ - سعيد النجار: **تجديد النظام الاقتصادي والسياسي في مصر**، الجزء الثاني، دار الشروق، القاهرة-مصر، 1997م، ص 165.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

والخدمات الاجتماعية⁽¹⁾. وأن كل مواطن يجب أن يحصل على الأقل على الحد الأدنى من تلك السلع والخدمات وألا يحرم أحد منها تماما".

كما يتجسد العدالة الاجتماعية في توزيع الخدمات، أي أن يحصل كل المواطنين في مجتمع ما على نفس القدر أو الكمية من هذه الخدمات بغض النظر عن العوامل الأخرى مثل مدى حاجاتهم لها وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية.

فالعدالة في توزيع الخدمات (بما فيها الخدمة الصحية) تعنى أن يكون لكل المواطنين حق اللجوء إلى هذه الخدمات واستخدامها والتمتع بها في أي وقت دونما أن تكون هناك اشتراطات مسبقة أو محاذير تحول بينهم وبين ذلك⁽²⁾. لأن تحقيق المساواة والعدالة في توزيع الخدمات الصحية بين كافة المواطنين يعد هدفاً أساسياً للسياسات العامة في توفر الخدمات الصحية⁽³⁾.

كما تعد درجة شمول الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من الأفراد من أهم مؤشرات تقديم الخدمة الصحية، ويعبر عنه ما يعرف بمقياس مدى تغطية أو شمول السكان بالخدمات الصحية. حيث يستخدم تعبير التغطية ليصنف جانبين مختلفين تماما من جوانب توفر الخدمات الصحية:

الجانب الأول، وهو ما يعرف بسهولة المنال، في حين يعرف الجانب الثاني بالاستخدام الفعلي للخدمات الصحية، وهناك ثلاثة صور سهلة المنال ماديا واقتصاديا وثقافيا، حيث يحتاج الأمر عند دراسة أهداف سهولة المنال ماديا تحديد الحد الأدنى المقبول من المسافة بين الوحدة الصحية أو المستشفى والأهالي الذين تخدمهم. وتشمل سهولة المنال اقتصاديا المقدرة على الإنفاق على كافة بنود الخدمة الصحية، فقد يتم بناء مستشفى عام إلا أن انخفاض حجم الموارد الاقتصادية قد يؤدي إلى غلق بعض الأقسام المخصصة في هذا المستشفى، نتيجة ارتفاع تكاليف إدارتها وعدم وجود المعدات اللازمة في هذه الأقسام.

¹ - يحيى حسن درويش وآخرون: تنظيم المجتمع أسس نظرية وأجهزة-سلسلة قراءات في تنظيم المجتمع-، الكتاب الرابع، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1983م، ص153.

² - Julian legrand, Ray Robinsan: **Teconomics of Social problems; the Market Versus the state-2nd ed**, Macmillan. Press ltd London ; 1984, p38.

³ - هبة أحمد نصار: دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة-مصر، 1983م، ص130.

ونقصد بسهولة المنال ثقافياً أن تكون الخدمات الصحية المقدمة مقبولة لمن تقدم إليهم من أفراد المجتمع⁽¹⁾، خاصة وأن تلك الخدمات الصحية تعد مسؤولية اجتماعية داخل إطار المجتمع المحلي وخارجه، وحتى يستطيع الوصول إلى طرق يمكن بها مواجهة حاجات المجتمع من الخدمات الصحية⁽²⁾، والتي تأثرت إلى حد كبير بسياسات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة. وهذا ما رصدته كثير من الوثائق حول الآثار الاجتماعية لحركة الإصلاح (بما فيها أثرها على الصحة) ففي القطاع الصحي هناك انهيار عام للخدمة الصحية العلاجية والوقائية، نتيجة نقص المعدات والإمدادات الطبية وسوء ظروف العمل وانخفاض أجور العاملين الطبيين. وهنا نجد أن التشغيل يعوض نقص الأموال جزئياً باقتضاء رسوم تسجيل واستخدام مثل تلك الرسوم التي يتقاضاها في بعض المشروعات، مثل مشروع استعادة تكلفة الأدوية. غير أن هذه العملية تعني خصخصة جزئية لخدمات اجتماعية خاصة أساسية والاستبعاد الواقعي لقطاعات واسعة من السكان العاجزة عن دفع مختلف الرسوم المرتبطة بخدمات الصحة⁽³⁾. وذلك يتنافى مع تحقيق مبدأ العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية اللذان يمثلان قيمتان أساسيتان من قيم الإنسانية، واحترامهما أمر لا غنى عنه للسلم والتقدم، كما أن غيابهما يمكن أن يؤدي إلى إثارة الاستياء وزعزعة الاستقرار⁽⁴⁾.

وعلى الرغم من أن الأفراد يولدون في ظروف اقتصادية واجتماعية غير متساوية إلى حد كبير، فإن التباين الكبير في أحوالهم أو في فرص الحياة والخدمات المتاحة أمامهم يعد إهانة في حالة احساس بعدم العدل⁽⁵⁾. فالنمو الاقتصادي والعدالة الاجتماعية يعدان هدفان متوافقان، فلا يمكن أن ينمو الاقتصاد بمعدل أسرع إلا إذا خصص مزيداً من الموارد لمعالجة المشكلات التي تواجه القصور في الخدمة الصحية والطبية، والتي تواجه شرائح السكان الأقل حظاً في المجتمع⁽⁶⁾.

1- المرجع السابق، ص148.

2- عبد المجيد الشاعر وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2000م، ص52.

3- ميشيل تشوسود فيسكي: عولمة الفقر، ط2، ترجمة محمد مستجير مصطفى كتاب سطور العاشر، القاهرة-مصر، 2000م، ص66.

4- تقرير لجنة الإدارة شؤون المجتمع العالمي: جيران في عالم واحد، ، ترجمة مجموعة من المترجمين، سلسلة عالم المعرفة- المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب-، العدد 201، لبنان، سبتمبر 1995م، ص71.

5- المرجع السابق، ص72.

6- مارتن نيل بايلي وآخرون: النمو مع المساواة هدف السياسة الاقتصادية للقرن القادم، ترجمة محمد فتحي صفر، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة-مصر، 1996م، ص16.

ولسياسة الحكومة دورا هاما وفعالاً وحاسماً في توفير الخدمة الصحية لتلك الفئة من السكان محدودي الدخل والاقبل حظاً في المجتمع، فعلى سبيل المثال وبالنظر إلى المشكلة التي تتكرر ملاحظتها والمتمثلة في التوزيع السيء للخدمة الصحية، فهذا التوزيع غير الملائم يعكس ضمنه من بين أشياء أخرى حقيقة أن كلا من المستشفيات والأطباء يميلون بدافع الربح والفائدة، حيث أن الأرباح القليلة أو غير المتاحة تؤثر على توفير الخدمة الصحية بالصورة الملائمة لبعض الجماعات المحرومة (الفقيرة).

وهنا يكون التصرف السياسي من قبل الحكومة أمراً ضرورياً،(فعلى سبيل المثال انخفاض الدخل الحكومي)، فإن العديد من المستشفيات تدعي أنها لا تستطيع توفير العلاج المجاني للأعداد المتزايدة من المرضى غير المؤمن عليهم صحياً والذين يطلبون المساعدة، مما يسبب حدوث أزمة في توفير الخدمة الصحية للطبقات الفقيرة في المجتمع، خاصة وأن هناك نماذج مختلفة من المرض وتنوع في الخدمة الصحية فيما بين الطبقات الاقتصادية والاجتماعية، فالأفراد في الطبقات الدنيا يعانون من المشكلات الصحية أكثر من أولئك الواقعين في الطبقات المتوسطة، والعليا يكونون أقل معرفة وأقل احتمالاً في تحمل تكاليف الخدمات الصحية الخاصة، (بما فيها زيادة الأطباء بالعيادات) ويكونون أقل دراية واحتمالاً بالممارسة الصحية الجيدة (عدم التدخين، النظام الغذائي المناسب) وأقل احتمالاً في أن يكون لديهم مقاييس صحة للمناعة مثلاً التطعيم، والأقل في أن يتوافر لديهم تأمينات صحية⁽¹⁾.

وهنا يبرز دور الدولة في ضرورة توفير الخدمات الصحية لتلك الفئات الفقيرة على قدر العدالة والمساواة مع الفئات المتوسطة والعليا⁽²⁾.

4. فاعلية تحديد سعر الخدمات الصحية المقدمة

إن سعر الخدمة المقدمة هو جزء متكامل من الخدمة نفسها، ويمكن اعتبار السعر هو بيان للقيمة أو وجه للتكاليف أو خطة للتسويق وفي الخدمات الإنسانية بصفة عامة، خاصة في القطاع الذي لا بتطلب الربح، حيث يمكن استخدام السعر كوسيلة فعالة لتحقيق الأهداف. بمعنى أنه يمكن استخدام السعر لتدعيم بعض الخدمات والموارد حسب أولوياتها وبحيث لا تتعارض مع رسالة المؤسسة. ويربط الاقتصاديون ونظرياتهم الاقتصادية عند تحديدهم للأسعار بين كل من السعر والتكلفة والمنافسة ومرونة الطلب في الأسواق التنافسية، ذلك أنه في ظل قوى المنافسة يلجأ مقدمي الخدمة إلى زيادة الحد الأقصى لإنتاجهم لدرجة أن يساوي معها السعر مع الحد الأدنى للتكلفة.

¹ – Robert H, Lauer: **Social problems and the quality of life**, Mr Graw Hill, New York, 1998, p516.

² – **Ibid**: p518.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

وفي الخدمات الصحية البشرية يتأثر سعر الخدمة الذي يدفعه مستخدمي تلك الخدمة بسياسة الدعم العام والتطوعي (خاصة المؤسسات غير الربحية) حيث يوجد اختلاف بين السعر الذي يدفعه المستفيد من الخدمة ومستخدميها وبين تكلفة انتاج الخدمة، بحيث يكون في الغالب السعر الذي يدفعه المستفيد من الخدمة أقل بكثير من تكلفة انتاجها⁽¹⁾.

ومن وجهة النظر التسويقية، فإن السعر هو أداة لمواصلة ومتابعة تحقيق المؤسسة لأهدافها، كما يمثل إدارة تخطيطية لإستنتاج واستشارة المستهلكين وتعزيز صورة السلعة أو الخدمة المقدمة⁽²⁾.

علما بأن مقدمي الخدمات الإنسانية والصحية يواجهون اعتبارات معيارية في تطوير خطط الأسعار بسبب أن الخدمة الصحية لها صفات فريدة عن غيرها من الخدمات، مثل أن تلك الخدمات غير ملموسة، وأن الخدمة لا يمكن تقييمها أو الحكم عليها إلا بعد الحصول عليها من مقدمها، كما إن العملاء غالباً يعتبرون أنفسهم عاجزين عن تحديد مدى حاجاتهم لتلك الخدمة الصحية المعنية ولأن الحصول على معلومات عن الخدمة صعب الوصول إليه أو تحديده، وبذلك يصبح السعر هو أحد المؤشرات عن مدى جودة الخدمة. فالعملاء من الممكن أن يطلبوا المزيد من خدمة معينة عندما يتم رفع سعرها وذلك لأنهم قد يرجعوا الزيادة في السعر إلى زيادة مماثلة في جودة الخدمة⁽³⁾.

وعليه، فإن سعر الخدمة يمكن أن يتغير بالطرق الآتية:

- جودة الخدمة يمكن زيادتها أو نقصانها.
 - جودة الخدمة يمكن زيادتها والإقلال من الخدمة المقدمة.
 - مدى الخدمة يمكن اتساعه أو انكماشه.
 - التبادل التالي يمكن زيادته أو الإقلال منه.
 - الوقت المتاح لدفع تكاليف الخدمة يمكن أن تكون محدد، وصارم أو رمزي⁽⁴⁾.
- وتتحدد فاعلية تحديد سعر الخدمات الصحية المقدمة من خلال:

¹- paul, R, Raffaul c, Aroan Maneece: **op-cit**, p39, 41.

² -Stephen t, Moore, Pricing : Anormative strategy in the delievry of human services, **in journal of social work**, NASW, volume 40 Nouvenber 4 July 1995, p473.

³-**Ibid** : p475.

⁴-**Ibid** : p476.

أ. التكلفة الفردية للخدمة الصحية

تؤثر سياسات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة على التكلفة الفردية للخدمة الصحية من خلال ثلاث آليات "برامج استعاضة التكاليف" تدهور الخدمة الصحية العامة ارتفاع أسعار العلاج والدواء. فمن خلال دراسة تتبعية لأهداف سياسات وزارة الصحة، نجد حدوث تحول واضح فيها منذ منتصف الستينيات، بغرض إعادة النظر في درجة شمول الخدمات العلاجية المجانية. لقد كان المبدأ منذ الستينات هو توفير كل من التعليم والصحة مجاناً، لذا فقد تركزت السياسة الصحية في أوائل الستينات على ضرورة تحقيق التغطية الصحية الشاملة للخدمات الحكومية في الريف والحضر من خلال توفير شبكة خدمات تقدم العلاج لكل المواطنين دون مقابل مباشر. ولكن في منتصف الستينات بدأ ظهور العلاج بأجر داخل المستشفيات الحكومة تحت مسمى العلاج الاقتصادي، وفي مارس 1964 بدأ التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية.

وفي السبعينيات، لم يتأثر هدف التغطية بالعلاج المجاني، على الرغم من اتساع أهداف السياسة الصحية البحثية والوقائية، ومنذ بداية الثمانينات احتل العلاج المجاني مكانة ثانوية، حيث حدث تحول واضح في سياسة وزارة الصحة وازدهر دور المشروعات المشتركة ودور المعونات الأجنبية⁽¹⁾. لقد شهدت السياسات الصحية منذ منتصف الثمانينات تغيرات رئيسية، تحولت من تأكيد الخدمات المجانية لكل السكان إلى دعم الاتجاه نحو فرض رسوم على الخدمات الصحية العلاجية، مما أدى ذلك إلى تبني التأمين الصحي الاجتماعي وتحسين برنامج استعاضة التكاليف، وكان هدف هذا البرنامج هو تحقيق الإكتفاء الذاتي في وزارة الصحة، حيث اتضح ذلك في أهداف السياسة الصحية للخطة الخماسية 1987-1992 وبيان الحكومة عن برنامج وزارة الصحة بإعادة النظر في السياسة العلاجية، وذلك بغرض مشاركة القادرين على تكاليف العلاج وتشجيع القطاع الخاص. ويعتقد أن برنامج استعاضة التكاليف هو من أهم برامج سياسات التحرير وللإصلاح الاقتصادي والخصخصة المؤثرة على سعر الخدمة الصحية من خلال ثلاث مكونات أساسية:

- تطبيق نظام استعاضة التكاليف على بعض أسرة وزارة الصحة في عدد من المستشفيات انطلاقاً من وجود رغبة في الدفع لدى المستهلكين مقابل خدمة أفضل.

¹- سمية أحمد عبد المولى: مرجع سابق، ص 228.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

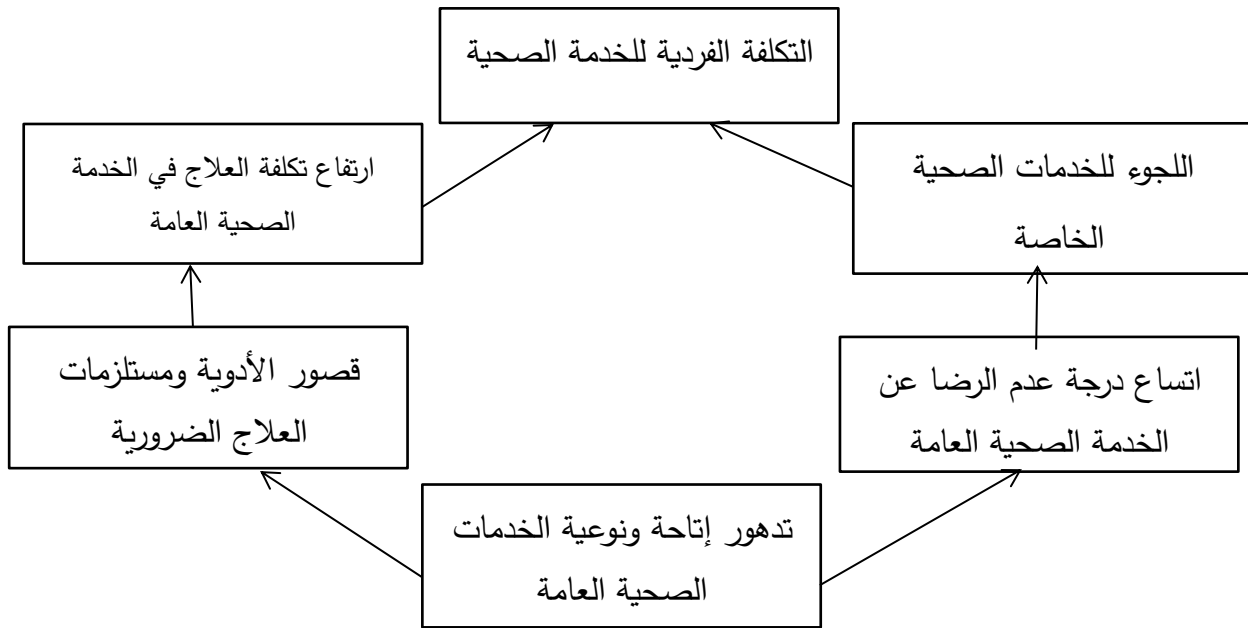
- تحسين كفاءة الإدارة وتوسيع خدمات المؤسسات العلاجية والتأمين الصحي على وجه الخصوص، نظراً لأنها توفر خدمات صحية على أساس استعاضة التكاليف.
- تشجيع القطاع الخاص⁽¹⁾.

وقد أدى هذا الاتجاه إلى زيادة معدلات وحدات العلاج الاقتصادي على حساب وحدات العلاج المجاني⁽²⁾.

ب. تدهور الخدمة الصحية العامة

تؤثر السياسات الإصلاحية وسياسات الخصخصة بشكل غير مباشر على التكلفة الفردية للخدمة الصحية، وذلك من خلال تأثيرها السلبي على الخدمات الصحية العامة سواء من المنظور المتاح أو النوعية، إذ يؤدي هذا التأثير إلى تصاعد التكلفة التي يتحملها الفرد مقابل الخدمة الصحية وذلك من خلال رفع تكلفة العلاج في الخدمة الصحية العامة، تزايد اللجوء للخدمات الصحية الخاصة.

الشكل رقم(04): يوضح التكاليف الفردية للخدمة الصحية



المصدر: من إنجاز الطالبتان.

وسياق على ذلك فقد أصبحت الغالبية العظمى من المستشفيات العامة تعاني من نقص حاد في كافة المدخلات الصحية والمضادات، حقن أدوية، أدوات، الأمر الذي يدفعها إلى مطالبة المرضى بضرورة توفيرها على نفقتهم الخاصة قبل بدء العلاج، فالأدوية التي كانت متاحة بسعر مدعم لم تعد

¹- المرجع السابق، ص229.

²- paul, R, Raffaul c, Aroan Maneece: op-cit ,p55.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

متاحة، مما يزيد من عبء تكلفة الإنتاج التي يتحملها مستخدمو الخدمة الصحية العامة، وتجبر بذلك النوعية السيئة للخدمات الصحية العامة للمرضى على استخدام خدمات القطاع الخاص، التي تعد مرتفعة التكلفة للغاية بالنسبة للمواطن المتوسط⁽¹⁾.

وهذا الارتفاع الباهظ الذي وصل إلى حد الانفجار، لم يقتصر على بعض الدول فقط، بل أصبح يمثل ظاهرة في العديد من أنظمة الخدمة الصحية في الدول الرأسمالية الكبرى والولايات المتحدة-بريطانيا-كندا.

والسبب في هذا الارتفاع الباهظ لأسعار الخدمات الصحية هو التضخم الشديد في نفقات أنظمة الخدمات الصحية، فحسب الخبرات والتجارب السابقة، فهي تمثل ستارًا للمشكلة ولا تجسد كفاءة الخدمات الصحية.

وأنة كلما حدث ازدياد وتضخم في حجم الإنفاق الحكومي العام على القطاع الصحي، فإن تلك الزيادة تنعكس سلبياً على جودة تقديم الخدمات الصحية.

إضافة إلى زيادة ديون الحكومة لتمويل هذه النفقات المتنامية وما يمكن أن ينتج عن ذلك من آثار تضخمية سيئة على اقتصاد الدولة عامة وعلى مستويات دخل الأفراد وسعر الصرف للعملة، فضلاً عن زيادة العبء الذي يتحمله دافعوا الضرائب من المواطنين لتمويل هذه النفقات المتزايدة⁽²⁾.

إن قضية تمويل الخدمات الصحية هي القضية الأساسية والمحورية التي تؤثر بشكل مباشر على ارتفاع أسعار الخدمات الصحية، علماً بأن هذه القضية ليست جديدة، بل أنها كانت محور اهتمام صناع السياسة في الولايات المتحدة في العقد السابقين، وذلك من خلال عدة مراحل مختلفة الضوابط. ففي عهد نيكسون قامت الإدارة الأمريكية بفرض ضوابط على الأجور والأسعار الخاصة بالخدمات الصحية، وكان ذلك في بداية السبعينات وفي عهد كارتر. وفي نهاية السبعينات عملت الإدارة الأمريكية على السيطرة والحد من تكاليف المستشفيات، وفي الثمانينات تم تطبيق نظام الدفع مقابل الحصول على خدمة. وفي عام 1993 لعبت السياسة دوراً هاماً في تمويل العناية بالصحة حين تم تعيين هيلاري كلينتون كرئيسة لإصلاح الخدمة بالصحة، حيث وضعت خطة سياسة قومية للخدمة بالصحة حتى تكون تلك الخدمة متاحة لكل الأمريكيين كما أكد كلينتون أن الأفراد غير المؤمن عليهم طبياً يمكن تحويل خدماتهم الصحية بالسيطرة على الزيادات التي تطرأ على الخدمة بالصحة، ولكن بعد فترة من الزمن وجد

¹ - المرجع السابق، ص 235.

² - Ake blam qvist, *op-cit*, p4.

أن المدخرات لن تغطي التكاليف، ما لم تنفذ ضوابط الأسعار، مما أدى إلى استمرار ما يسمى "بأزمة الخدمة الصحية" في الولايات المتحدة الأمريكية⁽¹⁾.

ثانياً: التطبيقات العملية لسياسة الخصخصة

تجسدت هذه التطبيقات في:

1. اندماج سياسة الخصخصة في عملية إصلاح الأوضاع الصحية

ولما كانت الخصخصة سياسة اقتصادية إصلاحية تتم في المجتمع، فإنها لا تكون بمعزل عن السياسات الاقتصادية الأخرى، ذلك أنه لنجاح الخصخصة نحتاج إلى تكامل تلك السياسة مع السياسات الأخرى في المجتمع. والحقيقة أن تحقيق الإصلاحات في كل من السياسات النقدية والمالية وتهيئة الرأي العام والحصول على القبول العام تجاه الخصخصة تتحدد أهميتها في:

أ- تهيئة الرأي العام

ينبغي القيام بهذه الحملة قبل البدء بتنفيذ الخصخصة، حيث ينبغي توضيح مفاهيم الخصخصة وأثارها المتوقعة من خلال وسائل الإعلام المختلفة وعن طريق عقد الندوات والمحاضرات وغيرها، والسبب في ذلك أن شريحة هامة من أبناء المجتمع الذين تعودوا على وجود القطاع العام ما تزال تتمسك بفكرة الملكية العامة، على أساس أنها ترتبط بفكرة العدالة التوزيعية وخدمة الدولة لجميع أفراد المجتمع، أو نتيجة لأن مصالحهم ارتبطت بوجود القطاع العام، ومن ثم تواجه سياسة الخصخصة معارضة شديدة من هؤلاء⁽²⁾.

ب- إعداد إطار مؤسسي جيد لبيئة الأعمال

يعد من أهم أسس الخصخصة والتحول للسوق، ذلك أن الجوانب السياسية والاقتصادية والاجتماعية في الدولة⁽³⁾ كما أوضحت منطقة الإسكوا تكون على كافة المستويات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وتشمل على حماية حقوق الملكية والعقود التي تعد من أهم الترتيبات في عملية الخصخصة وعلى الأطر التشريعية التي تشجع المنافسة وتمنع الاحتكار. كما تشمل الاستثمار من خلال حوافز وإعفاءات ضريبية

¹ - Carl, g, leukefeld, richard welsh,.: **Health services systems policy, in encyclopedia of social work** ,volume 2, 19 edition, NASW, 1995, p1206.

² - تقييم برنامج الخصخصة في منطقة الإسكوا: مرجع سابق، ص218.

³ - المرسي السيد الباحي: مرجع سابق، ص93.

وتنظيم العمل والضرائب، والتجارة الدولية وتنظيم أسواق المال وغيرها، ولذا نجد أن كثيرا من الدول قد أصدرت قوانين تتعلق بالخصخصة والتي أدخلها البعض ضمن مواد دستور القانون الأساسي⁽¹⁾.

ج- إنشاء آليات لتنفيذ الخصخصة

يتطلب الأمر هنا إنشاء منظمة أو إدارة حكومية أو جهاز له مهام محددة كوزارة للخصخصة، أو لجنة وزارية، أو مجلس أعلى للخصخصة برئاسة رئيس الوزارة وعضوية عدد من الوزراء للقيام بالمهام التالية:

- تحويل المنشآت العامة إلى شركات قابضة من أجل التهيئة لعملية الخصخصة، حيث يعطي ذلك للشركات استقلالا ماليا وإداريا من أجل تحسين أدائها.
- إعداد برنامج الخصخصة: أي وضع إطار عام للشركات التي يمكن إدراجها ضمن الخصخصة ومدى أهميتها للاقتصاد القومي.
- إعداد تقييم الشركات وتحديد قيمة السهم بها: هذه الخطوة من أهم خطوات تنفيذ الخصخصة لأنه يمكن أن يترتب على عدم الإفصاح والشفافية في هذه الخطوة فساد كبير (كما حدث في بعض دول التحول الاشتراكي)، ويتم هذا الإجراء عن طريق المنظمات الحكومية والمكاتب الاستشارية بالتعاون مع الأجهزة الرقابية في الدولة.
- اختيار أساليب الخصخصة: بيع كلي لأصول أو بيع جزئي لقسم رئيسي أو من خلال طرح الأسهم في البورصة، أو البيع للعاملين أو منح حقوق الامتياز أو عقود الإدارة أو غيرها.
- مساعدة الشركات المتعثرة عن طريق إعادة هيكلتها في إطار تهيئتها للخصخصة.
- إعداد قاعدة بيانات للخصخصة، وهي من أهم المهام التي تناط بالوحدات أو الوزارات العاملة في مجال الخصخصة، حيث تمثل إطارا هاما لحجم القطاع الخاص في الدولة، وأساليب الخصخصة وغير ذلك من البيانات والمعلومات الملائمة.

د- دعم وتقوية أسواق المال

يعد وجود سوق للمال (وبورصة للأوراق المالية) من الشروط الضرورية اللازمة لإنجاح عملية الخصخصة⁽²⁾.

¹- تقييم برنامج الخصخصة في منطقة الاسكو: مرجع سابق، ص16.

²- المرسي السيد الجاحي: مرجع سابق، ص102.

2. خصخصة الخدمات العلاجية الصحية

لقد أصبحت قضية الخصخصة بالنسبة للخدمات العامة محور اهتمام من الهيئات الرسمية والشعبية أو من مختلف القوى التي قد ترى في هذا الاتجاه افتراء على حقوق مكتسبة أو مساساً بمستوى معيشي معين، ولعل من أبرز المجالات الخدمية التي لقيت اهتماماً بالغاً على الصعيدين الرسمي والشعبي، ما يتصل بالاتجاه نحو الخصخصة بالنسبة للخدمات الصحية والطبية للمواطنين المقدمة بالمجان، وتشمل خدمات المستوصفات العامة والمراكز الصحية والمستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة. كما تشمل الكشف والعلاج وما يتطلبه من أدوية أو من عمليات جراحية إلى غير ذلك من الخدمات، إلا في حالات محددة تفرض عليها بعض الرسوم الرمزية⁽¹⁾. وعلى الرغم من ذلك، أصبحت الخصخصة هي العامل الرئيسي الحديث في مدى تحكم الحكومات في التكاليف المتصاعدة للخدمات الاجتماعية عامة وللخدمة الصحية، خاصة عند مواجهتها للمراحل الاقتصادية التي تمر بها البلاد وإعادة الهيكلة لنظمها، مما أدى إلى أن يحل القطاع الخاص والتطوعي محل القطاع العام وينوب عنه في تقديم الخدمات، حيث أظهرت تلك المؤسسات الخاصة والتطوعية تنوعاً ملحوظاً ومرونة وقدرة على التأقلم مع المتغيرات البيئية والسياسية والاقتصادية المحيطة⁽²⁾.

حينئذ بدأت ظاهرة "إحلال القطاع الخاص محل القطاع العام" في الظهور منذ بداية العقد السابع من القرن العشرين بظهور مدخلان متميزان من مداخل إصلاح أوضاع النظام الصحي للبلاد وهما حسب ترتيب ظهورهما:

- المدخل الأول: وهو المدخل الذي يؤمن بأن السبيل الأمثل لإصلاح نظامنا الصحي المتهاك والمتردى، هو إطلاق يد القطاع الخاص فيه أملاً في أن تؤدي المنافسة التي ستولد عن ذلك إلى ارتفاع معدلات كفاءة النظام الصحي القائم (بمعنى انخفاض تكاليف - ارتفاع جودة خدماته).
- المدخل الثاني: وهو المدخل المعروف باسم "المنافسة الخاضعة للرقابة" ومن أبرز رواده "ألان أنتوفن" Alain Enthoven الذي ينادي بأن المنافسة الخاضعة للرقابة الحكومية والتي تكون بين

¹- الفاروق زكي يونس: السياسة الاجتماعية بين دولة الرعاية وخصخصة الخدمات مع التطبيق على دولة الكويت، المؤتمر العلمي السابع "الخدمة الاجتماعية وتحديات المستقبل لسياسات الرعاية الاجتماعية"، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الكويت، 7-9 سبتمبر 1993م، ص 24.

² - Ralph M.Kramer, Hakon Lonrentzen: Privation in four European countries comparative Studies in Government, Third Sector Relation Ships, in **Journal of social work**, Volume40. N4, NASW July, 1995, P.569.

لاعيين من القطاع الخاص ساعيين لتحقيق وتعظيم الربح هي وحدها القدرة على إصلاح نظامنا الصحي ومنعه من الوقوع في أخطائه.

إلا أن هذان المدخلان لم ينجحا منذ سبعينات القرن العشرين حتى الآن على إحداث الإصلاحات الجذرية المأمولة. وفي ظل فشل هذان المدخلان، فقد ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية منظومات فكرية جديدة للخدمة الصحية⁽¹⁾.

ووفقا لهذين المدخلين، برز توجيهين فكريين أساسيين:

- الفكر الأول: هو وجهة نظر تخطيطية ومنظمة مبنية على افتراض أن الموارد الصحية يمكن توزيعها بأفضل طريقة، من خلال تحديد الاحتياجات وتشكيل السبل المناسبة لها وبالاعتماد على الخبراء والمتخصصين.

- الفكر الثاني: يؤكد بضرورة السماح للمرضى أو المنظمات المقبلة على شراء الخدمات الصحية، وبتحديد متطلباتهم وفقا لتقديراتهم الخاصة للاقتصاديات التنافسية في السوق، بحيث يكون أفضل نموذج لخدمة صحية أكثر وأكفء من نظام الخدمة الصحية الذي تحدده وتنظمه السلطات الحكومية.

ولم يستطع أي من الفكرين السابقين أن يصف بدقة تعقد المجال الطبي وتنوعه والحوازر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والسلوكية⁽²⁾.

ومع تغير الظروف الاقتصادية، تكاثر معدل نمو الاستثمار في الخدمة الصحية إلى صناعات ببلالين الدولارات، وخاصة تعدد مؤسسات الخدمة الصحية والطبية الخاصة، فمنها المستشفيات ووحدات غسيل الكلى القائمة بذاتها ومراكز الجراحة ومعامل التحاليل ودور الخدمة الربحية وخدمات الطوارئ. ولقد أشار "أرنولد ريلمان" Arnold Relman محرر المجلة الطبية لإنجلترا الجديدة إلى نمو النشاط التجاري في المجتمع الطبي باسم "المركب الطبي الصناعي الجديد"، حيث يعرف هذا المركب بأنه شبكة متنامية الأطراف من المؤسسات الخاصة المشتركة في أعمال إمدادات الخدمات الصحية للمرضى في مقابل ربحي، وهي خدمات كانت تقدم في الماضي بواسطة المؤسسات غير الربحية⁽³⁾.

¹ -David Mechanic : **From Advocacy To Allacation ;The Evolving Amierican Care System** ,The Free Pree Adivision Of Macmillan , Inc , New York , 1986 ,P_{34,35}

² - **Ibid:** p₃₆.

³ - Michael Gordan, Jack Mintz ,Dunjie Chens Funding Canadas Health Care System : **Atax Based Attaranative To Avilable** . ON Line In Http://WW.Cme.Ca/Cmag/Val.159/Issue.5/1.11/2021.04:53

كما ظهرت العديد من الآراء التي تنادي بمزيد من خصخصة الخدمات الصحية، ففي كندا على سبيل المثال أشار العديد من الأطباء إلى أن نظام الخدمة الصحية الكندي سيفشل إذا لم يتم صب موارد مالية جديدة له والسعي إلى خصخصة جدية لنظام الخدمة الصحية، حيث أفادوا بأن الأخذ بنظام شراء أو دفع مقابل الحصول على الخدمة الصحية قد يقدم موارد إضافية إلى النظام تعوض على حد ما التناقص الحاد في قيمة التمويل المقدم إلى الخدمة الصحية من قبل الجهود الفدرالية والإقليمية لإزالة عجز الموازنة⁽¹⁾.

ويتفق مع رأى هؤلاء الأطباء الكنديين العديد من آراء الكتاب الذين يرون أن مسألة العجز في تمويل القطاع الصحي تطرح وتؤدي إلى العديد من المشكلات للنظام الصحي، كما يرون أن تقديم الخدمات الصحية بصورة مجانية إلى المواطنين بواسطة الحكومة ليس بالضرورة هو أفضل الطرق لمجابهة تلك المشكلات بالنظام.

فالخدمات الصحية يمكن أن تقدمها المؤسسات الخاصة حيث يتمتع القطاع الصحي بتاريخ طويل في قيام القطاع الخاص بتقديم خدماته، فحسب إحصائيات البنك الدولي، فإن غالبية الإنفاق على خدمات الصحية تتم في القطاع الخاص حيث تتمتع دول أمريكا اللاتينية، مثال بدرجة كبيرة من التقدم الصحي ويمثل التأمين الصحي درجة كبيرة من التقدم في تلك الدول حيث يتولى التأمين الصحي بغطية مجموعات من العاملين وفي حالات أخرى تقوم شركات التأمين الخاص بتغطية الأفراد الغير مؤمن عليهم، وطبقاً لخدمة الصحية القومية المطبقة في المملكة المتحدة، فإنه حق للمواطنين بل ويتم تشجيعهم على أن يختاروا الأطباء المعالجين لهم، حيث تتم بعد ذلك دفع المبالغ المحددة لهم عن كل مريض في قوائم علاجهم من الأموال العامة⁽²⁾.

• وعموماً، فإن سياسة خصخصة الخدمات العلاجية الصحية (والأخذ باقتصاديات السوق) قد خلفت وراءها مبدأ الدفع من أجل احتواء التكاليف، حيث كان من نتائجها الفصل بين النظم الصحية الخاصة (القطاع الخاص في المجال الصحي) والنظم الصحية العامة (القطاع العام في المجال الصحي) والتوسع المذهل من قبل القطاع الخاص الهادف للربح⁽³⁾.

¹- Gabriel Roth ,**privatization of public services, in steve H ,hanke** ,privatization and Development, International center for Economiec Growthics Press sanfrancisco,1987,p130,131.

² - Michael Gordon , Jack Mintz: op-cit.

³- Ralph M .Kramer, hakan Iorntez, op-cit,p570.

ومن المؤيدين لخصخصة القطاع الصحي: ضرورة التوجه إلى الخصخصة الجزئية للقطاع الصحي العام لأن الوضع الصحي ومستوى الأداء في هذا القطاع يتسم بالجودة، والغاية الأولى والأساسية في خصخصة هذا القطاع هو التخفيف أولاً من الإرهاقات المالية المتزايدة لميزانية الدولة، وتحقيق أداء فني طبي عالي المستوى يتميز بخدمة علاجية جديدة. فالاتجاه نحو الخصخصة لهذا القطاع واجب نتيجة النجاح الكبير الذي حققته الخصخصة والمتمثل في تحسين مستوى الخدمات، حيث تعتبر الخصخصة أسلوب جديدة لإدارة المرافق العامة خاصة الصحية لأنها من أهم المرافق في الدولة⁽¹⁾.

أكد المختصون في هذا المجال أن خصخصة القطاع الصحي أمر مطبقاً عالمياً، حيث أثبت النجاح لكون القطاع الصحي من أهم القطاعات الحساسة، وكونها تلامس كل الطبقات الاجتماعية، وأن الهدف الحقيقي وراء خصخصة القطاع الصحي هو تقديم أفضل الخدمات الصحية وتحقيق فائض اقتصادي.

أما المعارضين لخصخصة القطاع الصحي: باعتبار القطاع الصحي العام يقدم خدماته وبثمن رمزي لحوالي 85% من السكان، وأن شريحة لا بأس بها من الفقراء والمحتاجين منهم بالمجان، وأن هذا القطاع مليء بالأخطاء والمساوئ التي يمكن علاجها وإصلاحها، ولكن هناك معارضين لفكرة خصخصة القطاع الصحي، حيث دعوا إلى دعم هذا القطاع عن طريق استمرار دعم الحكومة ببناء المستشفيات وتجهيزها، وأن الوضع الصحي العام في قطاع وزارة الصحة بحاجة إلى إعادة نظر ودراسة معمقة للوقوف على مختلف السلبيات الموجودة فيه، ومحاولة معالجة النقائص التي يعاني منها وإصلاحها بدراساتها ووضع الخطط الكفيلة وتجهيزها بأحسن الأجهزة، وتحسين مستوى الخدمة الطبية المقدمة وتقليص الأعمال التي كانت تعاني منها المستشفيات⁽²⁾.

3. انعكاسات سياسة الخصخصة على المستوى التخطيطي والتنفيذي

إن اعتماد مفهوم التخطيط المركزي يعتمد في جانب كبير منه على تفصيلات السلطة المركزية، وبعد أن وقعت مع صندوق النقد الدولي والبنك الدولي في عام 1991م اتفاقاً بهدف تحقيق سياسات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة في بعض الدول، وبمقتضى هذا الاتفاق، تم تعميق سياسات الإدارة الاقتصادية عن طريق آليات السوق وزيادة الاعتماد على القطاع الخاص في إشباع الحاجات العامة،

¹- المرجع السابق، ص115.

²- ميادة عبد القادر إسماعيل: التنظيم القانوني لخصوصية المرافق العامة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية-مصر، ص113.

والذي يعني أن يكون للحكومة المباشر في النشاط الاقتصادي محدودا، أو أن يكون تأثيرها في الاقتصاد القومي الإجمالي كبيرا⁽¹⁾. بمعنى يجب على الحكومة أن تظل بعيدة عن كافة الأصعدة الرئيسية بقدر الإمكان، وحتى عندما يستدعي الأمر تدخلها، فإن دورها يجب أن يقتصر على القيام بإعداد العقود الخارجية لمؤسسات القطاع الخاص للقيام بمهام محددة بدلا من قيامها بتأدية الخدمات بنفسها⁽²⁾.

وهذا بالتالي يتطلب الأخذ بنظام التخطيط التأشيرى الذي يفرض اتخاذ القرارات الاقتصادية ويتم من خلاله تفاعل قوى العرض والطلب، أي أن السوق تلعب الدور الرئيسي في اتخاذ قرارات الإنتاج والاستثمار والاستهلاك وغيرها مستندا في ذلك على سياسات الخصخصة⁽³⁾. وإذا كانت الخصخصة تدعو إلى قيام دور أكبر للقطاع الخاص في النشاط الاقتصادي (بناء على اقتصاديات السوق)، فإن الشرط الرئيسي لنجاح القطاع الخاص في هذه المهمة هو ضرورة توفير المشروعية لهذا الدور⁽⁴⁾، وأن توفر له مرونة في الجهاز الحكومي والسياسات الحكومية.

وسياق على ذلك، يصعب تطبيق هذا المفهوم (الخصخصة) على الخدمات الصحية، حيث يجب على الدولة أن تتدخل من الناحية الاجتماعية بصفة مباشرة في هذا المجال للأسباب التالية:

- أن القطاع العام في دول العالم الثالث يوفر معظم الخدمات الصحية والطبية الحديثة أو ذات الطراز العربي، أما المستشفيات الخاصة والقطاع الخاص فيقدموا خدماتهم للقلّة الغنية من سكان المدن⁽⁵⁾.
- تؤدي التغيرات السياسية والاقتصادية (الخصخصة) إلى العديد من التأثيرات السلبية، أين تردت أوضاع الخدمات الصحية، ولقد زاد من هذا التأثير السلبى عملية الإسراع في تطبيق سياسة السوق المفتوحة، وكذلك عدم وجود برامج تواجه هذا التأثير السلبى، ويظهر هذا التأثير السلبى في معظم الدول، ووجب عند تطبيقنا سياسة الإصلاح الاقتصادي والخصخصة أن يوضع في الاعتبار بعدين رئيسيين وهما:

- عدم الإسراع في تطبيق خطوات الإصلاح الاقتصادي والخصخصة في القطاع الصحي دون أن يكون هناك استيعاب حقيقي لذلك.

¹- محمد المتولى: مبدأ المساواة أمام المرافق العامة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1997م، ص135.

²- Robert kultner: **the private market cant alway's sohee public problems**, in roger lkemp, privatization the provision of public services by the private sector, the for land companyinc, london, 1991, p311.

³- محمد المتولى: مرجع سابق، ص289.

⁴- حازم الببلاوي: دور الدولة في الاقتصاد، دار الشروق، القاهرة-مصر، 1999م، ص125.

⁵- مالكوم جيلزو وآخرون: ترجمة طه عبد الله منصور وعبد العظيم محمد مصطفى: اقتصاديات التنمية، دار المريخ للنشر، الرياض- السعودية، 1997م، ص421.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

- عند تطبيق نظم الإصلاح الصحي والخصخصة، يجب مراعاة الخدمة الصحية للمواطنين غير القادرين، ونحن نعلم أن هذه الفئة غير القادرة تمثل أغلبية عظمى من أبناء شعبنا، ومن هنا تظهر الحاجة إلى الأمن الصحي، حيث أن إقرار حق المواطن في الحصول على الحد المقبول من الخدمة الصحية أصبح مطلبًا هامًا لكل أبناء الشعب بل وظهرت الحاجة لإزالة الفوارق في الخدمة الصحية⁽¹⁾.

- قد ينتج عن سياسات الخصخصة احتكار بعض الأطباء المعالجين أو المستشفيات أو حتى الحكومة ذاتها للخدمة الصحية ومعلوماتها الهامة وعدم إعلام المواطن المستفيد إلا بالقدر الكافي منها⁽²⁾.

- تؤدي سياسات الخصخصة إلى تبني الحكومات لأيديولوجية جديدة قائمة على الحد من التمويل الحكومي لقطاع الخدمات الصحية⁽³⁾.

وتشمل عملية تقديم الخدمات الصحية على العديد من العناصر والأطراف الرئيسية، لأهمية مكان تحديد تأثير الخصخصة وانعكاساتها بالنسبة لكل طرف من أطراف هذه العملية وتتمثل في:

أ- الخصخصة والمنفعة بالخدمة

تهدف الخصخصة في مجال تقديم الخدمة الطبية إلى إمكانية تمتع المنتفع بالخدمة بمزيد من الخدمة الطبية ذات المستوى الأكثر تميزًا مقابل ما يدفعه المستفيد، وقد أدى ذلك إلى التغيرات التالية:

- أن المستفيد أصبح يدفع نظير الخدمة الطبية أكثر مما كان يدفعه من قبل خاصة في الدول النامية.

- تزايد الدفع من جيوب المواطنين المنتفعين بالخدمة لتغطية الإنفاق الصحي.

- اختلاف صور دفع قيمة الخدمة الطبية، فعلاوة على الدفع المباشر من الجيب توجد العديد من الأشكال مثل (تأمين إجباري حكومي - أو تأمين اختياري خاص)⁽⁴⁾.

¹ - إسماعيل سلام: مستقبل الرعاية الصحية والتأمين الصحي، المؤتمر القومي للتنمية الاجتماعية، ج، م، ع 2000/9/19/17، ص2.

² - Julian le grand- Ray Robinson, op-cit, p41.

³ -Eleanor I. Brilliant: Voluntarismo, In **Encyclopedia of social work**, 19 edition, V :3 NASW, 1995, p2477.

⁴ - سمير فياض: الخصخصة في مجال الخدمات الإعلامية-في فريد النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية في ظل التنافسية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1998م، ص36.

ب-الخصخصة من وجهة تقديم الخدمة

- في ظل متطلبات سابقة للتوجه نحو اقتصاديات السوق في القطاع العلاجي، تم اتخاذ التدابير الآتية:
- الفصل بين جهاز تمويل الخدمة وبين أجهزة تقديم الخدمة الصحية العلاجية، على أن يقوم هذا الجهاز جمع وتعظيم الموارد المالية.
 - السيطرة على هذه الموارد وتوجيهها طبقا لنظم معينة -إجراء التعاقدات- مع مختلف أطراف العملية طبقا لقواعد محددة.
 - متابعة الإنفاق وتعظيم الفائدة من وراء هذا الإنفاق.
 - أهمية إنشاء نظام التكاليف لكل وحدة، بحيث يعتمد على تقسيم الوحدة إلى مراكز تكلفة متعددة ومرحل تكاليف تهدف في النهاية إلى تحديد تكلفة وحدة الخدمة أو المنتج.
 - ضرورة وجود نظام تسعير داخل الوحدة العلاجية الواحدة، يتصف بأنه متعدد الدرجات فندقيا وموحد طبيا وتمريزيا، وذلك لتحقيق التوافق مع القدرة المالية للشرائح الاجتماعية المختلفة، كما يُمكن مثل هذا التسعير من تعويض مؤدي الخدمة تعويضا مجزيا يقترب مما يحصل عليه في القطاع الخاص.
 - ضرورة الاعتماد على انشاء حساب بنكي يتم من خلاله إيداع متحصلات وحدة تقديم الخدمة فيه والصرف منه وتكوين احتياطات للإنفاق الطارئ والترقية وتحسين الخدمة.

ج-الخصخصة وأتعاب مقدمي الخدمة

بالنسبة لمقدمي الخدمة، تتباين طرق حصولهم على أتعابهم ما بين المرتب والأجر بالفترة والأجر بالحالة والأجر بالخدمة أو بالمرتب والحافز أو بمزيج من بعض هذا أو من هذا كله.

د- الخصخصة والحكومة والمنظمات المهنية

يتركز دور الحكومة والمنظمات المهنية والطبية وممثلي المنتفعين، في إصدار اللوائح والتشريعات ووضع الأنظمة التي تحدد علاقة الأطراف الرئيسية الثلاث (مقدمي الخدمة- المستفيدين من الخدمة- جهات تمويل الخدمة الحكومية والتأمين وغيرها)⁽¹⁾.

وتؤدي الإصلاحات الهيكلية والمؤسسية في بنية الاقتصاد- منها الإجراءات المتعلقة بسياسة الخصخصة إلى تعظيم دور القطاع الخاص في الشؤون الاقتصادية، إذ أن انسحاب الدول من النشاط الاقتصادي خاصة القطاعات الإنتاجية كالصناعة والزراعة والقطاعات الخدمية كالتجارة والمؤسسات

¹- المرجع السابق، ص36،37.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

المالية الخاصة- من المتوقع أن ترتفع الكفاءة لهذه المشروعات، لاسيما وأنها سوف تدار بأساليب إدارة الأعمال الخاصة التي تركز على العائد الاستثماري.

علما بأن تعظيم دور القطاع الخاص لا ينبغي أن يكون هدفا في حد ذاته. بل يعتبر بمثابة الآلية لزيادة الكفاءة الاقتصادية وتحفيز القطاع الخاص على زيادة الصادرات، وخفض كمية الواردات على نحو يؤدي إلى تخفيض الاختلال في ميزان المدفوعات، وبالتالي يساعد في تحقيق معدلات نمو قابلة للاستمرار. كما أن تحرير الاستثمار من القيود التي كانت تعوق جذب رؤوس الأموال الخاصة إلى الأنشطة الاقتصادية المختلفة، تؤدي بالضرورة إلى تعاضد دور القطاع الخاص.

وهذا يستدعي التركيز على:

- إعلان واضح وصريح من الدولة أن قيادة التنمية الاقتصادية انتقلت من يد الدولة إلى القطاع الخاص في المراحل التالية، وأن الإجراءات العلمية لتمكين⁽¹⁾ القطاع الخاص من أداء دوره التنموي تتمثل في أن الدولة تدعو القطاع الخاص ليتحمل عن الدولة عبء القيام بهذه الوظائف الاقتصادية، سواء من خلال عقود التأجير والإدارة لوحدة القطاع العام أو البيع الجزئي أو الكلي أو التصفية النهائية.

- إن عملية الخصخصة وما يتمخض عنها من تدريجي وبيع وحدات القطاع العام إلى القطاع الخاص، فيه إشارة صريحة إلى طمأنة القطاع الخاص والاستثمار المحلي والأجنبي، وأن دوره المتوقع كبير في المرحلة القادمة.

والجدير بالذكر أن عملية الخصخصة -ينظر إليها- على أنها أداة مهمة لتشجيع الأموال الوطنية المهاجرة والهاربة على العودة للاستثمار في وطنها الأصلي، وخاصة إذا توفرت الضمانات القانونية والامتيازات الاستثمارية المحفزة التي يمكن من خلالها إعادة الثقة لتلك الأموال والعودة والمشاركة في الدفع بعملية النمو الاقتصادي.

كما أن الخصخصة تفتح أفقا جديدة للمستثمرين المغتربين، وخاصة إذا صاحبها إجراءات أخرى مكملة كالإجراءات المتعلقة بالضمانات القانونية وتهيئة البيئة الاستثمارية ومتطلبات الاستقرار السياسي والأمني والاستقرار الاقتصادي والوضوح والشفافية في السياسات النقدية والمالية⁽²⁾.

¹- أحمد محمد محرز: النظام القانوني للخصخصة- تحول شركات القطاع العام إلى شركات القطاع الخاص-، منشأة المعارف، الإسكندرية-مصر، 2003م، ص43.

²- المرجع السابق، ص44.

4. نماذج عن تجارب دولية في ظل سياسة الخصخصة

تشهد الأنظمة الصحية عبر العديد من دول العالم تغيرات سريعة وتحديات جديدة بسبب تزايد عدد السكان وتغيير تركيبته ونمط حياتهم، ونشوء أمراض جديدة، وتقنيات طبية عديدة مقترنة بارتفاع تكاليف تقديم الخدمة الصحية، ولأجل ذلك فشلت بعض النظم الصحية في توفير الخدمات الأساسية وباتت تبحث عن مصادر لتمويل الخدمة الصحية ومنها مشاركة القطاع الخاص⁽¹⁾.

أ. تجربة دول أمريكا اللاتينية

اعتمدت دول أمريكا اللاتينية في تسعينيات القرن الماضي على صناديق الضمان الاجتماعي العام لتأمين الخدمات الصحية، من خلال شركات التأمين الصحي الأجنبية، وطبقت نظام جديد يقوم على التأمين الطبي المدفوع مسبقاً بأقساط متساوية، ويتحكم بتكاليف إضافية لأجور الأطباء المشاركين في هذا النظام ضمن قيود على حرية الاختيار، كما أنفقت المزيد من الأموال لتغطية التكاليف الإدارية وعائدات المستثمرين، مما خفض إمكانية حصول الفئات المهمشة على الخدمات، وقلل من الإنفاق على خدمات العيادات الطبية، وأثر على المرضى في حصولهم على الخدمة من العيادات العامة، بسبب ارتفاع الرسوم الثابتة التي يجب دفعها للنظام الجديد لدى كل زيارة أو خدمة أو معاملة.

وتطالب المستشفيات العامة في الأرجنتين والبرازيل بتعويضات من صناديق الضمان الاجتماعي ومن شركات التأمين الصحية، كما تطالب بالرسوم الثابتة من المضمونين، ولكي يتلقى المرضى الفقراء العناية الصحية المجانية من المؤسسات العامة، يتوجب عليهم الخضوع لتحقيقات مطولة عن مداخيلهم مع معدلات رفض تتراوح بين 30% و40% بالمئة في بعض المستشفيات. ولأن مؤسسات نظام الخدمة الجديد يجتذب إليه المرضى الأحسن حالاً على الصعيد الصحي، فإن المرضى الأسوأ حالاً ينقلون إلى القطاع العام، بحيث يقلل هذا النظام ذو الطبقتين من فعالية التحمل المشترك للأوضاع الصحية⁽²⁾.

ب. تجربة الصين

طبقت في الصين في الفترة من عام 1997م حتى عام 2006م دورة إصلاحية للقطاع الصحي في محاولة لدمج ومقاربة التخطيط المركزي مع آليات السوق، حيث باتت على المستشفيات التي تحولت لشركات أن تعتمد على ذاتها في تمويل النفقات. وتركزت سياسات وزارة الصحة على إجراءات محاسبية

¹ - منظمة الصحة العالمية 2015، ملف النظام الصحي في فلسطين، تم الوصول بتاريخ 2022/1/1، عبر الرابط <http://applications.emro.who.int/dsaf/e.rapub> 2016 en 18926, pdf ص17.

² - التمويل الخاص وتوفير الرعاية الصحية والتعليم والمياه، تقرير التنمية البشرية العام 2003م، الإسكندرية-مصر، ص22.

لتقليل المساهمة في التمويل، بحيث سمحت هذه السياسات إدخال ممارسات القطاع الخاص الطبي حينئذ اعتمد تسعير الخدمات على التكلفة الحقيقية غير المدعومة من الدولة، وتنفيذ نظام التعاقد على الخدمات، والأنشطة التجارية الموازية لتعويض نقص التمويل. وفي ظل هذه السياسات المرتكزة لاسترداد التكاليف وتحقيق أرباح من تقديم الخدمات، تمكن مقدمو الخدمة من تحصيل حوافز مادية مجزية من خلال الرسوم والدفع مقابل الخدمة، وساد تقديم الخدمات غير الضرورية لتعظيم الأرباح الشخصية وأرباح الشركات، وقد دعم مقدمو الخدمة أجندة الاستدامة بزيادة استخدام الخدمات، واختاروا الأدوية المستوردة والأعلى ثمنًا، والتكنولوجيا الأحدث التي تتطلب رسوماً أكبر على كاهل المواطنين⁽¹⁾.

لقد أدى هذا الخلل في تمويل النظام الصحي إلى تولد منافسة ضارة بين المؤسسات الصحية، فشعار "هوية قطاع عام وسلوك قطاع خاص" شجع تعظيم الأرباح والتخلي عن المعايير الأخلاقية ومبادئ الخدمة الصحية المجتمعية، وحفز رفع الطلب على الخدمات غير الضرورية وإجراءات التشخيص غير الضرورية. الأمر الذي أضر بجودة الخدمات المقدمة في ظل القدرات والكفاءة المحدودة لقوة العمل الطبية وزيادة في هدر المال العام، وزادت بذلك تكلفة الخدمات وأسعار الأدوية، وتنامت ظاهرة العنف بين المرضى والأطباء بسبب تدني رضى الجمهور عن معايير تقديم الخدمة.

وعليه، بات عدم الإنصاف بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية ملحوظًا، حيث بلغ متوسط الإنفاق الصحي للفرد في المناطق الفقيرة أقل من نصف المتوسط القومي، وارتفع عدد المستشفيات في المدن على حساب مراكز الخدمة الصحية الأولية⁽²⁾، وتأثرت بذلك قدرة الفقراء على الوصول للخدمات الصحية وخاصة النساء، وانتشرت الأمراض الوبائية بسبب تدهور خدمات الصحة العامة والتثقيف الصحي والرقابة الصحية والإجراءات الوقائية في المناطق النائية. كما تسببت هذه الإجراءات في التحول من التركيز على الخدمات الوقائية إلى الخدمات العلاجية والتزايد في مبيعات العقاقير الطبية. وفي ظل محدودية الحصول على الخدمات، وغزارة إنتاج الأدوية في سوق غير منظمة، كانت النتيجة استعمال لا عقلاني، عرض المرضى إلى مخاطر علاج غير فعال وأعراض جانبية سلبية⁽³⁾.

¹ - مناظرة بين مؤيدين ومعارضين لخصخصة القطاع الصحي في الأردن، مجلة البيان، 2000م، تم الوصول بتاريخ 2022/1/22م

عبر الرابط <https://www.albayan.ae/one-world>، ص 100.

² - المرجع السابق، ص 103.

³ - تقرير التنمية البشرية للعام 2003م، مرجع سابق، ص 26.

ج. تجربة الأردن

يدور في الأردن حوار ممتد حول فاعلية الخصخصة في النظام الصحي، حيث يخشى معارضي الخصخصة من استيلاء القطاع الخاص على النظام الصحي الأردني والتأثير على وصول الفئات المهمشة للخدمات، إذ يقدم القطاع العام خدماته لمعظم المواطنين ومستوى الأداء في هذا القطاع جيد، ويوفر الدعم لفئة محدودة من الفقراء الذين يحصلون على بطاقات تأمين صحي مجانية بعد دراسة واقعية لحالاتهم الاجتماعية.

وفي القطاع الصحي العام أخطاء يمكن علاجها وإصلاحها بدراستها ووضع الخطط الكفيلة لذلك وليس بالخصخصة، أي تسليم هذا المرفق الاجتماعي الوطني العام إلى المستثمرين الذين يركز همهم الأول على الربح. لأجل ذلك، على القطاع الطبي الخاص أن يحل مشاكله أولاً قبل أن يطرح نفسه منقذاً للقطاع الصحي العام، وعليه أن يتوسع في مشاريع التأمين الصحي الخاصة حتى تتخفف الكلفة. وبالنظر إلي التعاقدات فهي توزع على أكبر عدد ممكن من الأطباء الجدد والعاطلين عن العمل، ولا تبقى هذه التعاقدات محصورة في كبار الأطباء فحسب، بل يوصي المشاركون في الحوار إلى خصخصة رأس المال وخصخصة الإدارة، أي أن تستمر الحكومة بدعم هذا القطاع عن طريق بناء المستشفيات وتجهيزها بأحسن الأجهزة، وترك إدارتها الفنية والمالية والإدارية للقطاع الخاص وصياغة مشروع تأمين صحي شامل، بحيث لا تتخلى الحكومة بأي شكل من الأشكال وتحت أي ظرف من الظروف عن مسؤوليتها بتحمل نفقات الفاتورة العلاجية كاملة أو مدعومة لفئة من الأفراد. وفي سياق تشجيع الحكومة على الخصخصة، بين تقرير البنك الدولي أن على الحكومة العمل الحثيث لتحقيق استدامة عالية من النمو في كافة القطاعات لاستيعاب عدد أكبر من الأيدي العاملة، وإجراء تحسينات كبيرة في مناخ الأعمال والدعوة لإصلاحات هيكلية والإطلاق العنان لإمكانيات استثمارات القطاع الخاص والتجارة (الحرّة)، والابتكار وزيادة الإنتاجية وتوسيع قاعدة صادرات البلد الصغيرة.

وبالتالي تكون الأولويات القصوى في منح المستثمرين المحليين والأجانب على السواء الثقة في أنهم سيواجهون بيئة تنظيمية مستقرة ومدارة بفعالية طوال دورة حياة استثماراتهم، وأن هذه البيئة يتم تنفيذها وإنفاذها بالطريقة ذاتها مع الجميع، فضلاً عن حاجة إلى ثبات مهمة لتحسين اللوائح التنظيمية للشركات، وتعزيز الحوار بين الحكومة والقطاع الخاص⁽¹⁾.

¹ - منظمة الصحة العالمية 2015، ملف النظام الصحي في فلسطين: مرجع سابق، ص 25.

د. تجربة لبنان

أثبتت عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص في لبنان فشلها وهدرها للأموال العامة، واللجوء للتحويل من قبل الدولة لإخفاء عجزها في إدارة القطاع العام بعقود شراكة مع القطاع الخاص⁽¹⁾. فالقطاع الخاص ليس حلاً لفشل الدولة، لأن إحالة العقود على مؤسسات محددة ولسنوات طويلة يترتب عليها احتكارات عديدة. حيث أبرز المستفيدين من هذه الإجراءات عن طريق المعارف التي تضغط من أجل تسهيل جزء من الودائع المتركمة عبر منحها لشركات القطاع الخاص لقاء فوائد عالية بدلاً من توظيفها في سندات الخزينة ويعد المواطن اللبناني أكثر تضرراً، نتيجة انعكاس هذه العقود على أسعار الخدمات حيث الفوائد على القروض عالية وهامش ربح القطاع الخاص أكبر من هامش ربح الدولة⁽²⁾.

هـ. تجربة الكويت

صدر قانون الخصخصة في الكويت عام 2010م بهدف تحقيق الاقتصادية وزيادة الكفاءة وجودة الخدمات المختلفة، واشترط حماية مصالح المستهلكين من حيث مستوى الأسعار وجودة السلع والخدمات والحفاظ على البيئة وضمان عدم تضارب المصالح. ووفقاً للقانون تمتلك الدولة حصة لا تزيد عن 20% من قيمة الشركات المخصصة، وتخصص 40% نسبة للاكتتاب العام للمواطنين ونسبة 5% للعاملين الكويتيين للمساهمة في الشركة، والنسبة المتبقية 35% تعرض للمزاد العلني للشركات المساهمة⁽³⁾. في السوق المالي المحلي، وتتاح للشركات الأجنبية المشاركة وفق قرارات المجلس الأعلى للتخصيص، وقد استثنى القانون من التخصيص كل من شركات النفط والغاز وقطاعي التعليم والصحة⁽⁴⁾.

و. التجربة الفلسطينية

الخصخصة في القطاع العام الفلسطيني كانت مفروضة من الخارج عبر اتفاقيات موقعة بين منظمة التحرير وسلطات الاحتلال الإسرائيلي بعد توقيع اتفاقية أوسلو. وتقوم هذه الخصخصة على

¹ - من مقترحات الحكومة اللبنانية لإنهاء الاحتجاجات على تردي الأوضاع الاقتصادية الدعوة لخصخصة قطاع الاتصالات والكهرباء وغيرها. أنظر حزمة إصلاحات مقترحة للحكومة على موقع العربي <http://arabi21.com> بتاريخ 2022/1/13.

² - عفيفي فيفيان: الشراكة مع القطاع الخاص-الدولة تخفي مديونيتها والمعارف تحكم قبضتها، جريدة الأخبار، 2017م، تم الوصول إليها بتاريخ 2022/1/13م عبر الرابط <http://alakhbar.com>.

³ - الخصخصة، نشرة توعوية يصدرها المعهد تحت عنوان إضاءات، العدد 6، معهد الدراسات المصرفية، عمان-الأردن، 2011م،

ص12.

⁴ - معهد الدراسات المصرفية، مرجع سابق، ص24.

الإحتكار لا المنافسة بفعل تدخل جهات خارجية، حيث أثرت على نزاهة المنافسة في السوق الفلسطينية في الوقت الذي يجب فيه على الحكومة تحفيز المساهمة الشفافة والعادلة من خلال إصلاح الهيكل الإداري والمالي والتسويق لوحدات القطاع العام وإيجاد مجالاً للمنافسة بعيداً عن الاحتكار. ويبدو أن الخصخصة في وضعها الحالي ليست حلاً، وإنما مشكلة تضاف لعدد من المشكلات التي تعيق تطور الاقتصاد الفلسطيني وتطوقه مثل، قلة الموارد وتردي القدرة الشرائية للقطاعات الإنتاجية، وسيطرة الاحتلال على المصادر والمعايير وتضخم الجهاز الإداري الحكومي، واستخدام التوظيف للتخفيف من عبء البطالة، فهي ليست أداة للإنتاج⁽¹⁾.

استطرادا مع مفهوم الخصخصة الاقتصادية، فيقصد بالخصخصة الاجتماعية تحويل ملكية مشروعات اجتماعية حكومية إلى القطاع الخاص كما يقصد بها أيضا إيتاح دورا أكبر لمؤسسات القطاع الخاص مع الإقلال من تدخل الدولة في الخدمة⁽²⁾.

ويرى مؤيدي الخصخصة أن نظاما تكون الموارد فيه للملكية خاصة ويكون من حق الأفراد بمقتضاه أن يقرروا الطريقة التي يستعملون بها مواردهم الخاصة، هذا النظام من وجهة نظرهم هو نظام أفضل وأكثر كفاءة من ذلك الذي يكون فيه استخدام الخاص للموارد العامة خاضعا لتشريعات وقرارات حكومية⁽³⁾.

كما تعني الخصخصة الاجتماعية تشجيع بعض مجتمعات القطاع الخاص على الاستجابة للاحتياجات الاجتماعية للجماهير، ويتمثل ذلك التشجيع في تكوين وإنشاء الجمعيات الخاصة - جمعيات تنمية المجتمع - جمعيات خدمة الأسرة والطفولة وجمعيات خدمة المسنين والمنظمات عن طريق تشجيع القيادات في المجتمعات المحلية على إنشائها⁽⁴⁾.

والهدف الرئيسي من وراء تلك الخصخصة الاجتماعية، هو تخفيض الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية عن طريق تخلي الدولة على مسؤولياتها في توفير خدمات معينة ورفع الدعم عن خدمات أخرى وما يترتب على ذلك من تحمل الأفراد لنفقات هذه الخدمات. ومن الطبيعي أن تتأثر

¹ - شعبان عبد الحميد: خصخصة القطاع العام في فلسطين بين الاحتكار والتنمية المستدامة، قراءة في النظريات والتداعيات الاقتصادية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية، مجلد7، العدد17، فلسطين، 2015م، ص123.

² - عبد الحليم رفا عبد العالی: السياسة الاجتماعية أيديولوجيات وتطبيقات عالمية ومحلية، الثقافة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1999م، ص279.

³ - Scatt Lehmann: **Puvatiwing Public Iands**, oxford university, press inc, new york, 1995, p56.

⁴ - أحمد السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص400.

الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة

الخصخصة بالإطار الثقافي والاجتماعي الذي تظهر فيه، إذ على الرغم من نموها وازدهارها، إلا أن ذلك لا يمنع من استمرارية الاعتقاد في أن الجهود في الخدمة الاجتماعية تمثل الوضع الطبيعي، الأمر الذي لا بد وأن ينعكس على إثارة الشكوك في كفاءة الدولة وفاعلية خدماتها في مجال الخدمة الاجتماعية، وهذا إلى جانب عوامل أخرى ساهمت في تعزيز الاتجاه إلى اقتصاديات السوق، مثل كفاءة القطاع الخاص في مقابل بيروقراطية الإدارة في القطاع العام، إلى جانب الدعوة إلى المنافسة للأفضل والزيادة المستمرة في الأعباء الضريبية على الأفراد لتمويل المؤسسات الحكومية.

فالخصخصة ليست سياسة فردية ولكنها تتم من خلال عدد متنوع من المتغيرات والتحويلات التي تطرأ على الطريق، وأن تلك السياسة تقوم أساساً على موجّهات إيديولوجية محددة تقوم غالباً على مبررات منها (الكفاية- الكفاءة- الملائمة- تخفيض المصروفات) من قبل المؤسسات الخاصة لتلاقي الشكاوي التي تأتي من الخدمات العامة. وذلك على الرغم من أنه لا توجد أدلة قاطعة تدعم الرأي بأن المنظمات الخاصة تدار بكفاءة أكثر من العامة، ولكنها بسعر أقل أو عدم حساسية البيروقراطية بها⁽¹⁾.

¹ -pat yang : **Mastering social Welfare**, 4Edition, Macmillan press ltd Landan, 2000, p374- 375.

الفصل السادس

الإطار التحليلي للدراسة

أولاً: تحليل البيانات

ثانياً: مناقشة النتائج

ثالثاً: النتائج العامة

رابعاً: التوصيات

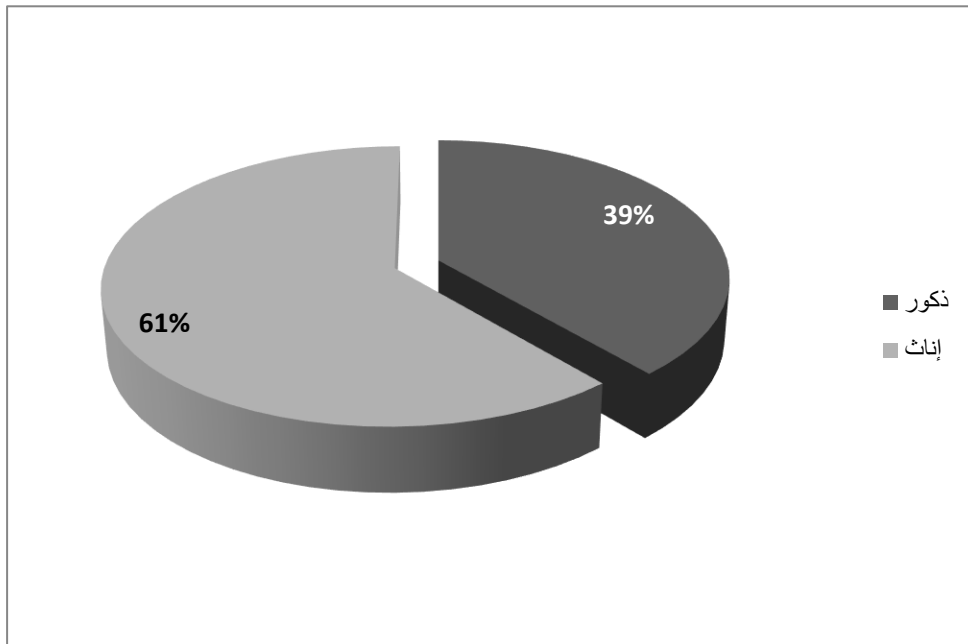
أولاً: تحليل البيانات

تواجه الباحث مسألة هامة في البحث العلمي تتعلق بأسلوب تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها، فالتحليل يهدف إلي تلخيص الملاحظات الكلية بطريقة تسمح بالتوصل إلى إجابات عن التساؤلات التي انطلق منها الباحث، أما التفسير فإنه يسعى إلى اكتشاف المعاني والدلالات التي تشير إليها التساؤلات والتي تتضمنها الإجابات التي طورها هذا البحث من خلال ربطها بالمعلومات والمعارف الأخرى.

وفي هذا الفصل كان السعي إلي عرض البيانات التي تم الحصول عليها من خلال التحقيق الميداني، والذي اعتمد فيه على وسيلتين أساسيين وهما الاستمارة التي وزعت على الطاقم الطبي في العيادات بمدينة قالمة -ولاية قالمة-، ودليل المقابل الموجه للمرضى الذين تسمح حالتهم بالإجابة عليها.

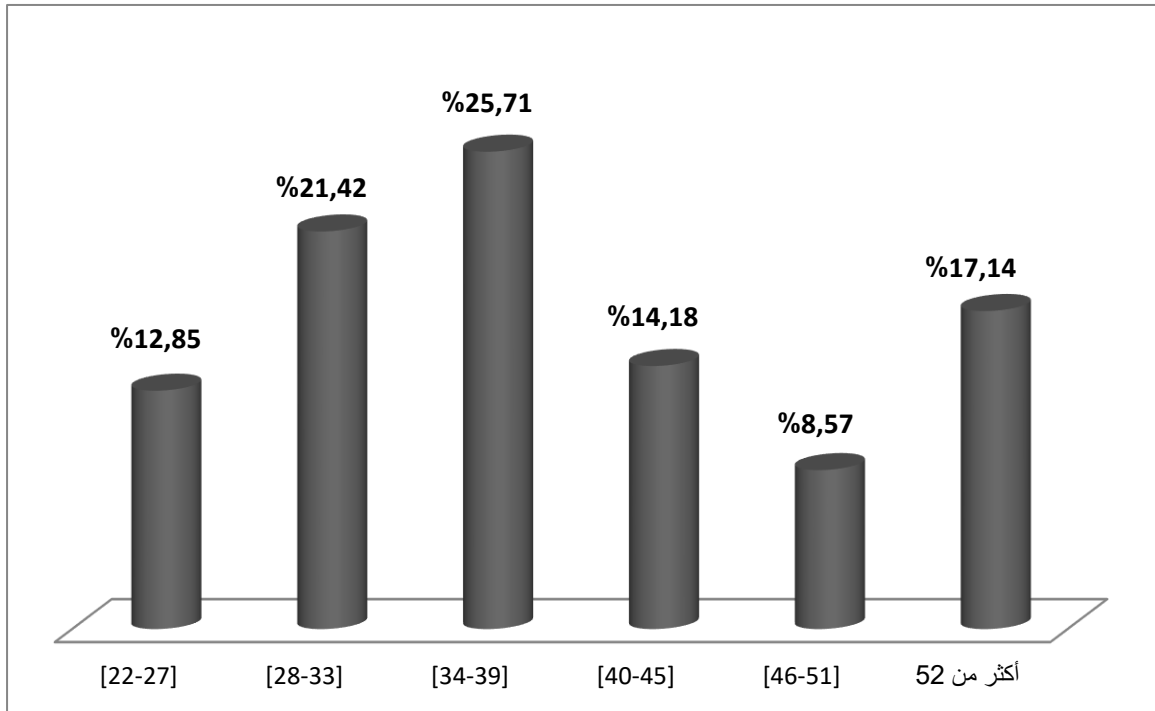
1. البيانات الأولية

الشكل رقم (05): دائرة نسبية تبين توزيع المبحوثين حسب الجنس



يتضح من خلال الشكل أعلاه أن أكبر نسبة تظهر عند فئة الإناث والمقدرة بـ 61% في حين أن نسبة الذكور ضئيلة حيث تقدر بـ 39% ويمكن تفسير هذا الاختلاف الواضح بين الجنسين أن مشاركة فئة الإناث في مسابقات التوظيف كانت أكثر من فئة الذكور حسب تصريحات المسؤولين في العيادة، وبالتالي فرص التشغيل كانت عندهن أكبر من الذكور. وأيضاً بسبب تسوية الحالة المدنية للذكور اتجاه الخدمة العسكرية، والتي أثرت على تكملة ملف المسابقة.

الشكل رقم (06): الأعمدة بيانية تبين توزيع المبحوثين حسب السن



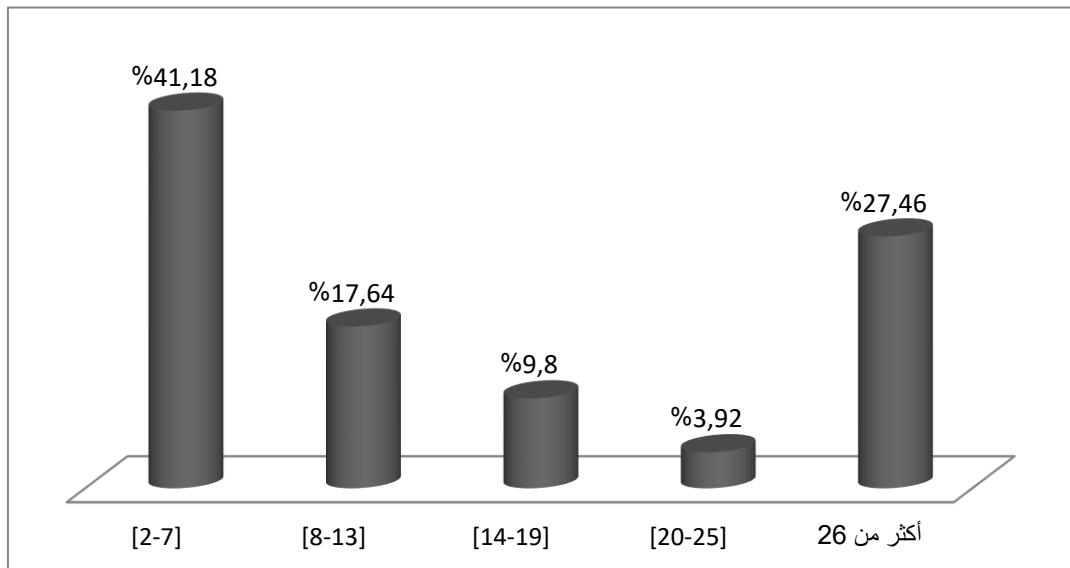
من خلال المعطيات الإحصائية للجدول أعلاه، يتضح أن معظم العمال يتمركزون في الفئة العمرية [34-39] أي بالنسبة 25,71%، وهذا كون العيادة تعتمد على التكوين المتواصل لعمالها الجدد المتمثل في طاقم الشباب وذلك من أجل التأقلم مع منصب العمل الذي يتطلب النجاعة والمهارة في مستويات الدقة والجودة، مما يكسبهم خبرة تؤدي إلى تحقيق مستوى عالي من الأداء المهني والوظيفي والتقبل كل التغييرات والمستجدات التي تطرأ على العيادة، وبالتالي فإن عنصر الشباب هو المحرك الأساسي لمختلف هذه التغييرات التي تحقق المشاركة الفعالة في أداء العيادة لمختلف تقديم الخدمات الصحية، مما يزيد من كفاءة العيادة ونجاحها لأن هذه الطاقة الإيجابية تهدف إلى نجاح العيادة وتطويرها في تحقيق أهدافها المرغوبة، والتخطيط المستقبلي لتطوير العيادة، ومن هنا تتجسد مختلف مظاهر المسؤولية الاجتماعية التي بمقتضاها تحقق رفاهية العيادة وتزيد من عوائد مربحة، بالإضافة إلى شعور العامل بالانتماء والولاء للعيادة.

الجدول رقم (04): يبين توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية والفئة المهنية

النسبة المئوية	ممرض	طبيب	الفئة المهنية
			الحالة العائلية
47 % 67.14	23 %32.85	24 %34.28	متزوج
23 %32.85	15 %21.42	08 %11.42	أعزب
70 %100	38 %54.28	32 %45.70	المجموع

تشير المعطيات الإحصائية الواردة أن أغلبية العمال بالعيادة يحتلون منصب الطبيب وهم من فئة المتزوجين بنسبة 34.23%، وهذا يعد تحفيزاً ومشجعاً لأداء المهام الموكلة إليهم لكونهم يتمتعون بالاستقرار العائلي، وفي المقابل يبذلون الجهد في رفع قدراتهم ومهاراتهم خاصة لكونهم أصحاب خبرة وكفاءات عالية، وهذا ما تؤدي إلى تحقيق الأداء الفعال للعيادة، والتأقلم مع كل تغيير تكنولوجي أو مستحدث. وهذا ما يعزز احساس الطبيب بقيمته في العمل ونجاعته ونزاهته في أداء الخدمة الصحية. في حين يحتلون البعض الآخر منصب الممرض بنسبة 32.85% من فئة المتزوجين وهذا ينعكس تحسين مستويات العمل وتطويره وتنمية القيادات الإدارية ورفع من كفاءة العمل، مما يخلق روح الانتماء والاستقرار بالعيادة.

الشكل رقم (07): يوضح توزيع المبحوثين حسب الأقدمية في العمل



الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

من خلال البيانات المتحصل عليها في الشكل أعلاه يتضح أن أكبر نسبة قدرة في [7-2] وذلك بنسبة 41.18% وهي تمثل فئة الشباب ممن يمتلكون الخبرة والكفاءة المهنية في التكوين الشبه الطبي والتربص الطبي، وفي هذا الصدد يتضح أن العيادة تعتمد في سياسة توظيفها على التكوين المتواصل لعمالها وتدريبهم مما يساعدهم على التجربة والممارسة، وكذلك يكسبهم خبرة ومهارات فنية في العمل، والتي بدورها تؤدي إلى التجديد والتغيير والإبداع، وبالتالي يحققون نواتهم لإكتساب مناصب أعلى، كما تجعل لديهم القدرة والقابلية في أداءهم لوظائفهم المكلفين بها. في حين تليها نسبة 27.46% فئة الأقدمية في العمل، حيث أن العمال أكثر أقدمية أكثر طلب داخل هذه العيادة. حيث نجد أن العيادات الصحية الخاصة تطلب مهارات فنية وتدريب كامل في المجال الطبي، أين تتم تشغيل الممرضين في تلك العيادات وفقا للأقدمية، لرفع كفاءة الأداء داخل هذه العيادة الصحية الخاصة.

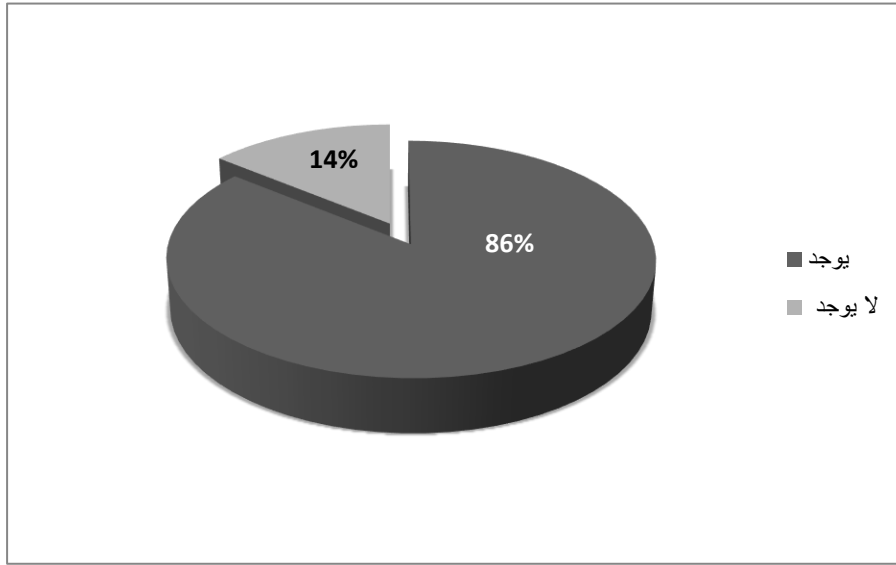
الجدول رقم (05): يبين مكان إقامة الطاقم الطبي

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
داخل المدينة	49	85.96%
خارج المدينة	08	14.04%
المجموع	*57	100%

(*) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال البيانات الواردة في الجدول، نلاحظ أن أكبر تقدر بـ 85.96% وهم يقيمون وسط مدينة قالمة وهذا لسهولة الوصول والتنقل إلى العيادة وقربها من مقر السكن. وهذا ما يشجعهم على تحصيل فرصة العمل. وفي المقابل فإن بنسبة 14.04% تمثل العمال المقيمين خارج المدينة، ويرجع ذلك إلى نقص وسائل النقل وصعوبة التأقلم مع أوقات العمل ليلا، بسبب عمل العيادات الخاصة الصحية إلى ساعات متأخرة من الليل.

الشكل رقم (08): يوضح معايير وتصنيفات تقديم الخدمات الصحية الخاصة.



توضح المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل أعلاه أن أغلبية المبحوثين بنسبة 86% تصرح بوجود برامج محددة ومنظمة لتقديم الخدمات الصحية الخاصة، وهذا ما ينعكس إيجابياً على العيادة، وفي المقابل يصرح 14% بأن العيادة لا يوجد فيها برامج محددة ومنظمة لتقديم الخدمات الصحية، وهذا ما يعكس التضارب في الآراء والذي يمكن إرجاعه دائماً إلى طبيعة الخدمة في كل عيادة، فالتنسيق منحصر فقط على كيفية تقديم الخدمة.

الجدول رقم(06): يبين كيفية الإعلان عن البرامج الصحية

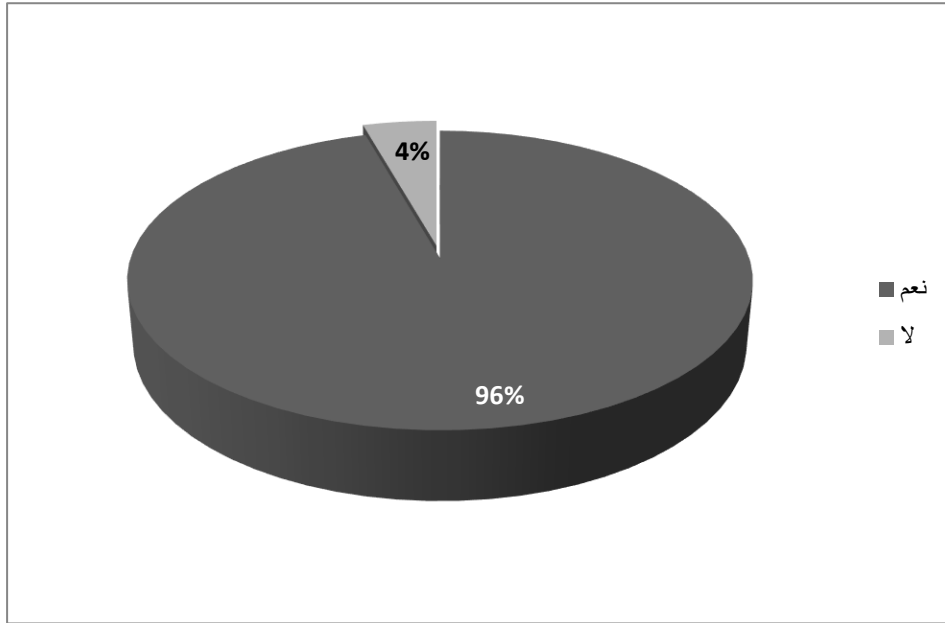
الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
صفحات الفيسبوك	35	41.66%
إعلانات وملصقات بمرافق خدماتية على واجهة العيادة	47	55.95%
رقمينة الخدمات الصحية	01	1.19%
تطبيق الأنترنت SAHTY24	01	1.19%
المجموع	*84	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (14) لتعدد احتمالات الإجابة.

من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول، نلاحظ أن نسبة 55,95% من المبحوثين صرحوا بأن الإعلان عن البرامج الصحية يبرز عن طريق إعلانات وملصقات بمرافق خدماتية، وهذا ما يدل على تنظيم أوقات العمل داخل العيادة وكيفية توزيع الخدمات الصحية. تليها نسبة 41,66% من

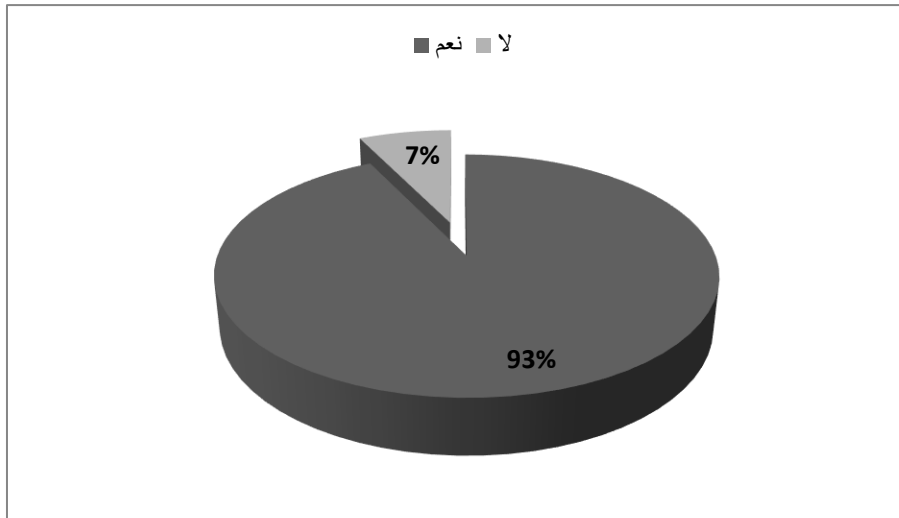
المبحوثين الذين صرحوا بأن صفحات الفيسبوك هي الوسيلة الحديثة والسهلة لإطلاع أفراد علي المستجدات والبرامج المحددة والمنظمة لسير العيادات الصحية الخاصة. وتصرح مجموعة أخرى من أفراد البحث بنسبة ضئيلة تقدر بـ 1,19% بأنه يجب على العيادة أن توفر التسهيلات لإنجاز العمل الصحي عن طريق تطبيقات الأنترنت ورقمنة الخدمات الصحية.

الشكل رقم (09): يبين كيفية توجيه المريض عند الوصول للعيادة



تبين المعطيات البيانية أن أغلبية المبحوثين صرحوا بأنه يوجه المريض مباشرة وقت وصوله للعيادة، حيث قدرت النسبة بـ 96%، وهذا يرجع إلي تعاون أفراد الطاقم الطبي من أجل التكفل الجيد بالمريض والحث على الأداء بأعلى مستوى من الكفاءة والفعالية وبالتالي تقديم أفضل الخدمات الصحية وتحسين العلاقة بين أفراد الطاقم الطبي والمرضى. وهذا ما جاء في نظرية الدور الاجتماعي أن هذه العلاقة تمثل إحداه أشكال النسيج الاجتماعي القائم على التفاعلات بين التشكيلات في العلاقات بين الأفراد والجماعات والمنظمات في المجتمع الواحد، والتي تهدف في النهاية إلى تقديم الخدمات والمساعدات. في حين هناك بعض من المبحوثين صرحوا بنسبة ضئيلة تقدر بـ 4% بأنه لا تتم عملية توجيه المريض وقت وصوله للعيادة، وذلك بسبب الاكتظاظ في بعض الأحيان أثناء العمل ونقص الطاقم الطبي، وهذا دليل أيضاً على تعب وإرهاق الطاقم الطبي، مما جعلهم يطالبون بزيادة عدد الأطباء والممرضين من أجل التخفيف عليهم الضغط والعمل بشكل جيد للاهتمام بالمرضى أثناء قدومهم للعيادة في الحال، وتقديم الخدمات الصحية للمواطن بشكل لائق وبالموصفات المطلوبة.

الشكل رقم (10): يوضح طريقة المتابعة المستمرة للمرضى



من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن 93% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بأنه توجد طريقة لمتابعة المرضى باستمرار، وهذا دليل على تحمل العيادة مسؤولية المرضى من خلال حرصهم على وضع طرق لمتابعة المرضى، بمعنى أن العيادة تعطي للعامل الفرصة لتنمية مهاراته وتطوير قدراته الفردية، وتمكنه من إنجاز المهام بطرق ابداعية ومبتكرة، وهنا شرط أن يكون الطاقم الطبي على دراية بكل ما هو جديد وبما يصيب مرضاه والتعرف على الأمور التي تساعده على عملية المتابعة والمراجعة، وهذا ما أكدته النظرية الموقفية النظرية التي تنطلق من فرضية أن كل موقف تواجهه المؤسسة، فهو يتطلب منها اتخاذ التدابير اللازمة لإيجاد الحلول العلاجية، وأن فعالية القائد تتماشى مع أسلوبه في التعامل مع البيئة المحيطة. في حين صرح البعض من المبحوثين بنسبة تقدر بـ 7,25% أنهم لا يتبعون طرق لمتابعة مرضاهم، لأن العيادة جديدة لا تملك كثيراً من المرضى.

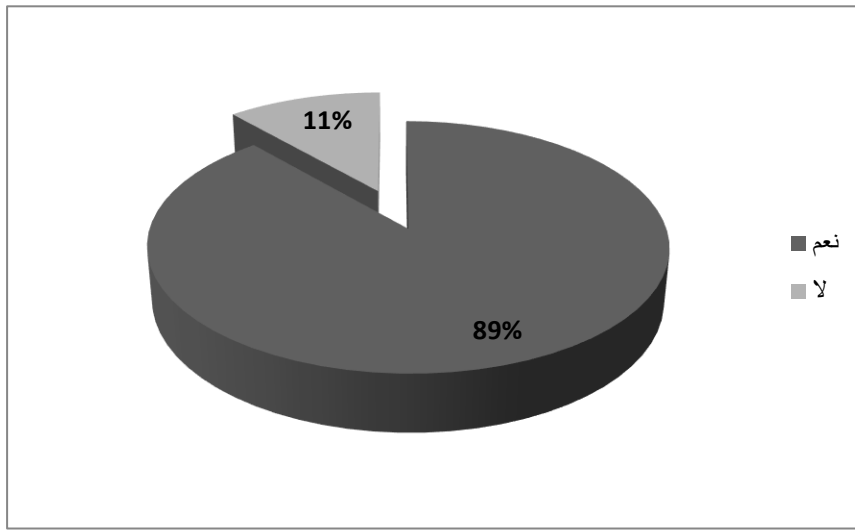
الجدول رقم (07): يوضح كيفية متابعة المرضى داخل وخارج العيادة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
استخدام سجلات المتابعة بالعيادة	54	44.63%
القيام بالفحص لمنزل المريض	18	14.80%
المتابعة بالهاتف بعد عملية التشخيص	44	36.36%
إرسال التحاليل وطرح الانشغالات عبر صفحة العيادة الخاصة (صفحة الفيسبوك خاصة بالعيادة)	05	4.21%
المجموع	*121	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (51) لتعدد احتمالات الإجابة

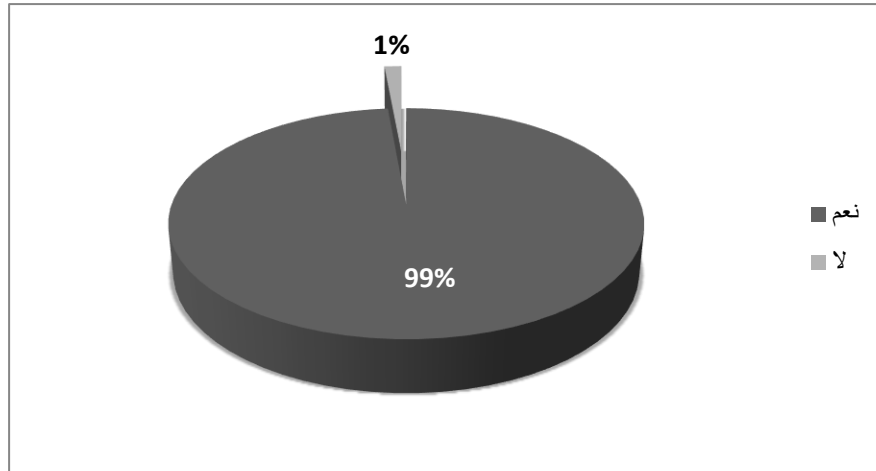
من خلال المعطيات الواردة في الجدول والذي يوضح كيفية متابعة المرضى داخل وخارج العيادة، نلاحظ أن نسبة 44,63% من أفراد مجتمع البحث صرحوا أن متابعة المرضى تكون عن طريق سجلات خاصة بالعيادة، وهذا يدل على طابع السرية في إنجاز وأداء العمل بما تجعلهم يكسبون ثقة المريض والحفاظ على خصوصية المرضى، وقد اتضح لنا ذلك من خلال مقابلتنا مع الأطباء، وهذا يعكس إيجاباً على سيرو وديمومة المؤسسة الصحية. بينما أجابت بنسبة تقدر بـ 36,36% بأن عملية المتابعة تكون عن طريق الهاتف بعد عملية التشخيص، وهذا يدل على الاهتمام الزائد بصحة المريض والتكفل الجيد به. أما بنسبة 14,88% أجابت بأنهم يمكنهم زيارة المرضى للمنزل، وبسبب عدم قدرة المريض الذهاب إلى العيادة من أجل العلاج (في الحالات الحرجة)، ونجد أيضاً نسبة ضئيلة تقدر بـ 1,65% أجابت أن متابعة المرضى تكون عبر صحيفة خاصة بالعيادة لطرح الإنشغالات واستفسارات المرضى لمعالجتهم من بعض الأمراض.

الشكل رقم (11): يبين الأدوات الوسائل الحديثة الضرورية للتكفل بالحالات الصحية



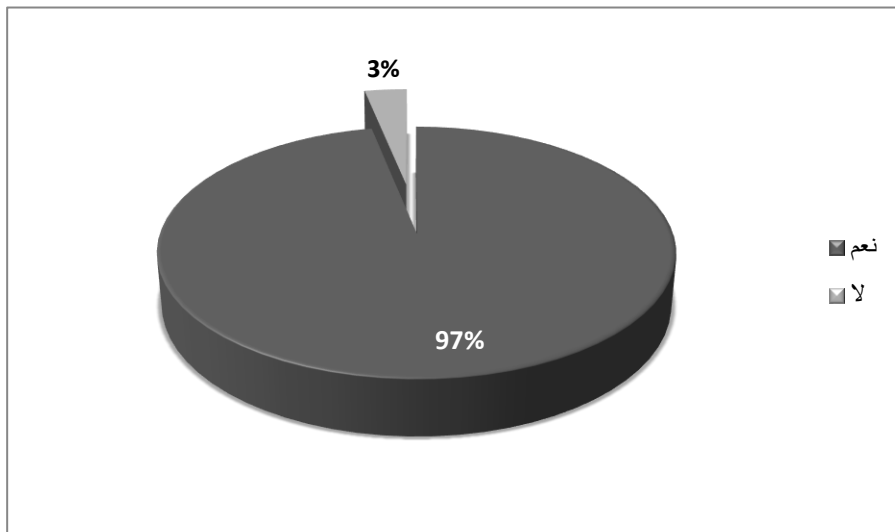
من خلال البيانات الإحصائية أعلاه كانت أعلى نسبة 89% والتي تتمثل في توفر العيادة على الأجهزة الحديثة والتكنولوجية المتطورة، ويعود ذلك إلى تطور الوسائل الطبية، وهذا مواكبة مع العصر الراهن، لأن الصحة عرفت تطوراً كبيراً جداً، وبالتالي العمل على تطوير الأدوات المستخدمة من أجل الحصول على نتيجة مرضية، وهذا ما أكده لنا المرضى من خلال مقابلتنا لهم بأن العيادات التي تم زيارتها تحتوي على الإمكانيات المناسبة للحفاظ على سلامة وراحة المرضى مثل في التدفئة، الإضاءة، الأجهزة الطبية، والتكفل بالمشاكل الصحية المستعجلة. وصرحت بنسبة 11% بعدم توفر العيادة على الأجهزة الحديثة والضرورية، وهذا راجع لعدم سماح الدولة بتوفير عدد كبير من الأجهزة لمعالجة المرضى في كل العيادة.

الشكل رقم (12): يوضح لنا مدى اهتمام الطاقم الطبي بمظهر العيادة



توضح المعطيات الإحصائية أن أغلبية المبحوثين بنسبة بـ 99% صرحوا بأنهم يهتمون بالمظهر الخارجي للعيادة، لأنه يلعب دورًا كبيرًا في جلب واستقطاب عددًا كبيرًا من المرضى، وهذا ما يدل على تحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، كما يدل ذلك على أن العيادة تحتوي على الإطارات المتمكنة والحرص على حسن استقبال ومعاملة المرضى، مما يدل على كفاءة العيادة وفعاليتها، وذلك بفضل تحسين التسير الخدماتي داخل العيادة وتميز الطاقم الطبي بالكفاءة والفعالية، وهذا ما يتوافق مع إجابات المرضى في دليل المقابلة الذين أكدوا على أن العيادات التي تمتاز بمظهر خارجي جيد وسمعة طيبة، هي التي يلجأون إليها المرضى، بسبب عدم وجود الإكتظاظ الكبير في العيادة وكفاءة الطاقم الطبي في أداء عملهم.

الشكل رقم (13): يبين لنا توفر شروط الراحة والأمان بالعيادة



من خلال الشكل أعلاه يتضح لنا أن نسبة 97% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بأن جميع العيادات الخاصة توفر شروط الراحة والأمن، وهذا راجع إلى تلبية احتياجات المرضى وتوفير ظروف مناسبة لهم وهذا ما يتوافق مع إجابات المرضى في دليل المقابلة والذين أكدوا بوجود الراحة والأمان داخل العيادة مثل: (النظافة، دورات المياه، الإضاءة، كراسي، قاعات العلاج، التدفئة، ...) وهذا يكسب الثقة في التعامل مع الطاقم الطبي، وهذا دليلاً على أن العيادة تعمل في شفافية مع مرضاهم، بما يحفز المنافسة في تحسين جودة وفعالية الأداء.

الجدول رقم(08): يوضح اقتراحات تقديم الخدمة الصحية في العيادات الخاصة.

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
توفير خدمة الضمان الاجتماعي	06	50%
التعاقد مع أطباء مختصين ومصحات جراحية	04	33.33%
تخفيض الضرائب والزيارات التفتيشية	02	16.66%
المجموع	*12	100%

(*) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال المعطيات الإحصائية في الجدول، نجد أن نسبة 50% من المبحوثين صرحوا بتوفير خدمة الضمان الاجتماعي، من أجل تغطية النفقات الطبية أو تعويضها، ويسهل الوصول إلى الخدمة الصحية الجيدة. بينما صرح البعض الآخر بنسبة تقدر 33.33% بأنه يجب التعاقد مع الأطباء المختصين ومصحات جراحية، وهذا من أجل تعزيز شبكة التواصل وتلبية متطلبات المرضى والتشخيص الجيد والتكفل بالحالات المرضية التي تستدعي الجراحة. أما البعض الآخر صرحوا بنسبة تقدر 16.66% لضرورة تخفيض الضرائب والزيارات التفتيشية بسبب صراماتها وضغطها المستمر على العيادة.

الجدول رقم(09): يوضح لنا سبب فتح العيادات الخاصة.

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
سوء الوضع الصحي العالمي	06	%06
تدهور الخدمات الصحية للقطاع العام	43	%43
حب ورغبة في العمل بالقطاع الخاص	47	%47
عدم ووجود إمكانيات لممارسة مهنة الطب في القطاع العام	01	%01
تحسين الخدمات الصحية	03	%03
المجموع	*100	%100

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين، لتعدد احتمالات إجابة.

من خلال المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، نجد أن نسبة 47% أجابوا بأنه تم فتح العيادات الخاصة حباً ورغبةً في العمل الخاص بهم، والشعور بالحرية وعدم التقيد. ويتجلى ذلك في إظهار قدراتهم وإمكانياتهم الشخصية من أجل صنع صورة لهم في المجتمع. وهذا ما أكدته نظرية صنع القرار، بأن عملية اتخاذ القرارات من طرف المسؤول، قد ساهمت في إعداده وتطوير قدراته. بينما نسبة 43% أجابوا أن سبب فتح العيادات الصحية الخاصة هو بسبب تدهور الخدمات الصحية بالقطاع العام ونقص الإمكانيات والأدوية، أما البعض الآخر أجابوا بنسبة قليلة جداً تقدر بنسبة 6% أن سبب فتح العيادات الصحية الخاصة يرجع إلى سوء الوضع الصحي العالمي، وهذا من كثرة المشاكل الصحية ونقص إمكانيات الدولة وعدم السيطرة على الوضع الراهن، وظهور القطاع الصحي الخاص لتحسن الخدمات الصحية.

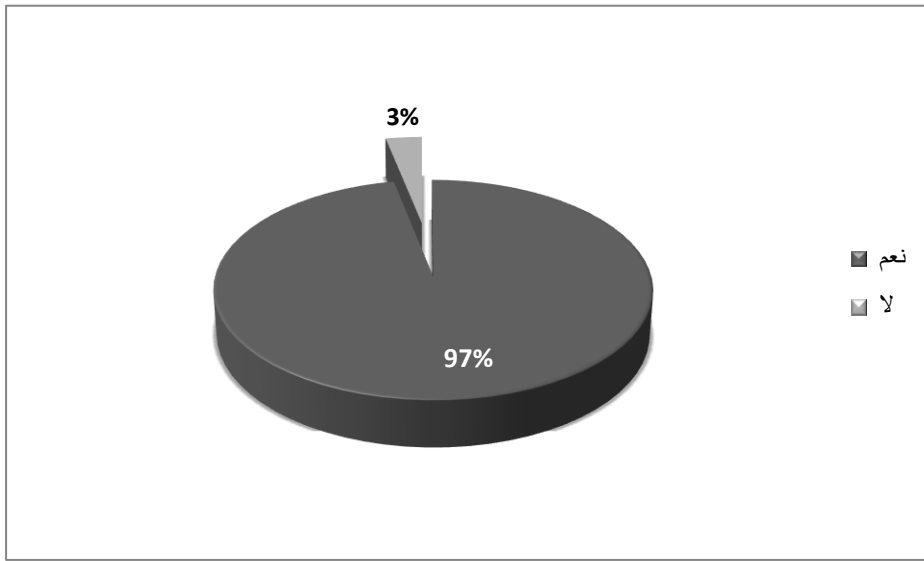
الجدول رقم(10): يوضح سبب ممارسة المهنة الطبية داخل العيادات الصحية الخاصة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
الدافع المادي	39	%29.77
تحسين الوضع الصحي للبلاد	35	%26.72
الإيمان بأخلاقيات المهنة	49	%37.40
الحرية	03	%02.29
سوء الخدمات في القطاع العام	05	%03.82
المجموع	*131	%100

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين الجين أجابوا بنعم (61)، لتعدد احتمالات الإجابة.

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول أن نسبة 37,40% من المبحوثين قد أجابوا بأنهم يمارسون مهامهم بالعيادة إلتزاماً بأخلاقيات المهنة الطبية ومبادئ العمل، في حين أكدت نسبة 26,72% على أنهم يمارسون عملهم داخل العيادة لتحسين الوضع الصحي للبلاد، والبعض الآخر أجابوا بنسبة تقدر بـ 29,77% بأنهم يمارسون مهامهم بالعيادات الخاصة من أجل الدافع المادي، وهذا ما أكدته لنا الأطباء خلال توزيع الإستمارات بأن كل إنسان يعمل من أجل توفير المال للعيش.

الشكل رقم (14): يبين لنا المجهودات المبذولة لتقديم الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة.



من خلال المعطيات الواردة في الجدول، نجد أن نسبة 97% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بتوفير المعدات الطبية اللازمة، وكذلك توفير الأمن الكافي لهم من أجل أداء عملهم على أكمل وجه، وصرحوا بالتكوين الحسن للأطباء والممرضين وهذا لتنمية المهارات والقدرات الطبية وأداء العمل بكفاءة وفاعلية في الأداء، وتوفير ظروف مناسبة للمرضى من حيث برنامج العمل وبيئة مناسبة، وتلبية احتياجات المرضى، وبالتالي يصبح الطبيب قادراً على التمريض بكفاءة جيدة والثقة بالنفس، وهذا ينعكس الإيجاباً على أداء الطاقم الطبي والعيادة في نفس الوقت.

الجدول رقم(11): يوضح كيفية تحسين الخدمة الصحية الخاصة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
التخفيض من تكاليف الفحص	27	18.24%
تطبيق مبدأ العدالة والمساواة بين جميع المرضى	53	35.81%
التكفل السريع بالحالات الاستعجالية	63	42.57%
تحسين المستوى الطبي بالممارسة والخبرة	5	3.38%
المجموع	* 100	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين لتعدد احتمالات الإجابة.

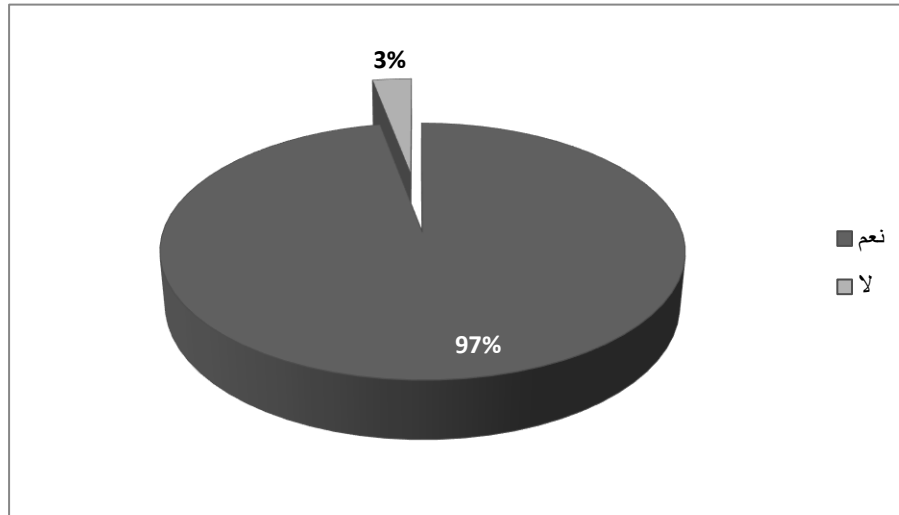
من خلال المعطيات الواردة في الجدول الذي يوضح كيفية تحسين الخدمات الصحية، نلاحظ أن نسبة 42,57% أجابوا أن تحسين الخدمة الصحية يكون عن طريق التكفل السريع بالحالات الاستعجالية، وهذا يدل على تحمل الطاقم الطبي للمسؤولية والالتزام والولاء لمهنتهم. بينما أجابت نسبة 35,81% أن تطبيق مبدأ العدالة والمساواة بين جميع المرضى يساهم في تقديم أفضل الخدمات الصحية، وهو سبب النجاحات المتعددة للعيادة والوصول إلى أفضل الوسائل لتحقيق الأهداف. في حين أن نسبة 18,24% صرحوا بتخفيض في تكلفة العلاج لتقديم الخدمات الصحية لبعض الحالات الإستثنائية، وهذا يدل على التعاون المتبادل بين الطاقم الطبي والمرضى، وتحسين علاقة أفراد العيادة ببعضهم البعض، وهذا ما جاء في نظرية النظام التعاوني على وجود نسق تعاوني بين الأفراد، يقوم على أساس تعاون شخصية أكثر من أجل تحقيق هدف محدد، وتكون بذلك الأنساق الفرعية نسقاً تعاونياً داخلياً. وأما تصريح نسبة ضئيلة ب3,38% أن تحسين المستوى الطبي هو الذي يساعدهم على تقديم خدمة صحية أحسن.

الجدول رقم(12): يبين سبب استخدام نظام المناوبة بالعيادات الخاصة

			الفئات		
النسبة المئوية%	التكرار	الاحتمالات	النسبة المئوية%	التكرار	نعم
27.78%	15	تفضيل المريض للطاقم المناوب	60%	42	نعم
61.11%	33	تسهيل تقديم الخدمات الصحية في كل الأوقات			
7.41%	04	حسن المعاملة			
3.70%	02	تقديم الطب الصحيح			
100%	54	مجموع			
			40%	28	لا

من خلال البيانات الجدول نلاحظ أن نسبة 60% صرحت بوجود نظام مناوب بالعيادات الخاصة، وذلك بتوفير الخدمات الصحية في كل الأوقات من أجل تلبية حاجات المرضى، وهذا يدل على التزام العيادات الصحية الخاصة بالمسؤولية اتجاه المرضى. في حين نجد نسبة 40% صرحوا بعدم وجود نظام المناوبة، وهذا دلالة على عدم إعطاء تصريح يسمح لهم بفتح العيادات 24/24 ظل اليوم من طرف الدولة. ونجد بعض المبحوثين بنسبة 61,71% قد صرحوا بأن العيادة التي تعمل 24/24 تقدم الخدمات والعلاج في جميع أوقات، بينما البعض أجابوا بنسبة 27,78% أن الذهاب للعيادة ليلا بسبب تفضيلهم للطبيب المناوب، والبعض الآخر أجابوا بنسبة 7,41% و 3,70% أن فتح العيادة على مدار اليوم يدل على حسن المعاملة وتقديم الطب الصحيح.

الشكل رقم (15): يوضح كيفية التحسين المستمر لتقديم الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة



توضح المعطيات الإحصائية في الشكل أن إجمالية الأفراد والمقدرة نسبتهم ب97% صرحوا أن كل العيادات الصحية الخاصة تعمل باستمرار علي تحسين وتقديم الخدمات بأفضل الطرق، وهذا يدل على نوعية وجودة الخدمات، وكل ذلك بفضل تعاون بما ينعكس على الطاقم الطبي من أجل نجاح وتطور واستمرارية العيادة، ويدل على حسن وتميز القطاع الخاص على القطاع العام. والسبب الرئيسي لتفضيل المرضى للقطاع الخاص، لأنه يقدم الخدمة في أحسن صورة، واعتبار الخدمة الصحية الخاصة لها صفة فريدة عن غيرها من الخدمات.

الجدول رقم (13): يبين لنا الاهتمام الجيد بالمرضى داخل العيادات الخاصة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
شراء تجهيزات حديثة	50	31.25%
توفير وسائل الراحة داخل القيادة	62	38.75%
توسيع عملية العلاج بالإضافة خدمات صحية أخرى	41	25.62%
التكنولوجيات المستمرة للأطباء	05	3.13%
شراء الأدوية بأقل سعر في سوق	02	1.25%
المجموع	* 160	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (90 مفردة) لتعدد احتمالات الإجابة.

من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول، نلاحظ أن نسبة 38,75% من المبحوثين صرحوا أن العيادات الصحية الخاصة تحتوى على وسائل الراحة والأمان، وهذا ما يفسر فعالية العيادة في تلبية الخدمات والتزام الطاقم الطبي بأدائهم وفق الإمكانيات المتوفرة. أما نسبة 31,25% صرحوا بتوفر العيادة على الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والحديثة، وهذا ينعكس إيجاباً على أداء العيادة والطاقم الطبي، فإشباع بعض الاحتياجات يعمل على زيادة الإنتاج وتطوير العمل، وهذا دافع يحفز العمل بما ينمي رغبته في بدل مستوى أعلى من الجهود في تحقيق أهداف العيادة، وهذا ما أكدته دراسة أوشن ريمة بعنوان إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، والتي هدفت إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من الإصلاحات في المنظومة الصحية، وذلك عن طريق معرفة اتجاهات المبحوثين من الأطباء نحو درجة ملائمة مدى التزام الإدارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة ونظام الاتصال والمعلومات المعتمدة في المراكز

الاستشفائية الجامعية. أما بنسبة 25,62% صرحوا بأن العيادات الصحية الخاصة تعمل على توسيع عملية العلاج بإضافة خدمات مرافقة أخرى، وهذا دليل على حرص العيادة على معرفة وتلبية جميع احتياجات المرضى في ظروف مناسبة تسمح لهم بتقديم خدمات صحية ذات كفاءة ونوعية للمرضى.

الجدول رقم(14): يوضح الأشكال الأساليب المناسبة لحسن تقديم الخدمة الصحية

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
التكوين المستمر للطعم الطبي	09	45%
توفير خدمة الرقمنة	07	35%
توفير عدد كافي من الأسرة الطبية	03	15%
توفير سيارات إسعاف خاصة	01	05%
المجموع	*20	100%

(*) لم يجب جميع المبحوثين.

من خلال المعطيات الإحصائية في الجدول نجد أن نسبة 45% من مجتمع أفراد البحث صرحوا على أن التكوين الصحي للطاقم الطبي هو شكل من أشكال تقديم الخدمات الصحية، لأن العلم الطبي في تطور دائم، وعلى الطبيب أن يواكب هذا التطور لتطوير مهاراته وقدراته، في حين صرح بعض المبحوثين بنسبة 35% يجب التوفير على خدمات الرقمنة لحفظ سيرورة الحالة المرضية للمريض المعالج، أما البعض الآخر صرحوا بنسبة 15% على أن يجب توفير عدد كافي من الأسرة الطبية في العيادات الخاصة، وهذا من أجل تلبية احتياجات جميع المرضى.

الجدول رقم(15): يوضح مدى إلتزام المرضى بمواعيد المراقبة الطبية

النسبة المئوية	لا يلتزم	يلتزم	مواعيد المراقبة
			الإسعافات الضرورية
63	14	49	نعم
90%	20%	70%	
07	03	04	لا
9.99%	04.28%	05.71%	
70	17	53	المجموع
100%	24.28%	75.17%	

نلاحظ من الجدول الوارد في الشكل أعلاه، أن أغلبية المبحوثين تتوافق احتياجاتهم الطبية مع الإمكانيات المتوفرة في العيادة وهذا بنسبة 70% و20% ويدل ذلك على مدى إلتزامهم بمواعيد مراقبتهم الطبية وعيهم الصحي، حيث ينعكس إيجاباً على تلقيهم التكفل الجيد من طرف الطاقم الطبي، في حين صرح البعض الآخر بنسبته 05.71 % و0.28 % بعدم توفير الإمكانيات والأجهزة ومعدات الطبية لازمة لتكفل بحالاتهم المرضية، ويدل ذلك على عدم إلتزام بمواعيد المراقبة الطبية.

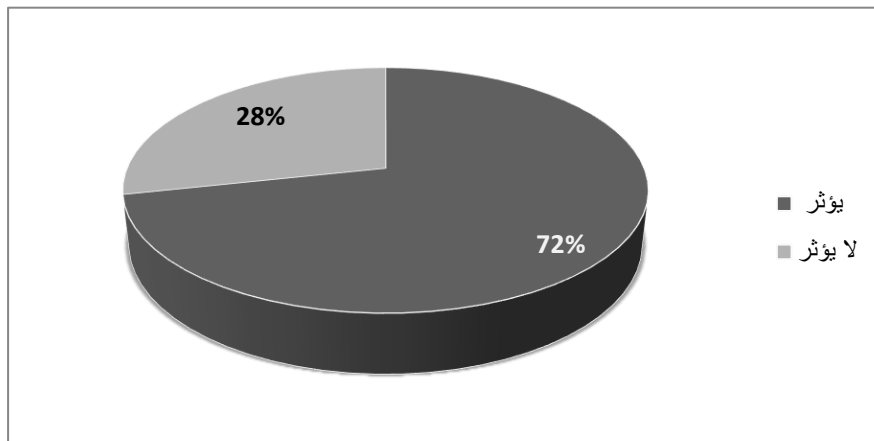
الجدول رقم(16): يوضح عملية التكفل بالمرضى في عيادات الخاصة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
توجيهه للقطاع العام بناءً على رسالة طبية معتمدة من القيادة	56	32.75%
إجراء تحاليل طبية خارج العيادة	56	32.75%
توجيهه إلى طبيب محتص	57	33.33%
الحل حسب الحالة الراهنة	2	1.17%
المجموع	* 171	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين (101) لتعدد احتمالات الإجابة

يوضح الجدول أن ما يتعلق بعملية التكفل يمثل في الغالب التوجيه إلى الطبيب المختص بنسبة 33,33% من المبحوثين وهذا ما يؤكد على مدى خبرة الطبيب المختص وخبراته الذاتية والقدرة على تحمل مسؤولية التشخيص وتحديد المرض بدقة، وتليها نسبة 32,75% صرحت بتوجيه المريض للقطاع العام بناءً على رسالة طبية في حالات يصعب علاجها، بحيث تتطلب الدخول إلى المستشفى وإجراء بعض التحاليل الطبية من أجل تشخيص المرض وتكملة العلاج.

شكل رقم (16): يبين تأثير الموقع الجغرافي على عمل العيادات الصحية الخاصة



الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

من خلال البيانات المتحصلة عليها، نجد أن نسبة 72% من المبحوثين كانت إجابتهم أن الموقع الجغرافي يلعب دوراً كبيراً في لفت الانتباه وجلب عدد كبير من المرضى واستقطابهم، وهذا دليل على أن صاحب العيادة يهتم بشؤون مرضاه، أي أن الجهة المسؤولة لها الحق في اتخاذ القرارات وهي معنية بمراقبة الآخرين والإشراف عليهم، وهذا ما أكدته نظرية صنع القرار، بمعنى أنه على الفرد أن يحدد مسؤوليته التي تواجهه أثناء القيام باتخاذ القرارات. فالعيادة تسعى إلى تحقيق نتائج جيدة في العمل والمحافظة على بيئة ومناخ العمل بشكل مميز، وذلك عن طريق تحديد موقع يتناسب مع جميع المرضى. في حين صرح البعض الآخر بنسبة تقدر ب 28% بأن الموقع الجغرافي للعيادة لا يؤثر في استقطاب المرضى، وهذا يدل على أنهم يبحثون على تميز وكفاءة الطاقم الطبي وفاعليتهم والسرعة في تقديم الخدمات وجودتها.

الجدول رقم(17): يبين لنا الخدمات الإضافية المرافقة للعلاج بالعيادات الخاصة

			الفئات		
النسبة المئوية %	التكرار	الاحتمالات	النسبة المئوية %	التكرار	نعم
32.81%	21	خدمة التحاليل الطبية	67.21%	41	
28.13%	18	خدمات الأشعة			
37.5%	24	الاستعانة بالأطباء المختصين			
1.56%	01	نقل المرضى في سيارة خاصة بالعيادة			
100%	64	مجموع			
/	/		32.79%	21	لا

إن بيانات الجدول تؤكد أن نسبة 67,21% صرحوا بتوفير خدمات صحية مرافقة التشخيص والعلاج، حيث أكد البعض الآخر بنسبة 32,81% على وجود خدمات التحاليل الطبية في كل العيادات الخاصة، وبنسبة 28,13% أكدوا على وجود خدمات الأشعة، في حين نسبة 37,50% أكدوا أنه يتم الاستعانة بالأطباء المختصين أثناء الحاجة لهم، في حين صرحوا بعض المبحوثين بنسبة ضئيلة تقدر ب 32,79% أن معظم العيادات الخاصة لا تتوفر فيها خدمات مرافقة أخرى، وذلك بسبب عدم القدرة

على تلبية جميع احتياجات المرضى، ويرجع ذلك إلى عدم الحصول على تسهيلات من طرف الدولة لتطوير العيادات الخاصة.

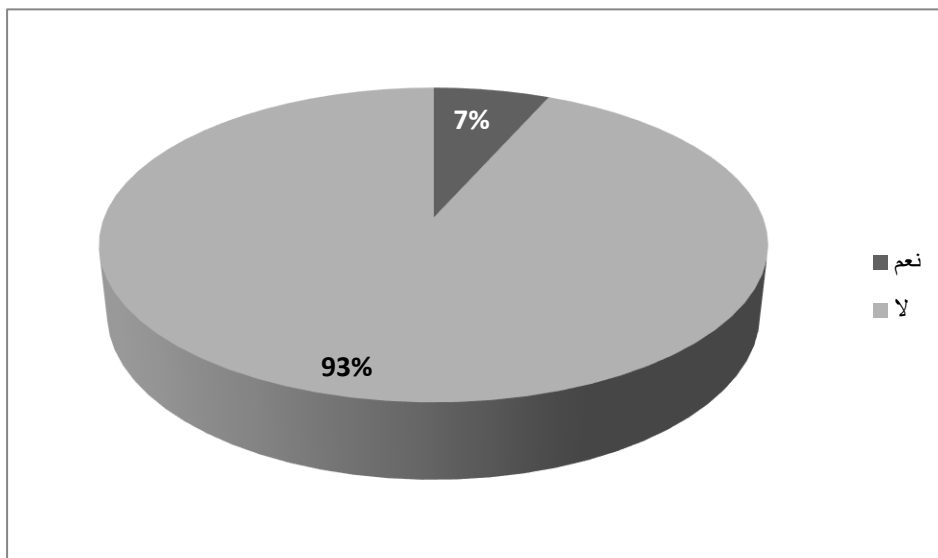
الجدول رقم(18): يوضح شروط التكفل الجيد بالمرضى

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
توفير الهياكل الضرورية (نظافة، حسن الاستقبال، تجهيزات طبية حديثة)	20	68.97%
الاستعجال في الفحص	06	20.69%
الحرص على تقديم أحسن خدمات بأقل السعر	03	10.34%
المجموع	*29	100%

(*) لم يجب جميع المبحوثين.

من خلال المعطيات الواردة في الجدول نجد أن نسبة 68.96% من المبحوثين صرحوا بتوفير الهياكل الضرورية في كل عيادة للتكفل الجيد بالمرضى وهذا دليل على اهتمام وحرص العيادات الخاصة على توفير خدمة صحية فريدة ومميزة عن القطاع العام، بتوفير مختلف التجهيزات والسعر المناسب لتلبية حاجات المرضى، أما البعض من المبحوثين صرحوا وبنسبة تقدر بـ 20.69% على الاستعجال في الفحص، وهذا هو سبب توجه المرضى نحو العيادات الخاصة بسبب الملل من الانتظار داخل المستشفيات، أما نسبة 10.34% فقد أجابوا أن تقديم خدمة أحسن مقابل سعر أقل هو من شروط التكفل الجيد.

شكل رقم(17): يبين اشتغال الطاقم الطبي بمناصب خارج العيادة



الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

من خلال المعطيات البيانية نجد أن أكبر نسبة تقدر بـ 93% من الطاقم الطبي، والتي صرحت بأنهم لا يشتغلون منصب آخر خارج العيادة، وهو ما يضيف جو من الاستقرار في العمل، وهذا يعد حافزاً إيجابياً يمنح الثقة بين أفراد الطاقم الطبي بوجود النية للدخول في تعاون طويل الأجل، فضلاً عن ذلك، فإنه بمنح شيئاً من الأمان لصاحبه، فالعامل الدائم في عمله ينتج أكثر، لأنه ينتمي للعيادة ولديه الولاء لعمله، وهذا يدل على مدى التزام وانضباط الطاقم الطبي بعمله، وهو ما أكدته تالكوت بارسونر (الاتجاه الوظيفي) بضرورة توافر منصب آخر خارج العيادة، وهذا بسبب الظروف الحالية (فيروس كوفيد 19)، فرض على جميع الأطباء التوجه نحو القطاع العام. وهناك مبعوثين صرحوا بتبادل المعلومات والزيارات للمستشفيات العامة، وهذا يكسبهم الكفاءة العالية والخبرة والدقة في العمل من خلال الاستفادة من الخطط التي تتبعها المستشفيات العامة، وهذا ما يؤكد على وجود تنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص.

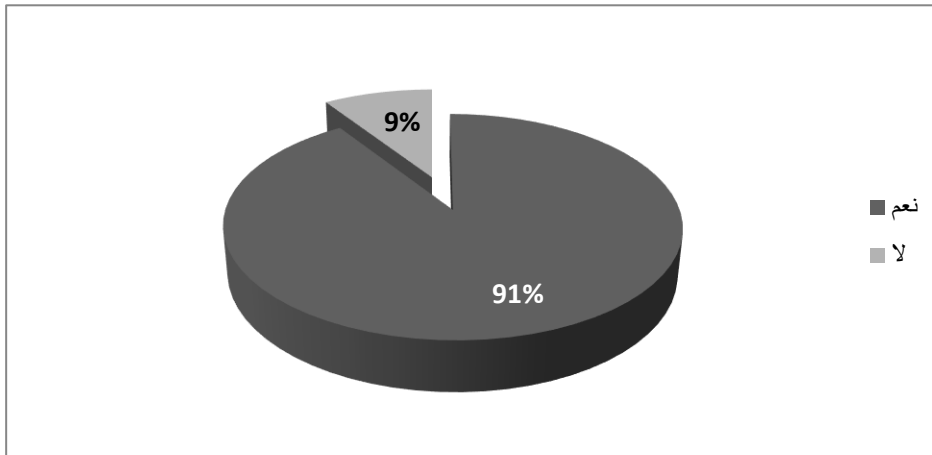
الجدول رقم (19): يبين مدى استقبال العيادة الخاصة على عدد كبير من المرضى في اليوم الواحد

الفئات		الاحتمالات	
نعم	التكرار	النسبة المئوية %	/
	53	85.48%	رفض المريض الذهاب إلى القطاع العام
			الإحساس بالثقة في تقديم الخدمات الصحية الخاصة
			شعور المريض بالملل والانتظار داخل مرافق القطاع العام
			الفحص الجيد وحسن المعاملة والاهتمام البالغ بالمريض
			مجموع
لا	9	14.52%	/

من خلال المعطيات الإحصائية، نلاحظ نسبة 85,48% من المبعوثين أكدوا بأن العيادات الخاصة تستقبل عددًا كبيرًا من المرضى، وذلك يرجع إلى الإحساس بالثقة في الطاقم الطبي في تقديم الخدمات الصحية الخاصة، والمرتبطة بمدى تنمية مهارات وقدرات الطاقم الطبي، وهو مؤشر فعال في تحسين سمعة العيادات الخاصة في تقدير جودة للخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى، وذلك بسبب

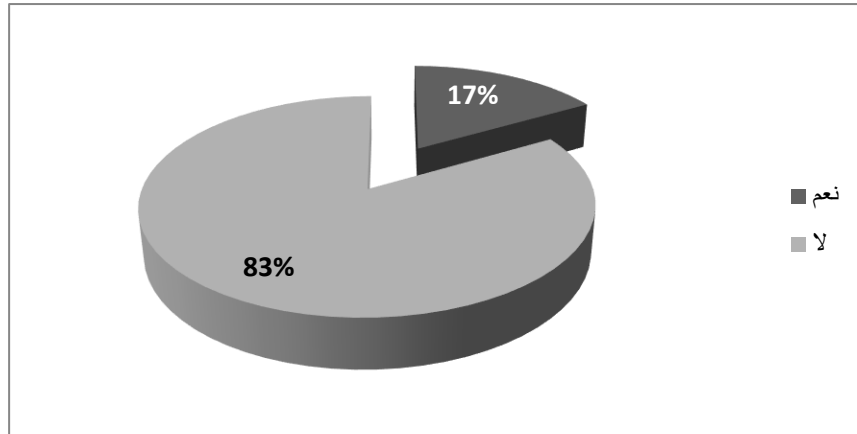
رفض ذهابهم إلى المستشفيات العمومية، نسبة تقدر بـ 29.90%، في حين نجد البعض يفضل الذهاب إلى القطاع الخاص بسبب سرعة تقديم الخدمة في القطاع الخاص وعدم الشعور بالملل والانتظار داخل مرافق القطاع العام، وهذا ما أكدته دراسة شادلي إبراهيم بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون(المريض)، حيث هدفت إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيد في المؤسسات الصحية من خلال تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في العيادة وذلك من خلال توضيح مفاهيم جودة الخدمة الصحية وتسلط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية للعيادة. في حين نجد نسبة قليلة من المبحوثين تقدر بـ 3,09% صرحت أن سبب ذهابهم إلى القطاع الخاص يرجع إلى شعورهم بالاهتمام والتقدير داخل العيادة. أما نسبة تقدر بـ 14,52% فقد صرحت بأنهم لا يستقبلون عددًا كبيرًا من المرضى في اليوم الواحد، وذلك راجع إلى عدم التعرف عليهم من طرف أفراد المجتمع، لذلك يواجهون نقص في العمل (عيادات جديدة).

شكل رقم(18): يوضح صلاحيات العيادات الخاصة في توجيه المريض للقطاع العام.



من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الشكل أعلاه، نلاحظ أن نسبة 91% من أفراد مجتمع الدراسة صرحوا بأنه يمكن توجيه المريض للقطاع العام عند صعوبة التكفل بحالته المرضية، وهذا يدل على نقص قاعات العلاج وبعض الأدوية الغير مسموح بها في العيادات الخاصة وتبين نسبة 9% من المبحوثين أنهم لا يملكون صلاحيات توجيه المريض إلى القطاع العام وهذا يدل على أن بعض العيادات الخاصة لا تتسق مع المستشفيات الاستشفائية العمومية في وضع برامج وقائية وعلاجية، وهذا ينعكس إيجابًا على العيادة.

شكل رقم(19): يوضح تلقي الدعم المادي من طرف الدولة



من خلال البيانات الإحصائية يتضح أن أعلى نسبة تقدر بـ 83% لم يتلقى الدعم المادي والمساندة والتحفيز من طرف الدولة، وهذا يرجع إلى عدم التمويل والإنفاق العام على العيادات الخاصة بسبب الأزمة الاقتصادية، في حين صرحت نسبة 17% أنها تحصلت على الدعم المادي من طرف الدولة، وهذا ينعكس بالإيجاب على العيادة حيث يسمح بتوفير وتطوير وسائل الطبية لمواكبة العصر الراهن، لأن الصحة عرفت تطوراً كبيراً جداً، وبالتالي ضرورة العمل على تطوير الأدوات الضرورية من أجل الحصول على جودة الخدمات الصحية الخاصة.

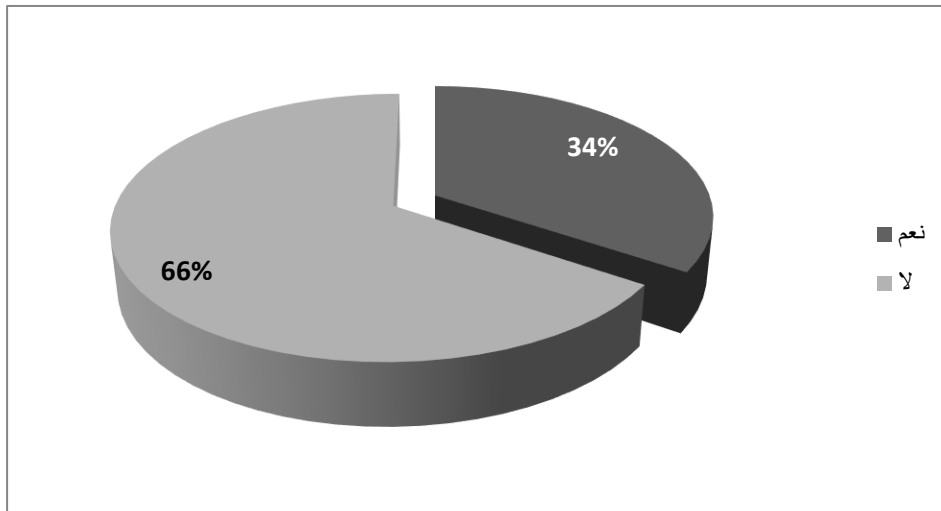
الجدول رقم(20): يوضح تخفيض تكلفة العلاج لبعض الحالات الاستثنائية

الاحتمالات			الفئات		
النسبة المئوية %	التكرار	/	النسبة المئوية %	التكرار	نعم
32.85%	45	ذوي الاحتياجات الخاصة	98.36%	60	نعم
37.22%	51	الحالات الفقيرة الواضحة			
21.90%	30	بطلب خاص من المريض			
3.65%	05	مرض السرطان			
4.38%	06	تخفيض السعر بسبب استعادة المريض من عدة خدمات			
100%	97	مجموع			
/	/	/	1.64%	01	لا
/	/	/	100%	*61	المجموع

(*) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول نلاحظ نسبة من المبحوثين صرحوا بأنه يتم تخفيض تكلفة العلاج لبعض الحالات الاستثنائية، متمثلة في الحالات الفقيرة الواضحة والتي تقدر بـ 37,22% وذوي الاحتياجات الخاصة بـ 32,85%. في حين صرح البعض بنسبة 21,9% أنه يتم تخفيض التكلفة بطلب خاص من المريض، أما نسبة 1,61% فصرحوا بأنهم لا يتم تخفيض تكلفة العلاج للحالات المرضية، وذلك بسبب ارتفاع تكلفة التجهيزات الطبية.

الشكل رقم(20): يوضح سبب عدم اعتماد نظام التكلفة الواحدة.



من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الشكل أعلاه، نلاحظ أن نسبة 66% من مجتمع الدراسة صرحوا أن معظم العيادات الخاصة لا تعتمد على نظام التكلفة الواحدة، والسبب هو التضخم الشديد في أنظمة الخدمات الصحية وزيادة ديون الحكومة (الضرائب) بالتمويل هذه النفقات المتنامية وارتفاع النفقات الصحية وقصور ونقص الأدوية ومستلزمات العلاج الضرورية، وتدهور نوعية الخدمات الصحية العامة.

في حين أن نسبة 34% من مجتمع الدراسة صرحوا أن بعض العيادات الخاصة تعتمد نظام تكلفة الواحدة للعلاج، وذلك بسبب فتح بعض العيادات الصحية الجديدة التي تعمل على الفحص الأولي للمريض فقط مع نقص وسائل وإمكانيات العلاج المتطورة.

الجدول رقم (21): يوضح سبب عدم تطبيق سعر موحد لتقديم الخدمة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
بسبب طبيعة الأجهزة المتوفرة	26	32.91%
بسبب كفاءة الطاقم الطبي وخبرته	15	19.99%
بسبب التكفل الطبي الشامل للحالات الصحية	25	31.65%
بسبب تغير أسعار الدواء بين العيادات	09	11.39%
عدم وضع تكلفة واحدة على جميع العيادات من طرف وزارة الصحة	13	16.45%
المجموع	*79	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (09 مفردة) لتعدد احتمالات الإجابة.

من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول، نلاحظ أن نسبة 32,91% من مجتمع الدراسة صرحوا بأنهم لا يعتمدون على نظام التكلفة الواحدة للعلاج، وذلك بسبب توفر العيادة على الأجهزة المتطورة باهظة الثمن. وهذا ينعكس سلبيًا على أداء العيادة، وصرحت نسبة 31,65% من مجتمع الدراسة أن سبب الاعتماد على نظام التكلفة الواحدة يرجع إلى التكفل الطبي الشامل للحالات الصحية، وصرحت نسبة 18,99% بسبب كفاءة الطاقم الطبي وخبرته وذلك من خلال إجراء دورات تدريبية وتكوينية لتحسين المستوى والأداء، ومن أجل معرفة التعامل مع الأجهزة المتطورة، علما أن التدريب يساعد على تطوير وتنمية المهارات والقدرات الشخصية والوصول إلى مستوى عالٍ من الكفاءة. في حين أجاب البعض بنسبة 16,45% أن عدم وضع نظام تكلفة واحدة للعلاج هو سبب عدم وضع تكلفة للعيادات الخاصة من طرف وزارة الصحة.

جدول رقم (22) يوضح الصعوبات التي يواجهها الطاقم الطبي أثناء تقديم الخدمة الصحية الخاصة

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
مرافق المريض	26	32.91%
غياب الوعي الصحي للمريض	15	19.99%
صعوبة التعامل مع كبار السن	25	31.65%
صعوبة التواصل بين الطبيب والمريض	09	11.39%
المجموع	*79	100%

(*) المجموع فاق عدد المبحوثين.

من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول نجد أن نسبة 43.75% من أفراد مجتمع الدراسة أرجعوا أن الصعوبات التي تواجههم أثناء أداء عملهم هو مرافق المريض، وهذا سبب تدخله في علاج المريض وشرح الوضعية الصحية بالخطأ، بينما البعض الآخر صرحوا بنسبة 31.25% أنه من بين الصعوبات الأخرى غياب الوعي الصحي للمريض، لأنه جزء لا يتجزء من خطة العلاج ويمنع حدوث المضاعفات ويقلل فجوة التفاهم بين الطبيب والمريض. ثم تليها نسبة 18.75% والتي تمثل صعوبة التفاهم مع كبار السن، لكونهم عنيديين ولديهم نقص في الفهم وشرح الحالة الصحية.

ثانياً: المناقشة العامة لنتائج الدراسة

بعد الدراسة التحليلية لمجمل البيانات والمعلومات المتعلقة بموضوع البحث، تمكنا من الوصول إلى عدة استنتاجات سمحت لنا بمناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة، ضوء الدراسات السابقة والنظريات، مما يضفي ذلك نظرة عميقة على موضوع البحث، والتي ندرجها كآلاتي:

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

- يتحدد مستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة بمجموعة من المعايير الاقتصادية والصحية ضمن تصنيفات مميزة في المجال التعليمي والصحي:

- حيث تم إدخال تغييرات على مستوى عمل العيادات الصحية الخاصة، وذلك لما يحتاجه أفراد الطاقم الطبي من مختلف تصنيفات التعليمي والصحي من مستجدات لتطويرها وتحقيق أهدافها، فلا يمكن تجسيد أداء الطاقم الطبي ما لم تتفاعل العيادة مع التغييرات والمتطلبات والضروريات والفرص في البيئة التي تعمل بها، فلا يمكن تطبيق جودة الخدمات الصحية الخاصة دون إحداث تغييرات في مستوى أداء العيادة، بالاستعانة بتوفير التسهيلات الضرورية والتجهيزات الحديثة لتكفل الجيد بالحالات الصحية سعياً لمواكبة التطورات ومستجدات العصر والانفتاح على البيئة الخارجية وتحقيق التوازن بين أهداف العيادة وأهداف الطاقم الطبي، وهذا ما يبينه الشكل رقم (08) والجدول رقم (11).

- كما نجد أن العيادة تسمح للطاقم الطبي بالتدريب على إنجاز المهام، وهذا دليل على حرص العيادة على تدريب عاملها وإيمانها منها بأهمية نشاط التدريب في تعزيز كفاءة الطاقم الطبي في أداء مهامهم بمهارة وفاعلية وتمكينه بما يعزز الوعي بتبني جودة الخدمات الصحية المقدمة بالعيادة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (10) مما يدل على إعطاء الفرد (من الطاقم الطبي) الفرصة لتنمية مهاراته وتطوير قدراته الفردية.

- توفر العيادة ظروف عمل ملائمة تتناسب مع احتياجات الطاقم الطبي والمرضى لما تتميز به العيادة من تقديم مختلف الخدمات الصحية الخاصة التي تتلاءم مع متطلباتهم، وذلك قصد إرضاءهم كاستخدام المتابعة المنزلية والقيام بالفحص لمنزل المريض والمتابعة بالهاتف، وهذا يدل على أن العيادة تقوم بوظيفتها ودورها بشكل فعال، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (10).

نفهم أن هناك ارتباط بين جودة الخدمات الصحية الخاصة وفاعلية أفراد الطاقم الطبي على أداء مهامهم بشكل جيد وبمواصفات وخصائص مميزة قائمة على التطورات المستجدة الحديثة، وهذا ما يتطابق مع الفرضية الأولى.

• فرضت سياسة الخصخصة بعض التغيرات في توظيف أشكالها وأساليبها لتقديم الخدمات الصحية الخاصة:

- إن اهتمام العيادة بالاحتياجات الصحية للمرضى أثناء تقديم الخدمة الصحية، يثبت أن العيادة تهتم بالمريض ومختلف احتياجاته كتوفير الأمن والنظافة والراحة، وكذلك تسهل تقديم الخدمات الصحية في كل أوقات وهذا يدل على مدى اهتمام وتكفل الطاقم الطبي بالمرضى، وحسن استقبال والتوجيه. وهذا ما يوضحه الشكل رقم (14).

- تؤكد بيانات الجدول رقم (08) أهم اقتراحات الطاقم الطبي لتحسين تقديم الخدمات الصحية الخاصة، بتوفير الضمان الاجتماعي، وهذا من أجل تغطية الطبية، وتسهيل الوصول إلي خدمات صحية جيدة، وتلبية متطلبات المرضى والتشخيص الجيد والتكفل بالحالات المرضية.

- تعمل العيادة على توفير المعدلات الطبية اللازمة، وتوفير الأمن الكافي لهم من أجل أداء عملهم على أكمل وجه، والتكوين الجيد للأفراد الطاقم الطبي لتنمية المهارات والقدرات الطبية للأداء بكفاءة وفاعلية، يتطلب توفير ظروف مناسبة للمرضى من حيث برنامج العمل وبيئة مناسبة، ليصبح الطبيب قادرا على التمريض بكفاءة جيدة، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (14).

- تسعى العيادة لتحسين الخدمة الصحية عن طريق التكفل الجيد والسريع بالحالات الاستعجالية وتحمل الطاقم الطبي للمسؤولية والالتزام والولاء لمهنتهم. وتطبيق مبدأ المساواة لتقديم أفضل الخدمات الصحية بين جميع المرضى، وهو سبب نجاح العيادة الصحية الخاصة، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (11).

• يعتمد ضبط جودة الخدمات الصحية الخاصة في ظل سياسة الخصخصة على مؤشرات العدالة الاجتماعية وترشيد التكاليف والنفقات الصحية:

- إن المسؤول أو صاحب العيادة يقوم بمتابعة العمل باستمرار والسهر على حسن التقديم واحترام القوانين سارية المفعول وهذا يؤثر إيجابا ويدعم عمل العيادة، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (16) الذي يبين تأثير الموقع الجغرافي على العيادات الصحية الخاصة، والشكل رقم (18) الذي العيادات الخاصة في توجيه المريض للقطاع العام، ورغم هذا لا يمنع أن يقوم العامل برقابة ذاتية لأعماله وأن يكون مسؤولا على دوره.

• فجودة الخدمات الصحية الخاصة تتيح للأصحاب العيادات الخاصة فرصة اتخاذ القرار الملائم حول ماذا يعملون وكيف ينجزون عملهم ومتى وأين وبأية تكلفة، ووضع الخطط البديلة للعيادة الصحية. بعد عملية تحديد سياسة الخصخصة للعيادة وأهدافها، وبعد التحليل العام للمحيط وللوضع الداخلي للعيادة وإمكانياتها، تمر العيادة في إجراءات تطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية الخاصة، وهي وضع الخطط الاستراتيجية ثم توزيعها إلى خطط علمية تشغيلية أكثر تفصيلا، وهذا ما يجعل الفرضية الثالثة مقبولة.

- أن التوزيع العادل لتقديم الخدمات الصحية بين المرضى وتوفير التسهيلات اللازمة لتلبية احتياجاتهم من طرف الطاقم الطبي يثبت أن العيادة تسير وفق نمط تنظيمي مرن، وتقوم على مبدأ تكافؤ الفرص في توزيع خدمات الصحية، وهذا ما يعد دعما اجتماعيا للطاقم الطبي وتحفيزا على انتهاج سياسة خصخصة في العيادة الصحية الخاصة بما يدل على نجاح وفاعلية أداء القطاع الخاص، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (15).

• تؤدي المتغيرات السياسية والاقتصادية للخصخصة إلى العديد من التأثيرات السلبية التي انعكست على جودة تقديم الخدمات الصحية الخاصة:

- حيث أثبتت الدراسة أنه يوجد تنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص، وهذا يعد حافزا إيجابيا يمنح الثقة بين أفراد الطاقم الطبي بوجود النية في تعاون بين القطاعين، يكسبهم الكفاءة العالية والخبرة والدقة في العمل من خلال الخطط الصحية التي تتبعها المستشفيات العامة، وهذا ما أكدته الشكل رقم (18).

- استفادة الطاقم الطبي من التدريب والتكوين في العيادة وخارجها، وهذا دليل على حرص العيادة على تدريب وتكوين أفرادها وتأهيلهم من خلال تصميم البرامج التدريبية اللازمة لاكتساب الأفراد المعارف والمهارات وتحسين أدائهم من خلال دورات تكوينية وتربصات خارجية مما يساعد على ربط النظري بالواقع الميداني العملي، وهذا ما أثبتته الشكل رقم (18) والذي يؤكد أيضا على أن التدريب أحد

مكونات تحسين الخدمة، حيث يقف عند حدود اكتساب المعارف والمهارات للأفراد الطاقم الطبي، بهدف إنجاز الأداء على أكمل وجه لكن التمكين يتخطى حدود التدريب إلى تحويل المعارف والمهارات إلى قدرات وتحويل القدرات إلى أداء فعال.

- إن الالتزام العيادة بالمسؤولية يؤدي إلى زيادة قنوة العيادة على الاستمرار والبقاء والنمو في عالم الأعمال، كما يزيد التزام المؤسسات الصحية بالمسؤولية الاجتماعية تجاه الأفراد الطاقم الطبي فيها إلى زيادة القوة التنافسية لهذه العيادة. وهذا ما يوضحه الجدول رقم (18) يبين صلاحيات العيادات الصحية توجيه المريض للقطاع العام، وهذا دليل على تطبيق مبادئ المسؤولية الاجتماعية.
- لم تستفيد العيادات الصحية الخاصة الدعم المادي والمساندة والتحفيز من طرف الدولة، وهذا يرجع إلى عدم تمويل والإنفاق العام على العيادات الخاصة، بسبب الأزمة الاقتصادية، وعدم الاستطاعة على توفير جميع الأدوات والمستلزمات اللازمة لمواكبة العصر الراهن، لأن الصحة عرفت تطور كبيراً جيداً، وهذا ما وضحه الشكل رقم (19).

2. مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

- انطلاقاً من النتائج الميدانية، نستنتج أن هناك تغييرات أدخلت على مستوى عمل العيادات، وهذا دليل على أن العيادة تسعى جاهدة لتلبية خدمات واحتياجات المرضى ومدى التزام الطاقم الطبي بأدائهم وفق الإمكانيات المتوفرة، وهذا ما يتوافق مع دراسة أوثن ريمة حول إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، حيث يتوجب على العيادة أن توافر الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والحديثة لأداء العمل وذلك من خلال إجراء دورات تدريبية وتكوينية لتحسين المستوى والأداء علما أن التدريب يساعد على تطوير وتنمية المهارات والقدرات الشخصية. وهذا ما أكده الجدول رقم (14) ورقم (17)، للوصول إلى مستوى عالٍ من الكفاءة، لأن العلم الطبي في تطور دائم وعلى الطاقم الطبي أن يواكب هذا التطور للتكفل الجيد بالمرضى.
- إن شعور المرضى بالراحة والأمن أثناء تلقي العلاج راجع إلى حرص العيادة على خلق جو ملائم لتقديم أحسن الخدمات الصحية، وكسب ثقة المريض من خلال تعامله مع الطاقم الطبي، ودليلاً على أن العيادة تعمل في شفافية مع مرضاها. وهذا ما جاء في دراسة جديد رزيقة-حميطوش بلعيد حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، حيث أن كفاءة العنصر البشري وسرعة الاستجابة لطلبات واحتياجات المرضى عامل أساسي للارتقاء بمستوى الأداء، بما يزيد من فاعلية العيادة. وهذا ما أكده الشكل رقم (11).

- ترتبط القرارات التي يتخذها أصحاب العيادة بخبراتهم المهنية من خلال سنوات العمل والانفتاح على كل جديد، ومن خلال التدريب اليومي لاكتساب خبرات ومهارات معرفية أكثر، وهذا ما أكدته دراسة دوناس حفيظة حول واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر، ذلك من خلال تدريب الطاقم الطبي على تحمل المسؤولية والالتزام والولاء لمهنتهم، وهو السبب لتفضيل المريض للقطاع الخاص، لأنه يقدم الخدمة في أحسن صورة. وهذا ما أكدته الشكل رقم(15).

- هناك تغييرات أدخلت على مستوى العمل بالعيادة، وتشمل تلك التغييرات في الغالب توفير التسهيلات الضرورية والإمكانيات المتطورة لتقديم الخدمة الصحية بالقطاع الخاص، بما ينعكس ذلك على جودة الخدمات الصحية الخاصة، وهذا ما يتوافق مع دراسة شادلي ابراهيم حول تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون، وهو مؤشر فعال في تحسين سمعة العيادات الخاصة في تقدير جودة للخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى، وهذا ما أكدته الجدول رقم (17).

- كما أثبتت دراستنا ضرورة اهتمام المؤسسة بتطوير مهارات العمال، حيث ترتبط القرارات التي يتخذها الطاقم الطبي بخبراتهم المهنية من التنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص، وهذا يكسبهم الكفاءة العالية والخبرة والدقة في العمل من خلال الاستفادة من الخطط التي تتبعها المستشفيات العمومية، وهذا ما أكدته دراسة عتيق عائشة حول جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية من خلال تنمية الحياة المهنية للعامل، والاعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربصات تكوينية لتطوير الكفاءات وإنشاء شبكة اتصال داخل العيادة(عبر الأنترنت) وخارج العيادة، وهذا ما أكدته والشكل رقم (18).

3. مناقشة النتائج في ضوء المقاربات النظرية

- يتضح من خلال النتائج أن العيادة تعمل على تحقيق احتياجاته الأساسية للمرضى والاهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تهيئة مناخ ملائم لتقديم العلاج وتحسين سلوك وأداء الطاقم الطبي داخل العيادة، وهذا ما تؤكدته "تالكوت بارسونز" بتركيزها على أنه لا بد أن يتكيف العامل مع بيئته لتحقيق الهدف، ولا بد لكل نسق من أدوات يحرك بها مصادره مثلما يحقق أهدافه، وبالتالي يصل إلى درجة الإشباع، كما أن كل نسق اجتماعي يمثل نسقا حقيقيا فيه يؤدي أجزاؤه وظائف أساسية لتأكيد الكل وتشبيته، أي لا بد له من المحافظة على وحدته وتماسكه، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (16).

- كما تبين أن مسؤول العيادة يقوم بفتح المجال للحوار والسماح للطاقم الطبي لاتخاذ القرار، مما يحفزهم على حسن تقديم الخدمات وفتح مجال الإبداع والشعور بالارتياح والطمأنينة أثناء إنجاز المهام في إطار تحقيق الأهداف المشتركة. وهذا ما أكدته "نظرية صنع القرار" وهي أن الإدارة الفعالة تركز على عملية اتخاذ القرارات لتحقيق الأهداف التي توجه السلوك مع تحديد الآليات الضرورية كالقواعد الرسمية ووجود قنوات الاتصال بين جميع الطاقم الطبي، وهذا ما توضح في الشكل رقم (15).
- كما لاحظنا أن العيادة تعمل على التنسيق بين المهام من أجل تحسين الجودة وتحقيق كفاءة الأداء، من خلال تعامل الطاقم الطبي والمرضى بكل هدوء وعقلانية على أساس الاحترام المتبادل والشفافية في تقديم الخدمة حسب المستوى المطلوب لتحقيق رضا المرضى، وهذا ما يجعل الطاقم الطبي يحب العمل ويفضل ممارسة المسؤولية الذاتية لتحقيق الأهداف، وهذا ما تؤكدته "النظرية البنائية الوظيفية" من خلال العلاقات الاجتماعية المتبادلة التي تتكامل وتتسق عن طريق الأدوار الاجتماعية. وهذا ما تبين في الشكل (16).
- تعمل العيادات الخاصة على تعاون أفراد الطاقم الطبي فيما بينهم داخل العيادة، وهذا ما ينمي شعور الارتباط وحث العمال على التعاون وتشجيع تكوين الجماعات وتنسيق مجهوداتهم التعاونية وتجسيدها في شكل أنساق تعاونية، فضلا عن زيادة عمليات التفاعل داخل مجموعات العمل. وهذا ما أكدته "نظرية النظام التعاوني" التي تؤكد على وجود نسق تعاوني بين الأفراد، والذي يقوم على أساس تعاون شخصية أو أكثر من أجل تحقيق هدف. وهذا ما توضح في الجدول رقم (12).
- إن الاستقلالية في العمل تعكس إحساس الفرد بالحرية لاتخاذ طريقة أدائه لعمله وتحمله مسؤولية المهام والصلاحيات الممارسة، وهذا ما عزيز ثقافة الطاقم الطبي في العيادة، باعتبار أن الاستقلالية تشجع أفراد الطاقم الطبي على الأداء بأحسن الطرق، وذلك عبر المشاركة الفعالة في عملية تطوير وتحسين جودة الخدمات المقدمة، حيث يحتاج منح الطاقم الطبي الحرية في التصرف والاستقلالية في اتخاذ القرارات، وهذا ما أكدته "نظرية الدور الاجتماعي" أنه عادة ما يكون للفرد أكثر من دور واحد داخل النظام الاجتماعي الذي يقوم به بإرادته. وهذا ما توضح في الشكل رقم (08).
- تعطى العيادات الخاصة للعامل الفرصة لتنمية مهاراته وتطوير قدراته الفردية، وتمكنه من إنجاز المهام بطرق إبداعية ومبتكرة، أي أن أصحاب العيادة يتعامل مع أفراد الطاقم الطبي من خلال مناقشة اقتراحاتهم وتفهم آرائهم واستلهم أفكار جديدة منهم تنمي بيئة العمل، وهو ما دعت إليه

"النظرية الموقفية الظرفية" التي تنطلق من فرضية أن كل موقف تواجهه المؤسسة، فهو يتطلب منها اتخاذ التدابير اللازمة لإيجاد الحلول العلاجية، وأن فعالية القائد تتماشى مع أسلوبه في التعامل مع بيئة المحيطة. وهذا ما يؤكد في الشكل رقم (09).

ثالثاً: النتائج العامة

- تتميز الخدمة الصحية الخاصة عن غيرها من الخدمات كونها عامة للجمهور، حق لكل مواطن، تختلف طريقة إنتاجها وتقديمها عن القطاع العام، لأنها ذات درجة عالية من الجودة ومرتبطة بحياة الإنسان وتتأثر بقوانين والأنظمة الصحية والحكومية.
- تتمثل جودة الخدمة الصحية الخاصة في درجة الإلتزام بالمعايير والأشكال المعاصرة المعترف بها، والتي يتم من خلالها تقديم خدمات طبية تكون أكثر أماناً، أسهل منالاً، أكثر إقناعاً، أكثر إرضاء للمستفيدين منها وذات فعالية عالية باستخدام برامج علاجية حديثة، وتتسع لتشمل خمسة أبعاد هي (الملموسية، الضمان، التعاطف، الاستجابة والاعتمادية)
- تقاس جودة الخدمة الصحية الخاصة من وجهتي نظر، وجهة نظر داخلية تقوم على أساس إلتزام المنظمة الصحية بمجموعة من المقاييس التي صممت على أساسها الخدمة الصحية، وتعكسها مقياس الجودة المهنية (المدخلات، العمليات المخرجات)، ووجهة نظر خارجية تعبر عن جودة الخدمة المدركة من طرف المريض المستفيد من خلال عدة مقاييس نذكر منها: مقياس الشكاوي، مقياس الرضا، مقياس الأداء الفعلي، مقياس الفجوة الصحية، مقياس القيمة).
- لإدامة جودة الخدمات الصحية في العيادات الخاصة، فهي تركز على: تقييم مؤهلات ومهارات الطاقم الطبي عند التوظيف، تعتمد العيادات الصحية الخاصة على أساليب والطرق الوقائية ووضع نظم الرقابة والتقييم لحماية مرضاها.
- يثق المرضى بالمؤهلات وخبرات الطاقم الطبي للعيادة الخاصة، كما تعمل العيادة على سرية المعلومات والمحافظة علي السجلات والاهتمام بسمعة ومكانة العيادة.
- تتوفر العيادة الخاصة على كل المستلزمات من أدوية وأجهزة حديثة ومعدات طبية، والاهتمام بالنظافة وحسن المظهر.
- تتمتع العيادات الخاصة بموقع يتلاءم مع احتياجات المرضى ويسهل الوصول إليها.
- العيادات الصحية الخاصة تقدم الخدمات بدرجة عالية من الدقة والإلتزام بالمواعيد المحددة والمنظمة لضمان سرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية.

- تلاءم أوقات عمل العيادات الصحية الخاصة كافة المرضى.
- سلوك المريض هو التصرف الذي يصدر من المريض للبحث أو التقييم الخدمات الصحية، بما في ذلك القرارات التي تسبق وتحدد هذه التصرفات، ومحاولة اكتشاف العيادات الصحية الخاصة الملائمة لحالته الصحية.

رابعاً: توصيات الدراسة

- على مستشفيات القطاع العام الاستفادة من التجارب للقطاع الصحي الخاص، وذلك من خلال فرق بحثية تقوم بدراسة وتحليل الحالات في القطاع والأساليب التي تستخدمها في قياس وتقييم جودة خدماتها.
- على جميع العيادات الخاصة مواكبة التطور التكنولوجي لتطوير حلقة العلاج.
- الاهتمام بأراء واقتراحات المرضى بشأن تحسين الجودة وأخذ شكاويهم بعين الاعتبار.
- إشاعة ثقافة الجودة وتعميمها على جميع مستويات المستشفى والعيادات الصحية، وتدريب أفراد الطاقم الطبي على مفاهيم الجودة.
- من الضروري على المستشفيات الجزائرية القيام على مدار فترات زمنية بتقييم جودة الخدمات المقدمة بها، من وجهة نظر المرضى ومرافقهم، وهذا التعرف على درجة رضاهم عما يقدم لهم من خدمات، والوقوف على جوانب القصور فيها، والعمل على إصلاحها.
- يجب على إدارة المستشفيات الاهتمام بالعنصر البشري، لأن إرضاء المرضى الجدد يبدأ بإرضاء المرضى القدم.
- عدم التكامل بين القطاع العام والخاص وسعي كل منهم إلى الارتقاء على حساب الآخر، وهو ما أوصل القطاع الصحي الجزائري إلى الوضع الحالي، لذا من الضروري العمل على الشراكة بين القطاعين.
- الاستفادة من نماذج النجاح بين القطاعين في المجال الصحي في الدول المتقدمة.
- التركيز على التحفيز المادي للإطارات الطبية في القطاع العام.

يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما متزايدا، حيث تبنت معظم دول العالم المتقدمة والنامية سياسات وبرامج لإصلاح المنظومة الصحية. وعلى الرغم من التفاوت في طبيعة المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء قطاع الخدمات الصحية من دولة لأخرى، إلا أن أهداف سياسات تطوير قطاع الصحة تتركز عادة على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية، لكن دون التفريط في المدخل الاقتصادي المتمثل في التكاليف المترتبة عن الجودة، حيث أصبح من الضروري في ظل المنافسة الشديدة تحليل تكاليف الجودة وعناصرها ووضع طرق لقياسها وأساليب للتقرير عنها في إطار مساعدة القطاع الخاص على اتخاذ القرارات المتعلقة بسياسات الجودة ووظائف الرقابة عليها، ولضمان تقديم أفضل الخدمات وبأقل التكاليف.

وباعتبار الجزائر من بين الدول التي تسعى إلى تحقيق جودة خدماتها الصحية، فقد انعكس على تضاعف نفقات قطاعها الصحي، نتيجة تزايد تكاليف هذه الخدمات وبمعدلات تفوق وبكثير الزيادة في الميزانيات الصحية، دون أن يقابل ذلك تحسين في الحالة الصحية للمجتمع. ويرجع سبب هذه الزيادة في النفقات إلى عدم انتهاج العيادة الصحية الخاصة الآليات التي من شأنها تعمل على عقلنة استخدام الموارد المالية والتحكم في التكاليف مع الحفاظ على المستوى المناسب للخدمة الصحية. فنقص استثمار العيادة الصحية في التكاليف المتعلقة بالجودة من تكاليف وقاية وتقييم، أدى بها إلى تحمل تكاليف مضاعفة متمثلة في تكاليف الفشل، ويعد هذا الأخير سبب الزيادة في النفقات الموجهة لهذا القطاع الخاص.

فمن خلال الدراسة النظرية والنتائج الميدانية نصل إلى أن نجاح العيادة في تطبيق جودة يعتمد بدرجة كبيرة على أداء الجيد للطاقت الطبي تهدف إلى إيجاد العيادة الكفؤة والقادرة على تلبية احتياجات جميع المرضى بكفاءة وفاعلية والوصول إلى فاعلية الدور الذي تؤديه من خلال تفعيل عملية تطبيق إدارة الجودة من المسؤولية وإعطائه الفرصة لأفراد الطاقم الطبي لإدارة عملهم بنفسهم ومنحهم حرية المشاركة في تقديم الخدمات الصحية اللازمة للمرضى، حيث يثق أصحاب العيادة في أفراد الطاقم الطبي لذلك يعاملونهم كأفراد ناضجين قادرين على تحمل مسؤوليتهم.

وقد أسفرت دراستنا عن أن جودة الخدمات الصحية تساهم في تلبية حاجات المرضى، لأنه يتبني جودة الخدمات وتطبيقها بفاعلية من تطوير مهارات وتدريب أفراد الطاقم الطبي على التكوين الجيد، يساعد العيادة على تحقيق أهدافها والنجاح في الاستمرار والبقاء في بيئة العمل.

المراجع

قائمة المراجع

أولاً: باللغة العربية

أ. المعاجم والقواميس

1. ابن منظور محمد بن مكرم بن علي: لسان العرب، المجلد 6، دار المعارف، بيروت- لبنان، 1984م.
 2. ابن منظور: المحيط، ط2، قدم له الشيخ عبد الله العلايلي- دار لسان العرب، بيروت-لبنان، 1988م.
 3. ابن منظور: لسان العرب ج1، تحقيق عبد الله علي الكبير وآخرون، دار المعارف، مصر، د.س.
 4. أحمد زاكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان للنشر، لبنان، 1982م.
 5. علي معمري عبد المومن: البحث في العلوم الاجتماعية-الوجيز في الأساسيات والمناهج والتقنيات-، منشورات جامعة 7 أكتوبر، ليبيا، 2008م.
 6. شعبان عبد العاطي عطية وآخرون: المعجم الوسيط، ط4، مكتبة الشروق الدولية، مصر، 2004م.
 7. عبد الهادي الجوهري: قاموس علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1998م.
 8. أحمد شفيق السكر: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م.
 9. المعلم بطرس البستاني: قطر المحيط-قاموس لغوي ميسر-، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت-لبنان، 1995م.
- ### ب. الكتب
10. إبراهيم بيومي مرعي، عدلي سليمان: خدمة الجماعة وعملياتها المعينة والتطبيقية، جامعة حلوان، القاهرة-مصر، 1997م.
 11. أبو القاسم عبد القادر صالح وآخرون: المرشد في إعداد البحوث والدراسات العلمية، مركز البحث العلمي والعلاقات الخارجية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم-السودان، 2001م.
 12. أبي سعيد الديوشي: المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2008م.
 13. أحمد الرمحي، تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات المالية، إيتراك للنشر والتوزيع، الشارقة-الإمارات، 2008م.
 14. أحمد ماهر: دليل المديرين في كيفية إعداد الاستراتيجيات والخطط والسياسات، مركز البحوث الاقتصادية، جامعة القاهرة-مصر، 1996م.
 15. أحمد ماهر، دليل المدير في التخصصة، دار الجامعية للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 2003م.
 16. أحمد محمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرون، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 2000م.
 17. أحمد محمد محرز: النظام القانوني للتخصصة- تحول شركات القطاع العام إلى شركات القطاع الخاص-، منشأة المعارف، الإسكندرية-مصر، 2003م.

18. أحمد مصطفى خاطر: طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، مدخل لتنمية المجتمع المحلي، استراتيجيات وأدوار المنظم الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1997م.
19. أحمد مصطفى خاطر: الخدمة الاجتماعية، ط3، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1995م.
20. إسماعيل سلام: مستقبل الرعاية الصحية والتأمين الصحي، المؤتمر القومي للتنمية الاجتماعية، مصر، 2000/9/19/17م.
21. أماني قنديل: الدور السياسي لجماعات المصالح في مصر-دراسة حالة لنقابة الأطباء-، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية، الأهرام-مصر، 1984م-1995م.
22. أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري، عمان-الأردن، 2012م.
23. إيهاب الدسوقي: الخصخصة والإصلاح الاقتصادي في الدول النامية مع دراسة حالة التجربة المصرية، دار النهضة العربية، مصر، 1995م.
24. بري زين الدين عبد الله: خصخصة المشروعات العامة، إدارة النشر العلمي والمطابع، السعودية، 2005م.
25. بشير بودية وطارق قندوز: أصول ومضامين تسويق الخدمات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2016م.
26. بشير علاق: ثقافة الخدمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2009م.
27. بلال خلف السكارنه: دراسات إدارية معاصرة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن، 2016م.
28. تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2007م.
29. جون. د. دوناهيو: قرار التحول إلي القطاع الخاص - غايات عامة ووسائل خاصة-، ترجمة: محمد مصطفى غنيم، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة-مصر، 1991م.
30. جيمس أندرسون: صنع السياسة العامة، ترجمة عامر الكبسي، دار المسيرة، عمان-الأردن، 1999م.
31. حازم الببلاوي: دور الدولة في الاقتصاد، دار الشروق، القاهرة-مصر، 1999م.
32. حسان محمد نذير حريستاني: إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة-الإدارة العامة للبحوث، الرياض-السعودية، 1990م.
33. حسين حريم: السلوك التنظيمي-سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال، دار حامد، عمان-الأردن، 2004م.
34. خديجة عتيق: واقع التسوق المعرفي في البنوك وأثرها على رضا العملاء-دراسة ميدانية للبنوك التجارية الجزائرية-، دار خالد الحياي للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، د.س.
35. خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ: إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2009م.

36. رحيم يونس كرو العزاوي : مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة، عمان-الأردن، 2008م.
37. رشاد أحمد عبد اللطيف، علي عباس دانراوي: مهارات واستراتيجيات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، مطبعة العمرانية، الحيزة-مصر، 2001م.
38. رشيد قطاش وآخرون: علم الاجتماع الطبي، ط2، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان-الأردن، 2003م.
39. رعد حسن الصرن: كيف تتعلم أسرار الجودة الشاملة، دار علاء الدين، سوريا، 2010م.
40. رعد عبد الله الطائي، عيسى قداة: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري، عمان-الأردن، 2008م.
41. زعي خليل المساعد: تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر، عمان-الأردن، 2006م.
42. زكي محمود هاشم :التنظيم وطرق العمل، دار السلاسل للطباعة، الكويت، 1988م.
43. زيد منير عبيدي: التخصص في الإدارة العامة بين النظرية والتطبيق، دار الدجلة، عمان-الأردن، 2006م.
44. سامي عريفج وآخرون: مناهج البحث العلمي وأساليبه، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 1984م.
45. سعد فؤاد علي حبابة: التطوير الإداري، دار الابتكار للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2018م.
46. سعيد النجار: تجديد النظام الاقتصادي والسياسي في مصر، الجزء الثاني، دار الشروق، القاهرة-مصر، 1997.
47. سعيد عبد العزيز عثمان: قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة-دراسات نظرية تطبيقية-، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000.
48. سلوى عثمان الصفي والسيد رمضان: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004م.
49. سمير فياض: التخصص في مجال الخدمات العلاجية، في فريد النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية في ظل التنافسية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1998م.
50. السيد الحسيني: النظريات الاجتماعية دراسة التنظيم، ط3، دار المعارف، القاهرة-مصر، 1981م.
51. شفيق أحمد شفيق: التخطيط الاجتماعي وعلاقته بالتحول الاقتصادي في المجتمع المصري- التخصص-، في الأسس النظرية للتخطيط الاجتماعي في محيط الخدمة الاجتماعية- مطبعة الموسيقى، القاهرة-مصر، 1996م.
52. شوقي حسين عبد الله: أصول الإدارة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1989م.
53. صديق عفيفي: التخصصية وإصلاح الاقتصاد المصري، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالأهرامات، القاهرة-مصر، 1991م.
54. صلاح عباس: التخصص-المصطلح، التطبيق-، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية-مصر، 2005م.
55. صلاح محمود ذياب: إدارة المستشفيات المراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، لبنان، 2016م.
56. ضياء مجيد الموسوي: الخصوصية والتصحيحات الهيكلية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005م.
57. الطاهر جواد: منهج البحث الأدبي، مطبعة المعاني، بغداد-العراق، 1970م.

58. طلعت إبراهيم الدمراش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط3، مكتبة المدينة، مصر، 2000م.
59. طلعت إبراهيم الدمراش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة القدس، مصر، 2006م.
60. عامر الكبيسي: الفكر التنظيمي، دار الرضا للنشر، دمشق-سوريا، 2004 م.
61. عباس النصرأوي، برهان الدجاني وآخرون: القطاع العام والخاص في الوطن العربي، مركز الدراسات الوحدة العربية، بيروت-لبنان، 1999م.
62. عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، 2014م.
63. عبد الباسط عبد المعطي: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1995م.
64. عبد الباسط محمد حسين: قواعد البحث الاجتماعي، دار المعارف، القاهرة-مصر، 1974م.
65. عبد الحلیم رضا عبد العال: البحث في الخدمة الاجتماعية، دار الحكيم للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1993م.
66. عبد الحلیم رضا عبد العال: السياسة الاجتماعية إيديولوجيات وتطبيقات عالمية ومحلية، الثقافة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1999م.
67. عبد العزيز النواحي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية "عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي إيديولوجي"، ط2، دار الأقصى للطباعة، فلسطين، 2001م.
68. عبد العزيز سالم بن حبتور: إدارة عمليات الخصخصة وأثرها في اقتصاديات الوطن العربي، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 1997م.
69. عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمنة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات - (المفاهيم والتطبيق) -، منشورات المنظمة العربية للتنمية، مصر، د.س.
70. عبد الله محمد عبد الرحمن: علم اجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1996م.
71. عبد المجيد الشاعر وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2000م.
72. عبد المجيد الشاعر: الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري للنشر، عمان-الأردن، 2000م.
73. عبد المهدي بوعانة: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية -، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004م.
74. عبد الهادي الجوهري وإبراهيم أبو الغار: دراسات في علم اجتماع الإدارة، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة-مصر، 1980م.
75. عبد الوهاب بوحديبة: مناهج البحث وأدواته في العلوم الاجتماعية، مركز النشر الجامعي، تونس، 2004م.
76. علي ليلة: النظرية الاجتماعية المعاصرة - دراسة لعلاقة الإنسان بالمجتمع -، دار المعارف، مصر، 1981م.
77. عمر وخير الدين: التسويق - المفاهيم والاستراتيجيات -، مكتبة عين شمس للنشر، القاهرة-مصر، 1997م.

78. عمر وصفي عقيلي وآخرون: مبادئ التسويق - مدخل متكامل-، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 1994م.
79. فريد النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2007م.
80. فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط2، عمان-الأردن، 2008م.
81. فريد راغب النجار: إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية، الوحدة للنشر والتوزيع، الكويت، 1976م.
82. فريد كورتل ودرمان سليمان صادق: تسويق الخدمات الصحية، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، د.س.
83. فهمي خليفة الفهداوي: السياسة العامة-منظور كلي في البنية والتحليل، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2001م.
84. فوزي شعبان مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر الجديدة، 1998م.
85. قاسم نايف علوي الجبائي: إدارة الموارد البشرية في الخدمات-مفاهيم وتطبيقات-، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2006م.
86. كمال دشلي: منهجية البحث العلمي، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، الأردن، 2012م.
87. لوكيا الهاشمي: نظريات المنظمة، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة-الجزائر، د.س.
88. مارتين نيل بايلي وآخرون: النمو مع المساواة هدف السياسة الاقتصادية للقرن القادم، ترجمة محمد فتحي صفر، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة-مصر، 1996م.
89. مالكوم باين، نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ترجمة: حمدي منصور، سعيد عريضة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1998م.
90. مالكوم جيلزو وآخرون: اقتصاديات التنمية، ترجمة: طه عبد الله منصور وعبد العظيم محمد مصطفى، دار المريخ للنشر، الرياض-السعودية، 1997م.
91. مأمون الداركة وطارق الشبلي: الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2002م.
92. ماهر أبو المعاصي علي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة-مصر، 2002م.
93. ماهر أبو المعاصي: إدارة المؤسسات الاجتماعية مع نماذج تطبيقية من المجتمع السعودي، مكتبة الصفوة بالفيوم، مصر، 2000م.

94. محمد أحمد بيومي: علم الاجتماع وقضايا السياسة الاجتماعية وتشريعاتها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية- مصر، 1990م.
95. محمد الصيرفي: إدارات المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية-مصر، 2009م.
96. محمد المتولي: مبدأ المساواة أمام المرافق العامة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1997م.
97. محمد بهجت كشك: تنظيم المجتمع في المساعدة إلى الدفاع، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية- مصر، 1996م.
98. محمد صالح الحناوي، أحمد ماهر: الخصخصة بين النظرية والتطبيق، مركز التنمية الإدارية، جامعة الإسكندرية-مصر، 1995م.
99. محمد عبد الله الطاهر: الضرورات التي تفرضها سياسة الخصخصة في مجال علاقات العمل، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2004م.
100. محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة- مدخل استراتيجي تطبيقي-، دار إيتراء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2016م.
101. محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي-القواعد والمراحل والتطبيقات-، دار وائل للنشر، عمان-الأردن، 1999م.
102. محمد علي محمد: أصول الاجتماع السياسي-السياسة والمجتمع في العالم الثالث-، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1985م.
103. محمد علي محمد: علم اجتماع التنظيم-مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1986م.
104. محمود السيد أبو النيل: علم الاجتماع-دراسات عربية وعالمية-، دار النهضة العربية، بيروت-لبنان، 1987م.
105. محمود فريد الصحن: قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2002م.
106. مدحت محمد أبو النصر: إدارة الجودة الشاملة، القاهرة-مصر، 2008م.
107. المرسي السيد حجازي: اقتصاديات المشروعات العامة للنظرية والتطبيق، الدار الجامعية، مصر، 2004م.
108. المرسي السيد حجازي: الخصخصة- إعادة ترتيب دور الدولة ودور القطاع الخاص-، الدار الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية - مصر، 2001م.
109. مروان عبد المجيد ابراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان-الأردن، 2000م.

110. مريم أحمد مصطفى: التنمية بين النظرية وواقع العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م.
111. المساعد زكي خليل: تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 1998م.
112. مصطفى يوسف الكافي: إدارة الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2017م.
113. ملاك الرشيدي وآخرون: نظريات ونماذج علمية في تنظيم المجتمع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان-مصر، 1995م.
114. مهدي حسين زويلف، علي محمد العضايلة: إدارة المنظمة-نظريات وسلوك-، دار مجدلاوي، عمان-الأردن، 1996م.
115. مورييس أنجرس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية، طر، ترجمة بوزيد صحراوي، دار القصبه للنشر، الجزائر، 2006م.
116. موسى اللوزي: التطوير التنظيمي-أساسيات ومفاهيم حديثة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 1998م.
117. مؤيد سعيد السالم: تنظيم المنظمات- دراسة في تطور الفكر التنظيمي خلال مائة عام، دار عالم الكتاب الحديث، عمان-الأردن، 2002م.
118. ميادة عبد القادر إسماعيل: التنظيم القانوني لخصوصية المرافق العامة، دار الجامعة الجديدة نخبة من أساتذة علم الاجتماع: المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، د.س.
119. ميشيل تشوسود فيسكي: ترجمة محمد مستجير مصطفى، عولمة الفقر، ط2، كتاب سطور العاشر، القاهرة-مصر، 2000م.
120. ناصر دادي عدون، شغيب شنوف: الحركة الاقتصادية في الدول النامية بين عالمية مالك بن نبي والعولمة الفردية، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2003م.
121. نصر محمد مهنا: علوم السياسة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1994 منقول تيماشيف: ترجمة محمود عودة وآخرون، نظرية علم الاجتماع وطبيعتها وتطورها، ط8، دار المعارف، مصر، 1983م.
122. هاشم أحمد عطية، محمد محمود عبد ربه: النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية المستشفيات، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م.
123. وصال نجيب الغزوي: مبادئ السياسة العامة، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2000م.
124. وليد حيدر جابر: طرق خصوصية المرافق العامة، منشورات حلبي الحقوقية، بيروت-لبنان، 2009م.
125. يوسف جسيم الطائي وآخرون: نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدماتية، دار اليازوري، عمان-الأردن، 2009م.

ج. الدوريات والجرائد

126. أحمد عارف العساف: سياسة الخصخصة وأنواعها على البطالة والأمن الوظيفي للعاملين-شركة الاسمنت الأردنية كنموذج-، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الشلف، 2007م.
127. أديب برهوم، رشا سعيد: أثر الابتكار التسويقي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في مستشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، العدد4، اللاذقية-سوريا، 2014م.
128. أكرم أحمد وآخرون: إمكانية إقامة أبعاد الجودة الصحية -دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة تيتون-، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، مجلد2، العدد19، العراق، 2010.
129. إيان كريب: النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة محمد حسين، سلسلة عالم المعرفة، العدد 244، أبريل 1999م.
130. بهدي عيسى ابن صالح: ملامح هيكل المؤسسة السباكية، مجلة الباحث، الجزائر، العدد3، 2004م.
131. بودية بشير: أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد2، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر، جوان 2017م.
132. تقرير لجنة الإدارة شؤون المجتمع العالمي، ترجمة مجموعة من المترجمين، جيران في عالم واحد، سلسلة عالم المعرفة، العدد 201، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، لبنان، سبتمبر 1995م.
133. تقييم برنامج الخصخصة في منظمة الاسكوا، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، العدد31، الأمم المتحدة، نيويورك، 1999م.
134. جريدة الخبر، العدد3751، جزائر، بتاريخ 3 ديسمبر 2015م.
135. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، العدد67، المادة02، مرسوم تنفيذي رقم07، 321 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيورها.
136. حسن أمين عبد العزيز: الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، المجلد25، العدد3، مصر، 1993م.
137. الخصخصة: نشرة توعوية يصدرها المعهد تحت عنوان إضاءات، العدد6، معهد الدراسات المصرفية، عمان-الأردن، 2011م.
138. ديون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية -حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة-، مجلة الباحث، العدد11، ورقلة-الجزائر، 2012م.

139. شعبان عبد الحميد: خصخصة القطاع العام في فلسطين بين الاحتكار والتنمية المستدامة، قراءة في النظريات والتداعيات الاقتصادية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية، مجلد1، العدد2، فلسطين، 2015م.
140. الطاهر محمد أحمد محمد حماد: الالتزامات بحق أصحاب المصالح وأثره في أداء المصارف-دراسة عينة من المصارف التجارية العاملة بولاية الخرطوم-، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد16، السودان، 2015م.
141. عامر الكبيسي: المركزية واللامركزية في الآداب الإداري، مجلة التنمية الإدارية، العدد14، بغداد-العراق، 1980م.
142. العايب عبد الرحمان: التحكم في الأداء الشامل للمؤسسة الاقتصادية في الجزائر في ظل التنمية المستدامة، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد11، جامعة سطيف-الجزائر، 2011م.
143. عبد الإله سيف الدين غازي ساعاتي: خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين-دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العاملة في مدينة جدة-، مجلة الأبحاث الاقتصادية، العدد07، جامعة سعد دحلب البليدة-الجزائر، ديسمبر2012م.
144. عبد الرحمن، أحمد عبد الكريم: قياس جودة الخدمة في المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمة الصحية بالمستشفيات الجامعية، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، العدد1، كلية التجارة، جامعة سوهاج، مصر، 2000م.
145. عبد الله محمد عبد الرحمن: الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات -قضايا وآراء-، مجلة الإدارة الصادرة عن معهد الإدارة العامة، العدد45، مسقط-قطر، 1991م.
146. عبد المجيد، محمد سعيد: خصخصة القطاع الطبي والدور الاجتماعي للدولة-دراسة ميدانية على المؤسسات الطبية-، مجلة كلية الآداب، العدد16، مصر، 2003م.
147. عبد الرزاق خليل محمد زقون: أثر التغيير في نمط الملكية على الأداء المالي للمؤسسات، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد3، الشلف-الجزائر، 2005م.
148. العنزي سعد، محاولة جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد13، العدد48، 2007م.
149. غسان فيصل: المريح التسويقي الخدمي وانعكاساته على المكانة الذهنية-دراسة تحليلية لآراء رواد الفنادق خمسة نجوم في بغداد-، مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد1، العدد1، 2011م.
150. فيلب عطية: أمراض الفقر-المشكلات الصحية في العالم الثالث-، مجلة عالم المعرفة، العدد161، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، مايو1992م.
151. كولمان أ. أكينوم: توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 كفكرة ثورية، مجلة منبر الصحة العالمي، المجلد الثاني، العدد الثاني، منظمة الصحة العالمية، جنيف-سويسرا، 1981م

152. محمد عبد الجابري، إشراف: الكليات في الطب مع المعجم بالمصطلحات الطبية العربية، سلسلة التراث الفلسفي العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت-لبنان، 1999م.
153. محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة النظر والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، عمان-الأردن، 2015م.
154. محمد ولد عمر: تجربة الخصوصية والإصلاح في موريتانيا، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 04، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف-الجزائر، 2005م.
155. منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الاسكندرية-مصر، 1998م.
156. محيا زيتون: الإنفاق العام الاجتماعي ومدى استفادة الفقراء - التطورات والآثار-، كتاب الأهرام الاقتصادي، العدد 130، القاهرة-مصر، نوفمبر 1998م.
157. منظمة الصحة العالمية: الفقر والتنمية والسياسة الصحية، بحوث الصحة العامة، جنيف-سويسرا، 1981م.
158. نزار قنوع: الخصخصة الاقتصادية بشكل عام-إيجابياتها وسلبياتها-، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 2، سوريا، 2005م.
159. يحيى حسن درويش وآخرون: تنظيم المجتمع أسس نظرية وأجهزة-سلسلة قراءات في تنظيم المجتمع-، الكتاب الرابع، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1983م.
- د. الرسائل والأطروحات
160. هبة أحمد نصار: دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، أطروحة دكتوراه، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة-مصر، 1983م.
161. أوشن ريمة: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية- دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعية للشرق الجزائري-أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1-الجزائر، 2017-2018م.
162. حميطوش بلعيد، جديد رزيقة: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية -دراسة حالة المستشفى الجامعية نذير محمد-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص إدارة الموارد البشرية، جامعة مولود معمري تيزي وزو-الجزائر، 2018-2019م.
163. خامت سعدية، عجو نورة: تقسيم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر-دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة البويرة-الجزائر، 2011-2012م.

164. دوناس حفيظة: واقع القطاع الصحي الخاص وتأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر-دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص السياسة العامة والإدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة محمد خضير-بسكرة-الجزائر، 2013-2014م.
165. ذهبية صيفي: السياسة الصحية في الجزائر وتجربة الإصلاح -دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لزرالدة-، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل، جامعة الجزائر-أبو القاسم سعد الله، 2017-2018.
166. زنفوني فوزية: دور المورد البشري-المعلم في التدريس بالكفاءات- دراسة ميدانية بمؤسسات التعليم الثانوي لولاية قالمة-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم إجتماع الاتصال، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية- جامعة باجي مختار، عنابة-الجزائر، 2016-2017م.
167. سلاف بن الشيخ: مستقبل خصوصية القطاع العام في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص اقتصاد عمومي وتسيير مؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حمة لخضر الوادي- الجزائر، 2014/2015م.
168. سمية أحمد عبد المولى: آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية- دراسة لتقويم أثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر-، رسالة ماجستير، قسم الاقتصاد، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة- مصر، 1997م.
169. سميرة صالح: أسلوب القيادة الإدارية وأثره على الفعالية الإنتاجية للمرؤوسين-دراسة حالة مؤسسة سونطراك (المديرية الجهوية- بجاية)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تنظيم الموارد البشرية، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة باتنة-الجزائر، 2008م.
170. سهام مصطفى يونس: مؤشرات الكفاءة الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات في جمهورية مصر العربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة أسيوط-مصر، 1981م.
171. شادلي إبراهيم: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون- دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس (العالية)-، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة محمد خضير بسكرة،-الجزائر، 2018-2019م.
172. طلال عبد الله الحربي: خصخصة الأندية الرياضية وأبعادها الإدارية والأمنية في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2011م.
173. عبد الحفيظ بقة: الحماية القانونية في ظل الخصوصية والتسريح الاقتصادي، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص قانون الأعمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة باتنة-الجزائر، 2012-2013م.

174. عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أوبكر بلقايد، تلمسان-الجزائر، 2012م-2011م.
175. غازي على متروك البدانية: إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعات الحكومية، رسالة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، كلية التجارة، جامعة عين الشمس-مصر، 2011م.
176. قشي حبيبة: أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، دراسة حالة: عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة-الجزائر، 2019-2020م.
177. محمد بصديق: الخصوصية في إطار السوق المالي كاتجاه للعولمة، دراسة بورصة الجزائر، مذكرة ماستر في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد ابن باديس، الجزائر، 2015/2014م.
178. مها محمود عبد الرزاق: ترشيد النفقات العامة على الخدمات الصحية المحلية في الدول النامية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية-مصر، 1994م.
179. موسى سداوي: دور الخصخصة في التنمية الاقتصادية -حالة الجزائر-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007م.
180. موسى سداوي: دور الخصخصة في التنمية -حالة الجزائر-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2006م-2007م.
181. نادية عيساوي: تقييم المؤسسة في إطار الخصخصة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة-الجزائر، 2004م.
182. نجاة العامري: تسويق الخدمات الصحية، دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، إشراف: فريد كورتل، سكيكدة-الجزائر، 2008/2009م.
183. نجاة صغير: تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير منظمات، جامعة الحاج لخضر، باتنة-الجزائر، 2012م.
184. نسرین بوتة: الأسواق المالية ودورها في تنشيط استراتيجية الخصخصة -دراسة لواقع التجربة المغربية-، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة-الجزائر، 2014م/2015م.
185. نفيسة حاجي: أثر الخصخصة على الوضعية المالية للمؤسسة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة-الجزائر، 2011م-2012م.

186. هيثم يوسف عويضة: الخخصة في الاقتصاد الفلسطيني-دراسة تطبيقية في المؤسسة الفلسطينية-، مذكرة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2003م.

ه. الملتقيات والمؤتمرات

187. أفيدس دونابيدويان: إعادة النظر في المسؤوليات المهنية والمؤسسة لضمان الجودة الرعاية الصحية، المؤتمر القومي الأول لجودة الرعاية الصحية، القاهرة-مصر، 26-28 سبتمبر 1995م.

188. حسن بورعدة، الطيب فاما: الخخصة مفتاح الدخول إلى اقتصاد السوق في الجزائر، الملتقى الدولي حول اقتصاديات الخخصة والدور الجديد للدولة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، الجزائر، 5/3 أكتوبر 2004.

189. درويش محمد طاهر، عمار لوصيف: تقييم تجربة القطاع الخاص في الجزائر، ملتقى دولي حول دور القطاع الخاص في التنمية في الجزائر، العدد2، 2011م.

190. ضياء الدين عمران: خخصة المشروعات العامة التي تساهم الشركات الدولة في رؤوس أموالها- تجربة محافظة الشرقية-، المؤتمر العلمي الثاني حول استراتيجيات تنمية القدرات الذاتية والتنافسية للإقتصاد المصري-المدخل للقرن الحادي والعشرين-، 2-3 نوفمبر 1998.

191. عثمان حسن عثمان: الأهداف المتوقعة ودور الدولة في تحقيقها، الملتقى الدولي حول اقتصاديات الخخصة والدور الجديد للدولة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف-الجزائر، 3-5 أكتوبر 2004م.

192. الفاروق زكي يونس: السياسة الاجتماعية بين دولة الرعاية وخخصة الخدمات مع التطبيق على دولة الكويت، المؤتمر العلمي السابع "الخدمة الاجتماعية وتحديات المستقبل لسياسات الرعاية الاجتماعية"، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الكويت، 7-9 سبتمبر 1993.

و. التقارير

193. التمويل الخاص وتوفير الرعاية الصحية والتعليم والمياه، تقرير التنمية البشرية للعام، العراق، 2003م.

194. مجلس الشورى، لجنة الصحة والسكان والبيئة، تقرير مبدئي عن موضوع مستقبل الصحة في مصر والتوجه القومي للتأمين الصحي والاجتماعي دورة الانعقاد السادس عشر، مصر، 1995م.

195. منظمة الصحة العالمية: التقرير السنوي لأعمال منظمة الصحة العالمية بإقليم شرق المتوسط، المكتب الإقليمي المتوسط، الإسكندرية-مصر، ديسمبر 1998م.

ز. المواقع الإلكترونية

196. بشير محمد: اتجاهات ودراس الخخصة، موقع الإسلام الاقتصادي، جامعة البترا، ماليزيا 03/12/2021، www.islamonlinet.net.

197. جريدة الشروق في: www.echouroukonline.com/ar/articles264335.htm تم الاطلاع عليه 4 جانفي 2022م.

198. عفيفي فيفيان: الشراكة مع القطاع الخاص-الدولة تخفي مديونيتها والمعارف تحكم قبضتها، جريدة الأخبار، 2017م، تم الوصول إليها بتاريخ 2022/1/13 عبر الرابط <http://alakhbar.com>.

199. من مقترحات الحكومة اللبنانية لإنهاء الاحتجاجات على تردي الأوضاع الاقتصادية الدعوة لخصخصة قطاع الاتصالات والكهرباء وغيرها. أنظر حزمة إصلاحات مقترحة للحكومة على موقع العربي <http://arabi21.com> بتاريخ 2022/1/13م.

200. مناظرة بين مؤيدين ومعارضين لخصخصة القطاع الصحي في الأردن، مجلة البيان، الرياض-السعودية، 2000م، تم الوصول بتاريخ 2022/1/22 عبر الرابط <https://www.albayan.ae/one-world>

201. منظمة الصحة العالمية 2015، ملف النظام الصحي في القدس-فلسطين، تم الوصول بتاريخ 2022/1/1، عبر الرابط <http://applications.emro.who.int/dsaf/e.rapub> 2016 en 18926, pdf

ثانيا: بالأجنبية

• OUVRAGES

- 1- Andrew green: **An Intrroduction to health Planning indeveloping countres**, Oxford medical PUBLICATIOs ,New york,1992.
- 2- David Mechanio: **From Advocay to Allocation-The Evolving American Herlth Care System-** The Free Press adivison of Macmillan. Inc, New York,1986.
- 3- David.j. stoter, steff: **support in health care**, black well science itd 1997.
- 4- domald J .Broke, john R.Harvey , R.Brick.Ian caster, **community Health Education: settings roles ,and skills ,second edition ,an aspen publication Maryland** ,1989.
- 5- Gabriel Roth: **privatization of public services, in steve H ,hanke** ,privatization and Development, International center for Economiec Growthics Press, sanfrancisco,1987.
- 6- Geary Ritzer, Madern : **Sociological theory, fourthedition**, the Magraw, Hill companies inc, new York, 1996.
- 7- Goorgopouls, B.S.&F.C.MANN: **the hospital organization** ,INGS .rakich (ED) hopital organization and management : A BOOK OF READING, st .louis,the catholic health assocation ,1972.
- 8- Gossy Gregor, **A stakeholder rationale for risk management, Implications for Corporate Finance Decisions**, Gabler Edition, Wissensschf, 2008, Germany, .
- 9- Ibrahim Alwan : **privcatization Deregulation and Macro, Economic Policies, the case of Lakister**, Structurea Ajustement and Maccro Economic Policy Issues, INF , 1992 .
- 10- jochen wirtz et autre , **Marketing De Services**, Editioned6: Pearson education , France .2009.
- 11- Julian legrand, Ray Robinsan: **Teconomics of Social problems; the Market Versus the state-2nd ed**, Maclillan. Press ltd London ; 1984.
- 12- Lister,M.Divey,S .Grant And Kelly: **New Media_ Acritical In Troduction**;Routhege-London2003.
- 13- Malcam Payne: **Madern social work theory**, second edition, macmillan press LTD, 1997.

- 14- Maurice Angers : **Initiation pratique méthodologie des a la sciences humaines**, collections techniques de recherches, CASBAH-Alger, 1997.
 - 15- Maurice Anges : **Initiation pratique méthodologie des a la sciences humaines**, collections techniques de rechercher, CASBAH-Alger,1997.
 - 16- Mchugh ,G ,A,R,M .Saywll,gr: **the hospital, its organizations and structure ing .t.tranger**, s.c . salman (ed) hand book of heath care rish management ,asper system corporation ,1986 .
 - 17- pat yaung : **Mastering social Welfare**, 4Edition, Macmllan press ltd Landan, 2000
 - 18- Paul R. raffaul, C. arona Meneece: **Future Issues for social work practice**, allyn and Bacom, Bostan , 1996.
 - 19- Robert H, Lauer: **Social problems and the quality of life**, Mr Graw Hill, New York, 1998.
 - 20- Robert kultner: **the private market cant alway's sohee public problems**, in roger l :kemp, privatization the provision of public services by the private sector, the for land companyinc, london, 1991
 - 21- Scatt Lehmann: **Puvatiwing Public Iands**, oxford university, press inc, new york, 1995.
 - 22- Social Welfare : and HEALTH Care in word war11 voh1 ,london,1993.
 - 23- Stiglitz Jaseph : **La Grande Desillusico**, Fayard, Paris, 2002
 - 24- Time lister, M . Divey, s . Grant and Kelly : **NEW Media-Acritical-in-Troduction** ; Routhede-London, 2003.
- **Périodiques**
- 25- GEARGY ritzer, Madem : **Sociological theory, 4th ed** , the Magraw, Hill companies inc, new york, 1996.
 - 26- Jochen Wiertz et Outre : **Marketing de Services**, Ed6 : Pearson Education , France, 2009 .
 - 27- Malcam Payne : **Modern Social Work theory, 2nd ed** , macaillan Press LTD, 1997.
 - 28- Michael Gordon , Jack Mintz, Dunjie Chen E funding Canadas Health Care System : **Atax Based Attenerative To Privatization available**. On Line in [http:// www. Came. /cmag/ vol. 159/ issue. 5/ 04-93 htm/ 11-01-2022](http://www.Came./cmag/vol.159/issue.5/04-93.htm/11-01-2022)
 - 29- Ralph M.Kramer , Hakon Lonrentzen: Privation in four European countries comparative Studies in Government. Third Sector Relation Ships, **in Journal of social work**, Volume40. N4, NASW July, 1995.
 - 30- Richardl.Tradwell : **Priviatizing Public Hospitals Strategic Options In An Era Of Industrwyide Consolidation Policy Study**, No 242.Augst, 1998, P1, Avaible On Line In <Http://Www,Reason.Org / Ps 242. Htmi 10/11/2021>.
 - 31- stephen t, Moore, Pricing : Anormative strategy in the delievry of human services, **in journal of social work**, NASW nalume 40 Nuvember 4 July 1995
 - 32- Todaro, Michael **Ecanamic Development**, Lang Man 6th Edition Landon, 1997.

33- United nations development programmes , **human development reports** , new york ,1991

• **ENCYCLOPEDIAS**

34- Carl, G, Leukefeld, Richard Welsh: **Health Services Systems Policy**, In Encyclopedia Of Social Work Volume 2, 19 Edition, NASW, 1995..

35- Eleanor I. Brilliant: **Voluntarism, in Encyclopedia of social work**, 19 edition, V :3 NASW, 1995.

36- porthy p .rice , health care: **financing , in encyclopedia of socail work** ,19 edition nasw ,vol 2,1995

37- W.E. Deming : **Out of The crisis** , massachussts institut of technology , U.S.A . 1986 .

• **sites internet**

1- w. E .Deming out of the crisis, **Massachusetts Institute of technology** Etats-UNIS, 1986 **www.who.int**.2022 /01/10 أطلع عليه بتاريخ

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 - قالمة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع



استمارة بحث حول

التوجه إلى جودة الخدمات الصحية الخاصة

في ظل سياسة الخصخصة

دراسة ميدانية بالعيادات الصحية الخاصة بمدينة قالمة - ولاية قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

إشراف الأستاذة

د/زنقوفي فوزية

إنجاز الطالبة

• مكموش شيما

• كردوسي مروة

ملاحظة: بيانات هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

السنة الجامعية: 2021/2022م

استمارة بحث

أولاً: البيانات الأولية

- 1- الجنس: نكر أنثى
- 2- السن:
- 3- الحالة العائلية: أعزب(ة) متزوج (ة)
- 4- الفئة المهنية: ممرض (ة) طبيب (ة)
- 5- الأقدمية في العمل: سنة
- 6- الإقامة: بالمدينة خارج المدينة

ثانياً: المعايير والتصنيفات لمستوى تقديم الخدمات الصحية الخاصة

7- هل يوجد برنامج محدد ومنظم لتقديم الخدمات الصحية الخاصة؟

- لا يوجد يوجد

8- في حالة وجوده، هل تم الإعلان عنه من خلال؟:

- صفحات الفيسبوك؟
- إعلانات وملصقات بمرافق خدماتية على واجهة العيادة؟
- أخرى تذكر:
-

9- هل يتم توجيه وإرشاد المريض مباشرة وقت وصوله للعيادة بكيفية تقديم الخدمة الصحية الخاصة؟

- نعم لا

10- هل تستخدمون طريقة المتابعة المستمرة للمرضى سواء داخل العيادة أو خارجها؟

- نعم لا

11- في حالة الإجابة، بنعم كيف يتم ذلك:

- استخدام سجلات المتابعة بالعيادة
- القيام بالفحص لمنزل المريض
- المتابعة بالهاتف بعد عملية التشخيص
- أخرى تذكر:
-

12- هل تتوفر في العيادة التجهيزات الحديثة الضرورية للتكفل بالحالات الصحية؟

- نعم لا

13- هل تحرصون على حسن المظهر للطايم الطبي بالعيادة؟

نعم لا

14- هل توفرول للمرضى شروط الراحة والأمان بالعيادة؟

نعم لا

15- ما هي اقتراحاتكم لآسن تقديم الخدمة الصحية الخاصة؟

.....
.....
.....

ثالثا: طرق توليف أشكال وأساليب تقديم الخدمات الصحية

16- هل تم فتح العيادة بناءً على:

- سوء الوضآ الصحي العالمي؟
- تدهور الخدمات الصحية بالقطاع العام؟
- حب ورغبة في العمل بالقطاع الخاص؟
- أخرى تذكر.....

.....

17- هل تمارسون مهامكم الطبية بالعيادة لأجل:

- الدافع المادي؟
- تحسين الوضآ الصحي بالبلاد؟
- الإيمان بأخلاقيات المهنة؟
- أخرى تذكر.....

.....

18- هل تقومون ببذل أقصى مجهوداتكم في تحسين تقديم الخدمة الصحية؟

نعم لا

19- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك؟:

- التخفيض في تكاليف الفحص
- تطبيق مبدأ العدالة والمساواة بين جميع المرضى
- التكفل السريع بالحالات الاستعجالية
- أخرى تذكر.....

.....

20- هل تستخدمون نظام المناوبة بالعيادة؟

نعم لا

21- في حالة الإجابة بنعم، هل يُؤثر ذلك على:

- تفضيل المريض للطاقم الطبي المناوب؟
- تسهيل تقديم الخدمات في كل الأوقات المحددة؟
- أخرى تذكر.....
-

22- هل تعملون على التحسين المستمر في تقديم الخدمات الصحية ؟

نعم لا

23- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك:

- شراء تجهيزات حديثة
- توفير وسائل الراحة داخل العيادة
- توسيع عملية العلاج بإضافة خدمات صحية أخرى
- أخرى تذكر.....
-

24- ما هي الأشكال والأساليب المناسبة في حسن تقديم الخدمة الصحية؟

.....
.....
.....

رابعا: المؤشرات المعتمدة في قياس جودة تقديم الخدمات الصحية الخاصة

25- هل يلتزم المريض بمواعيد المراقبة الطبية؟

يلتزم لا يلتزم

26- هل يتلقى المريض جميع الإسعافات الضرورية للتكفل بالحالات المرضية؟

نعم لا

27- في حالة الإجابة بنعم، كيف تتم عملية التكفل:

- توجيهه للقطاع العام بناءً على رسالة طبية معتمدة من العيادة
- إجراء تحاليل طبية خارج العيادة
- توجيهه إلى طبيب مختص
- أخرى تذكر.....
-

28- هل يؤثر الموقع الجغرافي للعيادة في استقبال عدد أكبر من المرضى؟

لا يؤثر

يؤثر

29- هل تتوفر بالعيادة خدمات إضافية مرافقة للتشخيص والعلاج؟

لا

نعم

30- في حالة الإجابة بنعم، فيما تتمثل؟:

- خدمات التحاليل الطبية

- خدمات الأشعة

- الاستعانة بالأطباء المختصين

- أخرى تذكر.....

.....

31- ما هي اقتراحاتكم في توفير شروط التكفل الجيد بالمرضى؟

.....
.....
.....

خامسا: انعكاسات متغيرات التخصص على جودة الخدمات الصحية الخاصة

32- هل تشغلون منصب آخر خارج منصبكم بالعيادة؟

لا

نعم

33- هل تستقبلون أعداد كبيرة من الحالات المرضية في اليوم الواحد؟

لا

نعم

34- في حالة الإجابة بنعم، هل يرجع ذلك إلى:

- رفض المريض الذهاب إلى القطاع العام

- الإحساس بالثقة في تقديم الخدمات الصحية الخاصة

- شعور المريض بالملل والانتظار داخل مرافق القطاع العام

- أخرى تذكر.....

.....

35- هل لديكم صلاحية توجيه المريض للقطاع العام عند صعوبة التكفل الطبي؟

لا

نعم

36- هل تلقيتم الدعم المادي في فتح وتجهيز العيادة؟

لا

نعم

37- هل يتم تخفيض تكلفة العلاج لبعض الحالات الاستثنائية؟

لا

نعم

38- في حالة الإجابة بنعم، ما هي هذه الحالات؟

- ذوي الاحتياجات الخاصة
 - الحالات الفقيرة الواضحة
 - بطلب خاص من المريض
 - أخرى تذكر.....
-

39- هل تعتمد جميع العيادات نظام التكلفة الواحدة في العلاج؟

- نعم لا

40- في حالة الإجابة بـ لا لماذا؟

- بسبب طبيعة الأجهزة المتوفرة
 - بسبب كفاءة الطاقم الطبي وخبرته
 - بسبب التكفل الطبي الشامل للحالات الصحية
 - أخرى تذكر.....
-

41- ما هي الصعوبات التي تصادفكم أثناء تقديم الخدمات الصحية الخاصة؟

.....

.....

شكرا جزيلا

دليل المقابلة موجه (للمرضى)

1- هل تتلقى الاهتمام والعناية الخاصة من طرف العاملين بالعيادة؟

لا

نعم

2- هل تشعر بالراحة والأمان في تعاملك مع العاملين بالعيادة؟

لا

نعم

3- هل يقدم لك الطبيب كل التفسيرات والتعليمات والتوجيهات حول حالتك الصحية؟

لا

نعم

4- ما هو سبب اختيارك لهذه العيادة؟

- تميز العيادة بسمعة طيبة (حسن المعاملة)؟

- لا يوجد اكتظاظ كبير بالعيادة؟

- توفير شروط النظافة والأمن الصحي؟

- أخرى تذكر:

.....

5- ماذا تقترح لتوفير العناية الجيدة والحصول على الاحترام والتقدير المتبادل؟

.....
.....

6- هل تناسب أوقات عمل العيادة مع المرضى؟

لا

نعم

7- هل توفر العيادة الإمكانيات اللازمة والمناسبة للحفاظ على سلامة وراحة المرضى؟

لا

نعم

8- في حالة الإجابة بنعم، فيما تتمثل؟:

- التدفئة، المكيفات، الإضاءة

- توفير الأدوية والأجهزة الطبية

- تكفل المشاكل الصحية المستعجلة

- أخرى تذكر:

.....

9- هل تتلقى جميع الإسعافات الضرورية للتكفل بحالتك؟

لا

نعم

10- في حالة الإجابة بنعم، كيف تتم عملية التكفل؟

- توجيهي إلى القطاع العام بناءً على رسالة طبية معتمدة من العيادة.
- إجراء تحاليل طبية خارج العيادة.
- توجيهي إلى طبيب مختص.
- أخرى تذكر.....

.....

11- هل تشعر بالثقة في تعاملك مع الطاقم الطبي بالعيادة؟

- نعم لا

12- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتجسد ذلك:

- السرية في إعطاء المعلومات
- غرس الاطمئنان وحسن الاستقبال والمعاملة
- تطبيق العدالة والمساواة بين جميع المرضى
- أخرى تذكر.....

.....

13- ما هي الأدوات والوسائل الضرورية التي تقترحها على العيادة لتحسين الخدمات الصحية؟

.....
.....

شكرا جزيلاً

العيادات الخاصة التي تمت فيها الدراسة الميدانية

اسم العيادة	مكان العيادة
بيت الحكمة	حي 18 فيفري رقم 19/11 جوان-قالمة-.
بيت الشفاء	شارع سوادني بوجمعة-قالمة-.
عيادة قاسمي	حي 19 جوان رقم:28-قالمة.
عيادة الأنوار	حي يحي مغمولي رقم 773-قالمة-.
عيادة الأسرة	حي مقلاتي محمد الشريف-قالمة-.
عيادة الحياة	حي 40 مسكن تساهمي اجتماعية الصنوبر-قالمة-.
عيادة جماعية متخصصة في طب الأطفال	حي 19 جوان تخصيص رقم 02 -قالمة-.
عيادة مكموش (جماعية متخصصة في الأمراض الباطنية)	شارع سوداني بوجمعة قرب وكالة بنك (BADR)- قالمة-.
عيادة الأمل (جودي)	حي الأمير عبد القادر (الجورودان - قالمة-)
الحكمة ديال	حي 19 جوان (02) رقم: 506 -قالمة-.
القدس ديال	حي رقم 195 مقابل الثكنة العسكرية -قالمة-.
الأمان ديال	حي 19 جوان رقم 29-قالمة-.

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية الخاصة في العيادة الصحية، وإظهار مساهمة أداء الطاقم الطبي في تحسين جودة هذه الخدمات. وتوصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها أن إدارة الجودة تحافظ على سمعة واستمرارية العيادة وعلى عملياتها ومراقبة مستوى الأداء ودرجة الالتزام بتنفيذ قراراتها، كما أن جودة الخدمات الصحية الخاصة هي الخطوة الأولى لرفع مستوى هذه الخدمات المقدمة. وقد تم تقديم مجموعة من التوصيات لتخفيف من وطأة معوقات العيادات الصحية الخاصة، والعمل على تفعيل دورها لما له من أثر إيجابي في دعم المنظومة الصحية.

الكلمات المفتاحية: الجودة، الخدمات الصحية الخاصة، سياسة الخصخصة.

Résumé

Cette étude vise à cerner la réalité de la qualité des services de santé privés en clinique de santé, et à montrer la contribution de la performance du personnel médical à l'amélioration de la qualité de ces services. L'étude a abouti à un certain nombre de résultats, dont le plus important est que la gestion de la qualité maintient la réputation et la continuité de la clinique et de ses opérations, surveille le niveau de performance et le degré d'engagement à mettre en œuvre ses décisions, et la qualité de la santé privés services est la première étape pour élever le niveau de ces services fournis. Un ensemble de recommandations a été présenté pour atténuer les obstacles des cliniques de santé privées et travaillées à activer leur rôle en raison de son impact positif dans le soutien au système de santé.

Mots clés : qualité, services de santé privés, politique de privatisation

Abstract

This study aims to identify the reality of quality in private health care services in health clinics, and to show the contribution of medical staff performance to improving the quality of these services. The study resulted in a number of findings, the most important of which is that quality management maintains the reputation and continuity of the clinic and its operations, monitors the level of performance and the degree of commitment to implement its decisions, and the quality of private health services is the first step to raise the level of these services provided. A set of recommendations was presented to mitigate the barriers of private health clinics and worked to activate their role because of its positive impact in supporting the health system.

Keywords: quality, private health services, privatization policy