

أثر خصخصة القطاع الصحي على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية:
من وجهة نظر العاملين في عينة من المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية صحة نجران

The Impact of Privatization of the Health Sector on the Quality of Health Services in The Kingdom of Saudi Arabia: From the Perspectives of the Employees in A Sample of Governmental Hospitals Affiliated to the Najran Health Directorate

عبد الغفار عبد الله حامد علي، إبراهيم محمد حسين آل منصور

Abdelgfar Abdullah Hamid Ali, Ibrahim Mohammed Hussain Al Mansour

Accepted

قبول البحث

2023/6/5

Revised

مراجعة البحث

2023 /5/6

Received

استلام البحث

2023 /3/27

DOI: <https://doi.org/10.31559/GJEB2023.13.3.2>



This file is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

أثر خصخصة القطاع الصحي على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية: من وجهة نظر العاملين في عينة من المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية صحة نجران

The Impact of Privatization of the Health Sector on the Quality of Health Services in The Kingdom of Saudi Arabia: From the Perspectives of the Employees in A Sample of Governmental Hospitals Affiliated to the Najran Health Directorate

عبد الغفار عبد الله حامد علي، إبراهيم محمد حسين آل منصور

Abdelgfar Abdullah Hamid Ali, Ibrahim Mohammed Hussain Al Mansour

¹ أستاذ إدارة الأعمال المساعد سابقاً- جامعة الشرق للعلوم والتكنولوجيا- السودان، أستاذ إدارة الأعمال المساعد- كلية العلوم الإدارية- جامعة نجران- السعودية

² إدارة تنمية الإيرادات- المديرية العامة للشئون الصحية بمنطقة نجران- السعودية

¹ Former assistant professor of business administration, Al sharq university of science and technology, Sudan, Assistant professor of business administration, College of administrative sciences, Najran University, KSA

² Revenue development department - general directorate of health affairs in Najran region, KSA

¹ abd.algfar2011@gmail.com, ² almansour.ibrahim@hotmail.com

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف) في عينة من المستشفيات العامة بمنطقة نجران. وقد تم جمع البيانات باستخدام عينة من العاملين في مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال بنجران، وبلغ عدد الاستبانات المستخدمة في التحليل (197) استبانة. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SmartPLS وجاءت النتائج على النحو التالي: درجة أهمية الخصخصة من وجهة نظر العاملين مرتفعة، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية مرتفعة، ويوجد أثر ذو دلالة إحصائية لخصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين جودة الخدمات الصحية، ويوجد ذو دلالة إحصائية لخصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية (الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف). وأوصت الدراسة بالتركيز على جودة الخدمات الصحية عند تنفيذ مبادرة الخصخصة وإجراء دراسات أخرى تتناول أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى.

الكلمات المفتاحية: الخصخصة؛ الجودة؛ الخدمات الصحية؛ المستشفيات؛ أمان المستشفيات.

Abstract:

This research aims to test the impact of privatization of government hospitals on the quality of health services in its dimensions (tangibility, reliability, responsiveness, safety and empathy) in government hospitals affiliated to the Directorate. In regard to Najran Health, the study used a sample of workers in King Khalid Hospital and Maternity and Children Hospital in Najran. The data was collected using a sample of workers in the two hospitals, and the number of questionnaires used in the analysis was (197) questionnaires. The data was analyzed using the SmartPLS program, and the results were as follows: the degree of importance of privatization from the point of view of workers is high, and the quality of health services provided in government hospitals is high. Governmental hospitals tend to improve each dimension of health service quality (tangibility, reliability, responsiveness, safety and empathy). The research recommended focusing on the quality of health services when implementing the privatization initiative and conducting other research dealing with the impact of the privatization of government hospitals on the quality of health services from the patients' point of view.

Keywords: Privatization; Quality; Health services; Hospitals; Hospital safety.

المقدمة:

يمكن تطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية من خلال التركيز على عدة نواحي منها أن تخصص وزارة الصحة بالإشراف على تقديم الخدمات الصحية وتنظيمها بدلاً من قيامها لوحدها بجميع مهام تنظيم تقديم الخدمات، وتمويلها، وتقديمها للمستفيدين. بالإضافة إلى الاستفادة من خبرات القطاع الخاص والقطاع غير الربحي لتحقيق الأهداف الصحية الوطنية، وبالتالي تخفيف العبء على موازنة الدولة وتحقيق رؤية المملكة 2030 الخاصة بهذا القطاع، حيث أن تحقيق الرؤية هي مسؤولية القطاع العام والخاص والقطاع غير الربحي (وزارة الصحة السعودية، 2021). ومن هنا تظهر أهمية خصخصة المستشفيات الحكومية لأنها تعني الشراكة الاستراتيجية مع القطاعين الخاص وغير الربحي لتقديم الخدمات الصحية عبر توزيعها بين هذه الجهات التي تعمل لتحقيق الأهداف الاستراتيجية الصحية.

مشكلة الدراسة:

تمثل الخصخصة توجهاً عالمياً يشمل مختلف قطاعات الدولة، وهي تتضمن مشاركة القطاع الخاص في إدارة الأصول الحكومية وتشغيلها بهدف تحسين كفاءة العمل في المؤسسات العامة وتقليل أعباء الموازنة الحكومية (ساعاتي، 2012، ص12). لذا، تكمن مشكلة البحث في التعرف على أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية، وعليه جاءت هذه الدراسة لمعرفة أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران وذلك من خلال الاجابة على السؤال الرئيسي التالي: ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية صحة نجران؟

وينبثق منه الأسئلة الفرعية التالية:

- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الاعتمادية؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الاستجابة؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الملموسية؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الأمان؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد التعاطف؟

فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة إلى اختبار الفرضية الرئيسية التالية:

توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.

ويتفرع من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

- الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الاعتمادية.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الاستجابة.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الملموسية.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد الأمان.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعيد التعاطف.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة لتحقيق الأهداف الآتية:

- التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.
- التعرف على أبعاد الخصخصة في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.
- التعرف على تأثير خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.

أهمية الدراسة:

- الأهمية النظرية: يساهم البحث في تعزيز الأساس النظري المتوفر حول موضوع خصخصة المستشفيات الحكومية وأثرها في جودة الخدمات الصحية، إذ تبين بعد البحث قلة عدد الدراسات العربية التي تناولت هذه الأثر، إذ تركز معظم الدراسات على الخصخصة في قطاعات أخرى.

- الأهمية العملية: يؤدي التعرف على أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية إلى المساهمة في بيان مدى أهمية مفهوم الخصخصة وتطبيقه في القطاع الصحي، وذلك من خلال إجراء دراسة تطبيقية وتقديم نتائج من وجهة نظر العاملين في القطاع الصحي الحكومي.

مصادر جمع البيانات والمعلومات:

- المصادر الأولية: تم جمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة عن طريق الاستبيان، بسبب أن هذا النوع من أدوات جمع البيانات يتيح الفرصة للباحث لاستخدام بعض الأساليب الإحصائية لتحقيق أهداف البحث المرجوة.
- المصادر الثانوية: تمثلت في الكتب والمراجع والأبحاث العلمية المنشورة في المجالات العلمية المتعلقة بموضوع الدراسة والدوريات والرسائل.

حدود الدراسة:

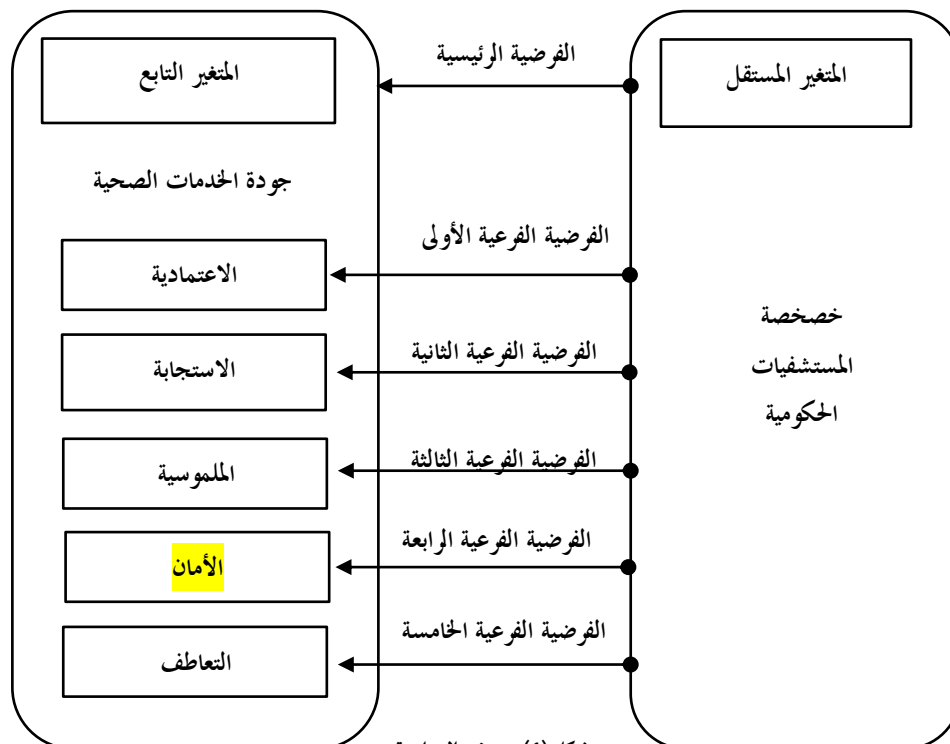
- الحدود المكانية: تقتصر هذه الدراسة على عينة من المستشفيات الحكومية العاملة بمنطقة نجران وهي مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال.
- الحدود البشرية: اقتصرت عينة الدراسة على العاملين في المستشفيات موضوع الدراسة من الكوادر الفنية والإدارية والطبية.
- الحدود الموضوعية والزمانية: تقتصر الدراسة على معرفة أثر خصخصة القطاع الصحي على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر العاملين في عينة من المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران في الفترة من 8 - 2022/4/15.

التعريفات الإجرائية:

- الخصخصة: إعطاء القطاع الخاص فرصة أكبر للمساهمة في دعم اقتصاد الدولة من خلال تحويل المشروعات العامة إلى مشروعات خاصة تعمل وفق قوانين الدولة وتعليماتها، وذلك بهدف تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين (عبدالله، 2016، ص 62).
- جودة الخدمات الصحية: تقديم خدمات صحية آمنة لحماية صحة الإنسان بما يتفق مع المعايير الوطنية والدولية بالتركيز على مدى اعتمادية المريض على تلك الخدمات، ومدى استجابة الطاقم الصحي لاحتياجات المرضى، والخصائص المادية مثل حداثه الأجهزة الطبية، وضمان الخدمة المتميزة من خلال اهتمام إدارة المستشفى وتوفير الخبرات والمهارات الصحية، والاهتمام بالمرضى بصورة شخصية (أبي سعيد وآخرون، 2003، ص 14).

نموذج الدراسة:

للإجابة على تساؤلات الدراسة وفرضياتها تم وضع النموذج الفرضي التالي:



شكل (1): نموذج الدراسة
المصدر: من إعداد الباحثان

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تعريف الخصخصة:

يُشير المعنى اللغوي لكلمة الخصخصة إلى إعطاء فئة ما في المجتمع خصائص معينة. ووضع هذا المعنى في المجال الاقتصادي يعني منح القطاع الخاص خصائص جديدة تتعلق بإدارة الوحدات الإنتاجية العامة، والغاية من ذلك هو تطوير كفاءة هذه الوحدات من أجل تحسين أهداف التنمية في المجتمع (الحصري، 2018، ص20). ويجب التمييز بداية بين مفهومين مهمين هما: الخصخصة والشراكة بين القطاعين العام والخاص، حيث تشير الخصخصة إلى حصول القطاع الخاص على تفويض من القطاع العام بامتلاك الأصول الحكومية وإدارتها، أما الشراكة بين القطاعين فتعني بقاء ملكية الأصول للحكومة وهي تنتهي بانتهاء النشاط المتفق عليه (الزومان، 2018، ص299). وهذا يعني أن الخصخصة وإن كانت تتعلق بتشجيع دور القطاع الخاص إلا أنها تختلف عن الشراكة بين القطاعين العام والخاص لأن الخصخصة تؤدي إلى نقل ملكية المنشآت الحكومية إلى القطاع الخاص.

لقد بدأت الخصخصة في أواخر القرن التاسع عشر عندما قامت الحكومة اليابانية بإقامة مصانع في قطاعات معينة وبيعها للشركات والأفراد، ثم ظهرت المرحلة الثانية من الخصخصة عندما قامت الحكومة البريطانية بخصخصة معظم المشروعات الاقتصادية والاجتماعية في بريطانيا. وجاءت الموجة الثالثة من الخصخصة بعد انهيار الكتلة الشرقية والاتحاد السوفييتي. وبعد ذلك ظهرت مبادرات البنك الدولي بتشجيع الدول النامية على تبني مفهوم الخصخصة من أجل تحقيق التنمية (عبوي، 2007، ص11). وتعرف الخصخصة بصفة عامة بأنها لتوسعة الملكيات الخاصة داخل الدولة من خلال قيام الدولة بتخفيض نصيبها في الأصول الحكومية كلياً أو جزئياً لصالح القطاع الخاص، أو التخلص من مؤسسات القطاع العام التي تتعرض للخسارة، وهي عملية إدارية تهدف إلى تحويل المستشفيات الحكومية إلى القطاع الخاص بشكل كلي أو جزئي من أجل إدارتها وتوفير الخدمات الصحية للمواطنين وتخفيف الأعباء المالية للدولة وتحسين الكفاءة الإنتاجية لتحقيق أهداف التنمية (ساعاتي، 2012، ص15). ومن تعريفات الخصخصة كذلك أنها مجموعة السياسات والإجراءات المستخدمة لنقل ملكية المشاريع العامة إلى القطاع الخاص أو تكليفه بإدارتها، أو إعطاء عقود للقطاع الخاص للقيام ببناء أصول معينة وتشغيلها (العبدروس، 2019، ص335). كما تعرف بأنها العملية المتعلقة بنقل ملكية أو إدارة مؤسسات القطاع العام التي لا تتعلق بسيادة الدولة إلى القطاع الخاص بعدة طرق تتضمن بيعها كلياً أو جزئياً لشركات القطاع الخاص أو تأجيرها أو تحويل إدارتها للقطاع الخاص (الجبوري وضيدان، 2021، ص499). وقد عرف (أبو يونس، 2017، ص20) الخصخصة بأنها الاستراتيجية الحديثة القائمة على تحويل القطاعات الاقتصادية والخدمات الاجتماعية التي تقع خارج نطاق السياسة العليا للدولة من القطاع العام إلى القطاع الخاص. وتعرف الخصخصة بحسب البنك الدولي بأنها زيادة مشاركة القطاع الخاص في إدارة ملكية الأصول والأنشطة التي تمتلكها الحكومة (عبوي، 2007، ص13). ويمكن فهم عملية الخصخصة بأنها منح القطاع الخاص دوراً كبيراً في اقتصاد الدولة والعمل بموجب آلية السوق (الدوري والشمري، 2007، ص3)، وبأنها سياسة الإصلاح الاقتصادي القائمة على تحويل المشروعات العامة إلى مشروعات خاصة من حيث الملكية أو الإدارة (عناني، 2018، ص392). وقد عرفها (عبوي، 2007، ص13) بأنها السياسة القائمة على تحويل الملكية العامة إلى ملكية خاصة وفق قوانين الدولة وضوابطها. ويلاحظ من هذه التعريفات أن الخصخصة تعني التوجه من القطاع العام نحو القطاع الخاص من خلال تخلي الحكومة عن ملكيتها أو إدارتها لأصولها لصالح القطاع الخاص بموجب اتفاق بين الطرفين.

الخدمات الصحية:

عُرفت بأنها المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حاله مكتملة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل (المساعد، 1998، ص87) وتشمل الخدمات الصحية كافة الخدمات التي تعني بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها، وهي تشمل كل الخدمات الصحية الشخصية والمرتكزة على السكان. (فوزي، 1998، ص9)، وتعرف الخدمة الصحية على أنها الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع (عتيق، 2012، ص35).

جودة الخدمة الصحية:

عرفت منظلة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية بأنها التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية (أبي سعيد وآخرون، 2003، ص14). بينما عرفها آخر بأنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة (المحيوي، 2006، ص90). ومنهم من عرفها بأنها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل مائلاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءاً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة (العسالي، 2006، ص11). وهناك آخر عرفها بأنها تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (خسروف، 2008، ص30). كما تم تعريفها بأنها العلاج المتقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل (النجار، 2007، ص363). تختلف الخدمات عن السلع من حيث أنها غير ملموسة ويقصد بذلك أنه لا يمكن معاينة الخدمة قبل الحصول عليها كما هو الحال بالنسبة

للسلعة، كما أن الخدمات تكون غير متشابهة أو غير متجانسة مثل السلع وذلك لأن الخدمات ترتبط بخصائص وقدرات من يقدمها (دريدي، 2014، ص12)، وهذا يعني أن مستوى جودة الخدمة يختلف باختلاف مقدمها. ويمكن تعريف الخدمة الصحية بأنها الخدمات المتعلقة بالكشف الصحي والعلاج أو التدخل الطبي الذي يحصل عليه المريض من أجل تحسن حالته الصحية. وترتبط الخدمة الصحية بإجراءات الكشف والعلاج والنتائج المتوقعة من هذه الخدمة. بالإضافة إلى الخدمات المساندة المرتبطة بها مثل حجز المواعيد والاتصالات (دريدي، 2014، ص16). ومن تعريفاتها من وجهة نظر المريض أنها الخدمة التي يحصل عليها المريض بما يتفق مع توقعاته وتلبية احتياجاته وبما يحقق له الرضى (دريدي، 2014، ص23). ومن هنا فإن عدم توافق ما يحصل عليه المريض من خدمة مع توقعاته يؤدي إلى حدوث فجوة في جودة الخدمة كما تعرفها الهيئة الأمريكية لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها تحقيق النتائج المنشودة وتقليل النتائج غير المرغوبة من خلال الالتزام بالمعايير المتبعة لتقديم مستوى لائق من الممارسة الصحية (رضوان، 2021، ص118).

أبعاد جودة الخدمات الصحية والخصخصة:

أشارت الكثير من الدراسات، والبحوث إلى تحديد عدة أبعاد وسمات لجودة الخدمة يمكن قياس جودة الخدمة من خلالها، ولعل أكثر الدراسات اتفقت على تحديد خمس سمات استناداً إلى دراسة بارا سيرامان وآخرون 1988م التي بينت أن الأبعاد أو المعايير التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي التي يحددها المستفيد من الخدمة حيث قاموا هؤلاء الباحثون بتحديد خمس أبعاد أو معايير يلجأ إليها المستفيد من الخدمة للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليه، وهذه الأبعاد هي:

- **الاعتمادية:** وتعني قدرة المستشفى على أداء الخدمة الموعد بها للمريض بثقة ودقة. كما أنها تشير إلى أن المريض سوف يتلقى العلاج بشكل صحيح ودقيق. وبغض النظر عن العلاج سوف يتلقى المريض كل الاهتمام الذي يحتاجه (طارق، 2015، ص67). وتعتبر الاعتمادية عن درجة ثقة المستفيد من الخدمة (المريض) في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية. (ديون، 2012، ص219) ويكمن دور الخصخصة هنا في أنها تمكن المستثمر من توفير الكادر الصحي الذي يمتلك الخبرة الكافية (البقي، 2021، ص1870). وتبعاً لمرونة القطاع الخاص فإنه بالإمكان أن تقوم إدارة المستشفى بالتعاقد مع أطباء من ذوي الكفاءة من نفس القطاع الخاص لتقديم خدمات معينة مثل اجراء العمليات الجراحية. وفي المقابل فإن آلية العمل المتبعة في مستشفيات القطاع العام لا تسمح باستقدام أطباء من القطاع الخاص لا جراء عمليات جراحية في القطاع العام دون أن يكون موظفاً في المستشفى، ولكن يحدث هذا في القطاع الخاص وليس بالضرورة ان يكون الطبيب موظفاً في المستشفى بل من الممكن أن يكون لديه عيادة خارجية ويقوم بإجراء عمليات جراحية في المستشفيات الخاصة. وبالتالي فإنه من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية من حيث بعد الاعتمادية.
- **الاستجابة:** وتعني الاستجابة قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. (Lovelock, 1996,p465) ويمكن تحقيق ذلك في ظل إدارة القطاع الخاص للمستشفى لأنه من السهل التعاقد مع أطباء من القطاع الخاص حينها كما سبقت الإشارة، كما أن آلية عمل المستشفى الخاص بالربح تتيح لإدارته إبداء استعداد لتقديم خدمات الرعاية الصحية على مدار الساعة بسبب توفر الكادر الصحي. وغالباً ما يكون المستثمر مسؤولاً عن مستشفى واحد وإن كان مسؤولاً عن أكثر من مستشفى فإن إدارتها تكون منفصلة. ومن هنا فإنه من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية من حيث بعد الاعتمادية.
- **الملموسية:** تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال إضافة إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين الترتيبات الداخلية للمؤسسة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة. (ثامر، 2005، ص212) وهذا يعني أن الخصخصة تؤدي إلى تحسين الملموسية نظراً لاهتمام القطاع الخاص بتوفير أفضل الأجهزة والمعدات الطبية التي تساعد على تحسين كفاءة العمل في المستشفى وتضمن سرعة تقديم الخدمات. ويمتلك القطاع الخاص قرار بالتمويل الفوري لمشترياته بخلاف القطاع العام المرتبطة بموازنة وزارة الصحة التي تقع على عاتقها مسؤولية تمويل جميع المستشفيات وليس مستشفى واحد. كما أن القطاع العام يحاول تغطية جميع المناطق وتحقيق التوازن في توزيع الخدمات الصحية المقدمة في مختلف المستشفيات العامة، أما في القطاع فإن التمويل يكون أكثر مرونة لأن المستثمر يعمل على تحديث مستشفى واحد وليس تحديث الأجهزة الطبية في منظومة صحية بأكملها. وعليه، من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بعد خصصتها من حيث تحسين بعد الملموسية.
- **الأمان:** وهي ما يتمتع به العاملون من معرفة وكياسة ومجاملة ومدى قدرتهم على توصيل الثقة والأمان للعملاء و الضمان يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة (سمير، 2000، ص69) ويمكن القول إن التزام إدارة المستشفيات الحكومية

لا يقل أهمية عن اهتمام الإدارة في القطاع الخاص من حيث ضرورة تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية للمرضى، ولكن الفارق هو أن مقدرة القطاع الخاص على توفير الكادر الطبي والأجهزة والمعدات الطبية أفضل من مقدرة القطاع العام. والسبب في ذلك كما ذكر مسبقاً أن نطاق عمل المستشفى الخاص يرتبط بإدارة المستشفى ولكن المستشفى الحكومي يرتبط بالوزارة من حيث التمويل، حيث أن المستشفى الخاص يستطيع تمويل نفسه ولكن المستشفى الحكومي غير مؤهل لذلك لأنه يقدم خدمات صحية عامة لا يتقاضى مقابلها ما يغطي تكلفتها. ومن هنا فإنه من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بعد خصخصتها وذلك من حيث بُعد الأمان.

- **التعاطف:** يشير هذا البعد إلى درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمريض مثل تفهم احتياجات المريض وضع مصلحة المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة والعناية الشخصية بكل مريض وتقدير ظروف المريض والتعاطف معه، والروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض (سامر، 2015، ص 77) ولا يقتصر ذلك على قطاع دون آخر بل يعتمد على الإنسان نفسه سواء أكان في القطاع العام أم القطاع الخاص، ولهذا من المتوقع أن يكون تأثير خصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين جودة الخدمة الصحية من حيث بُعد التعاطف محدوداً في غالب الأحيان.

الدراسات السابقة:

- فيما يلي نستعرض بعض الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة بغرض التعرف على النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات:
- **دراسة غواري (2021) بعنوان "التدريب وتأثيره على جودة خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ديدوش مراد قسنطينة".** هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التدريب في جودة خدمات الرعاية الصحية وذلك بافتراض أن تحسين جودة العملية التدريبية يؤدي إلى تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية. تم جمع البيانات بواسطة مقابلات شخصية أجريت مع (خمسون) فرداً من الأطباء والممرضين العاملين في واحدة من المستشفيات العمومية في الجزائر (ديدوش مراد). وقد أظهرت النتائج أن نسبة العاملين الذين تلقوا تدريباً بلغت (80%)، منهم حوالي (60%) لم يحقق التدريب الذي تلقوه أهدافهم، وحوالي (60%) لم يلبى التدريب الذي تلقوه طموحاتهم، إلا أن التدريب قد أدى إلى تحسين أداء العاملين بسبة (100%)، خاصة في مجال تقليل الأخطاء الطبية التي انخفضت بنسبة (80%) بسبب التدريب. مما يعني التأكيد على أثر التدريب في جودة الرعاية الصحية.
 - **دراسة (Alkhamis, 2017) تحليل ومراجعة للأدب النظري لخصخصة الرعاية الصحية وعلاقتها بالوصول إلى الرعاية الطبية في المملكة العربية السعودية.** هدفت الدراسة إلى مراجعة الأدب النظري لخصخصة المستشفيات من أجل تحديد أثر خصخصة المستشفيات في الوصول إلى الرعاية الطبية الجيدة في المستشفيات في المملكة العربية السعودية. وتوصلت الدراسة إلى وجود دليل ضعيف على دور الخصخصة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة إصلاح القطاع الصحي قبل الخصخصة بالتركيز على التمويل والكفاءة ووضع سياسة بعد الخصخصة لضمان وصول الأفراد غير القادرين إلى خدمات الرعاية الصحية وضبط تكاليف الرعاية الصحية.
 - **دراسة ساعاتي (2012) بعنوان "خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العام العاملة في مدينة جدة".** هدفت الدراسة إلى تحديد أثر خصخصة مستشفيات القطاع العام في تحسين جودة الخدمات الطبية من خلال قياس الفروق في وجهات نظر العاملين في المستشفيات بشأن مقدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الخصخصة، والفروق المتعلقة بخصخصة مستشفيات القطاع العام والسياسات المتبعة في المستشفيات في جودة الخدمات الطبية. وتم جمع البيانات بواسطة استبانة وزعت على عينة من العاملين في المستشفيات تكونت من (200) فرداً في مستشفى الملك فهد ومستشفى الملك عبد العزيز في محافظة جدة، وعينة من المرضى المراجعين بلغت (200) فرداً. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق في وجهات نظر العاملين بحسب الجنس ووجود فروق بحسب العمر ومعدل الدخل والمؤهل العلمي تجاه مقدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الخصخصة. كما بينت الدراسة أن خصخصة مستشفيات القطاع العام يؤدي إلى تحسين ومستوى جودة الخدمات الطبية في المستشفيات العامة.
 - **دراسة حسنين (2011) بعنوان "قياس جودة الخدمات الصحية في الأندية الصحية الأهلية الحكومية والخاصة".** تناولت الدراسة جودة الخدمات الصحية (الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف) في الأندية الصحية الأهلية الحكومية والخاصة في القاهرة والجيزة من أجل التعرف على الفروق بين توقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية وإدراك إدارة الأندية لهذه التوقعات، والفروق بين إدراك الإدارة لتوقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية ومواصفاتها، وبين إدراك الإدارة لمواصفات الخدمات الصحية ومواصفات الخدمات الصحية الفعلية. وقد تم جمع بيانات الدراسة بواسطة استبانة وزعت على عينة من المستفيدين بلغت (300) فرداً بالإضافة إلى (9) من أعضاء إدارة الأندية. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين توقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية وإدراك الإدارة لتلك التوقعات من حيث ثلاثة أبعاد هي الاستجابة، والضمان، والتعاطف، ووجود فروق بين إدراك الإدارة لتوقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية وإدراكها لمواصفات

تلك الخدمات. كما بينت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين إدراك الإدارة لمواصفات الخدمات الصحية ومواصفات الخدمات المقدمة فعلياً للمستفيدين.

- دراسة (Ifiran,et al,2011) هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في باكستان من وجهة نظر المرضى واستخدم الباحثون مقياس SERVQUAL والمكون من 22 عبارة تمثل أبعاد الجودة الخمس (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، التأكد، التعاطف) وكان من أهم النتائج بأن جميع أبعاد جودة الخدمة كان لها تأثير إيجابي وبخاصة بعدي الاستجابة والملموسية أن الأطباء والمرضى في المستشفيات الخاصة لديهم اهتمام لرعاية مرضاهم، تضع المستشفيات الخاصة أقصى جهودها لتوفير وسائل الراحة لمرضاها، أن جودة الخدمة في المستشفيات الخاصة تفي برضا المرضى.
- دراسة سليمان (2008) بعنوان "قياس رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات العامة والخاصة الأردنية". هدفت الدراسة إلى بيان مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية (اعتمادية الخدمة، وسرعة الاستجابة، والثقة، والاعتناق، والملموسية) من وجهة نظر المرضى، ومدى اختلافه باختلاف بعض المتغيرات مثل: الجنس، والحالة الاجتماعية، ووجود تأمين صحي، ونوع العمل الحالي. وذلك بافتراض عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفيات الحكومية والخاصة تعزى إلى متغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، ووجود تأمين صحي، ونوع العمل الحالي. وقد تم جمع البيانات بواسطة استبانة وزعت على عينة من المرضى في المستشفيات العامة والخاصة بلغ عدد أفرادها (300) مريضاً. وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط إلى مرتفع من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة، وعدم وجود فروق تعزى إلى متغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، ووجود تأمين صحي، ونوع العمل الحالي.
- دراسة الأحمد (2006) بعنوان "محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية". هدفت الدراسة إلى الكشف عن محددات جودة الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والممرضين والفنيين) وقيادات القطاع الصحي (العليا والوسطى والتنفيذية). وذلك بالتركيز على دور القيادات من حيث التزامها بالجودة الشاملة والتحسين المستمر وتجاوبها مع مقترحات التحسين المستمر، والقياس والتحليل من حيث اعتماد مراكز الرعاية الصحية على تنوع المعلومات ودقتها وملاءمتها، وكذلك من حيث مشاركة العاملين في عملية تخطيط الجودة وتحديد أولويات التحسين وإملاكهم لسلطة حل المشكلات، بالإضافة إلى إدارة الجودة، ونتائجها، والتركيز على العملاء. وقد تم جمع بيانات الدراسة بواسطة مقابلات أجريت مع أفراد عينة الدراسة بلغ عددها (36) مقابلة. وتوصلت الدراسة إلى أن تطبيق الجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية يتأثر بستة عوامل: القيادة، والثقافة التنظيمية، والقياس والتحليل، ونظم إدارة الجودة، وتنمية القوى البشرية، ومستوى التكامل والتنسيق.
- دراسة حلاوة (2004) بعنوان "أثر سلبيات الخصخصة على خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفى الجامعي الرئيسي بالإسكندرية". تناولت الدراسة أثر سياسات الخصخصة في خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين في المستشفى الجامعي التابع لجامعة الإسكندرية، وذلك باستخدام عينة تكونت من مرضى العلاج المجاني (42 مريضاً)، ومرضى العلاج بالأجر (21 مريضاً)، وأعضاء الفريق العلاجي من أطباء وممرضين وأخصائيين اجتماعيين (14 طبيباً، 16 أخصائية تمريض، 10 أخصائيين اجتماعيين). وبعد جمع البيانات بواسطة استبانة وزعت على أفراد عينة الدراسة تم التوصل إلى أن الفئة الأكثر تأثراً بخصخصة القطاع الصحي هي فئة محدود الدخل وذلك بسبب زيادة تكاليف الرعاية الصحية. كما بينت صعوبة وصول الفقراء للخدمات الصحية بسبب ارتفاع أسعارها وعدم المقدرة على دفع نفقاتها، والازدحام الشديد وكثافة أعداد المرضى بسبب عدم تقديم الخدمات الصحية بالسرعة المطلوبة. كما بينت الدراسة أن العلاج بالأجر كجزء من نظام الخصخصة المتبع لا يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.
- دراسة (Camilleri & Callaghan, 1998) دراسة مقارنة في جودة خدمة الرعاية الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة، وتبين من نتائج تلك الدراسة تجاوز المستشفيات العامة والخاصة لتوقعات المرضى عن جودة الخدمة، بل أن المستشفيات العامة قد تفوقت على المستشفيات الخاصة في تجاوزها لتوقعات المرضى. وفُسرَت الدراسة وجود الفروق بين القطاعين باختلاف نوعية الخدمات الفندقية وليست الخدمات الطبية أو العلاجية بالرغم من اعتقاد بعض المرضى بأن المستشفيات الخاصة تتميز بجودة أعلى مهنيًا وفنيًا من المستشفيات العامة.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من العرض السابق يتشابه البحث الحالي مع بعض الدراسات السابقة مثل دراسة حلاوة (2004) ودراسة ساعاتي (2012) من حيث الهدف، ويختلف معها من حيث مكان تطبيق الدراسة حيث تناولت دراسة حلاوة (2004) المستشفى التابع لجامعة الإسكندرية، وطُبقت دراسة ساعاتي (2012) على مستشفيات القطاع العام في جدة. كما اقتصرَت بعض الدراسات السابقة على قياس جودة الخدمات الصحية مثل دراسة حسنين (2011)، أو قياس رضا المرضى مثل دراسة سليمان (2008) في حين يختص البحث الحالي بدراسة أثر خصخصة القطاع الصحي في جودة الخدمات الصحية.

وبلاحظ تشابه البحث الحالي مع الدراسات السابقة (مثل سليمان، 2008، ساعاتي، 2012، غواري، 2021) من حيث مجتمع الدراسة الذي يتمثل في العاملين في المستشفيات العامة.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة وفرضياتها، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المعتمد على الدراسة الميدانية باعتباره المنهج المناسب وطبيعة الدراسة واغراضها.

مجتمع الدراسة:

يتألف مجتمع البحث من جميع العاملين في مستشفى الملك خالد بنجران والبالغ عددهم (1723) موظفًا، ومستشفى الولادة والأطفال بنجران والبالغ عددهم (1156) موظفًا. وهذا يكون العدد الإجمالي للعاملين في كلا المستشفيات حوالي (2879) موظفًا.

حجم عينة الدراسة:

عادة تحدد حجم العينة حسب صيغة طريقة العينة المختارة معتمدة في ذلك على مقاييس نظرية ورياضية معينة من خلالها يمكن تحديد حجم العينة، ومن المعروف أن حجم العينة ليس ذو علاقة مع حجم المجتمع بل نجد أن تباين المشكلة في المجتمع لها علاقة طردية بحجم العينة حيث كلما كان المجتمع متجانس قلت حجم العينة والعكس صحيح، وعلى الرغم من ذلك يصعب تحديد قواعد عامة لسحب العينة دون المعرفة الدقيقة بمجتمع العينة الإحصائي، والكثير من الباحثين يرون أن 100 مفردة تمثل الحد الأدنى لإجراء تحليل إحصائي ملائم وتعميم النتائج (Kenneth, Bailey, 1995) وكذلك يعتبر حجم العينة مناسبًا لجميع الدراسات في مجال العلوم الاجتماعية إذا كان N أكبر من 30 وأقل من 500 حيث تمثل n حجم العينة (Kerjcia, R. and Morgan, 19970) والبعض حدد حجم العينة بنسبة (5%) من مجتمع البحث وفقًا ل (Delice, 2010)، وأخيرًا لا حاجة لدراسة المجتمع الأصلي إذا أمكن الحصول على عينة كبيرة نسبيًا ومختارة بشكل عشوائي تمثل المجتمع الأصلي المأخوذة منه، لأن النتائج المستنبطة من دراسة العينة ستطبق إلى حد كبير مع النتائج المستخلصة من دراسة المجتمع الأصلي (العسكري، 2004، ص168). وتوفيقًا لكل هذه الآراء وتلبية لأغراض البحث اعتمد الباحثان تحديد حجم العينة بنسبة (5%) من مجموع العدد الإجمالي لحجم المجتمع والبالغ (2879) موظفًا باختلاف مسمياتهم.

نوع العينة:

وتتكون عينة الدراسة من عينة عشوائية طبقية وفق المسميات الوظيفية للعاملين من إداريين وفنيين وأطباء بكل من مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال بنجران بنسبة (5%) لكل العاملين في كل مسمى وظيفي أي (150) موظفًا تقريبًا من إجمالي العاملين بالمستشفيات موضوع الدراسة وتمت زيادة هذا العدد (200) موظفًا تحسبًا لعدم الرد من بعض المبحوثين وفق المسميات الوظيفية.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة أساسية لجمع البيانات واختبارها وهي عبارة عن أداة تحتوي على مجموعة من الأسئلة المصممة لجمع البيانات اللازمة عن المشكلة، وتعتبر من أكثر طرق جمع البيانات استخدامًا في الحصول على المعلومات بطريقة مباشرة من المبحوثين. وتكونت الاستبانة من ثلاثة أجزاء يتناول الجزء الأول منها البيانات الشخصية لإفراد عينة الدراسة، ويتضمن الجزء الثاني والثالث الأسئلة الخاصة بفرضيات الدراسة. حيث أحتوى الجزء الثاني على أسئلة تتعلق بقياس متغير الخصخصة وهي (سبعة) أسئلة وأحتوى الجزء الثالث على أسئلة تقيس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات بالتركيز على خمسة أبعاد هي: الاعتمادية، والاستجابة، والملموسية، والضمان، والتعاطف. وصممت خيارات الإجابة على أسئلة الاستبانة وفقًا لمقياس ليكرت الخماسي المتدرج (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) حسب الدرجات (1،2،3،4،5) على التوالي. ولقد تمكن الباحثان من إرسال الاستبانة الإلكترونية على (200) مبحوثًا من العاملين وفق مسمياتهم الوظيفية. وبعد اكتمال عملية الإرسال الإلكتروني تلقى الباحثان ردود 197 مبحوثًا حيث أن الاستبانة الإلكترونية مقيدة للمبحوثين بالإجابة على جميع الأسئلة قبل إرسال الردود. وسيتم استخدام برنامج SmartPLS3 من أجل تطبيق إجراءات التحليل الإحصائي. ويساعد هذا البرنامج على استخدام تحليل المسار ضمن نمزجه المعادلة البنائية (Structural Equation Modeling) الذي يمكن من اختبار العلاقات الخطية بين المتغيرات الكامنة.

اختبار صدق وثبات أداة الدراسة:

- **الصدق الظاهري:** وهو التأكد من أن العبارات التي وردت في الاستبانة يمكنها أن توفر البيانات المطلوبة للدراسة بدقة وذلك لتأثيرها المباشر في نتائج الدراسة. ولتحقيق ذلك تم عرض الاستبانة على 4 من المحكمين من ذوي الاختصاص في المجال الأكاديمي من جامعة نجران وذلك للتأكد من الصدق الظاهري لمحتويات الاستبيان، وتم تعديلها وفقًا لملاحظاتهم ومقترحاتهم حتى خرجت بصورتها النهائية.

- الثبات الإحصائي: لاختبار مدى جودة المقاييس المستخدم في جمع البيانات تم استخدام اختبار الاعتمادية (ألفا كرونباخ) لقياس التوافق الداخلي بين المفردات المستخدمة في الاستبانة، نظراً لما تشكله من أهمية في تقييم مدى جودة المقاييس، حيث احتوت الاستبانة أسئلة تتعلق بقياس متغير الخصخصة وهي (7) أسئلة و(20) سؤال تقيس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات بالتركيز على خمسة أبعاد هي: الاعتمادية، والاستجابة، والملموسية، والأمان والضمان، والتعاطف.

جدول (1): استخدام معامل الفا كرونباخ لقياس الثبات الإحصائي لأداة الدراسة	
العوامل	Cronbach's Alpha
الخصخصة	0.93
الاستجابة	0.88
الاعتمادية	0.87
التعاطف	0.89
الأمان والضمان	0.92
الملموسية	0.86

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SmartPLS3.

أسلوب معالجة وتحليل البيانات:

- لتحقيق أهداف الدراسة تم تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق استمارة الاستبيان من خلال تطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات ونوع العينة وذلك عن طريق استخدام برنامج SmartPLS3 من أجل تطبيق إجراءات التحليل الإحصائي. ومن أهم هذه الأساليب:
 - استخدام التوزيعات التكرارية والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة للتعرف على توزيع مفردات الدراسة حسب المتغيرات الشخصية (الديموغرافية).
 - استخدام معامل الاعتمادية (ألفا كرونباخ) للتحقق من درجة ثبات المقاييس المستخدم، حيث يركز هذا المعامل على اختبار درجة التناقص الداخلي بين محتويات أو بنود المقياس الخاضع للاختبار.
 - المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد الدرجات الكلية للخصخصة وجودة الخدمة الصحية وأبعادها من وجهة نظر العاملين في المستشفيات محل الدراسة، وتحديد درجة كل فقرة من فقرات الاستبانة من خلال تصنيفها مرتفعة، أو متوسطة، أو منخفضة.
- استخدم نماذج مسار المربعات الصغرى الجزئية (SEM-PLS) باستخدام برنامج (Smart pls3).

جدول (2): مقياس تقييم المتوسطات الحسابية*

الدرجة	قيمة المتوسط الحسابي
1 - أقل من 1.34	ضعيفة
1.34 - أقل من 2.68	متوسطة
2.68 - 5	مرتفعة

المصدر: من إعداد الباحثان

- حيث أن الاستبانة الحالية مصممة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي الذي يتألف من خمسة نقاط هي:
- 1- موافق بشدة تعطى الرقم (5) (الحد الأعلى) 2- موافق تعطى الرقم (4) 3- محايد تعطى الرقم (3) 4- غير موافق تعطى الرقم (2) 5- غير موافق بشدة تعطى الرقم (1) (الحد الأدنى).
- فقد تم حساب المقياس السابق * حسب المعادلة التالية:
- (الحد الأعلى لإجابات الاستبانة - الحد الأدنى لإجابات الاستبانة) / 3
- حيث يشير الرقم (3) في المعادلة إلى درجات التقييم الثلاث: ضعيفة، متوسطة، مرتفعة.
- $$1.33 = 3 / (1-5) =$$
- وعليه، الفئة الأولى تبدأ بـ (1) وهو الحد الأدنى للاستجابات وتنتهي بـ (1.33)، والفئة الثانية تبدأ بـ (1.34) وتنتهي بـ (2.67=1.33+1.34)، والفئة الثالثة تبدأ بـ (2.68) وتنتهي عند (5) وهو الحد الأعلى.

خصائص أفراد عينة الدراسة:

تم جمع البيانات الشخصية لأفراد عينة البحث المتعلقة بالجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، وعدد سنوات الخبرة. ويبيّن الجدول رقم (3) نتائج تحليل البيانات الشخصية. لقد أظهرت نتائج التحليل كما يبين الجدول (2) أن غالبية أفراد عينة الدراسة من الذكور بنسبة بلغت 94% (ن = 186) مقارنة بنسبة الإناث التي بلغت 6% (ن = 11)، النسبة الأكبر منهم بواقع 55% (ن = 108) من الفنيين، يلهم الإداريون بنسبة 38% (ن = 74)، ثم الأطباء بنسبة 8% (ن = 15). ومما يلاحظ من النتائج أن 50% من أفراد عينة البحث يحملون درجة البكالوريوس (ن = 98)، يلهم نسبة الحاصلين على درجة دبلوم متوسط التي بلغت 29% (ن = 57)، ثم الحاصلين على درجة في الدراسات العليا بنسبة 15% (ن = 30). وكانت النسبة الأقل من حيث المستوى

التعليمي هي نسبة الأفراد الحاصلين على شهادة الثانوية العامة بنسبة 6% (ن = 12). أما من حيث عدد سنوات الخبرة فقد أظهرت النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد عينة البحث لديهم عدد سنوات خبرة تتراوح بين 5 إلى أقل من 10 سنوات وذلك بواقع 29% (ن = 58)، يليهم الأفراد الذين لديهم 15 سنة فأكثر من الخبرة بنسبة بلغت 27% (ن = 54)، ثم الأفراد الذي يقل عدد سنوات خبرتهم عن 5 سنوات بنسبة 22% (ن = 44). وأخيراً، الأفراد الذين يمتلكون عدد سنوات خبرة من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة.

جدول (3): نتائج تحليل البيانات الشخصية لأفراد عينة الدراسة

1.	الجنس	الرمز	التكرار	النسبة
ذكر	1	186		94%
أنثى	2	11		6%
2.	المسمى الوظيفي			
- فني	1	108		55%
- إداري	2	74		38%
- طبيب	3	15		8%
3.	المستوى التعليمي			
- ثانوي	1	12		6%
- دبلوم متوسط	2	57		29%
- بكالوريوس	3	98		50%
- دراسات عليا	4	30		15%
4.	عدد سنوات الخبرة			
- أقل من 5 سنوات	1	44		22%
- 5 - أقل من 10 سنوات	2	58		29%
- 10 - أقل من 15 سنة	3	41		21%
- 15 سنة فأكثر	4	54		27%
		197		100%

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي.

تحليل نتائج فقرات الخصخصة:

يتضح من جدول (4) أن المتوسط العام للخصخصة جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي بلغ (3.80) وانحراف معياري يساوي (1.02). وقد جاءت الفقرة رقم 7 التي نصت على "تساعد خصخصة المستشفى على توضيح الأدوار والمهام التي يقوم بها الموظفون" بالمرتبة الأولى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.99) وانحراف معياري (1.020)، يليها الفقرة رقم 6 التي نصت على "تؤدي خصخصة المستشفى إلى تجاوز الإجراءات الروتينية المتبعة لتمويل مستلزمات المستشفيات" بدرجة مرتفعة إذ بلغ متوسطها الحسابي (3.90) وانحرافها المعياري (1.055). وقد ظهرت الفقرة رقم 4 التي نصت على "تساعد الخصخصة على تنفيذ مهام العمل بمرونة إدارية وتشغيلية" بدرجة مرتفعة، والفقرة رقم 5 التي نصت على "تؤدي خصخصة المستشفى إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من خلال تحسين كفاءة العمل" بدرجة مرتفعة في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (3.87) وانحراف معياري (1.11) على التوالي.

جدول (4): نتائج تحليل فقرات الخصخصة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
7.	تساعد خصخصة المستشفى على توضيح الأدوار والمهام التي يقوم بها الموظفون.	3.99	1.020	1	مرتفعة
6.	تؤدي خصخصة المستشفى إلى تجاوز الإجراءات الروتينية المتبعة لتمويل مستلزمات المستشفيات	3.90	1.055	2	مرتفعة
5.	تؤدي خصخصة المستشفى إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من خلال تحسين كفاءة العمل.	3.87	1.112	3	مرتفعة
4.	تساعد الخصخصة على تنفيذ مهام العمل بمرونة إدارية وتشغيلية.	3.87	1.117	3	مرتفعة
3.	تؤدي خصخصة المستشفى إلى زيادة إنتاجية الموظفين في مجال تقديم الرعاية الصحية للمرضى.	3.81	1.066	5	مرتفعة
2.	تتيح خصخصة المستشفى فرصة تطبيق الأفكار الإبداعية في تنفيذ العمل.	3.70	1.111	6	مرتفعة
1.	القطاع الخاص أكثر مقدرة على استقطاب الخبرات الصحية مقارنة بالقطاع العام.	3.48	1.215	7	متوسطة
	المتوسط العام	3.800	0.917	-	مرتفعة

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي

علاوة على ما تقدم، بيّنت نتائج تحليل البيانات كما يظهر في جدول (4) أن الفقرة رقم 2 التي نصت على "تتيح خصخصة المستشفى فرصة تطبيق الأفكار الإبداعية في تنفيذ العمل" في المرتبة السادسة بمتوسط حسابي (3.70) وانحراف معياري (1.11). وأخيراً، جاءت الفقرة رقم 1 التي نصت على "القطاع الخاص أكثر مقدرة على استقطاب الخبرات الصحية مقارنة بالقطاع العام" في المرتبة السابعة بدرجة متوسطة إذ بلغ متوسطها الحسابي (3.48) بانحراف معياري (1.21). ومما يلاحظ من النتائج السابقة أن درجات جميع الفقرات جاءت مرتفعة باستثناء فقرة واحدة ترى أن القطاع الخاص أكثر مقدرة على استقطاب الخبرات الشخصية مقارنة بالقطاع العام.

تحليل نتائج مستوى جودة الخدمات الصحية:

اعتمدت البحث خمسة أبعاد لجودة الخدمات الصحية هي: الاعتمادية، والاستجابة، والملموسية، والأمان، والتعاطف. وقد تم قياس هذه الأبعاد باستخدام الفقرات الواردة في القسم الثالث من استبانة البحث وذلك باستخدام الفقرات (8-11) لقياس جودة الخدمات الصحية، والفقرات (12-15) لقياس الاستجابة، والفقرات (16-19) لقياس الملموسية، والفقرات (20-23) لقياس الأمان، والفقرات (24-27) لقياس التعاطف. ومن أجل تحديد درجة كل فقرة من فقرات هذا البعد من حيث كونها مرتفعة أم متوسطة أم ضعيفة والدرجة الكلية للبعد فقد تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما يظهر في الجداول التالية.

• بُعد الاعتمادية

بيّنت النتائج أن المستوى العام للبعد الأول من أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة مرتفعة إذ بلغ المتوسط الحسابي العام (4.00) بانحراف معياري (0.75).

جدول (5): نتائج تحليل فقرات بعد الاعتمادية				
الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
11.	يحتوي المستشفى على صيدلية لصرف الأدوية للمواطنين.	4.34	0.742	1 مرتفعة
10.	تتوفر خدمة التحليل الطبية داخل المستشفى.	4.18	0.823	2 مرتفعة
8.	يقدم المستشفى خدماته الصحية دون أخطاء	3.94	0.970	3 مرتفعة
9.	ثقة المريض بكفاءة الكادر الصحي كبيرة.	3.86	0.998	4 مرتفعة
	المتوسط العام	4.00	0.75	- مرتفعة

وبين جدول (5) أن الفقرة رقم 11 التي نصت على "يحتوي المستشفى على صيدلية لصرف الأدوية للمواطنين" في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.34) وانحراف معياري (0.742)، يليها الفقرة رقم 10 التي نصت على "تتوفر خدمة التحليل الطبية داخل المستشفى" في المرتبة الثانية بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.18) وانحراف معياري (0.823). وفي المرتبة الثالثة ظهرت الفقرة رقم 8 التي نصت على "يقدم المستشفى خدماته الصحية دون أخطاء" بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.94) وانحراف معياري (0.970). وأخيراً، ظهرت الفقرة رقم 9 التي نصت على "ثقة المريض بكفاءة الكادر الصحي كبيرة" في المرتبة الرابعة بدرجة مرتفعة إذ بلغ متوسطها الحسابي (3.86) وانحرافها المعياري (0.998).

• بُعد الاستجابة

أظهرت نتائج التحليل في جدول (6) أن الدرجة الكلية لبعد الاستجابة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.04) وانحراف معياري (0.79). ومن حيث درجات فقرات البعد، تبين أن الفقرة رقم 12 التي تنصت على "فريق العمل في المستشفى مستعد دائماً لخدمة المرضى" وردت في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.22) وانحراف معياري (0.80).

جدول (6): نتائج تحليل فقرات بعد الاستجابة				
الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
12.	فريق العمل في المستشفى مستعد دائماً لخدمة المرضى.	4.22	0.801	1 مرتفعة
14.	يمتلك الفريق الصحي معلومات كافية عن حالة المريض.	4.10	0.839	2 مرتفعة
15.	المريض على علم بموعد تقديم الخدمة الصحية والانتهاؤها منها.	3.96	1.00	3 مرتفعة
13.	تقدّم الخدمات الصحية في مواعيدها دون تأخير.	3.90	1.00	4 مرتفعة
	المتوسط العام	4.04	0.79	- مرتفعة

وبين جدول (6) كذلك أن الفقرة رقم 14 التي نصت على "يمتلك الفريق الصحي معلومات كافية عن حالة المريض" بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (0.84)، الفقرة رقم 15 التي نصت على "المريض على علم بموعد تقديم الخدمة الصحية والانتهاؤها منها" قد ظهرت بدرجة مرتفعة حيث أن متوسطها الحسابي يساوي (3.96) وانحرافها المعياري يساوي (1.00)، بنفس الدرجة جاءت الفقرة رقم 13 التي نصت على "تقدّم الخدمات الصحية في مواعيدها دون تأخير" بمتوسط حسابي (3.90) وانحراف معياري (1.00).

• بُعد الملموسية

أشارت نتائج أظهرت نتائج التحليل في جدول (7) تحليل فقرات البعد الثالث من أبعاد جودة الخدمة الصحية وهو الملموسية الموضحة في الجدول (5-5) أن درجة هذا البعد من وجهة نظر عينة البحث مرتفعة بدلالة قيمة المتوسط الحسابي التي بلغت (4.04) بانحراف معياري (0.73). وتبين النتائج في الجدول رقم (7) أن الفقرة رقم 18 التي نصت على "مظهر الأطباء والممرضين في المستشفى أنيق" جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.15) وانحراف معياري (0.79)، يليها الفقرة رقم 17 التي نصت على "يقع المستشفى في منطقة ملائمة من السهل الوصول إليها" في المرتبة الثانية بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.08) وانحراف معياري (0.85).

جدول (7): نتائج تحليل فقرات بُعد الملموسية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
18.	مظهر الأطباء والممرضين في المستشفى أنيق.	4.15	0.791	1	مرتفعة
17.	يقع المستشفى في منطقة ملائمة من السهل الوصول إليها	4.08	0.851	2	مرتفعة
16.	يملك المستشفى أجهزة طبية حديثة	3.98	0.926	3	مرتفعة
19.	يوفر المستشفى أماكن مناسبة للانتظار.	3.97	0.917	4	مرتفعة
	المتوسط العام	4.04	0.73	-	مرتفعة

ومما يلاحظ كذلك من النتائج الواردة في جدول (7) أن الفقرة رقم 16 التي نصت على "يملك المستشفى أجهزة طبية حديثة" في المرتبة الثالثة حيث بلغ متوسط الحسابي (3.98) وانحرافها المعياري (0.93)، ثم الفقرة رقم 19 التي نصت على "يوفر المستشفى أماكن مناسبة للانتظار" بدرجة مشابهة بمتوسط حسابي مقارب للفقرة السابقة (3.97) وانحراف معياري (0.92). وعليه فإن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات محل الدراسة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة بالتركيز على بُعد الملموسية مرتفعة.

• بُعد الأمان

يتضح من النتائج الموضحة في جدول (8) المتعلقة بفقرات بُعد الأمان أن الدرجة الكلية لهذا البعد من وجهة نظر أفراد العينة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام لبعد الضمان (4.00) بانحراف معياري (0.79).

جدول (8): نتائج تحليل فقرات بُعد الأمان

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
22.	يملك أفراد الفريق الطبي الخبرات والمهارات المطلوبة لتلبية حاجات المرضى الطبية.	4.03	0.839	1	مرتفعة
21.	تهتم الإدارة العليا في المستشفى بجودة الخدمات الصحية	4.02	0.906	2	مرتفعة
23.	يقدم الطاقم الصحي للمرضى بما يشعرونهم بالأطمئنان للخدمات الصحية التي يتلقونها في المستشفى.	4.01	0.839	3	مرتفعة
20.	يحظى المستشفى بسمعة ومصداقية كبيرة كمؤسسة طبية.	3.96	0.950	4	مرتفعة
	المتوسط العام	4.00	0.79	-	مرتفعة

يُستدل من النتائج الواردة في جدول (8) أن جميع الفقرات قد جاءت بدرجات مرتفعة بمتوسطات حسابية تراوحت بين (3.96-4.02) بانحرافات معيارية تراوحت بين (0.84-0.96). وظهرت الفقرة رقم 22 التي نصت على "يملك أفراد الفريق الطبي الخبرات والمهارات المطلوبة لتلبية حاجات المرضى الطبية" في المرتبة الأولى، يليها الفقرة رقم 21 التي نصت على "تهتم الإدارة العليا في المستشفى بجودة الخدمات الصحية" في المرتبة الثانية، ثم الفقرة 23 التي نصت على "يقدم الطاقم الصحي للمرضى بما يشعرونهم بالأطمئنان للخدمات الصحية التي يتلقونها في المستشفى"، وأخيراً، الفقرة 20 التي نصت على "يحظى المستشفى بسمعة ومصداقية كبيرة كمؤسسة طبية" في المرتبة الرابعة.

• بُعد التعاطف

تبين النتائج الواردة في جدول (9) المتعلقة بفقرات بُعد التعاطف أن الدرجة الكلية لهذا البعد من وجهة نظر أفراد العينة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام لبعد التعاطف (4.08) بانحراف معياري (0.79)، وذلك تبعاً لارتفاع درجات جميع الفقرات المستخدمة لقياس هذا البعد، التي بلغت قيم متوسطاتها الحسابية (3.97-4.11) وانحرافاتها المعيارية (0.78-1.00). وقد جاءت الفقرة رقم 26 التي نصت على "ساعات العمل في المستشفى ملائمة لغالبية المرضى" في المرتبة الأولى، يليها الفقرة رقم 27 التي نصت على "يعامل الفريق الصحي المرضى بلطف واحترام وعناية شخصية" في المرتبة الثانية، ثم الفقرة رقم 25 التي نصت على "يصغي العاملون في المستشفى لشكاوى المرضى" في المرتبة الثالثة، والفقرة رقم 24 التي نصت على "يقدّر الطاقم الصحي ظروف المرضى الشخصية والصحية" في المرتبة الرابعة.

جدول (9): نتائج تحليل فقرات بعد التعاطف

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
26.	ساعات العمل في المستشفى ملائمة لغالبية المرضى	4.18	0.778	1	مرتفعة
27.	يعامل الفريق الصحي المرضى بلطف واحترام وعناية شخصية.	4.11	0.939	2	مرتفعة
25.	يصغي العاملون في المستشفى لشكاوى المرضى	4.07	0.918	3	مرتفعة
24.	يقدر الطاقم الصحي ظروف المرضى الشخصية والصحية	3.97	1.01	4	مرتفعة
	المتوسط العام	4.08	0.79	-	مرتفعة

يتضح من النتائج السابقة المتعلقة بأبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة كما يظهر في جدول (9) أن الدرجة الكلية لجودة الخدمات الصحية مرتفعة حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.05) بانحراف معياري (0.69). وقد جاء ترتيب أبعاد جودة الخدمة الصحية من حيث مستوياتها على النحو الآتي: التعاطف في المرتبة الأولى، الاستجابة في المرتبة الثانية، الملموسية في المرتبة الثالثة، الأمان في المرتبة الرابعة، ثم الاعتمادية في المرتبة الخامسة.

جدول (10): مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة

الرقم	أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
1.	التعاطف	4.08	0.79	1	مرتفعة
2.	الاستجابة	4.04	0.79	2	مرتفعة
3.	الملموسية	4.04	0.73	3	مرتفعة
4.	الأمان	4.00	0.79	4	مرتفعة
5.	الاعتمادية	4.00	0.75	5	مرتفعة
	المتوسط العام	4.05	0.69	-	مرتفعة

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي

بيّنت نتائج تحليل البيانات كما يظهر في جدول رقم (10) أن جميع نتائج مستوى أبعاد جودة الخدمة الصحية مرتفعة وفق طريقة مقياس تقييم المتوسطات الحسابية الموضح في الدراسة.

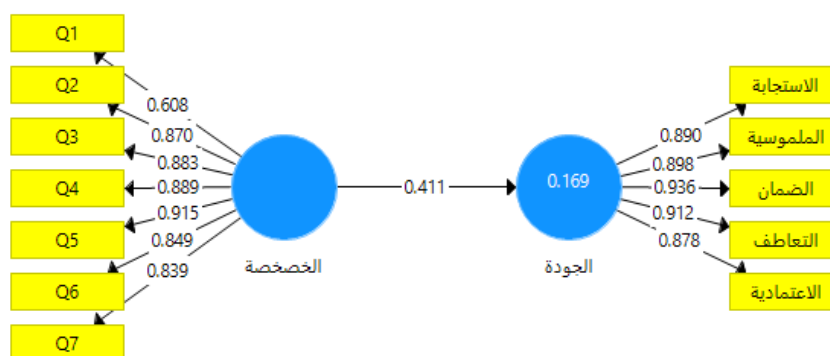
اختبار فرضيات الدراسة:

لإثبات فرضيات الدراسة استخدم الباحثان أسلوب تحليل المسار والذي يعني بدراسة وتحليل العلاقات بين متغير أو أكثر من المتغيرات المستقلة سواء كانت هذه المتغيرات مستمرة أو متقطعة، وقد تم الاعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحسوب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) والعكس صحيح أيضاً. تم الاعتماد على قيمة (T-statistic) إذا زادت القيمة عن (1.96) تعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية والعكس صحيح.

اختبار الفرضية الرئيسية:

نصت الفرضية الرئيسية على "توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران".

تم اختبار الفرضية باستخدام برنامج Smart PLS 3.0 وتظهر النتائج في الشكل (2) الذي يبين العلاقة بين الخصخصة مقاسة بسبع فقرات وجودة الخدمة الصحية مقاسة بأبعادها الاعتمادية والاستجابة، والملموسية، والأمان، والتعاطف. ويتضح من الشكل (2) أن الخصخصة تفسر حوالي 17% من التباين في جودة الخدمة الصحية.



شكل (2): نموذج اختبار الفرضية الرئيسية

جدول (11): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية

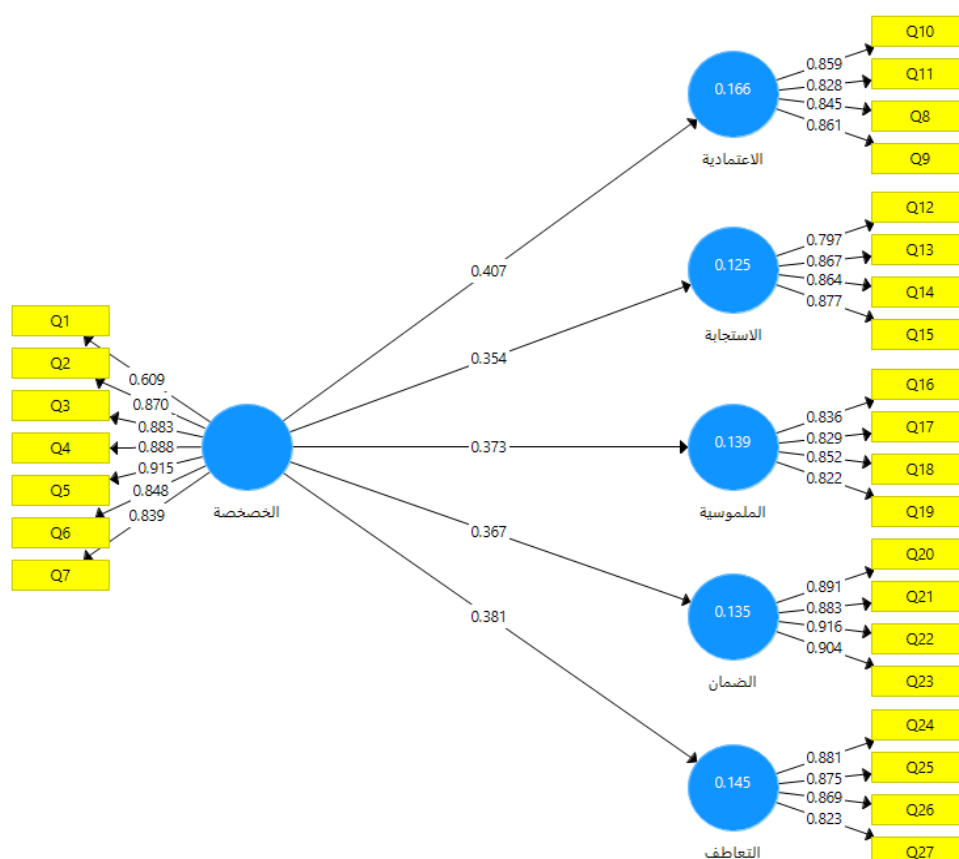
المتغير المستقل	المتغير التابع	القيمة المعيارية لمعامل الانحدار	قيمة ت	مستوى الدلالة *
الخصخصة ←	جودة الخدمة الصحية	0.411	5.457	0.000

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SmartPLS3.

ويظهر في جدول (11) وجود أثر ذو دلالة إحصائية للخصخصة على جودة الخدمة الصحية حيث بلغت قيمة معامل الانحدار بيتا (0.41) وقيمة ت (5.46) عند مستوى دلالة أقل من 0.05 (0.000). وعليه، تم قبول الفرضية الرئيسية.

اختبار الفرضيات الفرعية:

نصت الفرضيات الفرعية المنبثقة من الفرضية الرئيسية على وجود علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الاعتمادية (الفرضية الفرعية الأولى)، وبعد الاستجابة (الفرضية الفرعية الثانية)، وبعد المللموسية (الفرضية الفرعية الثالثة)، وبعد الأمان أو (الضمان) (الفرضية الفرعية الرابعة)، وبعد التعاطف (الفرضية الفرعية الخامسة). ويوضح الشكل (2-5) نموذج اختبار هذه الفرضيات. ويتضح منه أن الخصخصة تفسر ما نسبته 17% من التباين في بعد الاعتمادية، و 13% من التباين في بعد الاستجابة، و 14% من التباين في بعد المللموسية، وحوالي 14% من التباين في بعد الأمان أو الضمان، وأخيراً، تفسر 15% من التباين في بعد التعاطف.



شكل (3): نموذج اختبار الفرضيات الفرعية

ومن أجل تحديد درجة تأثير الخصخصة في كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ومستوى دلالاته فإن جدول (12) يوضح هذه النتائج.

جدول (12): نتائج اختبار الفرضيات الفرعية

المتغير المستقل	←	المتغيرات التابعة	القيمة المعيارية لمعامل الانحدار	قيمة ت	مستوى الدلالة *
الخصخصة	←	الاعتمادية	0.407	5.447	0.000
الخصخصة	←	الاستجابة	0.354	4.842	0.000
الخصخصة	←	الملموسية	0.373	5.457	0.000
الخصخصة	←	الأمان	0.367	4.805	0.000
الخصخصة	←	التعاطف	0.381	5.386	0.000

* ذات دلالة إحصائية عند α أقل من 0.05

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SmartPLS3.

توضح النتائج الواردة في جدول (12) وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية للخصخصة في الاعتمادية حيث بلغت قيمة معامل الانحدار (0.41) وقيمة ت (5.447) بمستوى دلالة يساوي (0.000). وعليه، تم قبول الفرضية الفرعية الأولى التي نصت على "توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الاعتمادية".

كما تم قبول الفرضية الفرعية الثانية التي نصت على "توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الاستجابة"، حيث بينت النتائج أن درجة تأثير الخصخصة في بعد الاستجابة تساوي (0.354) وهي ذات دلالة إحصائية إذ بلغت قيمة ت (4.842) بمستوى دلالة أقل من (0.05). وتنطبق هذه العلاقة التأثيرية الإيجابية على الفرضية الفرعية الثالثة التي نصت على "توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الملموسية" حيث بلغت قيمة معامل الانحدار (0.373) وقيمة ت (5.457) بمستوى دلالة أقل من (0.05). كما تبين النتائج في جدول (12) وجود تأثير ذو دلالة إحصائية للخصخصة في بعد الأمان حيث بلغت قيمة معامل الانحدار (0.367) وقيمة ت (4.805) بمستوى دلالة أقل من (0.05). وأخيراً، توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية وجودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها التعاطف حيث جاءت قيمة معامل الانحدار (0.381) وقيمة ت (5.386) ومستوى دلالة (0.000).

النتائج والتوصيات:

نتائج الدراسة:

انطلاقاً من الدراسة الميدانية وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة. حيث نجد أن للخصخصة دوافع متعددة تشجع على تطبيقها منها الدافع المتعلق بتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين. وبالرغم من ارتفاع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات محل الدراسة إلا أن أفراد عينة البحث يثمنون دور الخصخصة في تحقيق المزيد من جودة الخدمات الصحية، أو تحقيق نفس المستوى من الجودة دون تكبد الموازنة الحكومية مبالغ طائلة وتخفيف العبء على الكادر الصحي.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الاعتمادية. ولعل السبب وراء ذلك هو أن الاعتمادية تعني تقديم الخدمة الصحية دون أخطاء، وثقة المرضى بكفاءة الكادر الصحي، والتزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في موعدها وتكمن أهمية الخصخصة في أنها تساعد على تحقيق مظاهر الاعتمادية من توفير الكادر الطبي عبر التعاقد.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الاستجابة حيث تساعد الخصخصة على زيادة سرعة تقديم الخدمات للمرضى، وإجراء العمليات الجراحية في موعدها.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الملموسية التي تعني بالمحافظة على حداثة الأجهزة الطبية.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها الأمان إذ يعني هذا البعد الاهتمام بالمعرفة والمهارات التي يمتلكها الكادر الصحي وتوفير مستلزمات الخدمة الصحية.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعدها التعاطف ولعل الجانب الذي يبرز دور الخصخصة هنا هو ملائمة ساعات العمل في المستشفى لظروف المرضى حيث من الممكن زيادة ساعات العمل في حال خصخصة المستشفى.

التوصيات:

- تطبيق مبادرة خصخصة المستشفيات الحكومية بصورة جزئية لتشمل الخدمات الأكثر تكلفة على الموازنة الحكومية وتقييم نتائج التجربة والاستفادة من دروسها تمهيداً لخصخصة بقية الخدمات.
- ربط الخصخصة بمستوى جودة الخدمات الصحية لأن الخصخصة من أهم العوامل المؤثرة في الجودة، وهذا يعني أخذ جودة الخدمات الصحية بعين الاعتبار عند صياغة أنشطة الخصخصة وتنفيذها، ومثال ذلك الاهتمام بتحديث الأجهزة والمعدات الطبية.
- إجراء دراسات إضافية لبحث دور خصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى حيث طبق البحث الحالي على عينة من العاملين في المستشفيات الحكومية.
- إجراء دراسات تبحث أثر الخصخصة في تحسين مستوى الخدمات الصحية في مستشفيات أخرى من أجل تعميم النتائج المتعلقة بهذا الأثر بين الخصخصة وجودة الخدمات الصحية الحكومية.

المراجع:

- الأحمدي، حنان عبد الرحيم. (2006). محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية. *دورية الإدارة العامة*: 46(3).
- الأسدي، طارق. (2015). *تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمة الصحية دراسة ميدانية علي بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- البقي، شجاع بن سلطان. (2021). اتجاهات رجال الأعمال السعوديين نحو معالجة الصحف الورقية لبرنامج التخصيص: دراسة مسحية على عينة من رجال الأعمال في منطقة الرياض. *جامعة الأزهر، مجلة البحوث الإعلامية*: العدد 4.
- البكري، ثامر ياسر. (2005). *تسويق الخدمات الصحية*. دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- الجبوري، فوزي حسين سلمان، وضيدان، هبة سالم. (2021). عوامل نجاح الخصخصة ومعوقاتها. *مجلة كلية القانون للعلوم القانونية والسياسية*.
- الحصري، نبيه فرج. (2018). *الخصخصة: دراسة مقارنة. تجربة مصر وماليزيا مع الإشارة للتجارب الغربية*. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- حلاوة، محمد السيد. (2004). *أثر سلبيات الخصخصة على خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفى الجامعي الرئيسي بالإسكندرية*. مجلة التربية المعاصرة: العدد 21.
- خسروف، أيمن محمد كمال. (2008). *تسويق الخدمات الصحية*. المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية..
- دبون، عبدالقادر. (2012). دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة). *مجلة الباحث: ورقلة الجزائر العدد 11*
- دريدي، أحلام. (2014). *دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة*. (رسالة ماجستير)، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- الدوري، عمر علي، والشمرى، أحمد ضرار إسماعيل. (2007). بدائل التحول من الملكية العامة إلى الملكية الخاصة. *مجلة المنصور*: العدد 10.
- رضوان، علاء فرج حسن. (2021). دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية. *جامعة عين شمس، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة*: العدد 4.
- زيد، منير عبوي. (2007). *الخصخصة في الإدارة العامة بين النظرية والتطبيق*. المعتر للنشر والتوزيع، دار دجلة ناشرون وموزعون.
- ساعاتي، عبد الإله سيف الدين غازي. (2012). خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية، من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العام العاملة في مدينة جدة. *مجلة الأبحاث الاقتصادية*: العدد 7.
- سامر، أحمد قاسم، سليمان سليم علي. (2015). دراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء دراسة ميدانية على المشافي الخاصة في مدينة اللاذقية. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية*: 37(3).
- أبي سعيد، وعبد الله، عادل محمد. (2003). النوعية والجودة في الخدمات الصحية، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة. *مجلة تنمية الرافدين*: 25(73).
- سليمان، حسن صالح. (2008). قياس رضى المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات العامة والخاصة الأردنية. *مجلة البحوث المالية والتجارية*: (1).
- سمير، محمد عبد العزيز. (2000). *اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 و 10011*. مكتبة الإشعاع الفنية للنشر والتوزيع.
- عبدالله، عبد الرحيم. (2016). إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*: (24).

- عتيق، عائشة. (2012). *جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية*. مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية جامعة أوبكر بلقايد الجزائر.
- العسالي، محمد أديب. (2006). *واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي*. المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير التقاني.
- العسكري، عبود عبدالله. (2004). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*. دار التميز.
- علي، حنان حسنين. (2011). قياس جودة الخدمات الصحية في الأندية الصحية الأهلية الحكومية والخاصة. جامعة حلوان، *مجلة الرياضة: علوم وفنون*، العدد 39.
- عناني، وليد فتحي بكر محمد. (2018). سياسات الخصخصة وآثارها الاجتماعية والاقتصادية والنفسية على عمال الصناعة: دراسة حالة لمصنع الغزل والنسيج بمحافظة سوهاج. جامعة سوهاج، *مجلة كلية الآداب: العدد 49*.
- العبدروس، أغادير سالم. (2019). الكفايات الجوهرية للموظفين في ضوء متطلبات الخصخصة: دراسة تطبيقية على إدارة التعليم بالعاصمة المقدسة في المملكة العربية السعودية، جامعة عين شمس، *مجلة التربية في العلوم التربوية*: 43(4).
- غواري، مليه. (2021). التدريب وتأثيره على جودة خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ديدوش مراد قسنطينة. جامعة الجلفة، *مجلة دراسات وأبحاث*: 13(1).
- فوزي، شعبان مذكور. (1998). *تسويق الخدمات الصحية*. إيتراك لنشر والتوزيع مصر الجديدة.
- المحيوى، قاسم نايف علوان. (2006). إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات. الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- المساعد، زكي خليل. (1998). *تسويق الخدمات الصحية*. دار الحامد للنشر والتوزيع.
- النجار، فريد، (2007). *إدارة المستشفيات وشركات الأدوية*. الدار الجامعية، الطبعة الأولى.
- وزارة الصحة السعودية. (2021). *برنامج تحول القطاع الصحي، خطة التنفيذ*. متوفر على الموقع الإلكتروني: https://www.vision2030.gov.sa/media/kcgbeldn/hstp_ar.pdf
- أبو يونس، هشام صديقي عبد الرزاق. (2017). *الآثار الاقتصادية للخصخصة*. دار الجندي للنشر والتوزيع.
- Alkhamis, A. A. (2017). Critical analysis and review of the literature on healthcare privatization and its association with a ccess to medical care in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 10(3), 258-268.
- Camilleri, David & O., Collaghan, Mark, (1998). Comparing public and private hospital car service. *Internation journal of health care quality assurance*, 11(4). <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>
- Delice, A. (2010). The sampling issues in quantitative research. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(4), 2001-2018.
- Irfan,S. M; AJAZ, A. & Shahbas, (2011). assessment of service quality of private hospitals in.pakistan a.patient perspective. *India Journal of Commerce Management Studies*, 11(2).
- Kenneth, B. (1995). *Methods of social Research*.
- Kerjcia, R. & Morgan, D. (1970). *Determining sample size for researchactivities, Educational and psychological Measurement*.
- Lovelock, C. (1996). *Service Marketing*. 3rd ed. prentice - Hall, internati- Hallition.