الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم تسيير

قسم علوم التسيير

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

الشعبة: علوم التسيير

التخصص: ماستر إدارة مالية عن بعد

أثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية

–دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي–

إعداد الطالب:

✓ **جمال لعموري**

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

يونس زين

نوقشت وأجيزت بتاريخ: 26 ماي 2025

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

أ.د: ربيع بوصبيع العايش	**أستاذ**	**جامعة الوادي**	**رئيسا**
أ.د: يونس زين	**أستاذ**	**جامعة الوادي**	**مشرفا ومقررا**
د. إبراهيم لكموته	**أستاذ مساعد**	**جامعة الوادي**	**مناقشا**

السنة الجامعية: 2024–2025

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم تسيير

قسم علوم التسيير

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

الشعبة: علوم التسيير

التخصص: ماستر إدارة مالية عن بعد

أثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية

–دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي–

إعداد الطالب:

✓ **جمال لعموري**

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

يونس زين

نوقشت وأجيزت بتاريخ: 26 ماي 2025

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

أ.د: ربيع بوصبيع العايش	**أستاذ**	**جامعة الوادي**	**رئيسا**
أ.د: يونس زين	**أستاذ**	**جامعة الوادي**	**مشرفا ومقررا**
د. إبراهيم لكموته	**أستاذ مساعد**	**جامعة الوادي**	**مناقشا**

السنة الجامعية: 2024–2025

بسم الله الرحمن الرحيم

إهـــــداء

الحمد لله الذي هدانا إلى نور العلم وميزنا بالعقل الذي يسير طريقنا والصلاة على خير خلق الله محمد وعلى آله

وصحبه التابعين بإحسان إلى يوم الدين

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى من قال فيهما الله تعالى

﴿وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا﴾ (الإسراء: 24)

إلى سر نجاحي على الدوام وأغلى ما عندي في الوجود:

"أمي الغالية" و **"أبي العزيز"** اللذان يرافقانني بالدعاء الدائم

إلى سندي ومعيني على تحمل المصاعب زوجتي وشريكة دربي وأبنائي

إلى كل الأهل والأصدقاء والزملاء وإلى كل من كان له الفضل لإنجاز هذا العمل

إلى كل من يسعى من أجل العلم والمعرفة

جـــــمال

شكـــر وتقديـــر

إقرارا منا أنه من لم يتعود شكر الناس لن يتعود شكر الله

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان والعرفان للمؤطر

الأستاذ الدكتور: زين يونس

لما قدمه لنا من مساعدات في هذا البحث على وقوفه معنا في كل صغيرة وكبيرة

في الموضوع وتحمل عنائنا

كما يسعنا أن نقدم باقة شكر وتقدير لكافة أساتذة ماستر إدارة مالية لقسم علوم التسيير بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير -جامعة الوادي -

كما لا أنسى أن نشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد

في إنجاز هذا العمل المتواضع

وأخص بالذكر هنا رئيس القسم

الأستاذ الدكتور: بوصبيع العايش ربيع

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية الوادي، واستخدمنا المنهج الوصفي التحليلي مع دراسة ميدانية متمثلة في قائمة استبيان موزعة على 80 فردا من عينة الدراسة، حيث توصلت الدراسة إلى أنه يتوجب التحكم الجيد في أبعاد تكاليف الجودة بالإضافة إلى وجوب اتباع استراتيجية واضحة من طرف المؤسسة الصحية من أجل تحسين أداء الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: إدارة التكاليف، الخدمات الصحية، الإدارة الصحية، تكاليف الجودة.

***Abstract*:**

This study aims to determine the extent of the impact of cost management on improving the performance of health services in the public hospital institution of the state of El-Oued. We used the descriptive analytical approach with a field study represented by a questionnaire distributed to 80 individuals from the study sample. The study concluded that the dimensions of quality costs must be well controlled, in addition to the necessity of following a clear strategy by the health institution in order to improve the performance of health services.

***Key words*:** *Cost management, Health Services, Health Management, Quality Costs*.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحات
الإهداء	III
الشكر	IV
الملخص	V
فهرس المحتويات	VI
قائمة الجداول	VII
قائمة الملاحق	VIII
المقدمة	ب–هـ
الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة	01
تمهيد	02
المبحث الأول: الخدمات الصحية	03
المطلب الأول: مفهوم، أسس وخصائص الخدمات الصحية	03
المطلب الثاني: مستويات الخدمة الصحية	06
المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية	07
المبحث الثاني: الإدارة الصحية في الجزائر	09
المطلب الأول: خصائص الإدارة الصحية	09
المطلب الثاني: هيكلة النظام الصحي في الجزائر	11
المطلب الثالث: مشكلات تحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر	15
المبحث الثالث: إدارة التكاليف الصحية	17
المطلب الأول: جدوى قياس التكلفة في المؤسسات الصحية	17
المطلب الثاني: مشكلات قياس التكاليف في القطاع الصحي	18
المطلب الثالث: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	20
المبحث الرابع: الدراسات السابقة	22
المطلب الأول: الدراسات السابقة المتعلقة بتحسين الخدمات الصحية	22

المطلب الثاني: الدراسات المتعلقة بإدارة التكاليف	25
المطلب الثالث: ما يميز دراستنا عن دراسات السابقة	26
خلاصة الفصل	27
الفصل الثاني: الدراسة الميدانية لأثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية	28
تمهيد	29
المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية	30
المطلب الأول: الطريقة المستخدمة في الدراسة	30
المطلب الثاني: أدوات الدراسة	33
المطلب الثالث: صدق وثبات الاستبيان	37
المبحث الثاني: عرض نتائج الدراسة الميدانية، تحليلها ومناقشتها	40
المطلب الأول: التحليل الوصفي للبيانات الشخصية	40
المطلب الثاني: التحليل الوصفي لإجابات واتجاهات أفراد العينة نحو عبارات ومحاور الاستبيان	42
المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة	50
خلاصة الفصل	74
الخاتمة	76
المراجع	81
الملاحق	86

قائمة الجداول

الرقم	الموضوع	الصفحة
1-1	أبعاد جودة الخدمة الصحية	09
2-1	مزايا وعيوب تعدد السلطات في المستشفى	11
1-2	طرق توزيع استمارة الاستبيان	31
2-2	توزيع درجات مقياس ليكارت الخماسي	32
3-2	تحديد الاتجاه المستجوبين حسب قيم المتوسط الحسابي	32
4-2	الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول	37
5-2	الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثاني	38
6-2	الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثالث	39
7-2	قيمة معامل **Cronbach's Alpha** للاستبيان.	40
8-2	توزيع عينة دراسة حسب المهنة	41
9-2	توزيع عينة دراسة حسب المستوى التعليمي	41
10-2	توزيع عينة دراسة حسب الخبرة	42
11-2	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات المحور الأول	43
12-2	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني	45
13-2	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثالث	48
14-2	نتائج **(Tests of Normality)** لبيانات إجابات أفراد العينة	50
15-2	نتائج تحليل اختبار الفرضية الأولى	53
16-2	نتائج تحليل اختبار الفرضية الثانية.	54
17-2	نتائج تحليل اختبار الفرضية الثالثة.	55
18-2	اختبار الفروق **ANOVA** بين محاور الدراسة تبعا للمهنة	56
19-2	اختبار الفروق **ANOVA** بين محاور الدراسة تبعا للمستوى التعليمي	57
20-2	اختبار الفروق **ANOVA** بين محاور الدراسة تبعا للخبرة المهنية	58

قائمة الملاحق

الرقم	الموضوع	الصفحة
01	استمارة الاستبيان	86
02	مخرجات SPSS	89

المقـــــدمة العـــــامة

1- تمهيد:

إن المؤسسات الصحية هي واحدة من المؤسسات التي لا يمكنها أن تكون بمعزل عن مختلف التحولات الراهنة، فأمام الضغوطات المالية والتطور الديمغرافي وارتفاع وعي المواطن الذي أصبح يطالب بخدمات صحية متطورة وذات مستوى عالي جدا من الخدمة، وقصد ضمان الاستجابة لمختلف التحديات وإلى حاجيات المواطنين الحالية والمستقبلية من خدمات العناية الصحية، فإنه يتوجب على إدارة المستشفيات اعتماد أساليب ومداخل واستراتيجيات جديدة للتسيير تهدف إلى مساعدة المسيرين في إدارة المستشفيات العمومية، من خلال تحسين أداء مواردها المالية والتحكم في تكاليف إدارتها لتحقيق أهداف الصحة العمومية بالطريقة المثلى.

ولعل التسيير الاستراتيجي من بين أهم هذه المداخل التي تعمل على تحسين أداء الموارد البشرية من خلال فهم البيئة الداخلية للمؤسسة ومتطلباتها ومتغيراتها الأساسية والمؤثرة من حيث: رسالتها، غاياتها، أهدافها وأساليبها الإدارية، ثقافتها التنظيمية ومتطلبات العمل فيها،...وغيرها، فضلا عن فهمه للبيئة الخارجية المحيطة بالمؤسسة لوضع استراتيجياتها بنجاح وبشكل يتضمن المواءمة الكبيرة بين ممارساتها ونشاطاتها والمتغيرات والتحديات التي تحتويها البيئة الداخلية والخارجية.

إن المنظومة الصحية الجزائرية قد عرفت تدهورا وبالتحديد في الرعاية الصحية والإنفاق الصحي، مما يعني أن التنمية الصحية لم تعد من الأولويات، وبالرغم من الجهود المبذولة من أجل تطوير المنظومة الصحية الجزائرية والارتقاء بخدماتها، ووضع خطة صحية فعالة إلا أن الواقع الصحي مختلف تماما، حيث تبقى المنظومة الصحية الجزائرية أقل من الإمكانيات المتاحة وبعيدة عن تحقيق أمن صحي مستدام، مما يدفع الجزائريين للعلاج في الخارج، وهو ما يعني اقتصاديا نزيف للعملة.

ومن هنا جاءت الحاجة لتبيان كيفية حساب تكلفة الخدمة الصحية وفقا لنظام إدارة التكاليف في المؤسسات الصحية وذلك بهدف معرفة التكلفة الحقيقية للخدمة ومقارنتها مع قيمة المساهمة التي يدفعها المريض مقابل حصوله على الخدمة العلاجية.

2- الإشكالية الرئيسية:

بناء على ما سبق يمكن طرح الإشكالية الآتية:

– ما مدى تأثير إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الشهيد بن عمر الجيلاني بالوادي؟

3- الأسئلة الفرعية:

ولمعالجة هذه الإشكالية والعمل على الإحاطة بالجوانب التي تشكل محاور هذه الدراسة يمكن طرح التساؤلات التالية:

- هل تؤثر أبعاد تكاليف الجودة على أداء الخدمات بالمؤسسات الصحية؟
- هل يتوفر لدى المؤسسة الصحية استراتيجية قوية لتحسين جودة الخدمات الصحية؟
- هل يوجد لدى المؤسسة الصحية بالوادي مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ القرار؟

4- فرضيات الدراسة:

بغية معالجة الإشكالية المطروحة أعلاه وتحقيق أهدافها، فإننا نضع بعض الفرضيات التي تكون بمثابة حجر أساس للدراسة، والتي يمكن حصرها فيما يلي:

- يوجد أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية؛
- إن امتلاك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها؛
- مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية يؤدي بنا إلى ترشيد التكاليف والتقليل منها.

5- مبررات اختيار الموضوع:

- الرغبة الشخصية في دراسة هذا الموضوع؛
- حب الاطلاع والبحث في هذا الموضوع كونه يعتبر جزءا من تخصصنا؛

- حداثة وحساسية الموضوع وخاصة عندما يتعلق بصحة المواطن؛
- أهمية القطاع الصحي في حياتنا اليومية؛
- يقينا وإدراكا بأن دورنا كمسيرين يوجب علينا ترشيد التكاليف والوصول إلى أكبر عدد ممكن من الأهداف.

6- أهمية الدراسة:

- تكمن الأهمية العلمية في محاولة الدراسة التعرف على أثر استخدام إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، فالدراسة تحاول ربط تكاليف الحصول الخدمة بالجودة المقدمة في المؤسسات الصحية.
- أما الأهمية العملية تحاول الدراسة تعريف المؤسسات الصحية بأهمية الالتزام بإدارة تكاليف الجودة واستخدامها كأداة فعالة في ضبط وتقييم الأداء والذي بدوره ينعكس على جودة الخدمات الصحية.

7- الإطار الزماني والمكاني:

- **الحدود المكانية:** العاملين في قطاع الصحة من الإداريين والطاقم الطبي وشبه طبي
- **الحدود الزمانية:** من نوفمبر 2024 إلى ماي 2025.

8- منهج وأدوات الدراسة:

اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي في الشق النظري المتعلق بإدارة نظام التكاليف في كل الجوانب المتعلقة به، وإلى جودة تحسين أداء الخدمات الصحية، بالإضافة إلى أداء دراسة حالة في الشق العملي المتعلقة بمعالجة الاستبيان وتحليل نتائجه.

أما فيما يخص أدوات الدراسة فاعتمدنا على:

- المسح المكتبي للوقوف على ما تم تناوله في إطار دراستنا بهدف إرساء الدعامة النظرية له، من خلال الكتب، المراسيم القانونية، أطروحات دكتوراه، المقالات المنشورة...إلخ؛
- البحث عبر شبكة الانترنت لجعل بحثنا لا يهمل المستجدات التي ترتبط مباشرة بموضوعه؛
- أسلوب الاستبيان الذي ساهم بشكل كبير في بناء الدراسة الميدانية، حيث تم توزيع حوالي 80 استمارة على مختلف مجتمع الدراسة بغرض تحليلها، ولقد تمت عملية تحكيم الاستبيان من قبل

هيئة علمية متخصصة في هذا المجال، وتم توزيع استبيان الدراسة الميدانية وجمع النتائج خلال 03 أشهر ابتداء من 20 مارس 2025.

9- صعوبات البحث:

- قلة الدراسات خاصة بالشق المتعلق بإدارة التكاليف في المؤسسات الصحية؛
- ضيق الوقت الممنوح لنا في إعداد المذكرة؛
- صعوبة تحليل الاستبيان وخاصة أن الطالب لا يتحكم جيدا في برنامج SPSS.

10- هيكل البحث:

لإيجاد حل للمشكلة التي قمنا بطرحها ولكي نتحقق من الفرضيات، قمنا بتقسيم البحث إلى فصلين وهي كالآتي:

- يتناول الفصل الأول الإطار النظري للدراسة حيث سنتطرق في المبحث الأول إلى نظام إدارة التكاليف بالإضافة إلى جودة الخدمات الصحية وسبل تحسينها كمبحث ثاني، أما المبحث الثالث والأخير فهو عبارة عن دراسات سابقة في الموضوع؛
- سنتطرق في الفصل الثاني للدراسة الميدانية، وكمبحث أول سنعرض الإطار المنهجي للدراسة الميدانية، أما المبحث الثاني فسيتم عرض معالجة وتحليل البيانات واختبار الفرضيات ومن ثم استخلاص النتائج.

الفصل الأول:

الإطـــار النظري والدراسات السابقة

تمهيد:

إن التحولات والتغيرات السريعة والمعقدة، والتي تجري في البيئة المحيطة بالمنظمات، قد شملت جميع المجالات الاقتصادية والسياسية والتكنولوجية والاجتماعية والثقافية، ولتحقيق ميزة تنافسية في ظل هذه التحديات استوجب على المؤسسات أن تعتمد على قيادتها الاستراتيجية، والتي تسعى إلى تكوين تفكير استراتيجي يقود المؤسسة إلى تحقيق أهدافها ضمن مواردها المتاحة، حيث إن المنظمة التي تنتهج تفكيرا استراتيجيا لديها القدرة على التخطيط الذي يمكنها من تطوير منتجاتها وخدماتها والمحافظة على جودتها.

دور قطاع الصحة كرافد للحياة الاقتصادية وأهمية مؤشراته في تحديد مستوى الرفاه للمجتمعات، كان دافعا نحو اعتماد عدة مقاربات حسب الدول في إدارة المؤسسات القائمة به، وذلك بغرض تحقيق أعلى مستوى من الكفاءة والنجاعة الخدمية والاقتصادية في آن واحد.

ومن خلال التجارب المتعددة في بلدان مختلفة، وإن تنوعت واختلفت تفصيلات أنماط تسييرها لقطاع الصحة بشكل عام؛ إلا أنه يمكن إدراجها إجمالا ضمن نمطي الإدارة التقليدية والتسيير العمومي الحديث.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم وخصائص وتقسيمات الخدمات الصحية بالإضافة إلى الإدارة الصحية في الجزائر ومستوياتها، وكمبحث ثالث سوف نتطرق إلى نظام جودة التكاليف.

وأخير كمبحث رابع سوف نتطرق للدراسات السابقة الخاصة متغير جودة الخدمات الصحية، ثم إدارة التكاليف كمتغير مستقل وأخير ما يميز هذه الدراسة عن سابقيها.

المبحث الأول: الخدمات الصحية

المطلب الأول: مفهوم، أسس وخصائص الخدمات الصحية

أولا: مفهومها

تعتبر الخدمات الصحية شكلا من أشكال الخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة، فقد عرفت بأنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا، ينتج عنها رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"، هذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاثة عناصر رئيسية، هي: الصفة المميزة للخدمة، المنافع المرجوة من الخدمة والخدمات المساندة[1].كما تعرف الخدمة الصحية أيضا، بأنها :" المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل"، هذا التعريف يبين أن عملية العلاج التي أتت بالمريض إلى المؤسسة الاستشفائية لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها بل مكونا من مكوناتها، فهذه الخدمة عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات رئيسية هي:خدمات الفندقة والإطعام، الخدمات الإدارية والخدمات الطبية وشبه الطبية[2].

ثانيا: أسس الخدمة الصحية

هناك مجموعة من العوامل المختلفة والتي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية إلى الحاجات العامة للسكان وانطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطي هذه الخدمات يتم في ضوء تقدم الحاجة الملحة وله ارتباط كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية، ونظم المعلومات الصحية، وتنظيم المؤسسات الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم خدمات طبية بشكل كاف ومستوى عالي أي أنه تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية[3]:

- ✓ **الكفاية الكمية:** وتعني توفر الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يمثل:

---

[1] إبراهيم طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، مكتبة القدس، مصر، الطبعة الثانية، 2006، ص 28.

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

[3] عتيق عائشة، "**جودة الخدمات الصحية في مؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية**"، رسالة ماجستير، مطبوعة جامعية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير وعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2011-2012، ص 38.

- توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، أعوان مختبرات، وغيرهم من المساعدين حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبريه وإدارية؛
- توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية مثل وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات ....الخ، ويشترط أن يكون هنالك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد إذ لا يمر أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد حساب المناطق الأخرى؛
- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة، فالمرض لا يعرف وقتا محددا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي؛
- توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيرا لبعض نفسه عن الطبيب؛
- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل الكافي للمواطنين.

✓ **الكفاية النوعية:** لا يكفي لتوفير الرعاية الصحية والطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل:

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل أعضاء الفريق الطبي، والمعدات ووسائل التشخيص والعلاج، ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير؛
- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصا أو ممرضا أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاستكشافات الطبية بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعملية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إدارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة؛
- دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها

لأن تقسيم هذه الخدمات الغرض منه التكامل إضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي يؤثر أسعارها النهائية؛

- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الصحية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.

ثالثا: خصائص الخدمات الصحية

إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات الأخرى، والتي تتمثل فيما يلي:

- **اللاملموسية:** يقصد بها "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيا، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا"، ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن معايير تدل على جودة الخدمة مثل: مكان أدائها، مقدمها والأجهزة المستخدمة[1]؛
- **التلازمية أو عدم الانفصال:** التلازمية مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فنجد الخدمات تباع أولا ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستفيد لا يمكنه فصلها في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة[2]؛
- **عدم التجانس في تقديم الخدمة:** تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها؛
- **عدم القابلية للتخزين:** تتميز الخدمات بصفة عامة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير ملموسة؛
- **عدم تملك الخدمة:** أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنقل ملكيتها من المنتج إلى الزبون عند الاتفاق عليها. إلا أن الخدمة الصحية تتميز بخصائص إضافية، وهي: السرعة في أدائها والطلب عليها غير قابل للتأجيل، صعوبة تحديد وتقييم جودة الخدمة الصحية، الاستمرارية.

[1] D. Michel et autres, **Marketing Industriel : Stratégie et Mise en Oeuvre, Economica**, 2ème édition, Paris, 2000, P 373.
[2] D. PETTIGREW et autres, **Le Marketing**, MC Graw- Hill, Québec (Canada), 2003, P 385.

المطلب الثاني: مستويات الخدمة الصحية

للخدمة الصحية أربع مستويات متتالية، يتمثل المستوى الأول في الرعاية الصحية الأولية والمستوى الثاني في الرعاية الصحية الثانوية والمستوى الثالث في الرعاية الصحية الثالثية (المتخصصة) في حين المستوى الرابع يتمثل في الرعاية الصحية الرابعة (التأهيلية) وهي خدمات رعاية طويلة الأمد ويمكن إيجاز هذه المستويات في الآتي[1]:

- **المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية**

تعرف خدمات الرعاية الصحية الأولية على أنها الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية...الخ.

- **المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية**

تعرف الخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات التي تقدم للمريض أثناء إقامته في المستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية وهي: الباطني، والجراحة العامة، الأطفال والنسائية والتوليد.

- **المستوى الثالث: الرعاية الصحية الثالثية (التخصصية)**

وهذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية بمعنى التخصصات الطبية عدا التخصصات الطبية الرئيسية الأربعة تكون تخصصات ذات مستوى ثالث أو مستوى تخصصي مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى وأهم ما يميز هذا المستوى من الخدمات التكلفة العالية وطول مدة الإقامة والحاجة إلى كوادر بشرية متميزة.

- **المستوى الرابع: الرعاية الصحية الرابعة أو التأهيلية أو خدمات الرعاية طويلة الأمد**

ويحتوي هذا المستوى الخدمات الطويلة الأمد التي تقدم للمريض.

[1] بحدادة نجاة، **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية مغنية**، مذكرة ماجستير، علوم اقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2012، ص ص 37-39.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية

إن وجود أبعاد الجودة في الخدمات الصحية يبرهن على ارتفاع مستوى أداء تلك الخدمات المقدمة للمريض، لذلك يجب التأكد من توافر هذه الأبعاد ذات الأثر المباشر على جودة الخدمة الصحية وتكمن هذه الأبعاد فيما يلي[1]:

- **فعالية الرعاية:** تشير الفعالية إلى أي درجة تم إنجاز الهدف الموضوع وإلى أي درجة تحققت النتائج المرغوبة من الرعاية، وإلى أي درجة نجحت الاستراتيجية الموضوعة في تحقيق الأهداف؛
- **كفاءة تقديم الخدمة:** هي نسبة مخرجات الخدمات إلى التكاليف المتعلقة بإنتاج تلك الخدمات، وتعني الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية، المالية، والمادية) لتقديم أفضل رعاية صحية للمريض وللمجتمع، وتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة؛
- **المقدرة التقنية (الكفاءة الفنية):** لهذا البعد أهمية في مجال الخدمات العلاجية وغير العلاجية، حيث يتضمن المهارات ذات العلاقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية، أما في المجال غير العلاجي (مثل الإدارة) فإنه يتطلب مهارات في الإشراف والتدريب وحل المشكلات، وتشير إلى أي درجة تتوافق المهام المنجزة من قبل العاملين الصحيين والمرافق الصحية مع المتوقع من الجودة التقنية؛
- **استمرارية تقديم الخدمات:** تعني أن لا تنقطع الخدمات الصحية المقدمة، كما تعني تقديم الخدمة من قبل مقدمها ذاته خلال مدة الرعاية (كلما كان ذلك مناسبا)، والإحالة الملائمة في الوقت المناسب والتواصل بين مقدمي الخدمة، وقد تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة حتى يتمكن المريض من مراجعة الطبيب ذاته دائما، ويؤدي انقطاع الاستمرارية إلى تدني مستوى الجودة، مما قد يمنع تقديم الرعاية الصحية بشكلها الصحيح، أو أن تزيد تكاليف تقديم هذه الخدمات؛

[1] سمر خليل ابراهيم جوادة، **مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا**، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، الجامعة الإسلامية غزة، غزة، فلسطين، 2011، ص ص 36-37.

- **السلامة العامة والسلامة الصحية:** وهذا يعني التقليل ما أمكن من خطر التعرض للإصابات الناتجة عن ممارسة المهنة الطبية أو الناتجة عن الوجود داخل المؤسسة الصحية، أو الأخطار المتعلقة بالخدمات الصحية لكل مقدم الخدمة ومتلقيها؛
- **الوصول إلى الخدمات:** تعني سهولة الوصول إلى الخدمات في المجال الصحي ويعتبر هذا البعد من أهم أبعاد الجودة، لأن صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن أن يمنع أحيانا الحصول على خدمات طبية أساسية مثل التطعيمات التي تؤدي إلى حدوث مشاكل مرضية مستقبلا؛
- **العلاقة بين الأفراد:** يتعلق هذا البعد بالتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وبين أعضاء الفريق الصحي والإداريين فيها، ويعني ذلك وجود الثقة والاحترام والسرية واللباقة والتجارب والتفهم والإصغاء، والتواصل بين مقدمي الخدمات والمستفيدين منها؛
- **الملاءمة:** وهي اتباع الإجراء الصحيح للحالة محل العمل؛
- **التوقيت المناسب:** القيام بالعمل في الوقت المناسب؛
- **الخيار:** وتعني إمكانية اختيار متلقي الخدمة لمقدم الخدمة أو اختيار العلاج عندما يكون ذلك ملائما ممكنا؛
- **البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة:** وتعني الخدمات التي لا علاقة لها بالإجراءات الطبية، ولكنها تزيد من إقبال المرضى وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ووسائل الراحة والخصوصية وبقية الجوانب المهمة للمستفيدين من الخدمات، وكذلك الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه وضمان الخصوصية، وتوفر الوسائل الترفيهية للمراجعين مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض، الوسائل التعليمية والكتب.

ويظهر **الجدول رقم (1.1)** توضيحا لأبعاد جودة الخدمة الصحية وما من معايير لتقييم كل بعد من هذه الأبعاد وأمثلة مرافقة:

جدول رقم (1.1): أبعاد جودة الخدمة الصحية.

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
الاعتمادية	– دقة السجلات المعتمدة في إدارة المشفى. – المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	– ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته للمشفى. – له ثقة بأمّ حياته بين أيدي أمينة.
الملموسية	– الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. – المظهر الخارجي لمقدم الخدمة. – أماكن الانتظار مناسبة	– نظافة عيادة الطبيب. – جودة الطعام المقدم للراقدين في المشفى.
التعاطف	– اهتمام شخصي بالمريض. – الإصغاء الكامل لشكاويه. – تلبية احتياجات المريض بلطف وود.	– الممرضة مثل الأم الحنون للمريض. – النظر للمريض بأنه دائما على حق.
الاستجابة	– تقديم خدمات علاجية فورية. – الاستجابة لنداءات الطوارئ. – العمل على مدار ساعات اليوم.	– وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. – صالة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات.
الضمان	– سمعة ومكانة المشفى عالية. – المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريضي. – الصفات الشخصية للعاملين.	– تدريب ومهارة عالية في الأداء. – المعاملة الطبية للمرضى من قبل العملاء.

المصدر: تامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 213.

المبحث الثاني: الإدارة الصحية في الجزائر

المطلب الأول: خصائص الإدارة الصحية

تختلف خصوصية الإدارة الصحية عن غيرها من الإدارات في القطاعين العام والخاص كونها تهتم بصحة الإنسان وسلامته وما تقدمه من خدمات صحية ووقائية وتعليمية تساهم بشكل فاعل في الحفاظ

على أداء يواكب أحدث ما توصلت إليه الأبحاث العلمية من انجازات باستخدام الأجهزة الحديثة في العملية الحديثة في العملية الصحية، ومن الخصائص المميزة للخدمات الصحية [1]:

1- **الطبيعة الفردية للخدمات الصحية:** بمعنى لابد من تكييف الخدمة الصحية وتخطيطها وتقديمها وفقا لحاجيات كل فرد على حدى فالخدمة الصحية لا يمكن إخضاعها لمفهوم الإنتاج الكبير ومن ثم بيعها كما هو الحال في السلع المادية؛

2- **الطبعة الشخصية والفردية للخدمات الصحية** تجعل العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلفا ومتشعبا وبالتالي غير خاضع إلا للقليل من التنميط والقياس بالإضافة إلى الطبيعة المفاجئة الطارئة التي تتطلب مرونة التخطيط وديناميكية التنظيم والتنفيذ؛

3- يتم الجزء الأعظم من العمل في المؤسسة الصحية بواسطة الإنسان وليس الآلة؛

4- الدرجة العالية من المهنية والتخصص في القطاع الصحي مما يؤهله ليكون من أكبر القطاعات مهنية في المجتمع فإلى جانب الأطباء باعتبارهم من أكبر وأكثر العناصر العاملة في المؤسسة الصحية علما من وغيرهم وتخصصا وكذلك الصيادلة والممرضون كل في تخصصه، وأصحاب المهن المساندة يعطي هؤلاء المهنيين وخاصة الأطباء نفوذا وسلطة كبيرة تجعل بقية الفئات الأخرى المرتبطة برعاية المرضى تحت المساءلة أمامهم، مما يصعب عملية إدارتهم وتنظيمهم ما لم تحدد التشريعات والأنظمة الرسمية المعروفة شكل العلاقات وطبيعة الاتصالات بينهم وتحديد بشكل أوضح الواجبات والمسؤوليات التي تحكم الأداء.

من خلال الخصائص المتعلقة بالقطاع الصحي، نجد أن المؤسسات الصحية في الجزائر تنفرد بأربعة خصائص هي[2]:

- تنوع الوظائف والثقافات المهنية داخل المستشفى؛
- توازن القوى والتفاوض ضروري بين الفئات المهنية؛

[1] غالب محمود سنجق، **مبادئ في المنظمات الصحية**، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، 2015، ص 32.

[2] مقراش فوزية، **أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية**، الملتقى الوطني الأول حول: حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، يومي 6/7 ماي 2012.

- هناك دور خاص للمجلس الطبي يؤديه؛
- تعدد السلطات حيث نميز بين:

- **السلطة الإدارية:** تتمثل في السلطة التي يملكها أصحاب الإدارة العليا في المؤسسة الصحية، والمستمدة من الهيكل الهرمي للتنظيم؛
- **السلطة الفنية (الطبية):** وهي السلطة التي يمتلكها القائمون على إدارة العمل الطبي في المؤسسة الصحية، وهم الأطباء بمختلف اختصاصاتهم ومهاراتهم.

هذه الازدواجية في السلطة على مستوى المستشفيات العمومية خاصة لم تأت حقيقة من فراغ بل إن مصدرها هو مجموعة من الخصائص والصفات التي تميز المستشفى عن بقية العيادات والمؤسسات الصحية، لكنها على الرغم من ذلك تخلق وضعا معقدا على جميع النواحي داخل التنظيم، بفعل التقاطع والاصطدام المتوقع حدوثها بين هاتين السلطتين.

وينتج عن تعدد السلطات في المستشفى العمومي مزايا وعيوب، يمكن تلخيصها في الجدول الموالي:

الجدول رقم (2.1): مزايا وعيوب تعدد السلطات في المستشفى.

نوع السلطة	المزايـــــا	العيــوب
السلطة الإدارية	*تحديد حجم السلطة بوضوح وبساطة. *تشجع المدير على التصرف. *أكبر أنواع السلطة من حيث نطاق العمل والإشراف.	*معناها غامض نسبيا. *تجعل العلاقات أكثر تعقيدا. *تحتاج مديرين ذوي مهارات عالية.
السلطة الطبية	*إتاحة الفرصة للمتخصصين لتقديم خبراتهم. *تدريب التخصصات الشابة على العمل. *تخفيف العبء على المديرين من الناحية الفنية.	*هي عبء على كاهل الأطباء. *تشجع على مقاومة السلطة العليا.

المصدر: مهري عبد المالك، **حوكمة المستشفيات في الجزائر، هل هي الوصفة السحرية لعلاج جميع مشاكله**، الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 08 ماي 1945، قالمة، أيام 10-11 أفريل 2018، ص 08.

المطلب الثاني: هيكلة النظام الصحي في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا.

ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتتمثل في:[1]

1- المستوى المركزي

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

أ- **الوزير:** يقوم وزير الصحة والسكان بوضع استراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:

- وقاية صحة السكان ورعايتها؛
- التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛
- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات؛
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها،
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها،
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي،

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

ب- **ديوان الوزير:** يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04) بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج؛

ج- **الأمانة العامة:** تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها؛

د- **المفتشية العامة:** يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية:[1]

[1] Ministre de la santé et de la population, **développement du système national de santé : stratégie perspective** 1 de santé, Mai 2001, sur le site : http://www.Ands.DZ./systéme, Vu le:04/04/2025.

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية،
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛
- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

هـ- المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

مديرة الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

2- على المستوى الولائي:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها وإعداد التراخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم، كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

- **المراكز الاستشفائية الجامعية:**

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974 وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي[2](من 600 -700 سرير) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة. يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات

[1] بموجب المرسوم التنفيذي رقم 90-188 المؤرخ في 23 جوان 1990.

[2] بموجب قانون رقم 74-100 الصادر في 13 جوان 1974.

طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي[1]، بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية. وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي: الميدان الصحي، الميدان التكويني، ميدان الدراسة والبحث يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

3- على المستوى المحلي: الدائرة والبلدية

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية وحدات استشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية، وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج des soins hiérarchisation تم إنشاء قطاعات صحية فرعية sous secteurs sanitaire المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة. وهي تتكون على الترتيب من:

أ- عيادة متعددة الخدمات Polyclinique مهمتها:

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛
- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛
- تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 12 ديسمبر 1997.

ب- المركز الصحي Centre de Santé: ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج- قاعات العلاج Salle de Soin : وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل ساكن. ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى[1]:

Etablissement Publics Hospitalier (EPH) المؤسسات العمومية الاستشفائية Etablissements publics de santé de proximité (EPSP) المؤسسات العمومية للصحة الجوارية Etablissements Hospitaliers spécialisé (EHS) المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات للعلاج حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات .تحدد المشكلات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة. تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة الحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

المطلب الثالث: مشكلات تحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر

وجود بعض العراقيل لتحسين جودة الخدمات الصحة منها:

- ضعف الاعتماد المالية الممنوحة للمؤسسة؛

[1] المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في ماي 2007.

- الضعف المستمر في خدمات المؤسسة مع وجود بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة ككل، كنقص الإطارات

الطبية وضعف هياكل التكوين؛

- عدم الحرية في اتخاذ القرارات الرئيسية للمؤسسة وذلك لوجود مديرية وصية ومن بعدها وزارة تقوم بالتدخل في اتخاذ هذه القرارات.

هنالك ثلاثة مشكلات أساسية متداخلة تعرقل تحسين جودة الخدمات الصحة أما أول هذه المشكلات فهو توافر الموارد للخدمات الصحية، فهو الاعتماد المفرط على المدفوعات المباشرة للأدوية وأتعاب الاستشارات والإجراءات في نفس الوقت الذي يحتاج فيه الناس إلى الرعاية. وحتى لو كان لدى الناس نوع ما من التأمين، فقد يتعين عليهم الإسهام في ذلك بشكل من أشكال المدفوعات المشتركة، أو التأمين المشترك، أو في شكل مستقطعات. وأما الإشكال الآخر الذي يقف في وجه التحرك السريع فتتمثل في عدم الكفاءة والأجور في الاستفادة من الموارد.

وتظهر الدراسات التي أجريت مؤخرا حول سبب عدم إكمال الناس المعالجة من الأمراض المزمنة، أن تكاليف الانتقال وفقدان الدخل يمكن أن يكونا مانعين، أكثر من الرسوم المفروضة، من متلقي الخدمة. أضف إلى ذلك أنه لو لم تكن الخدمات متوافرة على الإطلاق، أو لم يكن مكان تقديمها قريبا، فلن يتمكن الناس من الاستفادة منها، حتى لو كانت تقدم بالمجان[1].

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير، وفي اتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور المسيرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات، وإن قامت بها فهي شكلية. الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في هذه المؤسسات، وإلى ارتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور. وما فاقم المشكلة هو غياب مسيرين أكفاء، إلى جانب اتهامهم بعقد صفقات مشبوهة.

بالإضافة إلى عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية إذ يعتبر المورد البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال.

[1] راحو فافة سهيلة، **إصلاح المنظومة الصحية –واقع وآفاق–**، مجلة دراسات استراتيجية، العدد 06، الجزائر، 2009، ص 118.

أما من جانب التسيير المالي والمحاسبي فإيرادات ميزانية هذه المؤسسات مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة، والموارد الخاصة من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جدا، لا تتعدى في أحسن المؤسسات 2% من إجمالي إيراداتها. يرجع ذلك إلى الأسعار الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمات مقارنة مع أسعار القطاع الخاص.

بالنسبة للجانب المحاسبي، فإجراءات المحاسبة العمومية ثقيلة لا تواكب التطورات، لا تسمح بالمرونة وبسرعة التدخل. كما أن غياب المخطط المحاسبي الوطني الاستشفائي، وعدم استخدام أدوات المحاسبة التحليلية جعل هذه المؤسسات لا تعرف مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

وأخيرا جانب صيانة المعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها. إن الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ عانت وتعاني من تعطلات متواترة، والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام. وما زاد في مشكل الصيانة في مؤسساتنا هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية، وعدم وجود مختصين في ذلك.

المبحث الثالث: إدارة التكاليف الصحية

المطلب الأول: جدوى قياس التكلفة في المؤسسات الصحية

الهدف من قياس التكلفة في المؤسسات الصحية كون هذا النظام يساعد على تطوير نظام التكاليف، بحيث يعكس كافة الأنشطة المطلوبة لتقديم الخدمة العلاجية للمريض، وقد خص إلى أن المعلومات التكاليفية المتولدة من تطبيق هذا النظام ساعدت إدارة المستشفيات في المجالات التالية[1]:

1- قياس وتحسين كفاءة أداء أقسام المستشفى؛

2- تحديد وتوضيح حلقات الأنشطة، والاعتماد عليها في دعم سياسة الإدارة في مجال إدارة الجودة الشاملة؛

[1] عبد الغني محمد محمد، **تقويم مدى إمكانية جدوى قياس التكلفة على أساس النشاط في المستشفيات**، المجلة المصرية للدراسات التجارية، العدد 23، ص ص 101-136.

3- إدارة التكاليف والتخطيط الاستراتيجي؛

4- اتخاذ القرارات الرشيدة؛

5- الربط بين التكلفة والسبب مما يساعد على سهولة تحليل تكاليف المخرجات، وفهم كيفية استهلاك الموارد.

المطلب الثاني: مشكلات قياس التكاليف في القطاع الصحي

وتتمثل مشكلات القياس التكاليفي في المؤسسات الصحية بشكل عام فيما يلي:[1]

1- عدم وجود نظم تكاليف فعلية أو محددة مقدما:

المستشفيات العامة هي وحدات حكومية غير هادفة للربح تطبق أنظمة وقواعد المحاسبة الحكومية. وبالتالي ففي الغالبية العظمى من الأحوال لا يوجد بالمستشفيات العامة نظم تكاليف فعلية لقياس التكلفة الفعلية للخدمات الصحية المؤداة، أو نظم تكاليف محددة مقدما للرقابة على عناصر تكاليف تلك الخدمات الصحية بهدف تحقيق الاستخدام الأمثل لها. وإنما تعتمد تلك الجهات على سجلات المحاسبة المالية (سجل الأجور– سجل المستلزمات– سجل المصروفات) لحصر إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية في نهاية كل فترة زمنية بهدف التحقق من أن الإنفاق يتم في حدود وأغراض الاعتماد المخصصة ووفقا للتعليمات المالية الصادرة من الجهات المختصة.

2- عدم وجود نظم معلومات متكاملة:

يفتقر القطاع الصحي الحكومي لنظم معلومات متكاملة توفر كافة البيانات المالية والإحصائية اللازمة لأغراض القياس التكاليفي وحساب معدلات التحميل المناسبة وتوزيع عناصر التكاليف المشتركة واختيار أسس التوزيع الملائمة وتحديد الطاقات المستغلة والمتوقعة والتنبؤ

[1] – محمد نبيل علام، **إطار مقترح لقياس وترشيد تكاليف خدمات الرعاية الصحية في قطاع المستشفيات**، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد 02، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 1995، ص ص 1751-1753.

بالتقلبات المتوقعة وتغيرات الطلب، وما شابه ذلك من بيانات ومعلومات لازمة لأغراض القياس والرقابة التكاليفية واتخاذ القرارات.

3- عدم ملائمة الأساس المحاسبي المستخدم:

المستشفيات العامة كوحدات حكومية ملزمة بإتباع الأساس النقدي في المحاسبة عن إيراداتها ومصروفاتها، ولهذا فإن النظم المحاسبية المستخدمة بالقطاع الصحي الحكومي تعنى بإثبات العمليات المالية التي تحدث بمراكز النشاط المختلفة في الدفاتر والسجلات المختصة من واقع المستندات المؤيدة لها، بهدف تلخيص وتبويب تلك العمليات وإعداد التقارير اللازمة لمتابعة نتائج تنفيذ الموازنة. فأساس الاستحقاق لا يطبق في هذا القطاع إلا فيما يتعلق بالعمليات الخاصة بالمشروعات الاستثمارية، وذلك فيما يتم توريده أو إنجازه منها سواء كان السداد مصاحبا للتوريد أو في وقت سابق أو لاحق عليه. بناء عليه فإنه من الممكن إثبات عمليات مالية في دفاتر وسجلات المستشفى في حين أن هذه العمليات المالية لا ترتبط بتكلفة الخدمة الصحية ولا تخص الفترة محل التسجيل، كدفع مبالغ كأجور مستحقة تخص سنوات سابقة. ومن الممكن أيضا عدم إثبات عناصر مالية ترتبط بتكلفة الخدمة الصحية عن الفترة، كاستخدامات تم الاستفادة منها خلال الفترة المالية الحالية إلا أن واقعة الدفع النقدي للمبالغ المستحقة لم تتم خلال نفس الفترة المالية. وفي ظل هذا الأساس المحاسبي السابق تصبح البيانات المتوفرة بسجلات تلك المستشفيات العامة بيانات محدودة – أو حتى عديمة – الجدوى لأغراض القياس التكاليفي.

4- عدم ملائمة المستندات والسجلات المستخدمة:

إن مستندات وسجلات القطاع الصحي الحكومي ليست مصممة لخدمة عملية الرقابة على كيفية أداء الخدمة الصحية بالمستشفى أو خدمة مستويات التخطيط المختلفة. وبالتالي، فإن البيانات التي يولدها النظام المحاسبي الحكومي المطبق بالمستشفيات لا تخدم أو تسهم في عملية الرقابة على أعمال هذه الوحدات من منظور تكاليفي، فالمستندات والسجلات المستخدمة والبيانات التي يوفرها النظام قد تم تصميمها لغرض آخر أساسي هو الرقابة على الموارد المقدرة بالموازنة،

والتحقق من أن الإنفاق يتم في حدود الاعتماد المحددة بالموازنة وضمان الرقابة قبل الصرف والتأكد من مراعاة أسس الضبط الداخلي.

5- تنوع واختلاف الخدمات الطبية المقدمة

إن إنتاج المستشفى من كل خدمة من الخدمات الطبية على حدى ليس إنتاجا نمطيا له نفس الخصائص والمواصفات ولا يمر بنفس المراحل العلاجية النسبة لكل الحالات، وإنما يتنوع ويختلف هذا الإنتاج باختلاف الشخص المستفيد من الخدمة من حيث جنس المريض وعمره وحالته الصحية وخطورة المرض والمرحلة التي وصل لها وما إلى ذلك من أمور تختلف من حالة لأخرى. بل أكثر من ذلك، فإن الأبعاد الإنسانية والاجتماعية والنفسية التي تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض هي من الاعتبارات الهامة ذات التأثير المباشر على اختلاف مراحل الإنتاج من الخدمة الطبية المقدمة. وتولد كل تلك الاختلافات في النهاية صعوبات تكاليفية في عملية القياس.

6- أنه في كثير من الحالات لا يمكن للمستشفى تأجيل تقديم الخدمة لوقت لاحق أو الاعتذار عن تقديمها بسبب زيادة غير متوقعة في حجم الطلب أو أحداث فجائية. فالأصل أن يقوم المستشفى العام بتقديم الخدمة الطبية لطالبها حتى ولو اضطر لتقديمها بتكلفة غير اقتصادية. إذا يحمل مثل هذا الاعتذار أو التأجيل و– لو حتى لمجرد ساعات محدودة – في طياته مخاطر كبيرة قد تصل إلى حد أن يفقد طالب الخدمة حياته كما هو الحال بالنسبة لحالات الوضع والأزمات القلبية وأزمات الربو والتهابات الزائدة الدودية وغيبوبة مرضى السكر وحالات الفشل الكلوي وما شابه ذلك من حالات تحتم تقديم الخدمات الطبية اللازمة لأصحابها دون إبطاء أو تأجيل دون النظر لاعتبارات التكلفة.

المطلب الثالث: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية

يلعب نظام التكاليف دورا مهما من خلال توفير البيانات والمعلومات اللازمة والملائمة للاستخدام الداخلي، وبالشكل الذي يساعد الإدارة على أداء وظائفها بأعلى قدر من الكفاءة

والفعالية، لكي نصل إلى مستوى خدمة صحية جيدة وجب التحكم الجيد في أبعاد تكاليف الجودة، والتي بدورها تنقسم إلى أربعة أبعاد رئيسية وواحدة ثانوية، وهم:

1- تكاليف الوقاية:

ويتعلق الأمر خاصة بتكاليف كل نشاط أو تدخل يهدف إلى تحسين جودة العلاج، تكوين العمال، نشاط فرق الجودة، منهجية العلاج، نشر توصيات الممارسة العيادية أو البروتوكول، شراء العتاد والتجهيزات المخصصة للوقاية من عيوب جودة العلاج[1].

2- تكاليف التقويم:

وهي التكاليف المتعلقة بتحديد درجة التطابق مع متطلبات الجودة، ومن أمثلتها تكلفة فحص دقة المدخلات والعمليات والمخرجات، تكلفة تفتيش وتجهيز بيانات الاختبار، التحقيق في مشاكل الجودة وتقديم تقارير بذلك، إجراء استطلاع العملاء في تدقيق الجودة.

3- تكلفة الفشل الداخلي:

وتشمل تكلفة تصحيح الخدمات الخاطئة قبل وصولها إلى المرضى أثناء عمليات تقديم الخدمة وتمثل تكلفة الخطأ الداخلي التكلفة التي يمكن تجنبها وتشمل[2]:

- الضياع بكل أنواعه: مثل طلب اختبارات أو تحاليل أو أشعة غير ضرورية لحالة المريض.
  فحص الاختبارات الخاطئة؛
- إعادة تأدية الأنشطة غير الضرورية؛
- وقت الأعطال والوقت الضائع بكافة أنواعه؛
- إعادة الفحص والتصحيح.

[1] Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé (ANAES), **les coûts de qualité et de la non-qualité des Soins dans les établissements de la Santé:états des lieux et Propositions**, juillet 2004, sur le site: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000463/index.shtml, Vu le: 17/02/2025.

[2] ماجدة محمد عبد الحميد جبريل، **إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة**، أطروحة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2000، ص 157.

4- تكلفة الفشل الخارجي:

للتكاليف الناتجة عن فشل المنتجات في تلبية متطلبات الجودة بعد نقل ملكيتها إلى المستهلك، أو التكاليف المرتبطة بوجود معيب في المنتج بعد استلامه من الزبون وتكون هذه التكاليف في الغالب مخفية ومن أمثلتها التي ذكرها رسوم الضمان، الخصومات للعميل، العقوبات القانونية بسبب رداءة الصنع.

5- عدم المشاركة في صنع القرار:

تتميز عملية صياغة القرار داخل المؤسسة الصحية بانفراد الإدارة الشبه كلي في صنع السياسات واللوائح المنفذة لها، دون فتح المجال للمشاورات الموسعة التي يجب أن يشارك فيها العمال داخل المصالح المختلفة بشكل ديمقراطي وصريح للتعبير عن آرائهم وتوجهاتهم فيما يخص فعالية ونجاعة القرارات المزمع اتخاذها باعتبارهم المعنيين أولا وآخرا بتنفيذ هذه القرارات وتجسيدها وترجمتها بشكل ملموس على أرض الواقع.

ويعتبر **الباحث عدمان مريزق** أن من بين العوامل التي ترفع من مقاومة الفاعلين للقرار أن يفرض عليهم هذا الأخير، من الخارج أو من القمة. وبالتالي، سوف يثير معارضتهم كونه يهدد مراكزهم وسلطاتهم لاسيما إذا لم يكن التغيير بناء على طلبهم لأنه يحمل في طياته معنى ضمنيا بأنهم لا يؤدون أعمالهم على أكمل وجه. الشيء الذي يجعلهم يفسرونه في صورة نقد موجه لهم ولظروف عملهم وسلوكهم الذي تعودوا عليه وتطبعوا به، مما يرفع من درجة مقاومتهم له وتنعدم مساعدتهم إلى القائمين به. أما إذا كان هذا التغيير بناء على طلبهم فإنهم ينظرون للقائمين به على أنهم يعملون لصالحهم[1].

المبحث الرابع: الدراسات السابقة

المطلب الأول: الدراسات السابقة المتعلقة بتحسين الخدمات الصحية

[1] – عدمان مريزق، "**التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الجزائر نموذجا**"، الملتقى الدولي بعنوان "الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية"، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة البليدة، البليدة، الجزائر، يومي 18-19 ماي 2011، ص 11.

- **دراسة (الصادق، 2019)[1]:** دور التدريب في تحسين جودة الخدمات الصحية لدى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة" الجزائر، وكذلك أهمية التدريب في تنمية الأفراد ورفع القدرات وزيادة المهارات لدى موظفي المؤسسة الصحية والتي بدورها تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة، وتوضيح العلاقة بين المتغيرين في المؤسسة محل الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها، أن متغيرات الدراسة المستقلة الخاصة بالتدريب (محتوى التدريب، أساليب التدريب) لها دور كبير في التأثير على المتغير التابع تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ وجد أن التدريب يفسر (73%) من التباين في المتغير التابع تحسين جودة الخدمات الصحية.

- **دراسة (عدمان مريزق، 2008)[2]:** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الرضا عن مجالات الخدمات في المؤسسات الصحية والمشكلات التي تواجه الهيئة الطبية والطاقم شبه الطبي عند القيام بتقديم هذه الخدمات، من خلال معالجة إشكالية ما هو واقع جودة الخدمات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة، احتوت هذه الدراسة على ثلاث استبيانات أولها للمرضى والثاني للطاقم شبه الطبي والثالث للطاقم الطبي، وقد توصلت الدراسة على مستوى الرضا عن طبيعة الخدمة المقدمة، للمرضى أن مستوى الرضا عن الاستقبال كان كبيرا في كل المؤسسات الصحية موضوع الدراسة، في حين اختلف المستوى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي من الدرجة المتوسطة في المركز الاستشفائي إلى الدرجة المرتفعة في المؤسسات الأخرى، أما فيما يخص مدة استخراج نتائج التحاليل الطبية والأشعة ومدة إجراء العمليات الجراحية؛ فقد أكدت نسبة جديرة بالاهتمام من المرضى بطول مدتها، كما أظهرت نتائج تحليل مستوى الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي أن هناك نسبة عدم رضا معتبرة عن فرص التكوين وظروف العمل، إلى جوار ذلك فقد بينت النتائج الخاصة بمستوى الرضا الوظيفي لدى الأطباء عن وجود نسبة رضا كبيرة عن العلاقة بين الطاقم الطبي والشبه الطبي والمرضى، فيما أقرت نسبة كبيرة من الأطباء بقلة توافر وسائل العمل على مستوى كل المؤسسات الصحية محل الدراسة.

---

[1] الصادق حوحو محمد، **دور التدريب في تحسين جودة الخدمات الصحية**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2019.

[2] عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية–دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008.

- **(دراسة وفاء سلطاني، 2016)**[1]: وهدفت الدراسة إلى جملة من الأهداف نلخص أهمها كالتالي:

- توضيح الإطار النظري للخدمات الصحية وطرق تقييمها؛
- تسليط الضوء على واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر عامة وفي ولاية باتنة بصفة خاصة؛
- الكشف عن ظروف عمل مقدم الخدمة الصحية (الطاقم الإداري، الطاقم الطبي، الطاقم شبه الطبي) ومختلف العراقيل التي تواجهه، خاصة مع الإضرابات المتعددة والمستمرة في القطاع؛
- تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية بولاية باتنة؛
- معرفة موقف المؤسسات الصحية في ولاية باتنة من آليات التقييم ومدى استعمالها أو العمل بنتائجها؛
- المساهمة في الإثراء المعرفي في مجال الخدمات الصحية؛
- المساهمة في تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية بولاية باتنة.

وكانت إشكالية الدراسة كالتالي: كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وما هي آليات تحسينها؟

وبهدف الإجابة على الإشكالية الرئيسية المذكورة لجأ الباحث إلى تصميم استمارتين، الأولى موجهة إلى متلقي الخدمة وهو المريض، والثانية موجهة إلى مقدم الخدمة (الطاقم الإداري، الطاقم الطبي وشبه الطبي)، إضافة إلى الملاحظة والمقابلات الشخصية من ضمن الأساليب المتبعة، وتوصل الباحث إلى جملة من النتائج نلخص أهمها فيما يلي:

- أثبتت الدراسة إمكانية تطبيق نموذج SERVQUAL لتقييم مستوى الخدمات في المجال الصحي؛
- يقيم أفراد العينة الخدمات الصحية من ناحية كل معيار تقييما إيجابيا؛
- يميل معظم أفراد العينة إلى تحسين الخدمات الصحية في عدة جوانب خاصة فيما يتعلق باختيار العاملين وتقييم النتائج.

[1] وفاء سلطاني، **تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها–دراسة ميدانية بولاية باتنة**، دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2016.

المطلب الثاني: الدراسات المتعلقة بإدارة التكاليف

- **دراسة[1] (الموسوي، 2016)** : هدفت إلى دراسة وتحليل تكاليف الجودة الخفية، بغية التوصل إلى نموذج مقترح للاعتراف والمحاسبة عنها وفق المعايير الدولية للمحاسبة، وبما يتوافق مع متطلبات البيئة الاقتصادية العراقية، وتوصلت إلى أن الاعتراف بتكاليف الجودة الخفية يعطي صورة واضحة لإدارة الوحدة الاقتصادية عن مقدار تكاليف الجودة الخفية التي تتحملها، ويمكن اقتراح نموذج محاسبي للاعتراف والمحاسبة عنها وفق المعايير الدولية للمحاسبة ويكون قابل للتطبيق.

- **دراسة (صالح،2002[2]):** استهدفت بشكل رئيس استخدام نظام (ABC) في مجال قياس وترشيد تكلفة الخدمات الصحية، وتوفير المعلومات اللازمة في مجال ترشيد القرارات الإدارية، وتحديد أسعار تلك الخدمات في المستشفيات الخاصة على أسس موضوعية دقيقة.

ومن أهم نتائج الدراسة، **أولا:** إمكانية التغلب على مشكلة تخصيص التكاليف غير المباشرة باستخدام نظام (ABC) في استخراج معدلات تكلفة لكل نشاط حسب مسببات التكلفة المناسبة لكل منها. **ثانيا:** إمكانية التغلب على مشكلة التحميل الرأسمالي، وذلك من خلال قياس وتحميل تكلفة الموجودات الثابتة بالمستشفيات ضمن تكاليف الخدمات الصحية. **ثالثا:** التسعير على أساس بيانات التكاليف يفيد كلاً من إدارة المستشفى والمتعاملين معها ويزيد الوعي التكاليفي.

وقد أوصت الدراسة باستخدام الأساليب الحديثة لمحاسبة التكاليف (ABC) لأنها تمكن من تحديد أسعار الخدمات الصحية في المستشفيات بدرجة عالية من الدقة والموضوعية، شريطة مراجعة تلك الأسعار من قبل المسؤولين بشكل دوري، وهذا بدوره يسهم في رقابة وترشيد عناصر التكاليف واستغلال الطاقات والموارد المتاحة.

---

[1] الوشلي محمد عبد الله والمسوري صلاح الدين علي، **المعوقات الإدارية المؤثرة على فاعلية أقسام الطوارئ بالمستشفيات العامة بأمانة العاصمة صنعاء**، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 07، العدد 34، 2020، ص 167.

[2] صالح رضا إبراهيم، **مدخل المحاسبة عن التكلفة على أساس النشاط كأساس لقياس تكلفة الخدمات الصحية بالمستشفيات**، مجلة الإدارة العامة، العدد 42، 2002، ص ص 43-98.

- **دراسة (Neyestani & Juanzon 2017)[1]** ، هدفت إلى زيادة كفاءة المنظمات لإنجاز أهدافها مثل رضاء الزبون، والسعي إلى تخفيض المشكلات في الانتاج والتكاليف، وكشفت الدراسة إلى إمكانية أن تقوم الشركات بتحقيق رغبات الزبائن من خلال تخفيض والسيطرة على التكاليف النوعية (المنع والتقييم)، وأكدت الدراسة وجهة النظر التي تشير إلى تخفيض تكاليف الجودة الكلية على مدى الوقت من خلال زيادة تكاليف المنع والتقييم، وأن أغلب الشركات تبنت نظام الجودة ISO 9001 بمثابة دعاية لها في السوق، بدلاً من أن تستخدمها بشكل فعال لحل المشاكل التي تواجها في الانتاج أو الأداء التنظيمي وفي الحد من تزايد تكاليف الفشل الداخلي والخارجي ولتخفيضها في مستوى أمثل.

المطلب الثالث: ما يميز دراستنا عن دراسات السابقة

تتشابه هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة في كونها ستتناول مجال الخدمات في المؤسسات الطبية مع تركيز هذه الدراسة إلى جانب تحسن الخدمات الصحية كقياس ومعالجة إدارة التكاليف محاسبيا. لكن هناك اختلافات جوهرية بين الدراسة الحالية وبين الدراسات السابقة في تحديد مجتمع الدراسة كونها تناولت دراسة وتطبيق تكاليف الجودة على قطاع الصحة ومدى الاختلاف في طبيعة تكاليف الجودة بين قطاعات أخرى، وكذلك الغرض منها دراسة إدارة التكاليف ومعرفة مدى تأثيرها على مستوى الخدمات بالتطبيق على المؤسسات الطبية في الجزائر وذلك للحصول على نتائج وصفية لهذا الواقع، وكذلك للمساعدة في فتح المجال أمام دراسات جديدة مبنية على نتائج هذه الدراسة لبحث هذا الموضوع من كل جوانبه، حيث أن هذه الدراسة اكتفت فقط بدراسة تحليلية متمثلة في استبيان موجه لفئة العاملين في قطاع الصحة، وإمكانية إضافة دراسة حالة متمثلة في تحليل كل التكاليف الموجهة للخدمة وقياس بمدى جودة تحسين الخدمات الصحية.

كما تم إعداد قائمة استبيان موزعة على 80 فردا من عينة المجتمع والمتمثلة في مختلف العاملين في المؤسسة الاستشفائية بالوادي بغرض معرفة آرائهم حول إدارة التكاليف وتأثرها المباشر على مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة.

[1] Neyestani ،B. ،& Juanzon ،J. B. **Impact of ISO 9001 standard on the quality cost of construction projects in the Philippines**, In *Proceedings of 2017 ManilaInternational Conference on "Trends in Engineering and Technology" (MTET-17) Jan* (pp. 23-24).2017.

خلاصة الفصل:

تعد عملية إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية من الأمور التي تتسم بالتعقيد، كون أن هذه المؤسسات ملزمة بتحديد الأهداف والأولويات بدقة، والتي تقوم بالأساس على تقديم الخدمات الحية المتاحة كهدف أساسي المراد تحقيقه.

ولقد أدت المتغيرات الاقتصادية المتتابعة إلى فرض أنظمة صحية تقوم على ضرورة التكفل الأمثل بالمرضى، والذي لا يقوم إلا بتوفر مقومات الأداء الصحي الناجع، المتمثل في التحكم الجدي في إدارة التكاليف من أجل تحسن أداء الخدمة الصحية.

إن الوضع الصحي الراهن الذي تمر به الجزائر، والمؤشرات الصحية التي تشخص لنا المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية ومستوى التدهور التي وصلت إليه، فرضت على الجزائر إعادة هيكلة القطاع الصحي سواء تعلق الأمر بالرعاية الصحية والإنفاق الصحي، وهو ما تجسد من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي، والتي يتمثل نشاطها أساسا في وضع دراسات استشرافية شاملة والتي تنبئ بظهور أمراض في المستقبل انطلاقا من الوضع الراهن، مع توضيح المخاطر المرتبطة بها وذلك من أجل التقليل منها.

الفصل الثاني:

الدراسة الميدانية لأثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية

تمهيد:

من الضروري في أي بحث ميداني أن يقف الباحث على مجموعة من الإجراءات المنهجية التي يرى بأنها ضرورية في بحثه، فالبحث العلمي يحتاج إلى الربط بين ما هو نظري وما هو ميداني على اعتبار أن الميدان هو المحك الذي نختبر فيه ما تم التطرق إليه في الدراسة النظرية، وسنستعرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والملامح العامة لمجتمع وحالات الدراسة، ومن ثم سيتم عرض نتائج الدراسة التطبيقية التي تم التوصل إليها من خلال جمع البيانات وتحليلها ومناقشتها للوصول إلى نفي أو إثبات فرضيات الدراسة ومن ثم تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

المبحث الثاني: عرض النتائج واختبار الفرضيات

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

من أجل إسقاط الجانب النظري على الواقع وتأكيده، قمنا بالدراسة الميدانية لأثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية بالمؤسسة حيث سنتناول في هذا المبحث الطريقة والأدوات والوسائل التي سيتم من خلالها جمع البيانات، مجتمع وعينة الدراسة، وكذا الأساليب الإحصائية التي سيتم اعتمادها في هذه الدراسة لاختبار الفرضيات.

المطلب الأول: الطريقة المستخدمة في الدراسة

لتحقيق هدف الدراسة المتمثل في التعرف على أثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي، فقد تم استخدام أداة الاستبيان معتمدين في ذلك على الجانب النظري والدراسات السابقة في صياغة عبارات الاستبيان.

الفرع الأول: مجتمع الدراسة وطريقة سحب العينة

أولا: مجتمع وعينة الدراسة

من العوامل الأساسية التي يجب على أي باحث تحديدها قبل البدء في دراسته هو حصر مجتمع الدراسة، فمجتمع الدراسة يمثل ما يريد الباحث أن يصل بواسطته إلى نتائج الدراسة، أو بعبارة أخرى يمثل مجموعة الأفراد والمنظمات، أو كل الوحدات التي يمكن أن تطبق عليها الدراسة.[1]

أما المجتمع المستهدف فهو تحديد نوع الوحدات التي تعتبر كعناصر من المجتمع المدروس، والتي تقتصر عليها الدراسة.[2]

وعليه يمكن القول أن مجتمع الدراسة يتكون من جميع المفردات التي تشكل مشكلة الدراسة، وقد يختلف عددهم أو حجمهم حسب هدفها ودرجة دقتها.

وبالنسبة لدراستنا كون الظاهرة المدروسة تتعلق بأثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية، فقد تمثل مجتمع الدراسة في جميع مستخدمي المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي والمقدر عددهم بـ 800 مستخدما.

[1] Diane C. Blankenship, **Applied Research and Evaluation Methods in Recreation**, Human Kinetics, U.S.A, 2009, P 8

[2] Robert M. Groves et al., **Survey Methodology**, John Wiley & Sons, 2nd Edit., New Jersey, United States, 2009, P 70.

ثانيا: عينة الدراسة

يعرف سعيد سالم القحطاني وآخرون عينة الدراسة بأنها: "مجموعة الوحدات التي يتم اختيارها من مجتمع البحث لتمثيله في الدراسة"[1]. كما تعرف بأنها: "هي جزء من مجتمع البحث والدراسة والتي تعطي استنتاجا عن خصائص المجتمع".[2]

وانطلاقا مما سبق يمكن القول أن عينة الدراسة هي جزء من مجتمع الدراسة، يقوم الباحث بإجراء الدراسة عليها، ومن ثم يقوم بتعميم النتائج المحصل عليها على كافة مجتمع الدراسة، بشرط أن تكون العينة ممثلة لمجتمع الدراسة أحسن تمثيل، حيث يخضع اختيارها منهجيا إلى شروط عدة وبطرق مختلفة حسب هدف الدراسة وظروف إجرائها.

وفي دراستنا هذه تم اختيار العينة بطريقة قصدية كأحد الأساليب الإحصائية المستخدمة لتكون ممثلة لمجتمع الدراسة وفقا لقواعد البحث العلمي في اختيار العينات، وهذا راجع لطبيعة الأسئلة المطروحة في الاستمارة تتطلب أشخاص ذوي خبرة ولديهم دراية كافية حول إدارة جودة التكاليف التي تقود إلى تحسين أداء الخدمة الصحية، وقمنا بتوزيع الاستمارات على عينة قدرت بـ 80 مفردة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (1.2): يبين كيفية توزيع وجمع الاستبيان على عينة الدراسة.

البيان	العدد
عدد الاستبيانات الموزعة	**80**
عدد الاستبيانات المسترجعة	**65**
عدد الاستبيانات الملغاة (غير صالحة)	**05**
عدد الاستبيانات الصالحة	**60**

المصدر: من إعداد الطالب.

[1] سعيد سالم القحطاني وآخرون، **منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات SPSS**، المكتبة الوطنية، الرياض، 2000، ص 269.

[2] علي فلاح الزعبي، **مناهج وأساليب البحث العلمي في ميدان التسويق "مدخل منهجي – إداري"**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2010، ص 194.

وقد كانت إجابات كل فقرة وفق مقياس ليكارت الخماسي (Likert Scale) ، بحيث يقابل كل عبارة قائمة تحمل الاختيارات التالية: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وتمثل رقميا (1،2،3،4،5) على التوالي:

جدول رقم (2.2): توزيع درجات مقياس ليكارت الخماسي.

بدائل القياس	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة/الترميز	01	02	03	04	05

المصدر :من إعداد الطالب بالاعتماد على مقياس ليكارت (Likert Scale).

لإعداد دليل الموافقة لتحليل إجابات أفراد العينة الدراسة على عبارات الاستبيان فقد تم الاعتماد على الأدوات الإحصائية التالية: المدى، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري حيث: المدى: لتحديد مجالات مقياس ليكرت الخماسي المستخدم في استبيان الدراسة حيث تم حساب المدى والذي يساوي= (أعلى درجة في المقياس– أدنى درجة في المقياس 4=(1-5) (وللحصول على طول الفئة للتنقل بين المجالات الموافقة نقوم بقسمة المدى على عدد دراجات الموافقة وذلك على نحو التالي: طول الفئة = المدى / عدد درجات المقياس، طول الفئة 0.8=4/5 وبإضافة هذه القيمة في كل مرة للحد الأدنى لدرجة الموافقة نحصل على الحد الأعلى لكل مجال مثلا 1.80=1+0.8 : فنحصل على مجال [1.80 - 1] وهو مجال موافقة بدرجة منخفضة جدا، وهكذا مع كل مجالات الموافقة، وتفيد هذه العملية في التعرف على موقف المشترك لإجمالي أفراد العينة على كل عبارة وعلى كل محور حيث نحصل على المجالات كما يلي:

جدول رقم (3.2): تحديد الاتجاه المستجوبين حسب قيم المتوسط الحسابي.

مجال المتوسط الحسابي	الأوزان	الاتجاه (التقييم)
من 1 إلى 1.80 درجة	1	غير موافق بشدة
من 1.81 إلى 2.60 درجة	2	غير موافق
من 2.61 إلى 3.40 درجة	3	محايد
من 3.41 إلى 4.20 درجة	4	موافق
من 4.21 إلى 5 درجة	5	موافق بشدة

المصدر: من إعداد الطالب.

إضافة إلى تحديد اتجاهات العينة نحو مدى موافقتهم على عبارات الاستبيان فإننا أيضا نقوم بترتيب العبارات من خلال أهميتها في المحور بالاعتماد على أكبر قيمة متوسط حسابي في المحور وعند تساوي المتوسط الحسابي بين عبارتين فإنه يأخذ بعين الاعتبار أقل قيمة للانحراف المعياري بينهما.

واستنادا إلى ذلك فإن قيم المتوسطات الحسابية التي توصلت إليها الدراسة سيتم التعامل معها لتفسير البيانات حسب مستوى الأهمية وذلك على النحو التالي:

مرتفع	متوسط	منخفض
3,67 فأكثر	3,66-2,34	2,33-1

حيث تم اعتماد هذا المقياس على أساس: طول الفئة= $\frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى}}{\text{المستويات عدد}}$

$\frac{(1-5)}{3} = \frac{4}{3} = 1,33$، حيث أن عدد المستويات= 3.

وبناء عليه كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرات أكبر من 3.67 فيكون المستوى مرتفعا (يعني موافقة عالية لأفراد العينة على العبارة) أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي من 2.34-3.66 فيكون المستوى متوسطا، وإذا كان المتوسط الحسابي من 1 فأقل من 2.33 فيكون المستوى منخفضا.

الفرع الثاني: تحديد مصادر البيانات وطريقة جمعها

اعتمدنا في الدراسة الميدانية على مصدرين أساسيين للبيانات، حيث قمنا بجمعها من خلال المصادر الأولية والثانوية والتي لها علاقة بموضوع الدراسة.

أولا: المصادر الثانوية: تمثلت المصادر الثانوية للدراسة في مجموعة من المقالات العلمية والبحوث الجامعية إضافة إلى الدراسات السابقة والتي تطرقت إلى موضوع بحثي.

ثانيا: المصادر الأولية: تتمثل المصادر الأولية للدراسة في أداة الاستبيان بهدف تجميع البيانات اللازمة لموضوع الدراسة ومعالجتها إحصائيا بالاستعانة ببرنامج SPSS.

المطلب الثاني: أدوات الدراسة

من أجل تسهيل عملية تحليل ومناقشة النتائج تم الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS 26** لمعالجة البيانات وتحليلها واستخراج نتائج الدراسة، وقد تم أيضا استخدام عدد من الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع متغيرات الدراسة.

الفرع الأول: استمارة ونموذج الدراسة

أولا: تصميم الاستبيان

تمثل استمارة الاستبيان الأداة الرئيسية التي تم الاعتماد عليها في الدراسة لجمع البيانات والمعلومات من الواقع، والمتمثلة في آراء وجهات نظر موظفي المؤسسة العمومية الاستشفائية حول مشكلة الدراسة.

ولكي تكون الاستمارة دقيقة ومنظمة في شكلها العلمي من حيث البساطة والوضوح والمضمون، فقد تم تصميمها على ثلاثة مراحل.

تعتبر هذه المرحلة الخطوة الأولى في إعداد الاستمارة، وانطلاقا من الجانب النظري تم صياغة مجموعة من الأسئلة مراعين في ذلك إشكالية البحث والفرضيات الموضوعة، ولقد راعينا في إعداد الأسئلة ما يلي:

- استعمال لغة سليمة؛
- صياغة أسئلة بسيطة وغير قابلة للتأويل؛
- ترتيب الأسئلة وتسلسلها وربطها بالأهداف المرجوة من الدراسة الميدانية.

ولقد قمنا بتصميم وتوزيع استبيان كأداة لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالدراسة، وذلك بناء على فرضيات الدراسة ومتغيراتها المستقلة، ويتكون هذا الاستبيان من قسمين على النحو التالي:

✓**القسم الأول:** وهو عبارة عن السمات الشخصية عن المستجيب (المهنة، المستوى التعليمي، الخبرة المهنية).

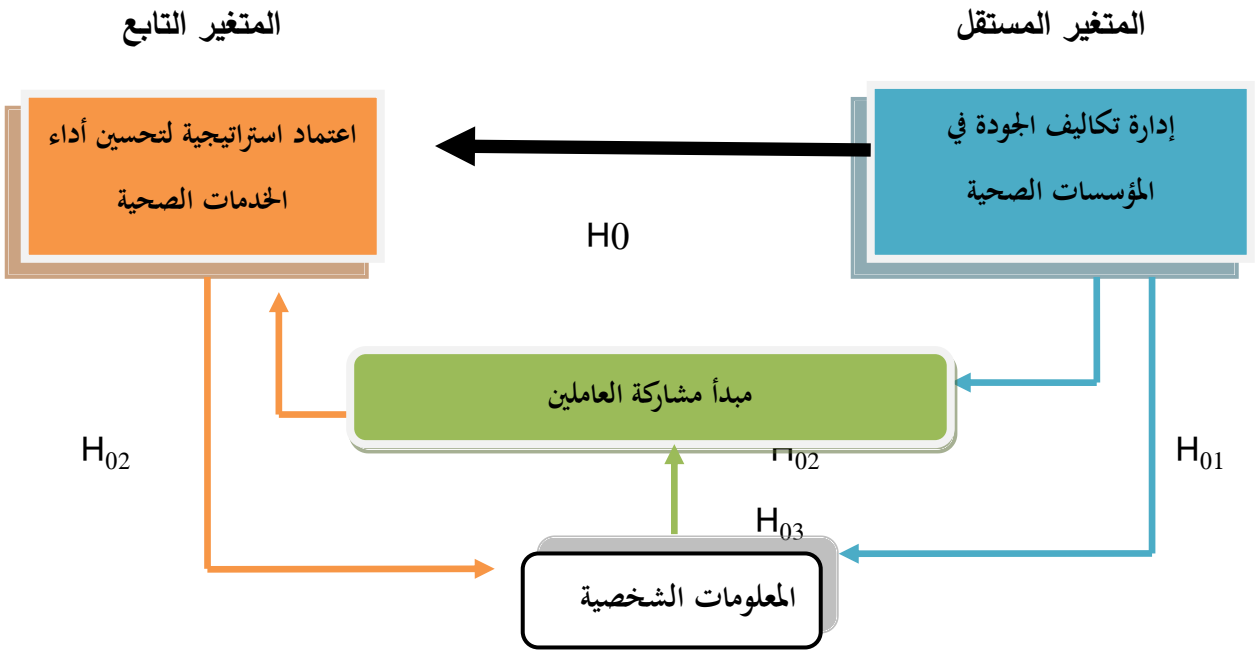
✓**القسم الثاني:** وهو عبارة عن محاور الدراسة وتتكون الاستبانة من 21 فقرة موزعة على ثلاث محاور رئيسية كالتالي:

- **المحور الأول:** أبعاد إدارة تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية، ويتكون من (08) فقرات؛
- **المحور الثاني:** مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسين أداء الخدمات الصحية، ويتكون من (08) فقرات؛
- **المحور الثالث:** تفعيل مبدأ مشاركة العاملين، ويتكون من (05) فقرات.

ثانيا: نموذج الدراسة: من خلال هذه الدراسة لدينا متغيرين مهمين هما إدارة تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية، وتفعيل مبدأ مشاركة العاملين كمتغير مستقل، وتحسين أداء الخدمات الصحية كمتغير تابع، وسيتم

اختبار الفرضيات بين محاور الدراسة والمعلومات الشخصية لعينة الدراسة، والشكل التالي يبين نموذج الدراسة:

الشكل رقم (1.2): نموذج الدراسة.



المصدر: من إعداد الطالب.

الفرع الثاني: تحديد نوع توزيع بيانات المستجوبين وأساليب المعالجة الإحصائية

أولا: تحديد نوع توزيع بيانات المستجوبين نحو محاور الاستبيان: بعد جمع بيانات المستجوبين وترميزها وإدخالها في برنامج SPSS 26 وقبل تحليل البيانات يجب تحديد ما إذا كانت بيانات المستجوبين على مضمون متغيرات الدراسة التي يتم دراستها تتبع التوزيع الطبيعي أم التوزيعات الاحتمالية الأخرى. وهناك عدة طرق إحصائية للكشف عن نوع توزيع بيانات الاستبيان وهي طريقة اختبار (**Kolmogorov-Smirnov**)، وطريقة اختبار (**Shapiro-Wilk**) وبالاستعانة ببرنامج SPSS وعند إجراء استكشاف نوع توزيع البيانات فإن اختبار (**Tests of Normality**) يعطي لنا مخرجات معا لكل من اختبار (**Kolmogorov-Smirnov**)، واختبار (**Shapiro-Wilk**) في جدول واحد، وبأي منهما نستدل على نوع التوزيع؟ وهنا سنعتمد على القاعدة التالية: أن

اختبار **Kolmogorov-Smirnov** يستخدم إذا كان عدد العينة أكبر أو يساوي 50، في حين نستدل بنتائج اختبار **Shapiro-WilK** إذا كان عدد العينة أقل من 50[1].

ثانيا: تحديد أساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: تم إخضاع البيانات إلى عملية التحليل الإحصائي بالاستعانة ببرنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (**SPSS: V26 SPSS: Statistical Package for the Social Sciences)** وتم الاعتماد على بعض الأساليب الإحصائية كما هو موضح فيما يلي:

1- مقاييس التحليل الإحصائي الوصفي:

أ- **التكرارات والنسب المئوية (Les Fréquences et Les Pourcentages):** للتعرف بالتفصيل على الصفات الشخصية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها؛

ب- **المتوسط الحسابي (Mean):** وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل عبارة أو بعد وكذا لتحديد أهمية العبارات الواردة في الاستبانة؛

ج- **الانحراف المعياري (Standard Deviation):** وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد عينة الدراسة نحو كل عبارة، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد عينة الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركز الإجابات وعدم تشتتها، اما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركز الإجابات وتشتتها.[2]

2- مقاييس التحليل الإحصائي التحليلي (الاستدلالي):

أ- **معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)** : للتأكد من الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان،

ب- **معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient):** لحساب درجة ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لجميع عبارات المحور الذي تنتمي إليه؛

ج- **اختبار (Kolmogorov-Smirnov)** : لبيان التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة؛

د- **اختبارT (One Sample t-test):** لمعرفة الدلالة الإحصائية (دال أو غير دال) في اختبار الفرضيات (الإحصاء الاستدلالي) ويفيد هذا الاختبار (one Sample t-test) في الكشف عن ما إذا كان هناك فرق جوهري (دال إحصائيا) بين المتوسط الحسابي.

---

[1] أبو زيد، محمد خير سليم، **أساليب التحليل الإحصائي باستخدام برمجية SPSS**، الرياض، دار جرير للنشر والتوزيع، 2005، ص 156.

[2] امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، **مبادئ الإحصاء الوصفي**، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2002، ص 115.

ذ- $(\underline{X}$ الفرضي والمتوسط العينة أفراد لإجابات $\underline{X}$03=)

هـ- **اختبار التباين الأحادي (One way Anova):** يستخدم لمقارنة المتوسطات بهدف قياس التباين لأكثر من مجموعتين.

المطلب الثالث: صدق وثبات الاستبيان

وهنا اعتمدنا على الصدق الظاهري كمرحلة أولى ثم قيمنا الصدق والثبات عن طريق الأساليب الإحصائية كما يلي:

الفرع الأول: الصدق الظاهري

وهو التأكد من صدق الاستبانة ظاهريا، حيث قمنا بعرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين تألفت من أعضاء في هيئة التدريس، للأخذ بملاحظاتهم في بناء الاستبيان، والتأكد من صدق وملائمة فقرات الاستبيان لتحقيق الأهداف البحثية المتوخاة من الدراسة، وعلى ضوء التوجيهات التي أبداها هؤلاء المحكمون قمنا بتعديل الاستبانة وإخراجها في شكلها النهائي القابل للتوزيع على عينة الدراسة **(أنظر الملحق رقم (01))**.

الفرع الثاني: الصدق البنائي

وهو استخراج معامل الثبات طبقا لاختبار ألفا كرونباخ (Alfa Cronbach) ودراسة الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان كافة وكذا لعبارات كل بعد من متغيرات الدراسة. أما الثبات يعني استقرار المقياس وعدم تناقضه أي أن المقياس يعطي نفس النتائج باحتمال مساوي لقيمة المعامل إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة، والصدق يعني أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

1- صدق الاتساق الداخلي لاستمارة الاستبيان: وذلك عن طريق حساب درجة ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لجميع عبارات المحور الذي تنتمي إليه، ومن أجل القيام بهذا الاختبار قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) والجدولين التاليين يوضحان ذلك:

الجدول رقم (4.2): الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول.

المحور الأول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية			
العبارات	معامل الارتباط	قيمة المعنوية	النتيجة
تكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة	0.614**	0.000	دال
تكلفة الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للعميل	0.723**	0.000	دال
تكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة	0.624**	0.000	دال

تكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء	**0.593	0.000	دال
تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية	*0.694	0.000	دال
تكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى	*0.636	0.000	دال
تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات	**0.775	0.000	دال
تكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية	**0.340	0.000	دال

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V .26.

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن عبارات المتعلقة بالمحور الأول أنها تمتاز بالاتساق الداخلي مع محورها حيث أن علاقة الارتباط بين الدرجة الكلية للمحور وعباراته دالة إحصائيا، إذ أن قيمة المعنوية (القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعاملات الارتباط بيرسون (Corrélation de Pearson) المحسوبة في كل عبارة من عبارات المحور هي أقل من مستوى دلالة 0.05، وكلها ارتباطات طردية قوية ماعدا العبارة الثامنة كانت العلاقة ضعيفة لكن لها دلالة احصائية، ومنه نقول أن عبارات المحور الأول صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (5.2): الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثاني.

المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية			
العبارات	**معامل الارتباط**	**قيمة المعنوية**	**النتيجة**
تتلاءم جودة الخدمات الصحية المقدمة مع الإمكانيات المتوفرة للمستشفى	**0.439	0.000	دال
تعمل الإدارة على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية	**0.684	0.000	دال
تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية	**0.449	0.000	دال
يوجد في المؤسسة كل الخدمات الصحية	**0.551	0.000	دال
تحاول إدارة المؤسسة الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار	**0.367	0.000	دال
توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم خدمات الصحية جيدة.	**0.579	0.000	دال
تقوم المؤسسة بتحديد قائمة تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات	**0.627	0.000	دال
تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة	**0.532	0.000	دال

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V .26.

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن عبارات المتعلقة بالمحور الثاني أنها تمتاز بالاتساق الداخلي مع محورها حيث أن علاقة الارتباط بين الدرجة الكلية للمحور وعباراته دالة إحصائيا، إذ أن قيمة المعنوية (القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعاملات الارتباط بيرسون (Corrélation de Pearson) المحسوبة في كل عبارة من عبارات المحور الثاني هي أقل من مستوى دلالة 0.05، وكلها ارتباطات طردية قوية ماعدا العبارة الخامسة كانت العلاقة ضعيفة لكن لها دلالة احصائية، والعبارة الثالثة والرابعة كانت العلاقة متوسطة ولها دلالة احصائية كذلك، ومنه نقول أن عبارات المحور الثاني صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (6.2): الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثالث.

المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العامين			
العبارات	معامل الارتباط	قيمة المعنوية	النتيجة
تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالك	0.817**	0.000	دال
تلجأ إلى مسؤولك المباشر ليشير عليك حول تحسين العمل	0.711**	0.000	دال
مسؤولك المباشر يساعدك في حل مشاكلك في العمل	0.812**	0.000	دال
يطلب منك إبداء رأيك وتقديم مقترحاتك بخصوص تحسين الخدمة الصحية	0.710**	0.000	دال

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V .26.

من النتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن عبارات المتعلقة بالمحور الثالث أنها تمتاز بالاتساق الداخلي مع محورها حيث أن علاقة الارتباط بين الدرجة الكلية للمحور وعباراته دالة إحصائيا، إذ أن قيمة المعنوية (القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعاملات الارتباط بيرسون (Corrélation de Pearson) المحسوبة في كل عبارة من عبارات المحور هي أقل من مستوى دلالة 0.05، وكلها ارتباطات طردية قوية، ومنه نقول ان عبارات المحور الثالث صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

الفرع الثالث: حساب ثبات الاستبيان (Cronbach's Alpha)

الثبات يعنى به أن يكون الاستبيان قادرا على أن يحقق دائما النتائج نفسها في حالة تطبيقه مرتين أو أكثر في نفس الظروف، وتوجد عدة معادلات وطرق إحصائية لحساب ثبات الاستبيان. وفي دراستنا تم التحقق من ثبات عبارات محاور استبيان الدراسة من خلال استخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ.

جدول رقم (7.2): قيمة معامل Cronbach's Alpha للاستبيان.

أبعاد ومحاور الاستبيان	Cronbach's Alpha		
	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	النتيجة
قيم معامل ثبات جميع عبارات المحور الأول	0.779	08	ثابت
قيم معامل ثبات جميع عبارات المحور الثاني	0.739	08	ثابت
قيم معامل ثبات جميع عبارات المحور الثالث	0.904	05	ثابت
جميع عبارات الاستبيان	**.0794**	**21**	**ثابت**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V .26.

من خلال الجدول أعلاه نجد أن قيمة معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) ذات قيم مرتفعة في جميع محاور الاستبيان وأن القيمة الإجمالية لجميع عبارات الاستبيان بلغت 0.794 وهي أكبر من الحد الأدنى 0.6 مما يدل على ثبات أداة الدراسة وتجدر الإشارة أنه معامل Cronbach's Alpha كلما اقتربت قيمته من 1 دل على أن قيمة الثبات مرتفعة.

المبحث الثاني: عرض نتائج الدراسة الميدانية، تحليلها ومناقشتها.

بعد عملية استرجاع الاستبيانات وتشفيرها وتفريغها في البرنامج الإحصائي SPSS 26 تتم عملية عرض النتائج من خلال تحديد خصائص العينة ثم معرفة اتجاهات إجابات العينة حول كل العبارات والمحاور لنصل في الأخير لاختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: التحليل الوصفي للبيانات الشخصية

سنحاول في هذا الجانب الاستفادة من الأساليب الإحصائية الوصفية من أجل إلقاء نظرة على توزيع العينة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية (المهنة، المستوى التعليمي، الخبرة المهنية)، وذلك من خلال الجداول التكرارية لكل متغير على حدى حسب نوع السؤال.

الفرع الأول: توزيع أفراد العينة تبعا للمهنة: يتوزع أفراد الدراسة حسب المهنة إلى:

جدول رقم (8.2) : توزيع عينة دراسة حسب المهنة

البيان	التكرار	النسبة
طبيب مختص	8	13.4
طبيب عام	10	16.6
موظف في الإدارة	14	23.4
شبه طبي	19	31.6
آخرون	09	15
المجموع	60	100.0

المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول الخاص بتوزيع عينة الدراسة حسب متغير المهنة أن أغلبية أفراد العينة من سلك الشبه طبي حيث بلغ عددهم 19 فردا بنسبة مئوية 31.6% وهي نسبة مرتفعة، وهذا منطقي كون العينة تتكون من عدد كبير من الشبه طبيين، في حين بلغت نسبة الموظفين الإداريين 23.4%، أما الأطباء العامون فكانت نسبهم 16.6%، تليها نسبة 15% لفئة الآخرون المتمثلة في العمال المهنيين، وآخر نسبة كانت للأطباء المختصين بنسبة قدرت بـ 13.4%.

الفرع الثاني: توزيع أفراد العينة تبعا للمستوى التعليمي: يتوزع أفراد الدراسة حسب المستوى التعليمي إلى:

جدول رقم (9.2): توزيع عينة دراسة حسب المستوى التعليمي

البيان	التكرار	النسبة
جامعي	45	75
ثانوي	11	18.3
متوسط	04	6.7
المجموع	60	100.0

المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول أعلاه توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي، حيث نجد أن أغلب أفراد العينة ذوو مستوى جامعي بنسبة 75%، وهي نسبة عالية مقارنة بباقي المستويات التعليمية الأخرى لأنه بالأساس مجتمع

الدراسة يتكون من عدد كبير من الوظائف التي تتطلب مستوى تعليمي عالي، بينما جاءت نسبة ذوي المستوى التعليمي الثانوي في الرتبة الثانية بنسبة 18.3%، وأقل نسبة كانت لذوي المستوى المتوسط بنسبة 6.7%.

الفرع الثالث: توزيع أفراد العينة تبعا للخبرة المهنية: يتوزع أفراد الدراسة حسب الخبرة إلى:

الجدول رقم (10.2): توزيع عينة دراسة حسب الخبرة.

البيان	التكرار	النسبة
أقل من 5 سنوات	**7**	**11.6**
من 5 إلى 10 سنوات	**16**	**26.6**
من 10 إلى15 سنة	**26**	**43.4**
من 15سنة فأكثر	**11**	**18.4**
المجموع	**60**	**100.0**

المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات SPSS.

يمثل الجدول أعلاه توزيع العينة حسب متغير الخبرة المهنية، حيث نجد أن أغلب أفراد العينة لديهم خبرة في العمل محصورة بين 10 سنوات إلى 15 سنة بنسبة 43.4%، ثم تليها نسبة ذوي الخبرة من 5 إلى 10 سنوات بنسبة 26.6%، ثم يأتي في الترتيب الثالث الذين ذوي خبرة من 15 سنة فأكثر بنسبة 18.4%، وفي المرتبة الأخيرة وجدنا أن الذين لديهم خبرة أقل من 5 سنوات لا تتجاوز نسبتهم 11.6%، ويدل هذا كله على أن أفراد العينة لديهم خبرات طويلة في مجال تخصصهم مما يزيد في قيمة البحث.

المطلب الثاني: التحليل الوصفي لإجابات واتجاهات أفراد العينة نحو عبارات ومحاور الاستبيان

سنتطرق في هذا المطلب إلى عرض وتحليل نتائج اتجاهات آراء أفراد الدراسة حول عبارات محاور الدراسة من خلال حساب من النسب المئوية المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وكذا ترتيب العبارات حسب وجهة نظر المستجوبين اعتمادا على أكبر قيمة للمتوسط الحسابي وحسب أقل قيمة للتشتت والذي يمثله الانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط الحسابي.

الفرع الأول: دراسة اتجاهات إجابات العينة حول أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية

يشير الجدول التالي إلى مدى إدراك أفراد عينة الدراسة لأبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية:

جدول رقم (11.2): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات المحور الأول.

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي Mean	انحراف المعياري Std. Deviation	الترتيب	الاتجاه العام للعينة
01	تكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة	4.18	0.701	3	موافق
02	تكلفة الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها المريض	4.53	0.623	1	موافق بدرجة عالية
03	تكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة	4.42	0.720	2	موافق بدرجة عالية
04	تكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء	4.18	0.833	4	موافق
05	تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية	4.17	0.886	6	موافق
06	تكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى	4.05	0.910	7	موافق
07	تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات	4.17	0.785	5	موافق بدرجة عالية
08	تكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية	3.88	0.958	8	موافق
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية		4.2250	0.47786		موافق ودرجة الوعي عالية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه والذي يعرض 08 عبارات مكونة لمحور أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية، أن المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات المستجوبين على جميع عبارات المحور قد بلغ (4.22)، وبانحراف معياري قدره (0.477)، وهو يشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور، وبالتالي فالمتوسط الحسابي الإجمالي يمثل مركز البيانات لاتجاهات أفراد العينة أي موافقون على أنه يوجد وعي وإدراك بدرجة عالية لدى عينة الدراسة **بأهمية أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.**

وفيما يلي ترتيب العبارات حسب أهميتها لدى أفراد العينة من وجهة نظرهم:

- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (02) :"تكلفة الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها المريض":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الأولى** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.53) وانحراف معياري قدره (0.623)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون بدرجة عالية على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكلفة الرقابة على تكاليف الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للمريض.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (03):"تكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثانية** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.42) وانحراف معياري قدره (0.720)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون بدرجة عالية على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (01):"تكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثالثة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.18) وانحراف معياري قدره (0.701)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون بدرجة عالية على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (04): "تكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الرابعة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.18) وانحراف معياري قدره (0.833)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (07): "تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الخامسة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.17) وانحراف معياري قدره (0.785)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكلفة استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات.

- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (05): "تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة السادسة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.17) وانحراف معياري قدره (0.886)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أنه يتم الأخذ في الحسبان تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (06): "تكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة السابعة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.05) وانحراف معياري قدره (0.910)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (08): "تكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثامنة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (3.88) وانحراف معياري قدره (0.958)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أنه يتم الأخذ في الحسبان لتكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية.

الفرع الثاني: دراسة اتجاهات إجابات العينة حول مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية

يشير الجدول التالي إلى مدى إدراك أفراد عينة الدراسة حول مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية كما يلي:

جدول رقم (12.2): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني.

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي Mean	انحراف المعياري Std. Déviation	الترتيب	الاتجاه العام للعينة
01	تتلاءم جودة الخدمات الصحية المقدمة مع الإمكانيات المتوفرة للمستشفى	4.17	0.924	4	موافق
02	تعمل الإدارة على بناء تصورات جديدة حول تحسين	4.18	0.948	3	موافق

	الخدمات الصحية				
03	تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية	3.95	0.946	8	موافق
04	يوجد في المؤسسة كل الخدمات الصحية	4.03	0.882	7	موافق
05	تحاول إدارة المؤسسة الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار	4.12	0.958	6	موافق
06	توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم الخدمات الصحية جيدة.	4.37	0.736	2	موافق بدرجة عالية
07	تقوم المؤسسة بتحديد قائمة تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات	4.47	0.724	1	موافق بدرجة عالية
08	تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة	4.12	0.885	5	موافق
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية		**4.173**	**0.46686**		**موافق**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه والذي يعرض 08 عبارات مكونة لمحور مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية، أن المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات المستجوبين على جميع عبارات المحور قد بلغ (4.17)، وبانحراف معياري قدره (0.466) وهو تشتت صغير ويشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور، وبالتالي فالمتوسط الحسابي الإجمالي يمثل مركز البيانات لاتجاهات أفراد العينة مدركون لمفهوم مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية وفيما يلي ترتيب العبارات حسب أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة من وجهة نظرهم:

- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (07): "تقوم المؤسسة بتحديد تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الأولى** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.47) وانحراف معياري قدره (0.724)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة إيجابية وموافقون بدرجة عالية جدا على قيام المؤسسة بتحديد تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات.

- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (06): "توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم الخدمات الصحية الجيدة"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثانية** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.37) وانحراف معياري قدره (0.736)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون بدرجة عالية جدا على توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم الخدمات الصحية الجيدة.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (02): "تعمل الإدارة على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثالثة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.18) وانحراف معياري قدره (0.948)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أن الإدارة تعمل على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (01): "تتلاءم جودة الخدمات الصحية مع الإمكانيات المتوفرة للمستشفى"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الرابعة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.17) وانحراف معياري قدره (0.924)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على ملاءمة جودة الخدمات الصحية المقدمة مع الإمكانيات المتوفرة للمستشفى.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (08): "تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الخامسة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.12) وانحراف معياري قدره (0.885)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على تطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (05): "تحاول إدارة المؤسسة الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار"**: نلاحظ أنها احتلت **المرتبة السادسة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.12) وانحراف معياري قدره (0.958)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على محاولة الإدارة الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار.

- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (04): "يوجد في المؤسسة كل الخدمات الصحية":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة السابعة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.03) وانحراف معياري قدره (0.882)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على تواجد كل الخدمات الصحية في المؤسسة.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (03): "تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثامنة والأخيرة** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قدره (0.946)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على الإدارة تعمل على أن المؤسسة تستفيد من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية.

الفرع الثالث: دراسة اتجاهات إجابات العينة حول تفعيل مبدأ مشاركة العاملين

يشير الجدول التالي إلى مدى إدراك أفراد عينة الدراسة حول تفعيل مبدأ مشاركة العاملين كما يلي:

جدول رقم (13.2): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثالث.

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي Mean	انحراف المعياري Std. Deviation	الترتيب	الاتجاه العام للعينة
01	تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالك	3.82	0.892	5	موافق
02	تلجأ إلى مسؤولك المباشر ليشير عليك حول تحسين العمل	3.88	0.825	3	موافق
03	مسؤولك المباشر يساعدك في حل مشاكلك في العمل	3.83	0.785	4	موافق
04	يطلب منك إبداء رأيك وتقديم مقترحاتك بخصوص تحسين الخدمة الصحية	3.95	0.675	2	موافق
05	تشترك مع زملائك في العمل لتحسين جودة الخدمة الصحية	4.05	0.502	1	موافق
	تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	3.9063	0.61704		موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه والذي يعرض 05 عبارات مكونة لمحور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين، أن المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات المستجوبين على جميع عبارات المحور قد بلغ (3.90)، وبانحراف معياري قدره (0.617)، وبالتالي فالمتوسط الحسابي الإجمالي يمثل مركز البيانات

لاتجاهات أفراد العينة أي موافقون على وجود تفعيل مبدأ مشاركة العاملين، وفيما يلي ترتيب العبارات حسب أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة من وجهة نظرهم:

- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (05): "تشترك مع زملائك في العمل لتحسين جودة الخدمة الصحية":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الأولى** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (4.05) وانحراف معياري قدره (0.502)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون اشتراكهم مع زملائهم في العمل لتحسين جودة الخدمة الصحية.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (04): "يطلب منك إبداء رأيك وتقديم مقترحاتك بخصوص تحسين الخدمة الصحية":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثانية** من حيث تقييم أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قدره (0.675)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على إبداء رأيهم وتقديم مقترحات بخصوص تحسين الخدمة الصحية.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (02): "تلجأ إلى مسؤولك المباشر ليشير عليك حول تحسين العمل":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الثالثة** من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (3.88) وانحراف معياري قدره (0.825)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على لجوئهم إلى المسؤول المباشر ليشير عليهم حول تحسين العمل.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (03): "مسؤولك المباشر يساعدك في حل مشاكلك في العمل":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الرابعة** من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (3.83) وانحراف معياري قدره (0.785)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على أن المسؤول المباشر يساعدهم في حل المشاكل في العمل.
- **تحليل رأي أفراد العينة حول إجابتهم على العبارة رقم (01): "تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالك":** نلاحظ أنها احتلت **المرتبة الخامسة والأخيرة** من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (3.82) وانحراف معياري قدره (0.892)، وهذا يدل أن معظم اتجاهات أفراد العينة ايجابية وموافقون على مشاركتهم للمسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالهم.

المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

قبل اختبار الفرضيات وتطبيق الأدوات الإحصائية والاختبارات يجب أولا معرفة ما إذا كانت البيانات تتبع توزيعا طبيعيا أو لا، وذلك قصد معرفة تطبيق الاختبارات المناسبة.

الفرع الأول: اختبار التوزيع الطبيعي

نستخدم هذا الاختبار لمعرفة ما إذا كانت البيانات تتبع توزيعا طبيعيا أو لا وذلك عن طريق إجراء اختبار (Kolmogorov-Smirnov) وهذا بوضع الفرضيتين التاليتين عند مستوى دلالة (0.05):

- **H_0 :** البيانات تتبع توزيعا طبيعيا.
- **H_1 :** البيانات لا تتبع توزيعا طبيعيا.

تشتمل الدراسة على ثلاث محاور، وبعد إدخال البيانات للبرنامج الإحصائي SPSS تم الحصول على نتيجة اختبار التوزيع الطبيعي (Tests of Normality) الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (14.2): نتائج (Tests of Normality) لبيانات إجابات أفراد العينة.

الاختبار المحور	Kolmogorov-Smirnov[a] كلومنجوروف- سيمر نوف			نوع التوزيع
	القيمة الاحصائية للاختبار	درجة الحرية Df	Sig. القيمة الاحتمالية	
بيانات المحـــور 01	0.130	60	0.063	طبيعي
بيانات المحـــور 02	0.086	60	0.200	طبيعي
بيانات المحـــور 03	0.282	60	0.113	طبيعي
قاعدة: هي إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ أو (مستوى المعنوية sig) أكبر من 0.05 فإن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.				

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن مستوى قيم الاحتمالية (Sig) لبيانات المستجوبين نحو إجمالي عبارات المحور الأول قد بلغت (Sig= 0.063) وهي أكبر من (0.05)، وأيضا بالنسبة لبيانات المحور الثاني التي بلغت (0.200) وهي أكبر من (0.05)، أما بيانات المحور الثالث فقد بلغت (Sig= 0.113) وهي أكبر من (0.05)، ومنه تدل نتائج اختبار (Tests of Normality) على إتباع بيانات إجابات أفراد العينة للتوزيع

الطبيعي، وعليه سيتم استخدام الاختبارات المعلمية في تحليل إجابات وآراء أفراد العينة واختبار فرضيات الدراسة.

الفرع الثاني: اختبار الفرضيات لمحاور الدراسة

أولا: شرح الأداة الإحصائية لاختبار فرضيات الدراسة

للتحقق من صحة فرضيات الدراسة تم استخدام اختبار (One-Sample T-Test) ويعد هذا الاختبار من الاختبارات الإحصائية المهمة وشائعة الاستخدام بشكل واسع من قبل الباحثين في دراساتهم حيث يهدف إلى الكشف عن وجود اختلاف معنوي (Significant Difference) بين متوسط إجابة المستجوبين (المتوسط الحقيقي) نحو كل محور من محاور الاستبيان والمتوسط الفرضي (Constant) أي أنه يفيد في فحص إجابات المستجوبين فيما إذا كان هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الحقيقي لإجاباتهم والقيمة الثابتة (المتوسط الفرضي). ويتم تحديد القيمة النظرية للمتوسط الفرضي وفقا للعلاقة التالية[1]: $a = \frac{(H+L)}{2}$:

حيث H: تمثل قيمة ترميز الحد الأعلى لسلم القياس؛

(Constant): a

L : تمثل قيمة ترميز الحد الأدنى لسلم القياس

وفي دراستنا يتمثل سلم القياس لاستجابات المستجوبين في سلم ليكارت الخماسي:

$$\frac{(H+L)}{2} = a = \frac{(5+1)}{2} = 3$$

ورقم 03 يمثل قيمة الوسطى (حياد) في مقياس ليكارت الخماسي.

ولاتخاذ القرار فيما يتعلق باختبار صحة الفرضيات نتبع الخطوات التالية[2]:

1- حساب المتوسط الحسابي (الحقيقي) (X) لإجابات أفراد العينة على إجمالي العبارات لكل محور من محاور الاستبيان؛

---

[1] مصطفى طويطي، **التحليل الإحصائي لبيانات الاستبيان –تطبيقات عملية على برنامج excel–**، دار النشر الجامعي، تلمسان، الجزائر، 2018، ص 248.

[2] –عبد الكريم بوحفص، **الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام Spss**، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2013، ص ص 148-162–(بتصرف).

2- نختار المتوسط الفرضي وعادة ما يكون في المقياس الخماسي ليكارت بديل (محايد) ويقدر بـ 3؛

3- نحسب الفرق بين المتوسط الحقيقي والمتوسط الفرضي (3-X)؛

4- بعدها ندرس الدلالة الإحصائية لنتيجة الفرق بين (3-X)، هل هو دال أم غير دال؟

5- ولاتخاذ القرار فيما يتعلق بالدلالة الإحصائية نستخدم: اختبار T في حالة عينة واحدة (One-Sample T-Test) ويرمز له احصائيا بالرمز (T-Test) وهي القيمة T المحسوبة.

6- اتخاذ القرار: رفض أو قبول الفرضية.

- **الطريقة الأولى:** مقارنة القيمة T المحسوبة مع القيمة T الجدولية، حيث إذا كانت لقيمة T المحسوبة أكبر من قيمة الجدولية **وعليه** فإننا نرفض نرفض H_0 (الفرضية الصفرية) ونقبل H_1 (الفرضية البديلة)، والقيمة T الجدولية يتم استخراجها من جدول احصائي خاص يسمى (جدول توزيع ستيودنت t) وهذا من خلال: تحديد مستوى الدلالة 0,05 وحساب درجة الحرية df حيث درجة الحرية تساوي n-1 ، وn: عدد أفراد العينة.

- **الطريقة الثانية:** وهي أكثر دقة وسهولة حيث عند حساب T test بالبرامج الإحصائية فإنها تحسب لنا أيضا قيمة احتمالية يرمز لها في مخرجات برنامج SPSS بالرمز Sig حيث تتعلق باختبار T test .**وعليه** فإنه إذا كانت قيمة Sig أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0,05 فإننا فإننا نرفض نرفض H_0 (الفرضية الصفرية) ونقبل H_1 (الفرضية البديلة).

ثانيا: عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة

1- اختبار الفرضية الأولى: يوجد أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية.

من أجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) كما يلي:

- **الفرضية الصفرية (H_0):** لا يوجد أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

- **الفرضية البديلة (H_1):** يوجد أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

جدول رقم (15.2): نتائج تحليل اختبار الفرضية الأولى.

الدلالة الإحصائية لإجابات افراد العينة على العبارات المتعلقة بالمحور الأول	حجم العينة	Moyenne المتوسط الحسابي	Ecart type الانحراف المعياري	Différence moyenne (3-X)	T المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
	60	4.225	0.4778	1.225	68.486	59	0,000	دال

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ (4.225) وهو أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي (3-X) والفرق بينهما هو موجب، حيث بلغ ((3-X) = 1.225) وهو دال احصائيا وقيمة T المحسوبة بلغت (T= 68.486) وهي معنوية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية (df= 59) لأن القيمة الاحتمالية المصاحبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت (Sig= 0.000) هي أقل من المستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$).

وبناء على هذه النتائج فإننا **نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أنه: **"يوجد أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية".**

2- اختبار الفرضية الثانية: إن امتلاك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها.

من أجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) كما يلي:

- **الفرضية الصفرية (H_0):** لا تمتلك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

- **الفرضية البديلة (H_1):** تمتلك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

جدول رقم (16.2): نتائج تحليل اختبار الفرضية الثانية.

الدلالة الإحصائية لإجابات افراد العينة على العبارات المتعلقة بالمحور الثاني	حجم العينة	Moyenne المتوسط الحسابي	Ecart type الانحراف المعياري	Différence moyenne (3-X)	T المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
	60	4.2033	0.4668	1.2033	69.741	59	0,000	دال

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ (4.2033) وهو أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي (3-X) والفرق بينهما هو موجب، حيث بلغ ((3-X) = 1.2033) وهو دال احصائيا وقيمة T المحسوبة بلغت (T= 69.741) وهي معنوية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية (df= 59) لأن القيمة الاحتمالية المصاحبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت (Sig= 0.000) هي أقل من المستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وبناء على هذه النتائج فإننا **نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أن: " امتلاك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها".

3- اختبار الفرضية الثالثة: مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية يؤدي بنا إلى ترشيد التكاليف وتقليل منها.

من أجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) كما يلي:

الفرضية الصفرية (H_0): لا يؤدي مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية إلى ترشيد التكاليف وتقليل منها عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفرضية البديلة (H_1): يؤدي مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية إلى ترشيد التكاليف وتقليل منها عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

جدول رقم (17.2): نتائج تحليل اختبار الفرضية الثالثة.

الدلالة الإحصائية لإجابات افراد العينة على العبارات المتعلقة بالمحور الثالث	حجم العينة	Moyenne المتوسط الحسابي	Ecart type الانحراف المعياري	Différence moyenne (3-X)	T المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
	60	3.8563	0.61704	0.8563	48.409	59	0,000	دال

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ (3.8563) وهو أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي (3-X) والفرق بينهما هو موجب، حيث بلغ ((3-X) = 0.8563) وهو دال احصائيا وقيمة T المحسوبة بلغت (T=48.409) وهي معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) ودرجة حرية (df= 59) لأن القيمة الاحتمالية المصاحبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت (Sig= 0.000) هي أقل من المستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وبناء على هذه النتائج فإننا **نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أنه: "يؤدي مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية إلى ترشيد التكاليف وتقليل منها".

الفرع الثالث: اختبار الفروقات

لاستخدام هذا الاختبار سيتم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، هذا الاختبار من الاختبارات المعلمية ويستخدم لمعرفة الفروقات في متوسطات إجابات العينة حسب خاصية تقسيم العينة إلى أكثر من قسمين، وفي دراستنا كل الخواص تقسم العينة لأكثر من قسمين هما (المهنة، المستوى التعليمي، الخبرة المهنية)، إذا ستكون هناك ثلاث فرضيات رئيسية وكل فرضية متبوعة بثلاث فرضيات جزئية كالآتي:

أولا: الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة ترجع إلى خاصية المهنة، وانطلاقا من هذه الفرضية سوف نقسمها إلى ثلاث فرضيات جزئية.

1- **الفرضية الجزئية الأولى:** لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محور أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ترجع للمهنة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

2- **الفرضية الجزئية الثانية:** لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محور مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية ترجع للمهنة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

3- **الفرضية الجزئية الثالثة:** لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين ترجع للمهنة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وللإجابة على كل هذه الفرضيات استخدمنا اختبار ANOVA مع متغيرة المهنة، وتحصلنا على الجدول التالي الشامل من مخرجات SPSS عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) كما يلي:

الجدول رقم (18.2): اختبار الفروق ANOVA بين محاور الدراسة تبعا للمهنة.

المحاور	اختبار ANOVA	مستوى الدلالة
المحور الاول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	**0.241**	**0.867**
المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية	**2.702**	**0.054**
المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	**0.329**	**0.805**

المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات SPSS.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نتائج الاختبار للقيمة الإحصائية F للمحاور الثلاثة على التوالي جاءت كما يلي (0.241، 2.702، 0.329) وكلها بمستويات معنوية أكبر من مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يجعلنا نقبل كل الفرضيات الجزئية أي لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محاور الدراسة ترجع إلى خاصية المهنة.

ثانيا: الفرضية الرئيسية الثانية: لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة ترجع إلى خاصية المستوى التعليمي، وانطلاقا من هذه الفرضية سوف نقسمها الى ثلاث فرضيات جزئية.

1- **الفرضية الجزئية الأولى:** لا توجد فروقات بين متوسطات اجابات العينة على محور أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ترجع للمستوى التعليمي عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

2- **الفرضية الجزئية الثانية:** لا توجد فروقات بين متوسطات اجابات العينة على محور إجابات العينة على محور مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية ترجع للمستوى التعليمي عند مستوى معنوية دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

3- **الفرضية الجزئية الثالثة:** لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين ترجع للمستوى التعليمي عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وللإجابة على كل هذه الفرضيات استخدمنا اختبار ANOVA مع متغيرة المستوى التعليمي، وتحصلنا على الجدول التالي الشامل من مخرجات SPSS عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) كما يلي :

الجدول رقم (19.2): اختبار الفروق ANOVA بين محاور الدراسة تبعا للمستوى التعليمي.

المحاور	اختبار ANOVA	مستوى دلالة
المحور الاول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	**1.516**	**0.220**
المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية	**1.016**	**0.392**
المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	**0.397**	**0.756**

المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات SPSS.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نتائج الاختبار للقيمة الإحصائية F للمحاور الثلاثة على التوالي كما يلي (1.516، 1.016، 0.397) وكلها بمستويات معنوية أكبر من مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مما يجعلنا نقبل كل الفرضيات الجزئية أي لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محاور الدراسة ترجع إلى خاصية المستوى التعليمي.

ثالثا: الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة ترجع إلى خاصية الخبرة المهنية، وانطلاقا من هذه الفرضية سوف نقسمها إلى ثلاث فرضيات جزئية.

1- **الفرضية الجزئية الأولى:** لا توجد فروقات بين متوسطات اجابات العينة على محور أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ترجع للخبرة المهنية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

2- **الفرضية الجزئية الثانية:** لا توجد فروقات بين متوسطات اجابات العينة على محور إجابات العينة على محور مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية ترجع للخبرة المهنية عند مستوى معنوية دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

3- **الفرضية الجزئية الثالثة:** لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين ترجع للخبرة المهنية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وللإجابة على كل هذه الفرضيات استخدمنا اختبار ANOVA مع متغيرة الخبرة المهنية، وتحصلنا على الجدول التالي الشامل من مخرجات SPSS عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) كما يلي:

الجدول رقم (20.2): اختبار الفروق ANOVA بين محاور الدراسة تبعا للخبرة المهنية.

المحاور	اختبار ANOVA	مستوى الدلالة
المحور الاول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	**0.146**	**0.864**
المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية	**1.222**	**0.302**
المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	**0.312**	**0.734**

المصدر: من إعداد الطالب بناء على مخرجات SPSS.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نتائج الاختبار للقيمة الإحصائية F للمحاور الثلاثة على التوالي كما يلي (0.146، 1.222، 0.312) وكلها بمستويات معنوية أكبر من 0.05 مما يجعلنا نقبل كل الفرضيات الجزئية أي لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محاور الدراسة ترجع إلى خاصية الخبرة المهنية.

وكنتيجة نهائية نقول أنه لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة على محاور الدراسة ترجع إلى المتغيرات الشخصية.

الفرع الرابع: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

بعد عرض النتائج المتعلقة بالبيانات الشخصية والوظيفية ومحاور الدراسة الخاصة بمدى إدراك عينة الدراسة لكل من أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية، مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسين أداء الخدمات الصحية وتفعيل مبدأ مشاركة العاملين، وكذا اختبار فرضيات الدراسة والفروق تبعا للمتغيرات الشخصية والوظيفية، سيتم في هذا الفرع تحليل ومناقشة هذه النتائج من أجل إيجاد التفسير المناسب لها قصد الوصول إلى استنتاجات تخدم أهداف الدراسة.

أولا: تحليل ومناقشة نتائج إجابات أفراد العينة حول البيانات الشخصية

من خلال تحليل إجابات أفراد العينة على استمارة الدراسة فيما يتعلق بجانب البيانات الشخصية والوظيفية تم التوصل إلى النتائج التالية:

1-من حيث متغير المهنة

أظهرت النتائج المتحصل عليها في **الجدول رقم (8.2)** أن فئة الشبه طبي تمثل **النسبة الأكبر** من مجموع العاملين، وقد احتلت **المرتبة الأولى** بنسبة بلغت 31.6%، وهو ما يعكس اعتماد المؤسسة بشكل أساسي على هذه الفئة الحيوية في تقديم مختلف الخدمات الصحية اليومية، كالرعاية المباشرة للمرضى، التحاليل الطبية، التمريض، وغيرها من المهام التقنية.

في **المرتبة الثانية**، نجد فئة الموظفين الإداريين بنسبة 23.4%، مما يدل على وجود جهاز إداري معتبر يتولى المهام التنظيمية والتسييرية للمؤسسة أي يشير إلى وجود بنية إدارية معتبرة تدير مختلف الجوانب التنظيمية واللوجستية.

أما **المرتبة الثالثة** فكانت للأطباء العامين، حيث بلغت نسبتهم 16.6%، وهي نسبة تعكس تغطية معقولة للخدمات الطبية العامة في المؤسسة وتعد هذه النسبة مهمة بالنظر إلى طبيعة المهام التي يقوم بها الطبيب العام في المؤسسات الصحية، خاصة في النظام الصحي الجزائري حيث يعتبر الطبيب العام نقطة الاتصال الأولى بين المواطن والنظام الصحي، ورغم أهمية هذه النسبة إلا أنها قد لا تكون كافية لضمان تغطية فعالة لجميع احتياجات المؤسسة كونها تنشط ضمن محيط سكاني كثيف إضافة إلى حجم الضغط وعدد الحالات اليومية التي تستقبلها المؤسسة على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية.

وجاءت في **المرتبة الرابعة** فئة "آخرون" بنسبة 15%، وهي فئة تشمل العمال المهنيين، من سائقين، أعوان النظافة، الحراس، والتقنيين في المجالات غير الطبية، ورغم قلتها وعدم انتمائها المباشر إلى الهيكل الطبي، الشبه طبي أو الإداري، إلا أن لها دورا وظيفيا أساسيا في ضمان استمرارية الخدمات وديمومة العمل اليومي.

واحتلت فئة الأطباء المختصين **المرتبة الخامسة والأخيرة** بنسبة لم تتجاوز 13.4%، ما قد يشير إلى نقص في الكفاءات التخصصية داخل المؤسسة، وهو عامل قد يؤثر سلبا على جودة التكفل بالحالات الطبية المعقدة وتعتبر هذه النسبة ضعيفة مقارنة بالحاجة المتزايدة إلى التخصصات الدقيقة في الرعاية الصحية، فنقص الأطباء المختصين يدفع بالطبيب العام إلى محاولة تغطية الحالات المعقدة وبالتالي زيادة العبء على الأطباء العامين.

2- من حيث متغير المستوى التعليمي

أظهرت النتائج المتحصل عليها في **الجدول رقم (9.2)** أن فئة المستوى التعليمي الجامعي قد شكلت **النسبة الأكبر** من العينة 75%، واحتلت **المرتبة الأولى،** وهو ما يدل على أن أغلب أفراد العينة يتمتعون بمستوى أكاديمي عال يمكنهم من فهم المهام الإدارية والطبية بدقة، وهو ما يدل أن المؤسسة تعتمد بشكل كبير على الكفاءات المتخصصة، كما تعكس هذه النتيجة بيئة عمل ذات وعي مرتفع وجودة فكرية عالية فيما يخص الإجراءات والممارسات الصحية والإدارية.

تليها فئة المستوى التعليمي الثانوي في **المرتبة الثانية** بنسبة 18.3%، وهي تمثل فئة ربما تعمل في وظائف دعم فني أو شبه طبي أو إداري لا تتطلب تأهيلا جامعيا، وهذا يشير إلى وجود تنوع في المهام داخل المؤسسة، كما أن القدرات التحليلية والمعرفية لأصحاب الشهادة الثانوية قد تكون محدودة مقارنة بالجامعيين، ما يستلزم دعما أكبر في فهم الإجراءات الطبية المعقدة وتتمتع هذه الفئة بقابلية تعلم مرتفعة، خاصة إذا تم توفير بيئة عمل داعمة وتدريب مستمر.

وجاءت في المستوى التعليمي المتوسط في **المرتبة الثالثة والأخيرة** بنسبة 6.7%، وهي أقل الفئات تمثيلا، ومن المرجح أنهم في وظائف بسيطة أو تقنية، فمستوى التعليم المتوسط لا يمنح غالبا مهارات نظرية أو تحليلية، مما يجعل أفراد هذه الفئة يعتمدون بشكل أكبر على الخبرة العملية والتدريب أثناء العمل، فهم أكثر حاجة إلى التوجيه والإشراف المستمر في بيئة صحية معقدة.

3- من حيث متغير الخبرة المهنية

أظهرت النتائج المتحصل عليها في **الجدول رقم (10.2)** أن فئة الخبرة المهنية من 10 إلى 15 سنة الفئة الأكثر تمثيلا في العينة في **المرتبة الأولى** بنسبة 43.4%، تدل على وجود قوة عاملة في قمة النضج المهني لديهم معرفة متراكمة، وتمارس في بيئة العمل الصحية، حيث يتوقع منهم أن يكونوا الفاعلين الأساسيين في اتخاذ القرارات وتوجيه الجدد.

أما **المرتبة الثانية** فكانت لذوي الخبرة المهنية من 5 إلى 10 سنوات بنسبة 26.6%، وهي تمثل الطبقة المتوسطة مهنيا، غالبا ما تجمع بين الطموح لتطوير الذات والتمكن العملي، مما يجعلها نواة جيدة لتولي مهام إشرافية، كما أنها قابلة للتأطير والتطوير لتكون قادة مستقبليين.

في حين احتلت **المرتبة الثالثة** فئة الخبرة المهنية من 15 سنة فأكثر بنسبة 18.4%، فهي تمثل فئة ذات خبرة عالية، ومرجح أنهم في مناصب عليا أو وظائف مستقرة إداريا أو فنيا، كما أنهم مصدر خبرة

تنظيمية ومعرفة ضمنية يصعب نقلها بالوسائل الرسمية، وقد تواجه هذه الفئة تحديات في التكيف مع التحديثات التكنولوجية أو التغييرات السريعة.

أما المرتبة الرابعة والأخيرة فكانت للفئة الأقل من 5 سنوات بنسبة 11.6%، حيث تمثل الفئة الأحدث توظيفا وغالبا ما تضم الخريجين الجدد أو العاملين الذين هم في مرحلة التدريب والتأقلم، فهذه الفئة تحتاج إلى توجيه وإشراف وتكوين مستمر لضمان اندماجها الناجح في النظام الصحي.

ثانيا: تحليل ومناقشة نتائج إجابات أفراد العينة حول أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية

من خلال تحليل إجابات أفراد العينة حول محور أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية وحسب **الجدول رقم (11.2)** كانت النتائج كالتالي:

جاءت نتائج المحور الأول والمتعلق بأبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية باتجاه عام للعينة **بدرجة موافقة عالية** بمتوسط حسابي (4.22) وانحراف معياري قدره (0.477)، وهي تشير إلى وجود وعي قوي وإيجابي لدى العينة بأهمية تكاليف الجودة خاصة فيما يتعلق بالرقابة القبلية والتجهيزات والمورد البشري في تحسين أداء المؤسسات الصحية، وتحقيق رضا المرضى، وتقليل الفشل في تقديم الخدمات. ومع ذلك، تبرز الحاجة إلى تعزيز الوعي بالجوانب التصحيحية والوقائية لتكاليف الجودة، لاسيما المراجعة الداخلية وتكلفة الإخفاق، مما يتطلب تدخلات إدارية وتدريبية لتحقيق توازن شامل في إدارة الجودة الصحية.

حصلت **العبارة رقم (02)** على أعلى تقييم وجاءت في **المرتبة الأولى** بمتوسط حسابي (4.53) وانحراف معياري قدره (0.623)، وهذا يعكس قناعة قوية لدى العينة بأهمية الوقاية من الأخطاء قبل حدوثها من خلال التجريب والاختبار، فتطبيق مبدأ "الوقاية خير من العلاج" إداريا، من خلال اختبار الخدمات قبل تقديمها، يساهم في تقليل الأخطاء الطبية، ويخفض تكاليف التصحيح، ويعزز ثقة المرضى ويشير إلى وجود ثقافة رقابة إيجابية في المؤسسة.

أما **العبارة رقم (03)** فقد حصلت على **المرتبة الثانية** بمتوسط حسابي (4.42) وانحراف معياري قدره (0.720)، يشير هذا التقييم العالي إلى إدراك قوي لأهمية التجهيزات التقنية في تحسين جودة الخدمة الصحية، كما أن توافر المعدات الحديثة والبرمجيات الطبية المتطورة يساهم في تحسين التشخيص، تقليل وقت العلاج، وتفادي الأخطاء.

احتلت **العبارة رقم (01) المرتبة الثالثة** بمتوسط حسابي (4.18) وانحراف معياري قدره (0.701)، يدل هذا التقييم المرتفع على أن العينة تدرك أهمية ترشيد النفقات دون المساس بجودة الخدمة، أي أن الجودة لا تتطلب بالضرورة زيادة الإنفاق، بل تتطلب حسن استخدام الموارد المتاحة. فالترشيد هنا يفهم كعملية ذكية توازن بين الكفاءة الاقتصادية والفعالية الطبية. وهذا يشير إلى وجود وعي إداري صحي متقدم، خاصة في ظل الموارد المحدودة في كثير من المؤسسات الصحية.

وجاءت **العبارة رقم (04)** في **المرتبة الرابعة** بمتوسط حسابي (4.18) وانحراف معياري قدره (0.833)، حيث يظهر التقييم أن هناك تقديرا مقبولا للاستعانة بالخبراء الماليين أو الصحيين لتحليل الإنفاق المفرط، فاللجوء إلى خبراء متخصصين يمكن أن يوفر الكثير من الأموال على المدى الطويل من خلال كشف الهدر وتحسين إدارة التكاليف، إلا أن الترتيب المتوسط قد يدل على أن هذا الأسلوب غير ممارس بانتظام، أو أنه لا يفعل بالشكل الكافي داخل المؤسسة.

أما **المرتبة الخامسة** فكانت **للعبارة رقم (07)** بمتوسط حسابي (4.17) وانحراف معياري قدره (0.785)، فقد كان التقييم المرتفع نسبيا يعكس وعيا متزايدا بأهمية المورد البشري في تحسين الجودة، كما أن استبدال الأفراد غير المؤهلين أو المحبطين بموارد بشرية جديدة مدربة يساهم في رفع الأداء العام، رغم ما يسببه من تكلفة آنية. وهو ما يعكس تقدير أفراد عينة الدراسة للكفاءة البشرية كعنصر حاسم في جودة الخدمة الصحية.

في حين احتلت **العبارة رقم (05) المرتبة السادسة** بمتوسط حسابي (4.17) وانحراف معياري قدره (0.886)، ورغم أهمية الصيانة، فإن ترتيب العبارة جاء منخفضا نسبيا، ما قد يشير إلى قلة الوعي بدورها في استمرارية تقديم الخدمة بالجودة المطلوبة، فعدم الصيانة الوقائية المنتظمة قد يؤدي إلى توقف الأجهزة وخلق تكلفة إضافية (إصلاحات طارئة أو تعطل في الخدمة).

واحتلت **العبارة رقم (06) المرتبة السابعة** بمتوسط حسابي (4.05) وانحراف معياري قدره (0.910)، وهي أحد أقل العبارات تقييما، مما يشير إلى ضعف الاهتمام أو تطبيق فعلي للمراجعة الدورية لنظام الجودة، فرغم أن

المراجعة المنتظمة عنصر أساسي في أنظمة الجودة (ISO، اعتماد المستشفيات...)، إلا أن هذا التقييم المنخفض قد يدل على أنها غير مفعلة فعليا أو تنظر إليها كعبء إداري غير منتج.

بينما جاءت **العبارة رقم (08)** في **المرتبة الثامنة والأخيرة** بمتوسط حسابي (3.88) وانحراف معياري قدره (0.958)، ما يدل على ضعف الوعي بتكاليف الجودة الرديئة، كإعادة العمل، شكاوى المرضى، ...الخ، فالجودة المتدنية لا تؤثر فقط على المريض، بل تؤدي إلى خسائر مادية، زمنية، ومعنوية للمؤسسة. هذا التقييم المنخفض يظهر حاجة ماسة لتعزيز ثقافة "تكلفة الجودة الرديئة" داخل المستشفيات، وضرورة ربط الأخطاء والتكرار بالخسائر الحقيقية.

ثالثا: تحليل ومناقشة نتائج إجابات أفراد العينة حول مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية

من خلال تحليل إجابات أفراد العينة حول محور مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية وحسب **الجدول رقم (12.2)** كانت النتائج كالتالي:

جاءت نتائج المحور الثاني المتعلق بمدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية باتجاه عام للعينة بدرجة **موافقة** بمتوسط حسابي (4.17) وانحراف معياري قدره (0.466)، هذا يشير إلى أن المبحوثين يقرون بأن المستشفى يعتمد بدرجة جيدة على استراتيجية لتحسين الخدمات الصحية .كما أن الانحراف المعياري المنخفض نسبيا يدل على تجانس الآراء وعدم تباين كبير بين أفراد العينة. وتدل هذه النتيجة أن المؤسسة تطبق فعلا مكونات استراتيجية لتحسين الخدمات الصحية، من خلال الاستثمار في الموارد، وتحديث التجهيزات، وبناء تصورات تطويرية. ومع ذلك، تشير بعض النتائج إلى جوانب قابلة للتحسين، أبرزها: ضعف الاستفادة من تجارب الآخرين، وعدم توفر كل الخدمات الصحية، والحاجة لمزيد من التواصل مع المرضى.

العبارة رقم (07) في **المرتبة الأولى** أعلى العبارات تقييما بمتوسط حسابي (4.47) وانحراف معياري قدره (0.724)، وتشير إلى أن العاملين يقرون بأن المؤسسة تهتم بتحديث تجهيزاتها بانتظام وأن هناك نظاما فعالا في التخطيط للتجهيزات الطبية والتقنية، وهذا ما يعكس وجود رقابة استباقية وتحسين مستمر في البنية التحتية، ما يمكن من الاستجابة للمتغيرات الطبية بشكل مرن.

أما **المرتبة الثانية** فكانت **للعبارة رقم (06)** بمتوسط حسابي (4.37) وانحراف معياري قدره (0.736)، تؤكد هذه النتيجة على وعي العاملين بأن الإدارة توفر موارد كافية نسبيا، سواء معدات أو كوادر بشرية، ما يعكس مستوى جيد من التمويل والتهيئة اللازمة وهذا يعتبر أساس أي استراتيجية لتحسين جودة الخدمات، فارتفاع التقييم يدعم فرضية أن النقص في جودة بعض الخدمات ليس بسبب نقص الموارد، بل قد يكون ناتجا عن ضعف التنسيق أو الإجراءات التنظيمية.

أما **العبارة رقم (02)** فقد حصلت على **المرتبة الثالثة** بمتوسط حسابي (4.18) وانحراف معياري قدره (0.948)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الإدارة تبذل جهدا في التفكير التطويري وتحاول تبني نماذج جديدة لتحسين الخدمات، هذه إحدى علامات القيادة المبتكرة والتفكير المستقبلي، ما يدل على أن المؤسسة لا تعتمد فقط على الإجراءات الروتينية، بل تبحث عن سبل تحسين دائمة، ورغم هذا التوجه الإيجابي، فإن النتيجة ليست مرتفعة جدا ما يدل أن البناء الفكري لتطوير الخدمات موجود، لكن تطبيقه العملي قد يكون محدودا أو غير ملموس لجميع العاملين.

احتلت **العبارة رقم (01) المرتبة الرابعة** بمتوسط حسابي (4.17) وانحراف معياري قدره (0.924)، وهذه النتيجة تدل على وجود انسجام نسبي بين ما هو متاح من إمكانيات وجودة الخدمة، فالمتوسط المرتفع يدل على رضا نسبي لدى المبحوثين، ما يعني أن الإدارة تستغل مواردها بفعالية لتحقيق مستوى مقبول من الجودة، ومع ذلك، فإن الانحراف المعياري الكبير نسبيا يشير إلى وجود تباين في تقييم هذا التلاؤم، ربما بسبب اختلافات في الأقسام أو نوعية الخدمات المقدمة، فالإدارة وصلت إلى تحقيق مستوى جودة مقبول، لكن بعض المصالح أو الموظفين قد يشعرون بعدم كفاية الإمكانيات مقارنة بطبيعة الخدمة التي يقدمونها.

وجاءت **العبارة رقم (08)** في **المرتبة الخامسة** بمتوسط حسابي (4.12) وانحراف معياري قدره (0.885)، وهذه النتيجة تشير إلى أن الخدمات المقدمة تلبي احتياجات أغلب المرضى، وهو مؤشر على مراعاة توقعات الزبائن في تقديم الخدمة، فالنتيجة تشير إلى رضا نسبي من المرضى عن توافق ما يقدم لهم مع ما يحتاجونه، لكن بوجود فجوات صغيرة في التغطية أو التجاوب مع الحالات المعقدة، ربما الإمكانيات جيدة لكن لا تستخدم بالكامل أو لا تتماشى دائما مع خصوصية بعض الحالات، فالتقييم المقبول نسبيا يؤكد أن المؤسسة تعمل ضمن منظومة تلبي الاحتياجات، لكنها ليست بالمرونة الكافية لتستجيب لجميع المتغيرات الصحية بشكل مثالي.

واحتلت **العبارة رقم (05) المرتبة السادسة** بمتوسط حسابي (4.12) وانحراف معياري قدره (0.958)، رغم وجود موافقة إيجابية، إلا أن الترتيب يظهر أنه إمكانية لتحسين طرق جمع التغذية الراجعة من المرضى بشكل أكثر انتظاما وفعالية، يجب أن تكون آليات معرفة احتياجات المرضى أكثر انتظاما وتفاعلية، مثل: مقابلات مباشرة، صناديق اقتراحات إلكترونية، تحليل شكاوى المرضى.

في حين احتلت **العبارة رقم (04) المرتبة السابعة** بمتوسط حسابي (4.03) وانحراف معياري قدره (0.882)، هذه العبارة حصلت على ترتيب متأخر، مما يعني أن بعض الخدمات قد تكون ناقصة أو غير متوفرة دائما (مثل بعض التخصصات أو الإجراءات)، ما يستدعي إعادة تقييم توزيع الخدمات والتخصصات الطبية داخل المؤسسة، وتوسيع خدماتها بما يتناسب مع تطلعات المرضى والاحتياجات الفعلية، وخاصة في الحالات المستعصية أو التخصصات الدقيقة.

وجاءت **العبارة رقم (03)** في **المرتبة الثامنة والأخيرة** أدنى عبارة من حيث التقييم بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري قدره (0.946)، ما يدل على أن المؤسسة لا تولي اهتماما كافيا بالمقارنة المرجعية Benchmarking، وهي ممارسة أساسية لتحسين الأداء وتبني الممارسات المثلى (Best Practices) من مؤسسات ناجحة أخرى، فهناك حاجة لإرساء ثقافة التعلم المؤسسي، مثل تنظيم زيارات تبادلية، المشاركة في ورشات خارجية، ومتابعة النماذج العالمية في تحسين الرعاية الصحية.

رابعا: تحليل ومناقشة نتائج إجابات أفراد العينة حول محور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين

من خلال تحليل إجابات أفراد العينة حول محور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين وحسب **الجدول رقم (13.2)** كانت النتائج كالتالي:

جاءت نتائج المحور الثالث المتعلق بتفعيل مبدأ مشاركة العاملين بدرجة **موافقة** بمتوسط حسابي (3.90) وانحراف معياري قدره (0.617)، وهذه النتيجة تشير إلى أن بيئة العمل الصحية محل الدراسة تعتمد بدرجة مقبولة وجيدة على مبدأ مشاركة العاملين، حيث توجد أسس قوية للتعاون والحوار الأفقي، لكن محدودية المشاركة في اتخاذ القرار الاستراتيجي تمثل تحديا يجب تجاوزه لضمان إشراك حقيقي وشامل، فالاستثمار في تمكين الأفراد وتطوير ثقافة القيادة الداعمة من شأنه أن يعزز الأداء التنظيمي ويرفع من جودة الخدمة الصحية على المدى البعيد.

احتلت **العبارة رقم (05) المرتبة الأولى** تعتبر هذه النتيجة **الأعلى** بمتوسط حسابي (4.05) وانحراف معياري قدره (0.502)، وتشير هذه النتيجة إلى وجود روح تعاون واضحة بين الزملاء، هذا يعكس وجود مستوى عال من التعاون والتنسيق الأفقي بين العاملين، أي العمل الجماعي بين الزملاء داخل الفريق أو المصلحة، فالانحراف المعياري المنخفض يدل على تجانس قوي في الآراء، ما يعني أن هذا التعاون يمارس فعليا وبشكل منتظم، وهو عنصر أساسي في تحسين الأداء العام يعزز أداء الفريق، ويقلل من التوترات الداخلية، ويرفع مستوى الرضا المهني وجودة الأداء.

في حين احتلت **العبارة رقم (04) المرتبة الثانية** بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري قدره (0.675)، هذا مؤشر قوي على أن بيئة العمل تشجع على التعبير عن الرأي والمبادرة، وهو ما يدل على وجود ثقافة التحسين المستمر، لكنه يحتاج لأن يترجم إلى سياسات ملموسة تطبق فيها مقترحات العاملين.

أما **العبارة رقم (02)** فقد حصلت على **المرتبة الثالثة** بمتوسط حسابي (3.88) وانحراف معياري قدره (0.825)، هذه النتيجة تعكس أن العلاقة بين العامل والمسؤول تتسم بالتفاعل والتوجيه، وهو ما يدل على أن هناك ثقة متوسطة إلى قوية بين الموظفين ومسؤوليهم المباشرين، حيث ينظر إليهم كمصادر دعم معرفي وسلوكي وتوجيه، كما يشير ذلك إلى بنية تنظيمية ذات قنوات اتصال واضحة، لكن قد تكون بحاجة إلى مزيد من التحفيز والدعم المتبادل لتقوية العلاقة أكثر.

جاءت **العبارة رقم (03)** في **المرتبة الرابعة** بمتوسط حسابي (3.83) وانحراف معياري قدره (0.785)، وتعكس هذه النتيجة درجة جيدة من الدعم الإداري المباشر ويظهر هذا وجود دور ملموس للمسؤولين في حل المشكلات التشغيلية، كما تشير إلى أن العاملين لا يتركون وحدهم في مواجهة صعوباتهم.

واحتلت **العبارة رقم (01) المرتبة الخامسة والأخيرة** بمتوسط حسابي (3.82) وانحراف معياري قدره (0.892)، تشير هذه النتيجة إلى وجود مستوى مقبول من المشاركة في اتخاذ القرار، لكنه **الأدنى** بين العبارات، هذا قد يعني أن الموظفين لا يشعرون بمشاركة قوية في القرارات التي تمس عملهم مباشرة ويشعرون أحيانا بأن قرارات الإدارة تتخذ دون إشراكهم المباشر، هذا الضعف يؤثر على شعور العاملين بالتمكين والانتماء، وقد يؤدي إلى ضعف الحافزية، خاصة فيما يتعلق بتنظيم المهام أو طرق أداء العمل،

وبالتالي فالمؤسسة في حاجة ماسة لتعزيز آليات تشاركية مثل الاجتماعات الدورية أو مجموعات العمل المشتركة...الخ.

خامسا: تحليل ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

تم فيما سبق استخدام عدة أساليب إحصائية لاختبار فرضيات الدراسة لذا سنقوم فيما يلي بمناقشة وتفسير النتائج المحصل عليها حسب كل فرضية رئيسية كالتالي:

1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الأولى

تنص الفرضية الرئيسية الأولى على أنه: "**يوجد أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية**".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمحور الأول والموضحة في **الجدول رقم (14.2)** أن المتوسط الحسابي العام لإجابات أفراد العينة بلغ (4.225) بانحراف معياري قدره (0.4778)، وهي قيمة تعكس درجة **اتفاق عالية** مع محتوى هذا المحور، كما أسفرت نتائج اختبار (T) الأحادي للعينة عن قيمة مرتفعة جدا بلغت (68.486) عند مستوى دلالة (Sig = 0.000)، مما يشير إلى أن هذا الفارق **ذو دلالة إحصائية قوية** تفيد **برفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة بوجود أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية**، وتدل هذه النتيجة على أن المبحوثين يتبنون مواقف إيجابية ومنسجمة تجاه ما يتضمنه المحور من مضامين، والتي قد ترتبط على سبيل المثال بتكاليف جودة الخدمات الصحية أو إجراءات التحسين وضبط الأداء، فهذا المستوى العالي من الاتفاق يعد مؤشرا مهما على نضج الوعي المؤسسي لدى العاملين، وتقديرهم لأهمية تكاليف الجودة كاستثمار في تحسين الخدمة وليس كعبء مالي فقط، كما يعد هذا النوع من الإدراك شرطا جوهريا لنجاح أي استراتيجية تحسين داخل المؤسسة الصحية، حيث تسهم المعرفة المسبقة بأهمية التكاليف المرتبطة بالصيانة، والتدريب، والتحسين، والاستشارة، في الحد من الأخطاء الطبية، وتقليل الفاقد، وتعزيز ثقة المرضى بالخدمة الصحية. كما تشير هذه النتائج إلى أن البيئة التنظيمية محل الدراسة مهيأة بشكل جيد لتبني نظم إدارة الجودة الشاملة (TQM) أو برامج اعتماد المستشفيات، في ظل وجود تقبل جماعي ورغبة في الانخراط ضمن آليات التطوير والتحسين.

2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية

تنص الفرضية الرئيسية الثانية على: "**إن امتلاك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها**".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمحور الثاني والموضحة في **الجدول رقم (15.2)** أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني بلغ (4.2033) بانحراف معياري (0.4668)، وهو ما يعكس **مستوى اتفاق مرتفعا** لدى العينة تجاه مضامين هذا المحور، كما أسفرت نتائج اختبار (T) الأحادي للعينة عن قيمة مرتفعة جدا (T = 69.741) بمستوى دلالة (Sig = 0.000)، وهو ما يدل على أن هذا الفارق **ذو دلالة إحصائية قوية تفيد برفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة بامتلاك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها.**

وتدل هذه النتائج إلى أن أفراد عينة الدراسة يدركون بوضوح أن المؤسسة الصحية تعتمد استراتيجية فعالة لتحسين جودة خدماتها، كما يتضح أن المؤسسة تعتمد مقاربات متعددة لتحسين الأداء، من أبرزها التحديث المنتظم للتجهيزات والمعدات، وتوفير الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة لتقديم خدمات صحية جيدة. كما أظهرت النتائج وعيا إداريا نحو بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات، وهو ما يعد مؤشرا على تبني ممارسات إدارية حديثة. غير أن بعض العبارات، مثل تلك المتعلقة بالاستفادة من تجارب المؤسسات الأخرى، سجلت متوسطا أقل نسبيا، مما يشير إلى قصور نسبي في مأسسة التعلم التنظيمي وتبادل الخبرات، وهو ما يستدعي تعزيز قنوات التعاون والشراكات بين المستشفيات.

كما أظهرت النتائج أن العاملين يدركون بشكل واقعي حدود الإمكانيات المتاحة للمؤسسة، رغم الجهود المبذولة لتلبية احتياجات المرضى، مما يعكس توازنا بين الطموح والموارد المتاحة، ويمكن القول في المجمل أن المؤسسة الصحية قيد الدراسة تسير في اتجاه إيجابي نحو تحسين جودة خدماتها، غير أن هذا الاتجاه بحاجة إلى تدعيم أكبر من خلال توسيع أدوات تقييم رضا المرضى، والاستفادة من التجارب المقارنة، وتعزيز التكامل بين مختلف الفاعلين داخل المؤسسة.

3- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة

تنص الفرضية الرئيسية الثالثة على أن: "**مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية يؤدي بنا إلى ترشيد التكاليف وتقليل منها**".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمحور الثاني والموضحة في **الجدول رقم (16.2)** أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة حول محور تفعيل مبدأ مشاركة العاملين بلغ (3.8563) وبانحراف معياري (0.61704)، وهو ما يعكس درجة **موافقة إيجابية ملحوظة** من طرف أفراد العينة حول مدى تطبيق هذا المبدأ داخل المؤسسة الصحية، كما أسفرت نتائج اختبار (T) الأحادي للعينة عن قيمة مرتفعة جدا وقد بلغت قيمة T **المحسوبة** (48.409)، وهي قيمة مرتفعة إحصائيا، وتشير إلى وجود **فرق معنوي قوي** بين المتوسط الفعلي والمتوسط الفرضي، وقد تم دعم هذه النتيجة بمستوى دلالة بلغ (Sig = 0.000)، وهو ما يدل على أن هذا الفارق **ذو دلالة إحصائية قوية تفيد برفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة بأن مبدأ مشاركة العاملين في اتخاذ مجمل القرارات التي تخص المؤسسة الصحية يؤدي إلى ترشيد التكاليف والتقليل منها.**

ومن خلال هذه النتائج، يمكن القول أن المؤسسة تسير في اتجاه تعزيز ثقافة المشاركة والاندماج الوظيفي، وهو ما يظهر من خلال السماح للعاملين بإبداء آرائهم والمشاركة في تحسين جودة الخدمة الصحية، والعمل الجماعي بين الزملاء، كما تشير أيضا إلى أن هناك هامشا للتحسين، خصوصا فيما يخص تعزيز مشاركة الموظفين في اتخاذ القرارات الجوهرية، أو إشراكهم بشكل أكبر في رسم السياسات وتحليل المشكلات التنظيمية.

وعليه، فإن هذه النتائج تعكس جهودا فعلية ملموسة نحو تفعيل مشاركة العاملين، لكنها في الوقت نفسه تبرز الحاجة إلى زيادة تطوير هذه المشاركة بشكل أعمق وأكثر تنظيما، عبر آليات دورية، وورشات استشارية، وبرامج تحفيز تضمن استمرارية تفاعل العاملين مع أهداف المؤسسة وتوجهاتها الاستراتيجية.

سادسا: تحليل ومناقشة اختبار الفروقات

1- الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة ترجع إلى خاصية المهنة

تم استخدام اختبار **تحليل التباين الأحادي (ANOVA)** لاختبار الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المحاور الثلاثة للدراسة، وقد أسفرت النتائج عما يلي:

- **المحور الأول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية:** أظهرت النتائج قيمة (F = 0.241) عند مستوى دلالة (Sig = 0.867)، وهي أعلى بكثير من مستوى الدلالة المقبول ($\alpha \leq 0.05$)، ما يشير إلى أن الفروق بين متوسطات استجابات الأفراد في هذا المحور **غير دالة إحصائيا**، وهذا يعكس درجة تجانس

عالية في تقييم الأفراد لأبعاد تكاليف الجودة بغض النظر عن مهنتهم الأصلية، أي أن الفئات المهنية (طبيب مختص، طبيب عام، شبه طبي، إداري، فئات أخرى) تشترك في نفس التصورات والمواقف تجاه أبعاد تكاليف الجودة، مما يعني أن التكوين الوظيفي لا يؤثر على فهمهم أو تقييمهم للعناصر المكونة لهذه التكاليف، وهذا يعود إلى احتمال نقص البرامج التكوينية المتخصصة في مجال جودة وتكاليف الخدمات الصحية، مما يؤدي إلى مستوى متقارب من الوعي بغض النظر عن التخصص أو **الدور الوظيفي**، وبالتالي فإن تحسين هذا الجانب يتطلب برمجة برامج تكوينية مهنية موجهة حسب الفئة (أطباء، إداريون، شبه طبيين) لرفع مستوى الفهم المتخصص، ما يعزز الكفاءة في التسيير والتخطيط المالي للجودة.

- **المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسين أداء الخدمات الصحية:** سجل هذا المحور قيمة ($F = 2.702$) مع مستوى دلالة ($Sig = 0.064$)، وهي قيمة أعلى من مستوى الدلالة المقبول ($\alpha \leq 0.05$)، ما يدل على **عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية** بين متوسطات إجابات أفراد العينة تبعا للمهنة فيما يخص هذا المحور، ويعكس هذا التجانس في التصورات احتمالا لغياب استراتيجية واضحة أو ضعف في التواصل حولها داخل المؤسسة الصحية، مما يؤدي إلى تصورات متقاربة على نحو عام بين الأفراد بغض النظر عن مهنتهم، وعليه وجب على الإدارة بضرورة تبني منهجية اتصال مؤسسي فعالة، تعزز إشراك الموظفين في صياغة وتفعيل الاستراتيجية، وتحويل مفاهيم الجودة والتحسين من مجرد توجه إداري إلى ممارسات ميدانية ملموسة، حيث يمكن تحقيق ذلك من خلال ورشات تدريب، إشراك الطواقم في فرق التحسين المستمر، وخلق قنوات تواصل فعالة تنقل تطورات الاستراتيجية ونتائجها بشكل دوري، فكلما ارتفع وعي العاملين بالتوجهات الاستراتيجية للمؤسسة، زادت قدرتهم على التفاعل الإيجابي معها.
- **المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العاملين:** أظهرت النتائج قيمة ($F = 0.329$) مع مستوى دلالة ($Sig= 0.805$)، وهي غير دالة إحصائيا، ما يدل على عدم وجود فروق معنوية بين الأفراد في تقييمهم لتطبيق مبدأ المشاركة داخل المؤسسة الصحية تبعا لمتغير المهنة. وهو ما يعكس تقاربا في تصورات أفراد العينة حول آليات المشاركة المتبعة، مثل إشراك العاملين في اتخاذ القرار، وطلب آرائهم، وتحفيز العمل الجماعي، يعني ذلك أن ثقافة المشاركة داخل المؤسسة تمارس بطريقة موحدة عبر المستويات

التنظيمية، دون أن تكون مقتصرة على فئة معينة من العاملين، أي أن الموظفين لا يشعرون بتمييز في منحهم فرص التأثير والمبادرة، سواء كانوا أطباء، إداريين، أو شبه طبيين، ويمكن أن يعزى ذلك إلى أسلوب القيادة المركزي في المؤسسة، حيث لا يمنح العاملون صلاحيات واسعة للمشاركة بغض النظر عن مهنتهم، وهو ما يدعو إلى مراجعة نمط القيادة التنظيمية بالمؤسسة، وتشجيع العمل الجماعي الأفقي بين مختلف الفئات المهنية، خصوصا في لجان الجودة أو فرق التحسين المستمر.

2- **الفرضية الرئيسية الثانية:** لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة ترجع إلى خاصية المستوى التعليمي

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المحاور الثلاثة للدراسة، وقد أسفرت النتائج عما يلي:

- **المحور الأول (أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية):** أظهرت النتائج قيمة (F = 1.516) مع مستوى دلالة (Sig = 0.220)، وهي غير دالة إحصائيا، ما يدل على عدم وجود فروق معنوية بين الأفراد في تقييمهم لأبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي، كما تشير هذه النتيجة إلى أن تقييم العاملين لمفهوم تكاليف الجودة بجوانبها المختلفة لا يختلف باختلاف مؤهلاتهم التعليمية، وهذا يعكس أن جميع العاملين سواء كانوا من ذوي التعليم المتوسط أو العالي، يتقاسمون نفس الخبرات اليومية فيما يخص الموارد والتجهيزات والممارسات المرتبطة بتكاليف الجودة، وهذا ما قد يدل على نقص في التكوين التخصصي أو التثقيف المؤسسي المتعلق بمفاهيم تكلفة الجودة، ما يؤدي إلى فهم موحد وغير مفصل للمفهوم عبر المستويات التعليمية المختلفة.
- **المحور الثاني (مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسين أداء الخدمات الصحية):** أظهرت النتائج قيمة (F = 1.016)، ومستوى الدلالة (Sig = 0.392)، وهي غير دالة إحصائيا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية بين الأفراد في تقييمهم لمدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسين أداء الخدمات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وتشير هذه النتيجة إلى أن جميع العاملين، بمختلف مستوياتهم التعليمية، يقيمون وجود أو فعالية استراتيجية التحسين في المستشفى بطريقة متقاربة، وهو ما هذا يظهر على أرض الواقع أن الاستراتيجية المتبعة غير معروفة أو غير مفصلة لدى الموظفين بدرجات مختلفة، ما يفقدها التمايز في الفهم أو التفاعل وهو ما قد يفسر بوجود ضعف في التواصل التنظيمي العمودي، أو

أن الاستراتيجية مطبقة شكليا دون أثر عملي ملموس، ما يجعل تقييمها متقاربا من الجميع دون تمايز يرتبط بالمستوى التعليمي.

- **المحور الثالث (تفعيل مبدأ مشاركة العاملين):** أظهرت النتائج قيمة (F = 0.397)، ومستوى الدلالة (Sig = 0.756)، وهي غير دالة إحصائيا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية بين الأفراد في تقييمهم لتفعيل مبدأ مشاركة العاملين تبعا لمتغير المستوى التعليمي، توضح النتيجة أن العاملين، سواء من حملة الشهادات الجامعية أو من ذوي التعليم المتوسط والثانوي، يتقاسمون رؤية واحدة تقريبًا حول مدى إشراكهم في اتخاذ القرار وتحسين الخدمة، وهذا يعكس أحد الأمرين على الصعيد العملي: إما غياب منظومة حقيقية لتفعيل المشاركة حسب الكفاءة أو التعليم، ما يؤدي إلى تقييم موحد؛ أو وجود مشاركة شكلية أو محدودة الصلاحيات، حيث يسمح للعاملين بالمشاركة في بعض الجوانب الإدارية أو اليومية، دون اعتبار للمستوى الأكاديمي أو التخصصي، مما يحد من استثمار الإمكانات البشرية المؤهلة.

3-الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروقات بين متوسطات إجابات العينة ترجع إلى خاصية الخبرة المهنية

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المحاور الثلاثة للدراسة، وقد أسفرت النتائج عما يلي:

- **المحور الأول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية:** أظهرت النتائج قيمة (F = 0.146) ومستوى الدلالة (Sig = 0.864)، وهي غير دالة إحصائيا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعًا للخبرة المهنية، وتشير هذه النتيجة إلى أن إدراك العاملين لمفاهيم وتطبيقات تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية (مثل تكاليف الوقاية، الكشف، الصيانة، والتحسينات) لا يختلف بشكل كبير بين الفئات ذات الخبرة القصيرة والطويلة، وقد يعود هذا إلى غياب تدريب متخصص مستمر يتعلق بتكاليف الجودة، ما يجعل جميع الموظفين على نفس المستوى من الفهم بغض النظر عن سنوات الخدمة، أو أن نظام العمل بالمؤسسة لا يفعل مفهوم تكلفة الجودة بشكل منهجي، فلا يشعر العاملون – بغض النظر عن الخبرة – بتأثير مباشر لهذه التكاليف على جودة الأداء أو فعالية القرارات، وهو ما يقود إلى ضرورة تعزيز الثقافة المؤسسية حول مفهوم تكاليف الجودة، ضمن برامج توجيهية وتدريبية تأخذ في الاعتبار تدرج سنوات الخبرة لتوليد فهم عميق ومتقدم لهذا المفهوم.

- **المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى على استراتيجية لتحسين أداء الخدمات الصحية:** أظهرت النتائج قيمة (F = 1.222) ومستوى الدلالة (Sig = 0.302)، وهي غير دالة إحصائيا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا للخبرة المهنية، فالنتيجة توضح أن تصورات العاملين حول وجود أو فعالية استراتيجية لتحسين الأداء لا تختلف باختلاف سنوات الخبرة .وهذا قد يعني أن العاملين سواء كانوا حديثي العهد أو من ذوي الخبرة الطويلة لا يلمسون بوضوح خطة استراتيجية متكاملة داخل المستشفى، أو أنها لا تنقل إليهم بشكل منظم، كما من المحتمل أن تكون الممارسات اليومية داخل المؤسسة موجهة تنفيذيا دون إشراك أو توضيح للعاملين، وهو ما يدعو إلى تعزيز الشفافية التنظيمية في المستشفيات، من خلال إشراك الموظفين ذوي الخبرة في تقييم وتطوير الخطط الاستراتيجية، وتحفيز الموظفين الجدد على تبني رؤية مؤسسية واضحة.
- **المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العاملين:** أظهرت النتائج قيمة (F = 0.312) ومستوى الدلالة (Sig = 0.734)، وهي غير دالة إحصائيا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا للخبرة المهنية، فهذه النتيجة تشير إلى أن جميع فئات الموظفين بغض النظر عن سنوات الخبرة يتقاسمون تقييما مشابها لمدى إشراكهم في اتخاذ القرارات أو المساهمة في تحسين الخدمة، وبالتالي قد تكون المشاركة شكلية أو محدودة الصلاحيات، ما يجعل الأقدمية أو الخبرة غير ذات تأثير على طبيعة أو حجم المشاركة، أو أن المؤسسة تعتمد أسلوبا إداريا تقليديا يفتقر إلى التمييز في منح فرص التأثير والمبادرة، بغض النظر عن خبرة العامل، وهذا ما يعني أن هناك فرصة غير مستغلة في الاستفادة من الخبرات المتراكمة لدى الموظفين القدامى، ما يستدعي تطوير آليات واضحة لتفعيل مشاركة العاملين، مع استهداف ذوي الخبرة في مواقع استشارية أو قيادية على مستوى فرق العمل.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تعرفنا على الإطار المنهجي للدراسة التطبيقية وطبيعتها وكيفية إجرائها، ففي البداية تعرفنا على مجتمع الدراسة المتمثل في جميع مستخدمي المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي، ومن ثم قمنا بتحديد متغيرات الدراسة، حيث اخترنا عشوائية مقدرة بـ (80) موظفا من مختلف الأسلاك، كما استعرضنا مختلف أدوات الدراسة المستعملة للقياس، واختبارات الصدق الظاهري بواسطة مجموعة من المحكمين، واختبارات الصدق الداخلي لأداة الدراسة الرئيسية المتمثلة في الاستبيان واختبار مدى قوة الترابط والاتساق الداخلي بين الفقرات مع الدرجة الكلية لمحاورها، ومن ثم تطرقنا إلى اختبار صدق وثبات أداة الدراسة حيث توصلنا إلى مدى تمتعها بالثبات الجيد لجميع محاورها، وكذا تحليل وتفسير نتائج الدراسة التطبيقية من خلال تحليل محاور الاستبيان الخاص بها واختبار فرضياتها بالاعتماد على المعالجة الإحصائية وفق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V. 26) لإجابات وآراء أفراد عينة الدراسة حول عبارات الاستبيان.

بعد إسقاط الدراسة الميدانية على الدراسة النظرية، حاولنا الإجابة على فرضيات الدراسة المتعلقة بالجانب التطبيقي، أين وضعنا ثلاث فرضيات من أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة التطبيقية وكل فرضية تمت الإجابة عنها بمحور من محاور الدراسة، ومن خلال ما توصلنا اليه من التحليل الوصفي لاتجاه إجابات أفراد العينة تم إيجاد وعي وإدراك بدرجة عالية لدى عينة الدراسة بأهمية أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية، كما أن عينة الدراسة مدركة لمفهوم مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية، وكذا إدراك ووعي على وجود تفعيل مبدأ مشاركة العاملين، وتأكدنا من الفرضيات من خلال اختبار ستيودنت (T) للعينة الواحدة بالنسبة للمحاور الثلاثة وتم قبول كل الفرضيات البديلة التي تثبت بدورها ما توصلنا إليه من خلال اتجاهات العينة، كما تم اختبار فرضيات الفروق من خلال تحليل التباين الأحادي وتم قبول جميع الفرضيات الرئيسية التي تنص على عدم وجود فروقات بين متوسطات إجابات العينة تعود لمتغيرات (المهنة، المستوى التعليمي والخبرة المهنية) للمستجوبين عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$).

الخـــــــاتمـــــة

1- تمهيد:

حاولنا من خلال تناولنا لموضوع أثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية دراسة حالة للمؤسسة الاستشفائية لولاية الوادي، من خلال الفصلين المقدمين في هذه الدراسة وانطلاقا من الفرضيات وباستخدام الأساليب والأدوات المشار إليها في المقدمة، يمكن القول أنه لابد من الاهتمام بجودة الخدمات الصحية كونها ضرورة ملحة تتطلبها المؤسسات الصحية العمومية، كما أنه يجب التخلص من كل المعوقات التي يعاني منها القطاع الصحي بصفة عامة، وتقديم الخدمات الصحية للمرضى وتلبية طلباتهم والتكفل بهم، إلى جانب توفير المعدات الطبية المستخدمة في العلاج الحديث والاهتمام بالمظهر الخارجي للمستشفى والسهر على نظافته، فقد بات واضحا بأن عالمنا اليوم هو عالم خدمات وعلى رأسها الخدمات الصحية، ولهذا يجب علينا أن نعمل على الارتقاء بمستوى المؤسسات الصحية من خلال تقديم أفضل الخدمات، وهنا تظهر أهمية دراسة جودة الخدمات الصحية في هذه المؤسسات.

2- اختبار صحة الفرضيات:

انطلاقا من طريقة المعالجة التي تم اعتمادها والتي جمعت بين الدراسة النظرية من جهة والدراسة الميدانية من جهة أخرى، تم التوصل أثناء اختبار الفروض إلى النتائج الآتية:

- **بخصوص الفرضية الأولى** المتعلقة بوجود أثر لأبعاد تكاليف الجودة المتمثلة في تكاليف الوقاية والتقويم بالإضافة إلى تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة الداخلية والخارجية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية. فلقد تحققت، بحيث أن كلما زاد التحكم الجيد والمدروس من هذه الأبعاد كلما زادت جودة الخدمة الصحية المقدمة.
- **أما بخصوص الفرضية الثانية** المتعلقة بامتلاك المؤسسة الصحية استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية يمكنها من تقليل تكاليفها والتحكم فيها، فلقد تحققت لأن وجود مخطط في التسيير الاستراتيجي لأي مؤسسة صحية من شأنه تحقيق الهدف المراد الوصول إليه بالطبع حسب الإمكانيات المتوفرة لتحقيقه.

- **وبخصـــوص الفرضـــية الثالثـــة:** المتعلقـة بمبـدأ مشـاركة العـاملين فـي اتخـاذ مجمـل القـرارات التـي تخـص المؤسسـة الصـحية يـؤدي بنـا إلـى ترشـيد التكـاليف وتقليـل منهـا، فلقـد تحققـت بحيـث يعتبـر مـن أكثـر المبـادئ التـي لهـا تـأثير مباشـر علـى إدارة التكـاليف والـتحكم فـي هـذا المبـدأ مـن شـأنه التقليل من التكاليف مع ضمان أداء خدمات جيدة مطلوبة.

3- نتائج الدراسة:

من خلال مراجعة نتائج هذه الدراسة يمكن الإشارة إلى ما يلي:

- وفي إطار البحث عن أسلوب لقياس جودة الخدمات الصحية وتحديد المقاييس والمعايير التي يمكن من خلالها معرفة مدى إدراك المستفيدين لمستوى أداء الخدمة المقدمة تم التوصل لمجموعة من الأبعاد ليتم في النهاية استخدام خمسة أبعاد متمثلة في: الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف؛
- قدرة نظام إدارة التكاليف على توفير معلومات أكثر دقة عن الخدمات الصحية، مما يساهم في مساعدة متخذي القرار باتخاذ قراراتهم الإدارية بالشكل الصحيح وفي الوقت المناسب؛
- وجود ضعف لدى المؤسسات الصحية في تدريب العاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة مع ضعف في الاهتمام بحساب تكلفة مراجعة نظام تحسين الأداء في المؤسسات الصحية؛
- هناك تأثير لجميع أبعاد تكاليف الجودة في جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية، وقد جاء بعد تكاليف الفشل الخارجي الأعلى تأثيرا في جودة الخدمات الصحية؛
- تعتبر جودة الخدمات الصحية مدى تحقق النتائج الصحية ومدى توافقها مع المبادئ المهنية، أي هي الرعاية التي تمتاز بدرجة عالية من رضا المستفيدين، والتميز المهني، وكفاءة استخدام الموارد، وتحقق النتائج المرجوة، وتحد من تعرض المريض للخطر؛
- يواجه القياس التكاليفي في القطاع الصحي جملة من المشكلات، تتمثل في عدم وجود نظم تكاليف فعلية أو محددة مقدما، عدم وجود نظم معلومات متكاملة، عدم ملائمة الأساس المحاسبي المستخدم، عدم ملائمة المستندات والسجلات المستخدمة، تنوع واختلاف الخدمات الطبية المقدمة، عدم وجود إمكانية تأجيل تقديم الخدمات الصحية؛

- الضغط الكبير الذي تعاني منه المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي بالإضافة قدم الهيكل الذي يعود إنشائه منذ سنة 1984 بهيكل مؤقت، جعل إدارة المستشفى بعيدة عن تطبيق نظرية إدارة التكاليف، وجعل هدفها الأكثر هو تقديم خدمة جيدة في ظل هذه الظروف المتوفرة حاليا؛
- إن المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة هي مؤسسات ذات طابع إداري تتقيد بتعليمات الوصاية إلى حد بعيد، فلا مجال للاجتهاد فيها لأن المسير يخضع لقوانين ولوائح مطالب بتنفيذها دون زيادة أو نقصان وبالتالي هناك قيود إدارية تحد من حرية تصرف المسير ؛
- تقوم المؤسسة بوضع برامج تدريبية حول تقنية تحسين الخدمات الصحية، من خلال التدريب المستمر للعاملين.

4- توصيات الدراسة:

استنادا للنتائج والاستنتاجات التي تم التوصل إليها في الإطار النظري للدراسة، بالإضافة إلى النتائج التي تم الحصول عليها من خلال الدراسة الميدانية، تمت التوصية بما يلي:

- استغلال قاعدة البيانات الموجودة في المؤسسات الصحية والاستفادة منها في تصميم برنامج لمحاسبة التكاليف من أجل الانتقال من المعلومات العشوائية إلى معلومات دقيقة يستفاد منها لاتخاذ القرارات؛
- تكوين لجنة مشتركة مختصة من الأكاديميين والممارسين في مجال الصحة بالإضافة إلى المختصين في مجال الإدارة الصحية توكل لهم مهام البحث والتطوير في سبل تفعيل وتحسين أداء الخدمة الصحية في الجزائر ؛
- عقد دورات تدريبية مستمرة لكل المعنيين العاملين في مجال الصحة لتحقيق الكفاءات المطلوبة، ومواكبة كل التطورات الحاصلة في البيئة الصحية؛
- مواكبة الجزائر لكافة التطورات التكنولوجية المتعلقة ببيئة أداء الخدمة الصحية على مستوى العالم ومسايرة هذه التطورات، ومحاولة الاستفادة منها؛
- توفير نظام رقابي مكون من فريق طبي وإداري، من أجل تقديم خدمات صحية متميزة، مع اهتمام الإدارة بنشر ثقافة جودة الخدمات الصحية بين جميع العاملين، وتكوين الأطباء والممرضين وتدريبهم على استخدام الأجهزة الطبية من أجل المحافظة على سلامة المرضى؛

- ضرورة زيادة الوعي لدى كافة العاملين في قطاع الصحة حول إدارة التكاليف وتحقيق مفهوم الجودة بمعناها الصحيح؛
- من الضروري على المسؤولين على إدارة الصحة أن يشاركوا العاملين في اتخاذ بعض القرارات، وأن يطلبوا منهم إبداء آرائهم حول تحسين أداء الخدمات الصحية، أي أن تكون هنالك مشاركة بين العاملين في أداء بعض الأعمال.

5- آفاق الدراسة:

إن هذه الدراسة تمثل إضافة جديدة في مجال إدارة التكاليف الصحية في الجزائر، من خلال ما تضمنته من نتائج وتوصيات، والتي من شأنها التحسين والرفع من جودة الخدمات الصحية، ولكن رغم هذا الجهد إلا أن موضوع إدارة التكاليف الصحية موضوع هام متعدد المداخل لم يكن بالإمكان الإلمام بجميع الجوانب المتعلقة بها، إلا أنه يمكن إعادة معالجة هذه المواضيع في بحوث ذات صلة.

ويمكن على سبيل المثال ذكر بعض المواضيع التي يمكن أن تكون أبحاثا مستقبلية:

- أثر تطبيق نظام ABC على المؤسسات الصحية ذات الطابع الربحي في الجزائر؛
- دراسة أثر نظام المعلومات المتكامل في تحسن الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية؛
- تطوير نظام للقياس المحاسبي للتكاليف الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية الخاصة؛
- تحديات تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية؛
- استخدام الأساليب الكمية في تقييم أداء الخدمات الصحية.

قائـــــمة المراجـــــــع

أولا: المراجع باللغة العربية

I. الكتب:

1- إبراهيم طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، مكتبة القدس، مصر، الطبعة الثانية، 2006.

2- فريد النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية-مدخل معايير الجودة الدولية-**، الدار الجامعية، مصر، 2015.

3- زكي خليل مساعد، **تسويق الخدمات الصحية**، دار حامد للنشر، الأردن، 1998.

4- تامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005.

5- غالب محمود سنجق، **مبادئ في المنظمات الصحية**، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، 2015.

6- أبو زيد محمد خير سليم، **أساليب التحليل الإحصائي باستخدام برمجية SPSS**، الرياض، دار جرير للنشر والتوزيع، 2005.

7- طويطي مصطفى ووعيل ميلود، مطبوعة جامعية موسومة بـ" **أساليب تصميم إعداد الدراسات الميدانية – منظور إحصائي –** "، جامعة البويرة، الجزائر، 2014/06/30، انظر الرابط التالي:http://dspace.univ-bouira.dz:8080/jspui/handle/123456789/3327

8- مصطفى طويطي، **التحليل الإحصائي لبيانات الاستبيان –تطبيقات عملية على برنامج excel-**، دار النشر الجامعي، تلمسان، الجزائر.

9- عبد الكريم بوحفص، **الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام Spss**، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2013.

10- سعيد سالم القحطاني وآخرون، **منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات SPSS**، المكتبة الوطنية، الرياض، 2000.

11- علي فلاح الزعبي، **مناهج وأساليب البحث العلمي في ميدان التسويق "مدخل منهجي – إداري"**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2010.

12- أبو زيد، محمد خير سليم، **أساليب التحليل الإحصائي باستخدام برمجية SPSS**، الرياض، دار جرير للنشر والتوزيع، 2005.

13- امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، **مبادئ الإحصاء الوصفي**، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2002.

II. الرسائل والأطروحات الجامعية:

14- عتيق عائشة، **جودة الخدمات الصحية في مؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية**، رسالة ماجستير، مطبوعة جامعية، أبو بكر بلقايد، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير وعلوم التجارية، 2011-2012.

15- بحدادة نجاة، **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية مغنية**، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2012.

16- سمر خليل ابراهيم جوادة، **مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا**، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، الجامعة الإسلامية غزة، غزة، فلسطين، 2011.

17- ماجدة محمد عبد الحميد جبريل، **إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة**، رسالة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2000.

18- الصادق حوحو محمد، **دور التدريب في تحسين جودة الخدمات الصحية**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2019.

19- عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية-دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة الجزائر، 2008.

20- وفاء سلطاني، **تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها-دراسة ميدانية بولاية باتنة**، دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، 2016.

III. الدويات والمجلات:

21- يحصب محمد علي الربيع وسنان غالب المرهضي، **أثر التدريب في جودة الخدمات الصحية-دراسة ميدانية في المستشفيات الخاصة** -، مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، المجلد 4، العدد 1، 2025.

22- علي مجاهد أحمد السيد، ياسر زكريا الشافعي، **استخدام نظام التكاليف على أساس النشاط الموجه بالوقت لتحسين قياس تكلفة الخدمات الصحية-**، مجلة الدراسات التجارية المعاصرة، كلية التجارة، جامعة كفر الشيخ، مصر، العدد 7، يونيو 2019.

23- راحو فافة سهيلة، **إصلاح المنظومة الصحية –واقع وآفاق–**، مجلة دراسات استراتيجية، العدد 06 الجزائر، 2009.

24- عبد الغني محمد محمد، **تقويم مدى إمكانية جدوى قياس التكلفة على أساس النشاط في المستشفيات**، المجلة المصرية لدراسات التجارية، العدد 23، 1999.

25- محمد نبيل علام، **إطار مقترح لقياس وترشيد تكاليف خدمات الرعاية الصحية في قطاع المستشفيات**، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد الثاني، جامعة عين شمس، كلية التجارة، مصر، 1995.

26- الوشلي محمد عبد الله والمسوري صلاح الدين علي، **المعوقات الإدارية المؤثرة على فاعلية أقسام الطوارئ بالمستشفيات العامة بأمانة العاصمة صنعاء**، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 07، العدد 34، 2020.

27- صالح رضا إبراهيم، **مدخل المحاسبة عن التكلفة على أساس النشاط كأساس لقياس تكلفة الخدمات الصحية بالمستشفيات**، مجلة الإدارة العامة، العدد 42، 2002.

IV. التقارير والقوانين والمراسيم والقرارات:

28- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990، المتضمن حدد هياكل الإدارة المركزية وأجهزتها في الوزارات.

29- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، قانون رقم (74-100) الصادر في 13 جوان 1974، يحدد مهام رئيس الجمهورية.

30- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم (97-467) المؤرخ في 12 ديسمبر 1997، يحدد شروط منح علاوة الانتفاع (منحة التخلي عن النشاط التكميلي) للأطباء الأخصائيين .

31- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في ماي 2007، يتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية وتنظيمها.

V. المؤتمرات والملتقيات:

32- مقراش فوزية، **أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية**، الملتقى الوطني الأول حول: حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة بسكرة، يومي 6/7 ماي 2012، بسكرة، الجزائر.

33- مهري عبد المالك، **حوكمة المستشفيات في الجزائر، هل هي الوصفة السحرية لعلاج جميع مشاكله**، الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قالمة، أيام 10-11 أفريل 2018.

34- عدمان مريزق، **التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الجزائر نموذجا**، الملتقى الدولي بعنوان "الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية"، جامعة البليدة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، البليدة، يومي 18-19 ماي 2011.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

36. D. Michel et autres, **Marketing Industriel : Stratégie et Mise en Oeuvre**, Economica, 2ème edition, Paris, 2000.

37. D. PETTIGREW et autres, **Le Marketing**, MC Graw- Hill, Québec (Canada), 2003.

38. Ministre de la santé et de la population, **développement du système national de santé : stratégie perspective de santé**, sur le site: http://www.Ands.DZ./systéme,mai2001, Vu le 04/04/ 2025.

39. Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé (ANAES), les coûts de qualité et de la non-qualité des Soins dans les établissements de la Santé:états des lieux et Propositions, juillet 2004, sur le site: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000463/index.shtml, Vu le 17/02/2025.

40. Neyestani ،B. ،& Juanzon ،J. B, **Impact of ISO 9001 standard on the quality cost of construction projects in the Philippines**, In Proceedings of 2017 ManilaInternational Conference on "Trends in Engineering and Technology" (MTET-17) Jan (pp. 23-24).2017.

41. Diane C. Blankenship, **Applied Research and Evaluation Methods in Recreation**, Human Kinetics, U.S.A, 2009.

42. Robert M. Groves et al., **Survey Methodology**, John Wiley & Sons, 2nd Edit., New Jersey, United States, 2009.

قائمة الملاحـــــق

الملحق رقم 01: استمارة الاستبيان

وزارة التعليـــم العالـــي والبحـــث العلـــمي

جامعة الشهيد حمّة لخضر الوادي

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

القسم: علوم التسيير

التخصص: ماستر إدارة مالية

استمـــارة إستبيـــان

بعد تحية تقدير واحترام...

في إطار إنجاز مذكرة ماستر أكاديمي في علوم التسيير، تخصص: إدارة مالية تحت عنوان: **"أثر إدارة التكاليف على تحسين أداء الخدمات الصحية دراسة حالة"**، نتقدم إلى سيادتكم بهذه الاستمارة ونرجو منكم مساعدتنا بالإجابة عن أسئلتها بكل دقـــة وموضوعيـــة وشفافيـة علما أن المعلومات التي تقدمـوها ستبقى سريـــة ولا تستخدم إلا لأغراض علمية وفقط.

وأخيرا تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

ملاحظة: ضع علامة **(x)** في الخانة المناسبة لإجابتك.

أولا: البيانات الشخصية:

1- المهنة:

طبيب مختص ☐ طبيب عام ☐ موظف في الإدارة ☐ شبه طبي ☐ آخرون ☐

2- المستوى التعليمي:

جامعي ☐ ثانوي ☐ متوسط ☐

3- الخبـرة المهنية:

أقل من 5 سنوات ☐ من 5 إلى 10 سنوات ☐ من 10 إلى 15 سنة ☐ من 15 سنة فأكثر ☐

ثانيا: فقرات الاستبيان

المحور الأول: أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية						
الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
01	تكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة					
02	تكلفة الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للعميل					
03	تكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة					
04	تكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء					
05	تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية					
06	تكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى					
07	تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات					
08	تكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية					
المحور الثاني: مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية						
الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
01	تتلاءم جودة الخدمات الصحية المقدمة مع الإمكانيات المتوفرة للمستشفى					
02	تعمل الإدارة على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية					
03	تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية					

04	يوجد في المؤسسة كل الخدمات الصحية					
05	تحاول إدارة المؤسسة الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار					
06	توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم خدمات الصحية جيدة.					
07	تقوم المؤسسة بتحديد تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات					
08	تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة					
المحور الثالث: تفعيل مبدأ مشاركة العاملين						
الرقم	**العبـــــــارة**	**موافق بشدة**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
01	تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالك					
02	تلجأ إلى مسؤولك المباشر ليشير عليك حول تحسين العمل					
03	مسؤولك المباشر يساعدك في حل مشاكلك في العمل					
04	يطلب منك إبداء رأيك وتقديم مقترحاتك بخصوص تحسين الخدمة الصحية					
05	تشترك مع زملائك في العمل لتحسين جودة الخدمة الصحية					

شكراً لكم على تعاونكم واهتمامكم

الملحق رقم 02: مخرجات SPSS

الملحق رقم 2-1: اتجاهات إجابات العينة

Frequencies

Statistics

	N		Mean	Std. Deviation
	Valid	Missing		
تكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة.	60	0	4.18	.701
تكلفة الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها المريض.	60	0	4.53	.623
تكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة.	60	0	4.42	.720
تكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء.	60	0	4.18	.833
تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية.	60	0	4.17	.886
تكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى.	60	0	4.05	.910
تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات.	60	0	4.17	.785
تكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية.	60	0	3.88	.958
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.	60	0	4.2250	.47786

FREQUENCIES VARIABLES=VAR21 VAR22 VAR23 VAR24 VAR25 VAR26 VAR27 VAR28

الثاني_المحور

/STATISTICS=STDDEV MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

	N		Mean	Std. Deviation
	Valid	Missing		
تتلاءم جودة الخدمات الصحية المقدمة مع الإمكانيات المتوفرة للمستشفى.	60	0	4.17	.924
تعمل الإدارة على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية.	60	0	4.18	.948
تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية.	60	0	3.95	.946
يوجد في المؤسسة كل الخدمات الصحية.	60	0	4.03	.882
تحاول إدارة المؤسسة الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار.	60	0	4.12	.958
توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم الخدمات الصحية جيدة.	60	0	4.37	.736
تقوم المؤسسة بتحديد قائمة تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات.	60	0	4.47	.724
تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة	60	0	4.12	.885
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية.	60	0	4.1733	.46686

```
FREQUENCIES VARIABLES=VAR31 VAR32 VAR33 VAR34 VAR35 VAR36
VAR37 VAR38 الثالث_المحور
    /STATISTICS=STDDEV MEAN
 /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

	N		Mean	Std. Deviation
	Valid	Missing		
تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالك.	60	0	3.82	.892
تلجأ إلى مسؤولك المباشر ليشير عليك حول تحسين العمل.	60	0	3.88	.825
مسؤولك المباشر يساعدك في حل مشاكلك في العمل.	60	0	3.83	.785
يطلب منك إبداء رأيك وتقديم مقترحاتك بخصوص تحسين الخدمة الصحية.	60	0	3.95	.675
تشترك مع زملائك في العمل لتحسين جودة الخدمة الصحية.	60	0	4.05	.502
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين.	60	0	3.9063	.61704

الملحق رقم 2-2: اختبار الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.904	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.739	8

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.779	8

الملحق 2-3: اختبار التوزيع الطبيعي

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.	.130	60	.063	.884	60	.051
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية.	.086	60	.200*	.964	60	.073
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين.	.282	60	.113	.690	60	.053

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

الملحق رقم 2-4: اختبار الاستقلالية One-Sample Statistics

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.	60	4.2250	.47786	.06169
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية.	60	4.2033	.46686	.06027
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين.	60	3.8563	.61704	.07966

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.	68.486	59	.000	4.22500	4.1016	4.3484
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية.	69.741	59	.000	4.20333	4.0827	4.3239
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين.	48.409	59	.000	3.85625	3.6969	4.0156

الملحق رقم 2-5: اختبار الفروقات

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	Between Groups	.194	3	.065	.241	.867
	Within Groups	15.034	56	.268		
	Total	15.228	59			
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية	Between Groups	1.621	3	.540	2.702	.054
	Within Groups	11.198	56	.200		
	Total	12.819	59			
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	Between Groups	.355	3	.118	.329	.805
	Within Groups	20.162	56	.360		
	Total	20.517	59			

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	Between Groups	1.144	3	.381	1.516	.220
	Within Groups	14.084	56	.252		
	Total	15.228	59			
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية	Between Groups	.662	3	.221	1.016	.392
	Within Groups	12.157	56	.217		
	Total	12.819	59			
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	Between Groups	.427	3	.142	.397	.756
	Within Groups	20.090	56	.359		
	Total	20.517	59			

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
أبعاد تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	Between Groups	.078	2	.039	.146	.864
	Within Groups	15.150	57	.266		
	Total	15.228	59			
مدى اعتماد المستشفى لاستراتيجية لتحسن أداء الخدمات الصحية	Between Groups	.527	2	.263	1.222	.302
	Within Groups	12.292	57	.216		
	Total	12.819	59			
تفعيل مبدأ مشاركة العاملين	Between Groups	.222	2	.111	.312	.734
	Within Groups	20.295	57	.356		
	Total	20.517	59			