

عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى

وتقديم الرعاية الصحية

شفاء عطا عريضي خليل

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1443هـ - 2022م

واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى

وتقديم الرعاية الصحية

إعداد

شفاء عطا عريضي خليل

بكالوريوس إدارة صحية من جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين

المشرفة: د. سلوى البرغوثي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في إدارة أعمال/ جامعة

القدس - فلسطين

1443هـ - 2022م



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج إدارة الأعمال

إجازة الرسالة

واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

اسم الطالبة: شفاء عطا عريضي خليل

الرقم الجامعي: (21720277)

المشرف: الدكتور سلوى البرغوثي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2022/1/9م من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعهم:

- | | | |
|--------------|------------------|---------------------|
|التوقيع | د. سلوى البرغوثي | 1. مشرفاً ورئيساً: |
|التوقيع | د. شاهر العالول | 2. ممتحناً داخلياً: |
|التوقيع | د. فتح الله غانم | 3. ممتحناً خارجياً: |

القدس - فلسطين

1443هـ - 2022م

إقرار

أقر أنا معدة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.



التوقيع:

شفاء خليل

التاريخ: 2022/ 1/ 9م

الاهداء

يسرني أن أهدي هذا العمل المتواضع

إلى نور حياتي ومنارة طريقي ابي العزيز حفظه الله

إلى شمعة البيت والدتي الغالية أطال الله عمرها

إلى زوجي سندي في هذه الحياة

إلى إخوتي الذين وقفوا بجانبي دائماً وأبداً

إلى عائلتي وأهلي وزملائي واصدقائي

إلى كل من له الفضل بعد الله عز وجل في الأخذ بيدي إلى طريق العلم والمعرفة.

وكل من وقف بجانبي وشجعني ثم لكل طالب علم ومعرفة.

إلى جميع اساتذتي اصحاب القامات العالية ومن تتلمذت على أيديهم.

أهدي هذا البحث المتواضع راجياً من المولى عز وجل أن يجد القبول والنجاح.

شكر وعرقان

في مثل هذه اللحظات يتوقف اليراع ليفكر قبل أن يخط الحروف ليجمعها في كلمات....

تتبعثر الأحرف وعبثاً أن يحاول تجميعها في سطور

سطوراً كثيرة تمر في الخيال ولا يبقى لنا في نهاية المطاف إلا قليلاً من الذكريات وصور تجمعنا

برفاق كانوا إلى جانبنا.....

فواجب علينا أن نشكرهم ونهديهم عملنا هذا ونحن نخطو خطوتنا الأولى في غمار الحياة

ونخص بالجزيل الشكر والعرقان الى كل من أشعل شمعة في دروب عملنا

والى من وقف على المنابر واعطى من حصيلة فكره لينير دربنا

الى الدكتور

الذي تفضل بالأشراف على رسالتي والذي لم يبخل علي يوماً بتوجيهاته السديدة

أسأل الله تعالى ان يُطيلَ في عمرك ،

لك مني كل الشكر والتقدير

المخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم المنهج الوصفي التحليلي (المنهج المختلط)، تكوّن مجتمع الدراسة من متلقي ومقدمي خدمة الرعاية الصحية خلال الفترة الزمنية بين 2021/9/1-2021/12/1م. استخدمت الباحثة العينة قصية ميسرة بحيث تم اختيار نصف العينة من متلقي لخدمة والنصف الآخر من مقدمي الخدمة بالإضافة إلى (5) مقابلات مع العاملين في مجال التغطية المالية في مجال التأمين الصحي، فكان عدد أفراد العينة (120) فرداً، وبعد جمع البيانات عولجت إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

بينت الدراسة أن واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية كانت إيجابية بدرجة مرتفعة، وأن واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية جاء بدرجة متوسطة لجميع المحاور التي تمثلت في (التغطية المالية في الرعاية الصحية، وقرار التغطية المالية، ودقة قرار التغطية المالية، والسرعة في قرار التغطية المالية)، وأن مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية جاءت بدرجة متوسطة التي تمثلت في (الاعتمادية في الرعاية الصحية، والملموسية في الرعاية الصحية، والاستجابة في الرعاية الصحية، والثقة في الرعاية الصحية، والرضا عن الرعاية الصحية).

أظهرت النتائج توجد علاقة ايجابية مرتفعة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، كما أظهرت أنه توجد فروق في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير (نوع المستجيب، وطبيعة العمل)، وكانت الفروق لصالح مقدمي الخدمة، والقطاع الخاص.

بينما لا توجد فروق في العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، في ضوء المتغيرات (المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر).

الكلمات المفتاحية: قرار التغطية المالية، شركات التأمين، التغطية المالية، سلامة المرضى، الرعاية الصحية

The reality of the relationship between insurance companies' decision to financially cover patient safety and health care provision

Prepare: Sefa' Khalil

Supervised by: Dr. Salwa Barghouti

Abstract:

The current study aimed to identify the reality of the relationship between insurance companies' decision to financially cover patient safety and health care provision. To achieve the objectives of the study, the analytical descriptive approach was used (the mixed approach). The study population consisted of recipients and providers of health care services during the time period between 1/9/2021-1/12/2021. The researcher used a short, easy sample, so that half of the sample was chosen from service recipients and the other half from service providers, in addition to (5) interviews with workers in the field of financial coverage in the field of health insurance, the number of sample members was (120) individuals, and after data collection, it was statistically treated using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Program.

The study showed that the reality of the relationship between insurance companies' decision to provide financial coverage on patient safety and the provision of health care was positive to a high degree, and that the reality of the insurance companies' decision to cover the provision of health care came to a medium degree for all the axes that were represented in (financial coverage in health care, and the decision on financial coverage). The accuracy of the financial coverage decision, the speed in the financial coverage decision), and that the level of safety received by patients through health care provision came to a medium degree, which was represented in (reliability in health care, tangibility in health care, response in health care, and confidence in health care). and health care satisfaction).

The results showed that there is a high positive relationship between insurance companies' decision to provide financial coverage for patient safety and health care provision, and also showed that there are differences in the respondents' answers about the reality of the relationship between insurance companies' decision to financial coverage on patient safety and health care delivery due to the variable (type of respondent, nature of labor), the differences were in favor of service providers, and the private sector.

While there are no differences in the relationship between insurance companies' decision to financially cover patient safety and health care provision, in light of the variables (educational qualification, years of experience, job title, age).

Keywords: financial coverage decision, insurance companies, financial coverage, patient safety, health care.

الفصل الاول

الاطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، لا غنى عنه، من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويفضي إلى العيش بكرامة. تقوم الدولة بإعمال الحق في الصحة من خلال طرق عدة مثل وضع سياسات صحية، بناء مؤسسات صحية، تقديم خدمات صحية بمستوى لائق، مع ما يتطلبه ذلك من تأهيل العاملين في القطاع الصحي، وضع الأنظمة اللازمة للاستفادة من الخدمات الصحية كنظام التأمين الصحي، وأنظمة التحويل خارج المؤسسات الصحية الرسمية (مراكشي، 2013).

ولعل الخدمة الصحية هي واحدة من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياسا لما هو عليه في مراحل سابقة، ويتجلى ذلك في أسباب عديدة ومختلفة يمثل عالم التطور والتسارع في

الاكتشافات من أبرز سماتها، وما يقابلها بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض الجسدية والنفسية (ليلي، 2016).

لا يخفى على الكثير أن للخدمات الصحية أهمية كبيرة على مختلف جوانب الحياة وعلى مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولها انعكاسات إيجابية سواء نُظر إليها من الناحية الإنسانية أو الناحية الانتاجية، فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة انتاجية الأفراد وذلك بسبب استمراريتهم في المواظبة على الدوام من دون عوائق تتعلق بالأمراض وقلة النشاط، وعلى العكس فإن سوء إدارة الخدمات الصحية له انعكاسات سلبية على الفرد وعلى المجتمع، ولضمان الحفاظ على المورد البشري باعتباره من أهم الموارد التي يمتلكها المجتمع يتطلب ذلك الاهتمام بالجانب الصحي وما يتطلبه من دعم مادي قد يصعب على الفرد في المؤسسة من تديره ومن هنا تظهر أهمية نظام التأمين الصحي في هذا المجال من الناحيتين الاقتصادية والاجتماعية ويتمثل دور التأمين الصحي في مبدأ التعاون والتكافل بين أفراد المنظمة الواحدة من جهة واهتمام المنظمة بأفرادها من جهة أخرى وينعكس ذلك إيجاباً على أداء الأفراد مما يضمن سير عمل المؤسسة على أحسن وجه (كرفوع، 2016).

ومن خلال ما سبق، لا بد أن يرافق الخدمة الصحية التي يتلقاها المرضى ترتيبات للتسهيلات المالية، لذا فإن التأمين الصحي يعمل على التخفيف من أعباء المرضى المالية، لذلك جاءت هذه الدراسة للبحث في تأثير قرار التغطية المالية من قبل شركات التأمين على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة.

2.1 مشكلة الدراسة

تظهر مشكلة الدراسة من خلال المعاناة الصحية التي تعصف في المجتمع الفلسطيني بشكل خاص والعالمى بشكل عام، المرتبطة بظاهرة ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية التي يتكلفها المواطن، عندما يحتاج إلى الرعاية الصحية بعامة، وبخاصة الرعاية الصحية للأمراض المزمنة، والتي تعتبر تكاليفها عالية جداً كما أن نظام التأمين الصحي أحد أهم الأنظمة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لما له من أهمية بالغة في توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع على أسس عادلة، خاصة في ظل انتشار جائحة كورونا لذلك جاءت هذه الدراسة للإجابة على السؤال الآتي: ما مدى تأثير قرار شركات التأمين في التغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من جهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة؟

3.1 أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة من تناولها لقطاع خدمي مهم له انعكاسات كبيرة على حياة الإنسان وهو قطاع التأمين الصحي، فالتأمين الصحي يحد من التكاليف المالية التي يمكن أن ترهق المرضى أثناء تلقيهم العلاج كما تظهر أهمية الدراسة في ظل أزمة جائحة كورونا التي تؤثر بشكل واضح على الحالة الصحية لجميع أفراد المجتمع.

ويمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة من خلال الكشف عن تأثير قرار التأمين للتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من جهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة، وخاصة أن هذه الدراسة تزود القائمين على اتخاذ القرار بمدى تأثير التغطية المالية للتأمين على سلامة المرضى.

4.1 أهداف الدراسة

إن الهدف الأساسي لهذه الدراسة يتمثل في محاولة الكشف عن مدى واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة. ويتفرع عن هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:

1. التعرف على واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية (التغطية المالية في الرعاية الصحية، وقرار التغطية المالية، ودقة قرار التغطية المالية، والسرعة في قرار التغطية المالية) من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.
2. التعرف على مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية (الاعتمادية في الرعاية الصحية، والملموسية في الرعاية الصحية، والاستجابة في الرعاية الصحية، والثقة في الرعاية الصحية، والرضا عن الرعاية الصحية) من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.
3. تحديد العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.
4. التعرف على فروق في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير (نوع المستجيب، وطبيعة العمل، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر) من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.

5.1 أسئلة الدراسة

1. ما واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية (التغطية المالية في الرعاية الصحية، وقرار التغطية المالية، ودقة قرار التغطية المالية، والسرعة في قرار التغطية المالية) من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة؟
2. ما مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية (الاعتمادية في الرعاية الصحية، والملموسية في الرعاية الصحية، والاستجابة في الرعاية الصحية، والثقة في الرعاية الصحية، والرضا عن الرعاية الصحية) من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة؟
3. ما علاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة؟
4. هل هناك فروق في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير (نوع المستجيب، وطبيعة العمل، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر) من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة؟

6.1 فرضيات الدراسة

1. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.

2. لا توجد علاقة بين التغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.

3. لا توجد علاقة بين دقة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.

4. لا توجد علاقة بين سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.

5. لا توجد علاقة بين تكلفة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر متلقي الخدمة ومقدمي الخدمة.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، في ضوء المتغيرات الديمغرافية (نوع المستجيب، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر، طبيعة العمل).

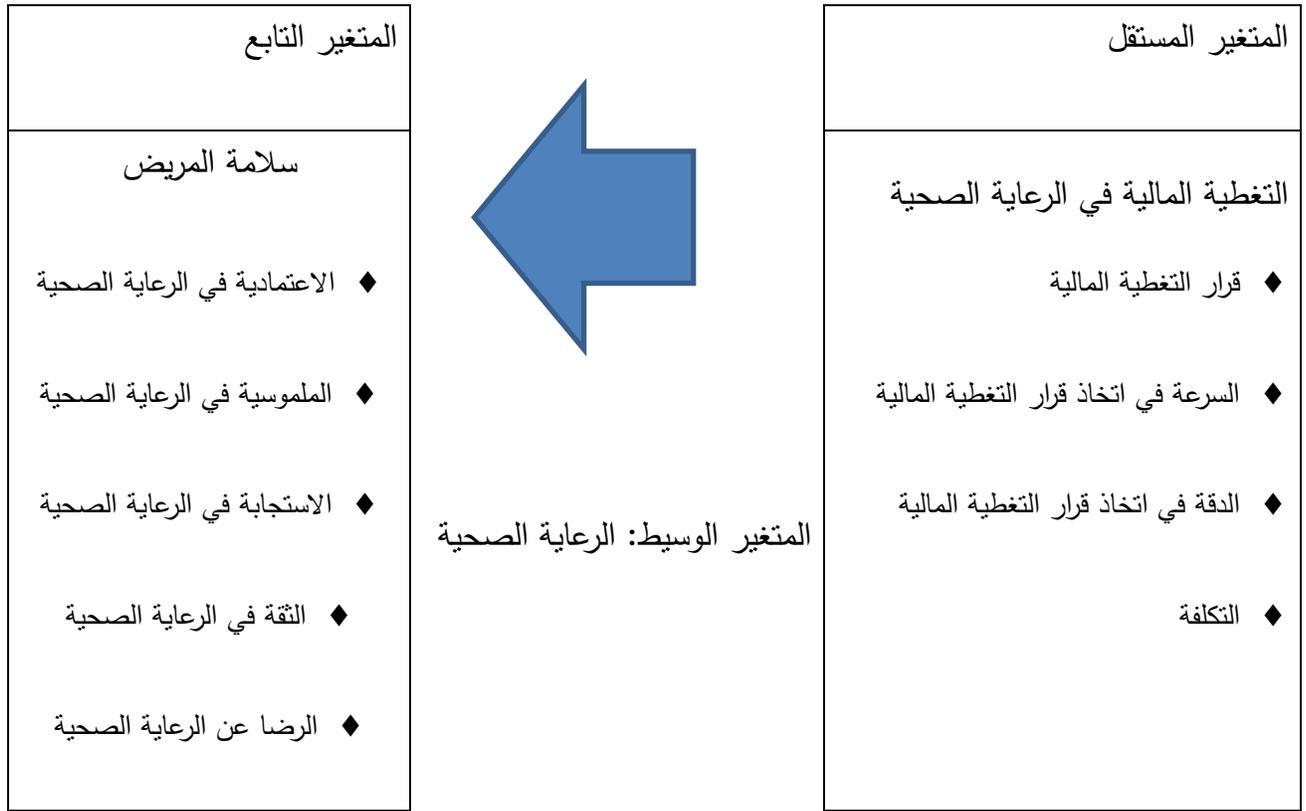
7.1 متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: قرار التغطية المالية

المتغير الوسيط: الرعاية الصحية

المتغير التابع: سلامة المريض

8.1 نموذج الدراسة:



إعداد الباحثة

9.1 تعريفات الدراسة:

التغطية المالية في الرعاية الصحية: هي دفع تكاليف العلاج للشخص المؤمن بشكل جزئي أو بشكل كلي بحيث تشمل الأمراض المعطاة والعلاج مع توضيح أهم الأمراض والأدوية والعمليات الجراحية المُستثناة من التغطية (أمين، 2020).

اتخاذ القرار: المفاضلة بشكل واعي ومدرك بين مجموعة من البدائل والحلول المتاحة لمتخذ القرار لاختيار واحد منها باعتباره أنسب وسيلة لتحقيق الهدف أو الاهداف التي يرغب بها (الأسطل، 2016).

الرعاية الصحية: درجة الالتزام بالمعايير الصحية للخدمات المقدمة للمرضى والتي ترتقي بمستوى النتائج المرتبطة بتوفير وسائل الراحة المتعلقة برضا المرضى (عباس، 2010)

سلامة المريض: توقي المخاطر والأخطاء وأوجه الأذى التي يتعرض لها المرضى أثناء حصولهم على الرعاية الصحية، والحد منها (Abu-El-Noor et al, 2019)

الاعتمادية في الرعاية الصحية: هي قدرة المستشفى على أداء الخدمة الموعود بها للمريض بثقة ودقة، وأن يتلقى المريض العلاج بشكل صحيح ودقيق، ومدى ثقة المريض في الخدمة الصحية المقدمة له، ومدى سهولة وسرعة الحصول على الخدمات الصحية (Wanjau, 2012).

الملموسية في الرعاية الصحية: هو مدى توافر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، بالإضافة إلى الجوانب الخاصة بملموسية الخدمة من المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة والتسهيلات الداخلية لتقديم الخدمة والمظهر الخارجي للعاملين والترتيبات الداخلية للمؤسسة، عدد ومواقع الانتظار للمستفيدين من الخدمة (قاسم، 2015).

الاستجابة في الرعاية الصحية: هي استجابة مقدم الخدمة بالرد على طلبات المستفيدين والاستجابة لها من خلال الخدمات الصحية الطارئة التي تقدمها المؤسسة الصحية (عبد المنعم، 2018).

الثقة في الرعاية الصحية: وتعني تأكيد المؤسسة الصحية على جودة الخدمة الصحية بتوفير كادر طبي مؤهل ومستلزمات طبية حديثة مطابقة لمعايير الجودة (Wanjau, 2012).

الرضا عن الرعاية الصحية: هي معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة الصحية مع توقعات المرضى
(الضمور وبوقجاني، 2012)

10.1 منهجية الدراسة:

بغرض الاجابة عن الإشكالية السابقة والإلمام بمختلف جوانب الموضوع تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يتلاءم وطبيعة الموضوع، أما فيما يخص مصادر الحصول على البيانات فقد تم بشكل أساسي الاعتماد على شبكة الانترنت للحصول على المراجع العلمية من دراسات ومجلات وكتب تدور حول موضوع الدراسة، ومن ناحية أخرى، تم اعداد استبانة من أجل التعرف على تأثير قرار تغطية التأمين المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من وجهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة.

الفصل الثاني

1.2 الإطار النظري

1.1.2 مقدمة

مما لا شك فيه أن القطاع الصحي شهد كثير من التغيرات التي لا بد من اتخاذ الإجراءات المتعلقة بالتكيف معها في تطوير وتحسين سلوك القائمين على تقديم الخدمة، والأفراد المتلقين لهذه الخدمة، لذا لا بد من التكيف مع تحقيق إشباع حاجات الأفراد متلقي الخدمة (بوعباس، 2010).

ورغم شح وعدم انتظام الموارد المالية للسلطة الفلسطينية، إلا أن مؤشرات الرعاية الصحية الفلسطينية سجلت تقدماً في السنوات الماضية، بحث بلغت تغطية طعومات الأطفال نسبة الاكتمال (100%)، حيث

تعمل وزارة الصحة على تغطية تكاليف تلك الطعومات، مما أدى إلى تراجع ملموس في معدلات الوفيات للأطفال دون السن 5 سنوات (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020).

على الرغم من تغطية شريحة كبيرة جدا من المجتمع الفلسطيني بمظلة التأمين الصحي، فقد بلغ نسبة الإنفاق الذاتي على الصحة في فلسطين تصل إلى 40%، وهي نسبة عالية جدا بحسب معايير منظمة الصحة العالمية، التي تصف نسبة الإنفاق الذاتي من قبل المواطن على الصحة في حال بلوغها نسبة (20% أو 25%) (أمان، 2016).

وكفل القانون الأساسي الفلسطيني حق الرعاية الصحية لكافة شرائح المجتمع الفلسطيني، ونظم ذلك الحق من خلال المادة (22) التي تنص على (القانون الأساسي الفلسطيني المعدل، 2003):

1. ينظم القانون خدمات التأمين الاجتماعي والصحي ومعاشات العجز والشيخوخة.
2. رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين واجب ينظم القانون أحكامه، وتكفل السلطة الوطنية لهم خدمات التعليم والتأمين الصحي والاجتماعي.

2.1.2 مفهوم القرار:

تعتبر القرارات الإدارية هي جوهر عمل القيادة الإدارية، وهي نقطة الانطلاق بالنسبة لجميع النشاطات والتصرفات التي تتم داخل المنظمة، بل وفي علاقتها وتفاعلها مع بيئتها الخارجية، كما أن توقف اتخاذ القرارات مهما كان نوعها يؤدي إلى تعطيل العمل وتوقف النشاطات والتصرفات؛ مما يؤدي إلى اضمحلال المنظمة وزوالها، ويظل مجال الاختيار موجودا أمام القيادات الإدارية في ممارسة مهامها حتى ولو شارفت المنظمة على الانتهاء (Donelan, 2013).

والقرار هو مرحلة في عملية مستمرة لتقييم البدائل من أجل إنجاز هدف معين (Olumoye, 2013)، وعملية اتخاذ القرار هي الاختيار الحذر من جانب الإدارة أو متخذ القرار لتصرف معين دون آخر من بين أكثر من تصرف يمكن اتخاذه (Asemi& Zavareh, 2011).

3.1.2 مؤشرات اتخاذ القرار:

ذكر (Jackson, 2013) أن عملية اتخاذ القرارات يجب أن يكون لها مؤشرات تتمثل في:

1. الهدف: لا بد من وجود هدف معين لاتخاذ القرار، كلما كان الهدف المراد تحقيقه واضحاً، كان القرار المتخذ سليم.
2. الدافع: يتخذ القرار إذا كان وراءه دافعاً لتحقيق هدف معين.
3. التنبؤ: لا بد من القدرة على توقع ما سيحدث في المستقبل في حالة اتخاذ قرارات معينة.
4. البدائل: وجود بدائل وحلول متعددة أما الإداري لحل مشكلة ما، فيقوم باختيار الأنسب في نظره لتحقيق هدفه.
5. القيود: يواجه متخذ القرار قيود هدة تتمثل في درجة التأكد من المردود، ودرجة المخاطرة، والخبرة ومصادر التمويل ومدة تنفيذ القرار حتى يكون القرار صحيح وسليم

4.1.2 تعريف التغطية المالية:

تعني أن يحصل جميع أفراد المجتمع على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية جراء ذلك، وهي تشمل المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، ابتداء من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة (أبو مغلي، 2021).

هي المحصلة المرغوبة لأداء النظام الصحي، التي يتلقى من خلالها جميع المحتاجين للخدمات الصحية ما يحتاجونه دون تحمل أعباء مالية غير ضرورية (منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، 2014).

إن نظام التأمين الصحي مفتقراً للعدالة والمساواة، فالموظف الحكومي يقتطع من راتبه نسبة المساهمة في نظام التأمين الصحي إلزاماً بمبلغ مقطوع لا يتناسب مع مستوى الدخل، وفي الوقت نفسه فإن كافة العاملين في القطاعات الأخرى يتمكنون من الحصول على تغطية كلفة علاجهم عند دفع رسوم التأمين لمرة واحدة لا تزيد على سنة واحدة، ويحصلون على خدمات طبية موازية لما يحصل عليه من خدمات مريض مضى على التزامه بالنظام ودفع ما عليه من مستحقات لمدة قد تصل إلى ثلاثين عاماً (أبو مغلي، 2021).

أن غالبية النساء الفلسطينيات يخترن الولادة في مستشفيات وزارة الصحة بصفة لما توفره من خدمات جيدة، هذا بالإضافة إلى توفر التأمين الصحي لغالبية السكان الفلسطينيين والذي يوفر التغطية المالية للولادة والذي يجعل في معظم الأحيان المستشفى الحكومي، وتقدم وزارة الصحة الخدمات الصحية المجانية للأطفال لغاية عمر ٣ سنوات، ولقد سجلت مراكز الرعاية الصحية الأولية وبلغ معدل التغطية 84.2 % من إجمالي المواليد الأطفال الذين تلقوا خدمات الرعاية الحكومية، وبالرغم من هذا النجاح الكبير الذي حققته وزارة الصحة في السيطرة والقضاء على العديد من الأمراض للحد من انتشار الكثير من الأمراض السارية في فلسطين واستمرار السيطرة المعدية، كما تتجلى التحديات في الحفاظ على معدل تغطية للتطعيمات بين المواليد والاطفال والذي وصل إلى أكثر من ٩٥ % منذ سنوات عديدة، وتحسين رصد وتسجيل الآثار السلبية الجانبية للتطعيمات وتعزيز نظام الرصد الوبائي (منظمة الصحة العالمية، 2018).

5.1.2 التأمين الصحي لغتاً واصطلاحاً:

التأمين في اللغة العربية مشتق من الأمان، وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف، وأمن أماناً وثق به وأركن إليه، وله معان منها: إعطاء الأمان، مثل تأمين الحربي إذا نزل في بلاد المسلمين (الأسرح، 2013).

والتأمين قانونياً أي اتفاق أو تعهد يلتزم بمقتضاه المؤمن أن يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال، أو إيراداً أو مرتباً أو أي عوض مالي آخر في حالة وقوع الحادث، أو تحقق الخطر المبين بالعقد، وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن (القصاب، 2011).

والتأمين الصحي هو أحد فروع التأمين الاجتماعي وهو تأمين إجباري من جانب الحكومة يهدف لتوفير الرعاية الصحية لأفراد المجتمع خاصة الفئات الضعيفة وذوي الدخل المحدود في حالة تعرضهم للأمراض والحوادث والعجز (علي، 2013).

ويعرفه أبو مغلي (2021): بأنه هو وسيلة لتوفير التمويل اللازم لعلاج المرضى ضمن مفهوم تجميع المخاطر أو الضرائب أو كليهما، بحيث لا تؤدي الحاجة إلى الوصول للخدمة الصحية إلى إفقار الفرد المريض أو أسرته، كما يؤمن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية عالية الجودة وبشكل مستدام.

ويعرفه أمين (2020) بأنه نظام تكافل يضمن تقديم الخدمة الصحية لمجموعة من المشتركين مقابل قسط تأميني، بحيث يهتم بالأخطار الصحية والأمراض التي تواجه الفرد.

التعريف الاجرائي: وهو خدمة يتم تقديمها لأفراد المجتمع من أجل الرعاية الصحية في حال تعرضهم إلى خلل في الصحة الجسدية والرعاية الصحية.

6.1.2 أنواع التأمين الصحي:

ذكر أمين (2020) أنا هناك نوعين من التأمين الصحي تمثل في:

- **التأمين الصحي الحكومي:** وهو الذي تقدمه وتديره وزارة الصحة، ممثلة للدولة ويتم تمويله من الدولة ويمكن تمويله من الرسوم أو الضرائب أو الاثنين معاً، بالإضافة إلى مساهمة الدولة، كما أن كل فرد يدفع ضريبة يحق له أن يحصل على خدمة الرعاية.
- **نظام التأمين الصحي الخاص:** ويشمل التأمين الصحي التجاري وغير التجاري، فالتجاري يتم الحصول عليه من خلال شركات التأمين التجارية وتهدف للربح، وغير التجاري تقدمه مؤسسات تعاونية وهيئات تطوعية لا تهدف للربح.

7.1.2 أهم عناصر التأمين الصحي

أ- أطراف نظام التأمين الصحي

- مؤسسة التأمين إما مؤسسة حكومية مثل وزارة الصحة، أو خاصة مثل شركات التأمين، التي تزاوّل التأمين الصحي، ومقدمي الخدمات الصحية المصرح لهم وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمدين، وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، وتشمل تقديم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة.

- المنتفع (المؤمن عليهم).

- ب- **التغطية التأمينية:** وتشمل الأمراض المغطاه والعلاج مع توضيح اهم الأمراض والأدوية والعمليات الجراحية المستثناه من التغطية.

- ت- **عقد التأمين الصحي:** أو ما يعرف بوثيقة التأمين (أمين، 2020).

8.1.2 أهداف التأمين الصحي

ذكرت مراكز (2013) أن التأمين الصحي يحقق الأهداف الآتية:

- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية، وتوفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة، بالإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة له، وكذلك الحث على مزيد من التنوع والمنافسة في إذ يحقق التأمين الصحي الفائدة للأطراف تقديم الخدمات الطبية. ذات العلاقة، فبالنسبة للمؤمن عليه سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً، ومع زيادة كلفة الخدمات الصحية، أصبح المرض الذي يهدده لا يشكل همّاً لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية.
- ويكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولمن يعول، كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه، بما يدفعونه من أفساط.
- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم، حيث تبين من تجارب الدول المتقدمة الغنية انه لا يمكن لأي دولة مهما بلغت قوتها الاقتصادية أن تتحمل نفقات القطاع الصحي الباهظة بالكامل وبدون مشاركة من الأفراد المستفيدين من هذه الخدمات.

- توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين التجارية، حيث تسمح الدول بتأسيس شركات تتعاطى أعمال التأمين، وتحتاج هذه الشركات إلى كادر وظيفي، الأمر الذي يسهم بتوفير مدخولات إضافية للدخل القومي، وإنعاش الحركة الاقتصادية.

9.1.2 فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة:

إن التأمين الصحي فيه الحل للعديد من المعضلات الصحية كما ان فيه فائدة لكافة الأطراف ابتداء بالمواطن المؤمن عليه، مروراً بجهات العمل وانتهاء بمقدمي الخدمات، ولخص (النجار، 2015) فائدة كل طرف في ما يلي:

أولاً: المؤمن عليه:

- أصبح المرض يشكل هما لما يرافقه من أعباء مالية ينوء بحملها الاغلبية العظمى من المواطنين، وبدون التأمين الصحي فالخيارات المتاحة لمن ابتلى بالمرض إما الصبر على المرض أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستدانة .
- التأمين الصحي يكفل أعلى حد من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الصحية، فبطاقة التأمين الصحي يحملها مدير الشركة كما يحملها أبسط الموظفين.
- يكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى الموظفين، كما يعزز ويوثق العلاقة بين الموظف وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج عنه بالأقساط التي يدفعونها بجوار ما تدفع عنهم جهة العمل.
- عند تطبيق التأمين الصحي فإن الموظف يتمكن من الحصول على حقوقه بالمعالجة السليمة المنصفة، فالمعالجة سترتبط بوجود المرض أو عدمه.

ثانياً: فوائد التأمين الصحي لجهات العمل

- رفع الانتاجية من خلال المحافظة على صحة الموظفين والحد من الخسائر الناجمة عن الانقطاع عن العمل بسبب المرض.
- تحقق الرضا الوظيفي لدى الموظفين وتعزيز ارتباطهم بجهة عملهم.
- تطبيق التأمين الصحي يساعد جهات العمل على أن تؤدي التزامها نحو العاملين بشكل عادل ومنصف بعيداً عن أية انتقائية.
- يوفر للمدراس وقتهم الثمين ويدخره للأمور الإدارية المتعلقة بمهامهم.
- بعض جهات العمل تصرف مبالغ محدودة سنوية أو شهرية لمنتسبيها لكنها تواجه مشكلة عند حدوث حالة مرضية كبيرة لأحد الموظفين وقد يلجئون للجمع من كافة العاملين أو محاولة البحث عن دعم من الزكاة أو غيرها.

ثالثاً: فوائد التأمين الصحي لمقدمي الخدمات الصحية

- زيادة عدد المرضى، حيث يحدث تدفق كبير للمرضى لان الجميع يصبحون قادرين على مراجعة مقدمي الخدمات الصحية بأسعار زهيدة تحن مظلة التأمين الصحي.
- يكونون مطمئنين لأن الجهات المؤمنة قادرة على دفع أية تكاليف مهما ارتفعت، طالما أنها ضمن الشروط التعاقدية.

- يصبحوا قادرين على تقديم الخدمات الصحية كما يجي ان يقدم، ضمن المعايير الفنية المعروفة دون أن يستوقفهم الوضع المادي للمرض ودون تأثر بتذبذب الوضع الاقتصادي من مريض لآخر وأحياناً عند المريض نفسه.
- أنظمة التأمين الصحي الحديثة تؤدي إلى رفع مستوى الخدمات الصحية المقمة، كما تولد التنافس بين مقدمي الخدمات الصحية، لأن هذه الأنظمة تعطي المريض كامل الحرية في اختيار الطبيب والمستشفى الذي يرد مما يعني أن جموع المرضى المؤمن عليهم سوق يتوافدون على المستشفيات ذات الخدمات الأفضل.

رابعاً: المكاسب الوطنية المتحققة من خلال التأمين الصحي:

- زيادة إنتاجية الموارد البشرية، وزيادة معدل النمو الاقتصادي.
- تنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنين صحياً.
- الحد من استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن نفقات العلاج في الخارج، مما يؤدي إلى مزيد من النمو الاقتصادي.
- تشجيع المستثمرين في مزيد من الاستثمارات الصحية الكبرى وبالتالي المزيد من النمو والتنمية للوطن.

10.1.2 دور التأمين الصحي في تنمية قطاع الرعاية الصحية:

تساهم برامج التأمين الصحي في حفز الاستثمار في قطاع الرعاية الصحية من خلال حفز الاستثمار في انشاء المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية المختلفة، مما يؤدي الى زيادة الأصول الثابتة في الاقتصاد الوطني من أراضي ومباني ومعدات وأجهزة طبية وأثاث طبي والسيارات ، وغيرها من أصول طبية أخرى. ويتضمن كل ذلك في رصيد الثروة الوطنية في الاقتصاد الوطني .وتساهم برامج التأمين الصحي في حفز الاستثمار في قطاع الرعاية الصحية في مساريين أساسيين، هما كما بينها (برعى،2015):

الأول: انشاء برنامج التأمين الصحي الحكومية لمرافق رعاية صحية (مستشفيات ومراكز رعاية صحية وعيادات، وغيرها)، تمتلكها ونديرها. وتتبع معظم تلك البرامج في الدول النامية هذا الأسلوب.

الثاني: تعاقد مؤسسات التأمين الصحي التجارية (شركات التأمين) وبعض برامج التأمين الصحي الحكومية من مقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمشاركين، يترتب على ذلك تنافس مستشفيات القطاع الخاص للحصون على عقود شركات التأمين، وتحفيز مستثمرين جدد لإنشاء مرافق الرعاية الصحية ، وحفز المستثمرين الحاليين في قطاع الرعاية الصحية بالتوسع في مشروعاتهم القائمة.

11.1.2 التأمين الصحي الحكومي في فلسطين

لقد أولت السلطة الوطنية الفلسطينية اهتماما كبيرا لبناء نظام التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني، من اجل توفير الخدمة الصحية المتميزة لمعظم المواطنين على قدم المساواة، وذلك بتوفير الرعاية الصحية في مستواها الاول (Primary Health Care) والثاني (Secondary Health Care) على أعلى مستوى

ففي مع المساهمة في توفير الرعاية الصحية في مستواها الثالث (Tertiary Health Care) في مؤسسات وزارة الصحة أو خارجها.

وذكرت وزارة الصحة الفلسطينية (2021) أن التأمين الصحي يهدف إلى:

<http://site.moh.ps/Index/Circle/CircleId/19/Language/ar>

1- تأمين صحي شامل: (Universal)

يتم عمل هذا التأمين لكافة المواطنين الذين يرغبون بالمشاركة والاستفادة من خدمات النظام بغض النظر عن القدرة على الدفع أو كمية الحاجة للخدمات الصحية، مع ترك المجال لمن لا يريد المشاركة في التأمين الصحي الحكومي ويستطيع دفع تكلفة الخدمات الصحية خارج نطاق مؤسسات وزارة الصحة بالاستفادة من الخدمات الصحية في القطاع الخاص، مع إدراك دور وزارة الصحة الهام في المستقبل في مراقبة وتنظيم ذلك القطاع من اجل المحافظة على صحه ومصلحة المواطن.

2- تأمين صحي يشمل على كافة الخدمات الصحية: (Comprehensive)

في المجالات الصحية للمستوى الاول (Primary Health Care) والثاني (Secondary Health Care) والثالث (Tertiary Health Care) وتوفيرها داخل وخارج مؤسسات وزارة الصحة مع الاخذ في الاعتبار دور الدفعات التعاونية (Co-Payment) التي يدفعها المواطن في الحد من الإسراف في استخدام الخدمات الصحية وترشيدها وخصوصا في مجال الرعاية الصحية في مستواها الثالث (Tertiary Health Care) - الأدوية - الفحوصات.

3- تأمين الخدمات الصحية المتاحة لكل مواطن: (Accessible)

ومن اجل تحقيق ذلك لابد من التخطيط السليم لتوفير كافة الخدمات الصحية في كافة أماكن تواجد الشعب الفلسطيني على أرضه مع مراعاة الكثافة السكانية والعوامل الجغرافية عند التخطيط لإنشاء الوحدات الصحية المختلفة

- الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية: (Sustainable)

الاستفادة المثالية من الموارد المتاحة وتقييم المشاريع على أساس من دراسات فاعلية الجدوى والبدائل المناسبة بحيث تستطيع الوزارة الاستمرار في إدارة وتطوير هذه الخدمات عاما بعد عام.

5- المحافظة على مبدأ تقديم خدمات ذات نوعية جيدة: (Quality)

وحتى يتم الاستمرار في تقديم هذه النوعية من الخدمات فلا بد من إنشاء برامج إدارة الكفاءة والبروتوكولات اللازمة في كافة مجالات تقديم الرعاية الصحية.

6- توفير الخدمات الصحية بشكل عادل : (Equitable)

خلق حالة من التوازن بين المقدره على الدفع والاحتياجات الصحية، اخذين في الاعتبار مبدأ التكافل الاجتماعي، وبدون هذا المبدأ من الصعب توفير العدالة على أساس الاشتراك المادي، حيث تختلف مقدرة فئات المجتمع على الدفع، وقد لا تتناسب احيانا مع الاحتياج الفعلي، ولكن مبدأ المشاركة الاجتماعية يتيح لكافة طبقات الشعب الحصول على احتياجاتها من الخدمات الصحية بشكل عادل دون النظر الى مقدرتها الاقتصادية.

شركات التأمين الخاصة في فلسطين العاملة في المجال الصحي:

الشركة	مجال العمل
شركة المشرق للتأمين	التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات التأمين بحري
شركة فلسطين للتأمين	التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات التأمين بحري
شركة التأمين الوطنية	تأمين حياة التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات التأمين بحري
شركة المجموعة الأهلية للتأمين	التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات التأمين بحري
شركة ترست	تأمين حياة التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات التأمين بحري
الشركة العالمية المتحدة للتأمين (Global United Insurance)	تأمين حياة التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات

التأمين بحري	
تأمين حياة التأمين الصحي تأمين ضد أخطار الحوادث والمسؤولية المهنية تأمين ضد أخطار الحريق وأضرار الممتلكات التأمين بحري	شركة تمكين الفلسطينية للتأمين

https://www.pcma.ps/IA/Licensees_Docs/comp_12_1_2021_ins.pdf

12.1.2 الرعاية الصحية

أن جودة المنتجات الخدمية أمر يصعب تعريفه أو الحكم عليه أو حتى التعبير عنه بصورة كمية ،حيث ان الخدمات تتضمن جانبا غير مادي وغير ملموس وتعني ان الخدمة عبارة عن اداء غير ملموس والذي يعني عدم وجود منتج مادي يصاحب الخدمة الاساسية، الا أن جودة الخدمة يقاس بعوامل مثل السرعة، حسن المعاملة، كفاءة الاداء وهذه تختلف من شخص إلى آخر حسب الشخصية والثقافة والقيم التي يمتلكها العملاء، ذلك فان الانتاج والافادة أمران مرتبطان ومترافقان في حالة المنتجات الخدمية فجودة الخدمة يمكن تعريفها على أساس عملية اعدادها وتهيئتها وايضا على أساس النتائج المترتبة عليها والتي يعبر عنها المستفيد فثناؤه على خدمة ما وتقبله متعلق بنتيجة المقارنات بين انتظاره للحصول على الخدمة ومدى الاستعداد لها (سلطان، 2012).

والرعاية الصحية هي مجموع الخدمات والمؤسسات العامة والخاصة التي توفرها الدولة أو شركات التأمين الخاصة للعناية بصحة مواطنيها سواء في قطاعها أو ضمن القطاع الخاص . (علي، 2015)

ويعرفها البسيوني (2014): بأنها النظام الصحي هو الكيان المشترك لجميع الموارد، الممثلين والمؤسسات ذات الصلة لتنظيم وتمويل وتوفير جميع الأنشطة التي القصد منها هو التحسين أو الحفاظ على الصحة، أما الرعاية الصحية فتعرف بأنها معالجة وتشخيص المرض، والمحافظة على الصحة من خلال الخدمات التي تقدمها العلاجات الطبية، طب الأسنان، الخدمات التكميلية والبديلة، المستحضرات الدوائية، العلوم السريرية (التشخيص في المختبر)، التمريض، والمهن الصحية. وتشمل الرعاية الصحية جميع السلع والخدمات المقدمة لتعزيز الصحة، بما في ذلك "التدخلات الوقائية والعلاجية والمسكنة، سواء الموجهة للأفراد أو للسكان"، وتتقسم الرعاية الصحية إلى الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الصحية الثانوية والرعاية الصحية الثلاثية (المتخصصة) .

التعريف الاجرائي: هي مجموعة من الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية من أجل توفير تحسين أو الحفاظ على صحة المواطنين.

وفيما يلي عرض موجز لكل منها (عبد الله، 2018):

أولاً. الرعاية الصحية الأولية : المستوى الأول للرعاية الصحية التي تتولى مسؤولية تقديمها السلطة الفلسطينية، بالشراكة مع منظمات المجتمع الصحية غير الربحية لتلبية الاحتياجات الصحية والالتزام بالعدالة الصحية كجزء من التنمية الموجهة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية؛ وتعتمد على مشاركة المجتمع المحلي في تحديد وتنفيذ البرامج والتدخلات الصحية التي يقوم بها الأطباء العموميون وممرضو الصحة العامة.

ثانياً. **الخدمات الصحية الثانوية:** هذه الرعاية الصحية يتم توفيرها من قبل الأخصائيين الطبيين للمرضى المحولين من عيادات الصحة العامة، الذين تحتاج حالتهم إلى متابعة من أطباء الاختصاص. وتشمل معاينة المرضى وإجراء الفحوصات المخبرية وصور الأشعة العادية والطبقية والرنين المغناطيسي الضرورية للتشخيص المبكر للأمراض.

ثالثاً. **المستوى المتقدم للخدمات الصحية:** التي تسمى بالرعاية الصحية الاستشارية المتخصصة لمعالجة الحالات المحولة من أطباء الرعاية الصحية الأولية والثانوية ، من أجل التحقق من دقة التشخيص وعمل التدخلات الطبية اللازمة لتقديم العلاجات اللازمة.

أما الخدمات الصحية إلى نوعين:

أ- **الخدمات الوقائية:** وهي الخدمات التي تُقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض وتتلخص هذه الخدمات في مؤسسة لجان العمل الصحي على الخدمات التثقيفية والتوعية والتأهيل للمعاقين وخدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق و الطب النفسي، وبرنامج صحة المرأة في الضفة الغربية وبرنامج الصحة المدرسية في القدس المحتلة حيث لا وجود لوزارة الصحة الفلسطينية.

ب- **الخدمات العلاجية:** وهي الخدمات التي تُقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية وتقديم الدواء والغذاء الملائمين لحالته خلال تلقيه العلاج من قبل العاملين في مركز الرعاية الصحية والمستشفيات، فضلاً عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته، وهذه الخدمات في المؤسسة تتلخص في عيادات

الطب العام والطوارئ وعشرات العيادات التخصصية والاشعة والمختبر وتصوير التلفزيون، والعيادات المتنقلة للمناطق المهمشة والفقيرة التي لا تتوفر فيها خدمات وزارة الصحة الفلسطينية.

كما تعد وزارة الصحة هي الجهة المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة وتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، من خلال شبكة متصلة بين المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية موزعة في كافة أنحاء الوطن، لرفع كفاءة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة، مما يسهم في تعزيز وتحسين الوضع الصحي لجميع المواطنين، وبالاهتمام والتركيز على جودة هذه الخدمات (سيف، 2013).

13.1.2 وظائف الرعاية الصحية:

ذكرت البسيوني (2014) أن الرعاية الصحية يجب أن تحيط بخمسة وظائف تمثلت فيما يلي:

1. الوظيفة الوصفية descriptive والتي تمكننا من الحصول على قاعدة بيانات يمكن الوصول إليها بسهولة، والتي يتم تحديثها باستمرار
2. الوظيفة التحليلية analytical و التي تمكننا من استخلاص الدروس من النجاحات، والإخفاقات التي يمكن أن تساعد واضعي السياسات في صياغة الاستراتيجيات المناسبة.
3. وظيفة إرشادية prescriptive والتي تزود بالتوصيات المستقبلية للعمل.
4. وظيفة الرصد monitoring والتي تركز على الجوانب التي يمكن تحسينها.
5. بناء القدرات building capacity وهي وظيفة تعليمية تهدف إلى تطوير الشراكات وتبادل المعرفة في جميع أنحاء المنطقة.

14.1.2 الجهات التي تقدم الرعاية الصحية في فلسطين:

يشارك في تقديم الرعاية الصحية خمس جهات رئيسية هي الحكومة (وزارة الصحة)، ووكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، والمنظمات غير الحكومية أو الأهلية، والقطاع الخاص، الجنب العسكري. وتعتبر وزارة الصحة الجسم المسؤول عن إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية كافة، كما أنها مسؤولة عن إعداد السياسات الصحية وتنفيذها، وعن تسجيل وترخيص الفاعلين في القطاع الصحي الفلسطيني، ويشمل ذلك اعتماد وترخيص المهن والمرافق الصحية كالمستشفيات، والمراكز الصحية بمختلف تخصصاتها، وتجديد رخص ممارسة المهنة للأطباء، وبعض فئات العاملين الصحيين. وهي المسؤولة عن تطوير اللوائح تلك المتعلقة باستخدام الأدوية والعقاقير و المطاعيم، و مكافحة والأنظمة الصحية، وتحديدًا ويصنف النظام الصحي الفلسطيني خدمات القطاع الصحي في الأمراض غير السارية (عبد الله، 2018)

خدمات الرعاية الصحية : تشمل جميع المستشفيات والعيادات والصيدليات والموارد البشرية من أطباء وممرضين ومهندسي أجهزة طبية وفنيين وباحثين وجميع من يعمل في هذا المجال، و الصناعات الداعمة للخدمات الطبية كصناعة الأدوية والأجهزة وغيرها كما تشمل الأبحاث الطبية والتعليم وتهيئة الفرص للأجيال المتعاقبة على دعم هذا القطاع، وهناك ما يحمل الصفة الدولية مثل الهلال والصليب الأحمرين وأطباء بلا حدود ومثلها من المنظمات (علي، 2015).

15.1.2 كفاءة الخدمات الصحية:

تبرز أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية من خلال المؤشرات التالية (صباح، 2015):

1. طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وبخاصة الأطباء مما يعني بأن مخرجات إعداد هؤلاء لا يتم الحصول عليها من خلال مدة وجيزة من الزمن.
2. الخدمة الصحية المقدمة تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها وهذه المسألة تتباين بين فرد وآخر.
3. لبلوغ الكفاءة المخططة نحو تحقيق الأهداف فإن الأمر يستوجب توافر المستلزمات التكنولوجية لمواكبة التطور في المجال الطبي.
4. تأسيساً على ذلك فإن الأمر يستوجب توفير المستلزمات المالية للحصول على الموارد البشرية والتكنولوجية القادرة فعلاً على انجاز وتحقيق الخدمة الصحية المناسبة.
5. الكلف المترتبة على انجاز الخدمة الصحية ووصولها إلى المريض وبما يمكنه من الاستفادة منها فعلاً وهذا الأمر لا يتحقق إلا من خلال الكفاءة في إنتاجية الخدمة عبر الموارد المستثمرة في عمليات إنتاجها.

16.1.2 عناصر جودة الخدمات الصحية

1. الملموسية: وضوح التسهيلات المادية ، الاشخاص ، ادوات الاتصال .
2. الاعتمادية: القدرة على تنفيذ الخدمة المتعهد بها باعتمادية ودقة .
3. الاستجابة: درجة الاستجابة والرغبة لمساعدة المستهلكين لتقديم خدمة سريعة وملائمه بشكل عام

4. التعاطف: العناية والاهتمام وقدره المنظمة على توجيه الانتباه وبذل الجهد لفهم حاجات المستهلك وتوفير ما يطلبه .

5. الضمان: كفاءه النظام

6. المصداقية: في تقديم خدمه لطيفه وامنه .

ولقد اصبحت الجودة وخدمة المستهلك من القضايا الرئيسة والحاسمة لكل منظمات القطاعين العام والخاص في الصحة ففي القطاع الخاص يضمن رضا المستهلك وولائه من خلال منتجات ذات جودة عالية وخدمات تعطي قيمة لنفوذها، أما القطاع العام فإن تحسن الجودة هو خطوة ضرورية تقود على تسليم فعال بسبب أن التحديات البيئية تحتل فيها الخدمات العامة مكانة لا يستهان بها (مصلح،2012).

17.1.2 أهمية جودة الخدمات الصحية:

- ارتبطت الخدمة الى حد كبير بالجودة حتى أصبح من الضرورة اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة
- أصبح للجودة ابعاد رئيسة يتم اعتمادها بوصفها أساسا في القياس والتأشير لتأشير مستوى الجودة وتتمثل هذه الأبعاد بالآتي: الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد (الثقة) ، التعاطف، الملموسية
- الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسن المستمر عبر إدارة متخصصة لمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، هادفة الى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء
- الشمولية: تعني التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة الطبية والسريرية المقدمة لهم وبكافة جوانبها الأخرى.

- التكاملية: هي في كون المستشفى نظام مكونا من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، وعل سبيل المثال فإن الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل والهيئة التمريضية أو الخدمات السائدة الأخرى كالمختبر، الصيدلية ... الخ. (سامر، 2017).

18.1.2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في التالي (ذياب، 2012):

1. تحليل توقعات المريض: تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة. ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي:

- ❖ الجودة المتوقعة: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى
- ❖ الجودة المدركة: وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له
- ❖ الجودة القياسية: ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت ادراكات إدارة المستشفى

❖ الجودة الفعلية: وهى تلك الدرجة من الجودة والتي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

2. تحديد جودة الخدمات: عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

3. أداء العاملين: عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب..، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم ، و أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها ،وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان.

3- المقبولية: إذ يجب أن تكون كافة المرافق والسلع والخدمات الطبية متفقة مع المعايير الأخلاقية الطبية والقيم الثقافية، وإحترام ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، ومراعية لمتطلبات الجنسين مع إحترام السرية للأفراد.

4- الجودة: أن تكون المرافق الصحية ذات جودة عالية وكفاءة مهنية مميزة وذلك من خلال أطباء ومهنيين مهرة، مع توفر العقاقير والمعدات للمستشفيات.

19.1.2 المعايير الواجب توفرها في لتقييم الرعاية الصحية:

لخصها ذياب (2012) بما يلي:

1- التوافر: ويعني على الدولة العمل على توفير المرافق المعنية بالصحة والرعاية الصحية والبرامج الصحية، على أن تتضمن المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب النظيفة والمرافق والمستشفيات، والعيادات الطبية، والكوادر الصحية والفنية والإدارية المؤهلة والمدربة، والأدوية الأساسية حسب المعايير الدولية.

2- إمكانية الوصول : أي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في الدولة. وكذلك إمكانية الوصول من خلال الأبعاد المترابطة التالية:

أ. عدم التمييز: ضمان أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من الخدمات والسلع الصحية بما فيهم الفئات الضعيفة والمهمشة دون تمييز على أي أساس.

ب. إمكانية الوصول الجغرافي: ضمان أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية في المتناول الجغرافي والأمين لجميع فئات السكان، خاصةً الفئات الضعيفة أو المهمشة، والأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمناً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والأمين للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية.

ج. الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، على أساس مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة والفقيرة من دفع تكلفة هذه الخدمات سواءً أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام.

د. إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في الوصول والحصول على المعلومات الصحية غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

20.1.2 الخصائص المميزة للخدمات الصحية

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى إلى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به الخدمة للزبائن أو المرضى ويمكن تحديد هذه الخصائص بالآتي: (سامر، 2017)

- تتميز خدمات الرعاية الصحية بكونها عامة للزبائن، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراداً أو منظمات.
- خدمة الرعاية الصحية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه.
- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وعلّة وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها.

- في منظمات الأعمال عموماً تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون الإدارة بينما المنظمات الصحية (المستشفى) تكون قوة القرار موزعة إلى حد ما بين إدارة ومجموعة الأطباء.
- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من خدمة الرعاية الصحية أي أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض فسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحليلي.
- نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء فإنه يكن من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطلب في خدمات أخرى على عملها.
- نظراً لتذبذب الطلب على خدمة الرعاية الصحية في ساعات اليوم أو الاسبوع أو الموسم، فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطالبيها، لأنه لا يمكن التوصل عن تقديمها لمن يحتاجها.

21.1.2 أهمية متابعة نظام الرعاية الصحية في فلسطين:

تظهر أهمية نظام الرعاية الصحية من خلال توفير المعلومات النوعية الحديثة المتعلقة بالنظام الصحي، وأدائه والإصلاحات الممكنة لاستخدامها من قبل واضعي السياسات، توفير أساس سليم للعمل التحليلي المقارن حول قضايا محددة في النظام الصحي (بسيوني، 2014).

22.1.2 واقع الخدمات الصحية في فلسطين :

يتكون قطاع الخدمات الصحية في فلسطين من خمسة قطاعات رئيسية، وهي وزارة الصحة، ووكالة الغوث، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص والقطاع العسكري، إذ تشرف وزارة الصحة على 32.5% من المستشفيات، وعلى 54.8% من مجموع الأسرة، وعلى 61.5% من عيادات الرعاية

الصحية الأولية، وذلك للعام 2014، وتشرف وكالة الغوث الدولية على 3.1 % من المستشفيات، وعلى 1.1 % من مجموع الأسرة، و1.8 % من عيادات الرعاية الصحية الأولية، وذلك للعام 2014، كما أدت المنظمات غير الحكومية دورا كبيرا في تقديم خدمات الرعاية الصحية في أثناء فترة السيطرة الإسرائيلية على الخدمات الصحية، وخاصة في المناطق الريفية النائية المهمشة والفقيرة، فقد قدمت الخدمات الصحية مقابل رسوم رمزية. وقد برز دور هذه المنظمات خلال الانتفاضة الأولى (1987) والثانية (2000) وما صاحبهما من إغلاقات وحصار للمدن الفلسطينية، والتي وقفت عائقا أمام تنمية خدمات الرعاية الصحية الفلسطينية، وقد تميز هذا القطاع بأعلى عدد من الأطباء العاميين والمختصين نسبة إلى عدد العيادات التي يشرف عليها، كما أشرف هذا القطاع على 42.5 % من المستشفيات في فلسطين، وعلى 33.1 % من مجموع الأسرة في العام 2014 وعلى 27.4 % من عيادات الرعاية الأولية، فقد أشرف القطاع الخاص على 33.2 % من المستشفيات وعلى 6.8 % من مجموع الأسرة، بالإضافة إلى القطاع العسكري حيث يشرف على 3.8 % من المستشفيات، وعلى 2.3 % من مجموع أسرة المستشفيات في فلسطين، وعلى 3.0 % توزيع مؤسسات الرعاية الصحية في فلسطين حسب القطاع الصحي المشرف. (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2016).

24.1.2 سلامة المرضى

المرضى يؤدون دوراً مهماً وبارزاً في تحديد أبعاد البيئة التنافسية إذ يمكن معرفة اتجاهها ومعتقدات الأفراد داخل المجتمع من خلال سلوكهم في تلك البيئة فعلى المستشفى أن يقوم بدراسية حاجات المرضى الأكثر طلباً ونوعية الأمراض المنتشرة وذلك حتى يقوم المستشفى بتقديم الخدمات التي تتناسب مع هذه الحاجات المطلوبة عملها لكي تتمكن إدارة المستشفى في تحقيق رسالتها الإنسانية من جانب وبقاؤها في التنافس الذي يضمن لها الدوام والاستمرار من جانب آخر، والمرضى هم الشريحة الرئيسية في المجتمع الذين تسعى المستشفى لخدمتهم وإعادة رسم الابتسامة على شفاههم، لذلك فإن مضامين الرسالة التي تحتويها عملية الاتصال معهم تتأثر بالآتي (البكري، 2008):

- تعريفهم بالخدمات المقدمة من قبل المستشفى.
- التعريف بما هو جديد من علاج وخدمات طبية وأطباء زائرين.
- التحذير والإرشاد لأوبئة أو أمراض سارية في ذلك الوقت.
- الأسلوب المعتمد في مراجعتها وقواعد التعامل مع المستشفى.
- تكاليف الخدمات الطبية المقدمة والفندقية.
- التوقيتات الزمنية لإجراء بعض الأنشطة الطبية الخاصة بالمستشفى كما هو في وقت الفحص الشعاعي، وتسلم نتائج التحاليل ومواعيد زيارة ذوي الراقدين في المستشفى لمرضاهم، ومواعيد تواجد الأطباء الاختصاصيين.

- أسلوب صرف الدواء والمستمسكات المطلوبة.
- أرقام الهواتف لتقديم الخدمة الطبية المنزلية عند الضرورة.
- الأطعمة المسموح بإدخالها إلى المرضى الراقدين في المستشفى.

25.1.2 رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة:

يعتبر الإحساس بالرضا أحد المؤشرات التي تبين مدى تمتع الفرد بصحة نفسية والشعور بالسعادة في الحياة، كما أن الرضا يرتبط إيجابياً بتقدير الفرد ما يتم تقديمه له، كما أن الإحساس بعدم الرضا ذو تأثير على شخصية الفرد وتكيفه وعلاقاته داخل المجال الاجتماعي الذي يعيش فيه (شقورة، 2012).

ولعل الخدمة الصحية هي واحدة من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياساً لما هو عليه في مراحل سابقة، ويتجلى ذلك في أسباب عديدة ومختلفة يمثل عالم التطور والتسارع في الاكتشافات من أبرز سماتها، وما يقابلها بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض الجسدية والنفسية (ليلي، 2016).

ونتيجة التطورات في مجال الصحة والعلاج والخدمات الطبية، وتعقيد نظام الرعاية الصحية وزيادة الطلب على الخدمات الصحية، برزت الحاجة إلى تقديم خدمات طبية للمرضى في جميع الاختصاصات بمستوى جيد ومقبول لدى المرضى (ذياب، 2012).

واكتسب مفهوم رضا المرضى في مجال الخدمات الصحية أهمية خاصة كونها أكثر الخدمات أهمية للإنسان نظراً بالنسبة إلى ارتباطها الوثيق بكيانه النفسي والجسدي، وتزداد أهميتها في العالم الثالث، حيث

الرعاية الصحية في أدنى مستوياتها، وارتباط الأمراض بعوامل إضافية تساعد على انتشاره، وتزيد من صعوبة معالجته، كالفقر والجهل ونقص مراكز الرعاية الصحية وعدم توافر الأدوية والأطباء (عاشور، 2015).

وبين (بو عباس، 2010) أن هناك ثلاثة أسباب رئيسة للاهتمام برضا المرضى من قبل الكوادر التمريضية، وهي :

1. أن هناك أدلة مقنعة على أن الرضا يعتبر مقياس مهم جداً، إذ أن مؤشر رضا المرضى يعبر عن جودة خدمة الرعاية الصحية المقدمة، وفي حالة عدم الرضا فإن المريض يقوم بتغيير مكان استلام الخدمة .

2. أن رضا المرضى يعتبر مؤشر مهم ومفيد أخذ بالتزايد في تقييم الاتصالات والمعلومات المتداولة بين الطبيب والمريض وهو ما يعطي الثقة والطمأنينة للمريض.

يمكن استخدام التغذية العكسية الراجعة من المرضى بشكل نظامي للاختيار ما بين البدائل المتاحة لتوفير مستوى عال من جودة الرعاية الصحية.

إن رضا المرضى عن الخدمة الصحية يحتل موقعا هاما في مجال الصحة العامة كونه إشارة ومقياس هام تقاس به كفاءة العمل والأداء داخل المشفى، ومدى تمكن العاملين والموظفين والمشفى بشكل عام من الوصول لأعلى درجات التنافسية في عالم الخدمات الصحية .وقد أكدت الدراسات الحديثة وخاصة في جامعة ديوك في كاليفورنيا بان رضا المرضى يرتبط ارتباطا وثيقا بجودة الخدمة الصحية الطبية أكثر من ارتباطها بالأداء الطبي عند الأطباء، يقول ريتشارد ستالين الباحث والمساعد وأستاذ إدارة الأعمال في

كلية فيكوا: يشعر المرضى مباشرة إذا كانت المستشفى تقوم بعملها على أكمل وجه، فإذا أردت التعرف على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المشفى يجب أن تبحث عن مستوى الرضا لدى المرضى تجاه الخدمات والرعاية الطبية، ويعد هذا المؤشر الأفضل لقياس الجودة . فمثلا يعد التواصل الجيد بين المريض وطاقم التمريض والأطباء وجودة الطعام المقدم وخدمة الغرف والجودة النوعية والفنية للفحوصات الطبية ونوعية التدريبات لدى الطاقم التمريضي وسهولة الوصول للخدمات العامة وتوفيرها وقلة وقت الانتظار، واستخدام المشفى للوسائل التكنولوجية ووسائل إدارة الجودة الشاملة، كل تلك العوامل تساعد عند تحقيقها على رفع مستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية، وهو ما يؤدي لرفع مستوى المشفى طبيا ومهنيا وخدميا بين مثيلاتها (البلاصي، 2015).

فالطريقة الواضحة للحكم على ملاءمة الخدمات ومتطلبات المستفيد وأهدافه هي التدقيق فيما إذا كان المستفيدون من الخدمة قد ذهبوا وهم راضون عن هذه الخدمة أم لا فالرضا هو الشعور بالسعادة والابتهاج الذي يحصل عليهما الإنسان نتيجة إشباع حاجة أو رغبة عنده. ويعرف رضا متلقي الخدمة بأنه درجة إدراك لمدى فاعلية المنظمة في تقديم لمنتجات أو الخدمات التي تلبي توقعاته وحاجاته، وأنه إدراك متلقي الخدمة لمستوى تلبية مطالبه، وبأنه معيار أساس للحكم على الجودة، فالطلب على الخدمة يكيف نفسه تبعاً لمستويات الرضا لذلك فإن التوجه نحو المستفيد من خلال الاهتمام برغباته وتوقعاته وتحديد احتياجاته وترجمة مطالبه إلى أهداف وصولاً لإنجازها هو المدخل الصحيح للنجاح، والمستفيد النهائي من خدمات الرعاية الصحية هو المريض وليس من الحكمة اسقاط رأيه عند تقييم جودة الخدمات الصحية (سيف، 2012).

26.1.2 العوامل المؤثرة على رضا المرضى:

1. توقعات المريض حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة.
2. العمر، وهو يتضمن أن المرضى الكبار بالعمر يعطون تقييماً أفضل لمستوى رضاهم عن المرضى صغار العمر.
3. طبيعة المرض، فالأمراض التي تتميز بصعوبتها من الممكن أن تؤثر على مستوى رضاه، فيما أنطمأنة المريض على حالته الصحية تعزز من مستوى رضاه تجاه الزيادة.
4. التجارب السابقة للمريض، حيث تبين أن تجربته المريض في التعامل مع المؤسسة الصحية يعكس مستوى الرضا لديه.
5. العلاقات الوطيدة مع المريض، إذ أن الاتصال والتواصل مع المريض خلال مرضه وبعدها تعزز من مستوى رضاه على المدى البعيد.
6. اختيار مزود الخدمة، إذ يرتبط هذا الاختيار بمستوى الرضا ومستوى جودة الرعاية الصحية. (بو

عباس، 2010)

2.2 الدراسات السابقة

دراسة (Manzanera et al, 2021) بعنوان: ثقافة سلامة المريض في شركات التأمين المتبادل في إسبانيا.

Patient Safety Culture in Mutual Insurance Companies in Spain

هدفت الدراسة إلى تقييم ثقافة السلامة في قطاع التأمين المتبادل، أجريت دراسة مقطعية لتقييم ثقافة السلامة في قطاع التأمين المتبادل في إسبانيا. تمت دعوة جميع الأطباء والممرضات وأخصائيي العلاج الطبيعي والبالغ عدد (816) من العاملين في المنظمة في المستشفيات والعيادات الخارجية والإعدادات الإدارية للرد على استطلاع عبر الإنترنت، وظهرت النتائج أنه لا توجد فروق بين الملاحم المهنية أو المراكز في العوامل السلوكية أو العوامل الآلية، وكان أدنى مستوى من التنفيذ مرتبطاً بالإفصاح المفتوح بعد حدث ضار بنسبة (73%) ، وجود خطة جودة وأمان (75%) ، إعطاء الأولوية لتحسين رعاية المرضى (75%) ، وإشراك المرضى عند اتخاذ القرارات بشأن العلاجات المحتملة (63%)، وهذا يشير إلى أن ثقة المرضى في شركات التأمين المتبادل تشجع على تنفيذ خطط الجودة والسلامة في هذا القطاع من خلال إيلاء المزيد من الاهتمام للجوانب السلوكية.

دراسة أمين (2020) بعنوان الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية

هدفت الدراسة إلى توضيح الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مع التقييم الكمي لنتائج النظام الحالي، وتوصلت

الدراسة إلى تزايد أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، خاصة في السنوات الراهنة التي تتجه فيها المملكة لتنويع مصادر الدخل، وأن نظام التأمين الصحي الشامل من أهم المحاور الرئيسية لرؤية المملكة 2020، كما أن نظام التأمين الصحي الشامل يساهم في زيادة فرص العمل المتاحة للمواطنين، كما أظهرت نتائج البحث تزايد معدلات مطالبات التأمين الصحي بمعدلات أعلى من معدلات تزايد المطالبات بسوق التأمين السعودي ككل، وأن النموذج الأكفأ في التنبؤ بالأقساط المباشرة والمطالبات ومعدلات الخسائر هو نموذج الدالة التكميلية، وأوصت الدراسة بأهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية على أسس عادلة بين المنتفعين وعلى أكبر قدر من الشفافية، ونشر الوعي الصحي بين كافة أفراد المجتمع وخاصة فكر الطب الوقائي، ووضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي الشامل، لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية، مع ضرورة العمل على تهيئة المناخ اللازم لعمل شركات التأمين التعاوني في المملكة، وزيادة دورها في تقديم خدمات الرعاية الصحية بأفضل جودة ممكنه. العمل على زيادة التمويل المقدم من الجهات الحكومية للمستثمرين في القطاع الصحي حتى يمكن المساهمة في النمو المرغوب فيه خلال المرحلة القادمة.

دراسة (Abu-El-Noor et al, 2019) بعنوان: ثقافة سلامة المرضى بين الممرضين العاملين في

المستشفيات الحكومية في فلسطين: طريق إلى سياسة جديدة

Patient safety culture among nurses working in Palestinian governmental hospital: a pathway to a new policy

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مواقف الممرضات العاملات في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة تجاه سلامة المرضى ودراسة العوامل التي تؤثر على مواقفهم. طرق هذه دراسة وصفية مستعرضة مع عينة

ملائمة من 424 ممرضة ، يعملون في أربعة مستشفيات حكومية. تم استخدام استبيان المواقف تجاه سلامة المرضى، وهو أداة تم التحقق من صحتها وتتألف من 29 عنصرًا تقيّم مواقف سلامة المرضى عبر تسعة مجالات رئيسية. النتائج أظهرت الممرضات العاملات في المستشفيات الحكومية بشكل عام فقط مواقف إيجابية قليلاً تجاه سلامة المرضى بدرجة إجمالية بلغت 3.68 على مقياس ليكرت من 5 نقاط ، على الرغم من أن 41.9% فقط أبلغوا عن تلقي تدريب على سلامة المرضى سابقًا. تم العثور على المواقف الأكثر إيجابية تجاه سلامة المرضى في مجالات "ساعات العمل كسبب للخطأ" و "أداء الفريق" بعشرات من 3.94 و 3.93 على التوالي، في حين تم العثور على المواقف الأكثر سلبية في "أهمية سلامة المرضى في منهج" برصيد 2.92. معظم متغيرات الدراسة، مثل العمر وسنوات الخبرة، لم تؤثر على مواقف الممرضات. من ناحية أخرى، تم العثور على بعض المتغيرات ، مثل التخصص والمستشفى، تؤثر بشكل كبير على مواقف سلامة المرضى المبلغ عنها مع الممرضات العاملات في التخصصات الجراحية ، مما يدل على مواقف أكثر إيجابية. استنتاج على الرغم من عدم كفاية التدريب على سلامة المرضى الذي تلقاه المشاركون في هذه الدراسة، فقد أظهروا مواقف إيجابية بعض الشيء تجاه سلامة المرضى مع بعض الاختلافات بين المستشفيات والأقسام المختلفة.

دراسة (MacLean and Craig, 2019) بعنوان: كيف يتم تقييم الجودة في أسواق التأمين

How Quality Is Assessed in Insurance Markets

هدفت الدراسة إلى بيان كيفية تقييم الجودة في أسواق التأمين لاعتبار الجودة العمود الفقري للرعاية الصحية، وتناولت الدراسة كل من اهتمام الجهات الطبية، والمرضى المؤمنين، والإدارة العليا في شركات التأمين الذين يخططون لتقديم الرعاية الصحية ذات الجودة العالية، وتخفيض التكاليف في الولايات

المتحدة الأمريكية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كدراسة مسحية في داخل أسواق التأمين وباستخدام البيانات الإدارية المتاحة وتحليلها لسهولة الحصول عليها من المستشفيات والجهات الطبية الأخرى. وخلصت الدراسة الى عدد من النتائج كان من أهمها أن شركات التأمين تقوم بقياس الجودة بشكل روتيني والبالغ عنها من خلال عدد من الطرق المختلفة، وزيادة التركيز عليها عبر توجيهها المستقبلي وتطبيقها في أنظمتها الإلكترونية الخاصة بالمطالبات للجهات التي تقدم الخدمات التأمينية الطبية. كما وأظهرت الدراسة أن قياس الجودة يتطلب وجود خطط مسبقة وملائمة لتحليلها، وبالاعتماد على البيانات المتاحة ومخرجات الأنظمة الإلكترونية الخاصة بالتأمين مما يسهل الوصول الى تقديرات دقيقة وصحيحة من الناحية الإحصائية والقيام بأي مقارنات خاصة في القطاع.

دراسة محمد وأسعد (2018) بعنوان التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية

هدفت إلى توضيح أهمية التأمين الصحي الشامل كخيار استراتيجي تنموي للسنوات القادمة، مع دراسة لواقع التأمين الصحي الحكومي الراهن، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، كما تم تصميم استبانة وتوزيعها على 450 عامل في القطاع العام بغية قياس درجة نظام التأمين الصحي الحالي، وتمكن من المساعد في تأمين الخدمات الصحية الضرورية لكافة المواطنين بشكل عادل في ظل الأزمة الراهنة وانخفاض سوية الدخل وازدياد الطلب على الخدمات الصحية الحكومية، وأهم النتائج التي توصل إليها البحث هي عدم فعالية وعدالة نظام التأمين الصحي الحكومي، ووجد قبول ورضا جماهيري حول فكرة التأمين الصحي الشامل وأقساطه المقترحة، أهمية نظام التأمين المقترح في تأمين التمويل المناسب لقطاع الخدمات الصحية، ومن الممكن أن يشكل النموذج المقترح أساساً لاستراتيجية تنموية صحية مستقبلية.

دراسة أبو عكر (2017) بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية في أقسام الطوارئ في المستشفيات الخاصة من وجهتي نظر المستفيدين ومقدمي الخدمة في محافظة بيت لحم

هدفت الدراسة الى تقييم جودة الخدمات الصحية في أقسام الطوارئ في المستشفيات الخاصة من وجهتي نظر مقدمي الخدمة والمستفيدين في محافظة بيت لحم، قامت الباحثة بتصميم استبانة خاصة لتحقيق أهداف الدراسة بحيث تم توزيع 293 استبانة للمستفيدين و35 استبانة لمقدمي الخدمة على عينة عشوائية أكبر ثلاثة مستشفيات خاصة في محافظة بيت لحم. من أهم النتائج أن درجة تقييم جودة الخدمات الصحية في أقسام الطوارئ في المستشفيات الخاصة من وجهتي نظر مقدمي الخدمة والمستفيدين في محافظة بيت لحم كانت عالية وفق أبعاد الجودة الخمسة، فقد حصل بعد الثقة على أعلى الدرجات من وجهة نظر مقدمي الخدمة بنسبة 88% أما بعد الاستجابة فقد حصل على أعلى الدرجات من وجهة نظر المستفيدين بنسبة 83% وتوصلت الدراسة أيضا الى أن أهم المعوقات التي تقلل من جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة نقص في الكادر الصحي من أطباء وممرضين ، أما من وجهة نظر المستفيدين فكانت التأخير في تقديم الخدمات الصحية.

دراسة (Andrew et al, 2015) بعنوان: محددات قرارات التغطية في أسواق التأمين الصحي

Determinants of Coverage Decisions in Health Insurance Marketplaces

هدفت الدراسة للتحقيق من محددات ونوعية قرارات التغطية بين خطط اختيار غير المؤمن عليهم في سوق التأمين الصحي الافتراضي، تكونت عينة الدراسة من شباب يتمتعون بصحة جيدة ومتمرسين في مجال التكنولوجيا (ن = 276) ، والأخرى من سكان فيرجينيا الريفيين ذوي الدخل المنخفض (ن = 161)، تم

جمع البيانات الأولية باستخدام استبيان عبر الإنترنت، أظهرت النتائج أن العلاقة بين مهارات اتخاذ القرار ونوعية خيارات التغطية متنسقة عبر مجموعة من الأفراد غير المؤمن عليهم تختلف في العمر والدخل والتعليم، وأن المشاركين الصغار والكبار يواجهون صعوبات في القدرة على تحديد أقل دفعة من أجل الحصول على التأمين، كما تشير النتائج إلى أن الحمل الزائد المعرفي من المعلومات في بيئة اتخاذ القرار يعمل على جودة الاختيار من خلال فهم التأمين.

دراسة النجار (2015) بعنوان تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة

هدفت الدراسة إلى تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة، وتتمثل منهجية الدراسة في عرض ووصف وتحليل وتفسير تقارير وزارة الصحة الفلسطينية ذات العلاقة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن إيرادات الوزارة تشكل 5% من مجمل النفقات تقريبا، ونسبة إيراد التأمين الصحي 34% من مجمل إيرادات الوزارة، وتوظف الوزارة 65% من وظائف القطاع الصحي، ومن خلال مناقشة النتائج يتبين أن نظام التأمين الصحي الحكومي لا يتمتع بكفاءة عالية، وأن انخفاض معدل الأطباء المتخصصين والأجهزة الطبية الحديثة في المؤسسات الصحية قد يكون سبباً في ارتفاع تكاليف الأدوية والعلاج بالخارج، وتوصي الدراسة بأنه على وزارة الصحة وأصحاب القرار العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية وخفض التكاليف لأدنى حد ممكن، ورفع مستويات الإيرادات والتمويل الخارجي لتتناسب مع حجم النفقات اللازمة، من خلال الاجراءات الفنية والادارية والمالية والرقابية.

دراسة البلاصي (2015) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة في محافظتي الخليل وبيت لحم

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة، ولتحقيق الأهداف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار عينة الدراسة والتي تكونت من 380 مريض و73 موظفاً من العاملين وتوزيع استبيانين كأدوات لجمع البيانات، أما النتائج التي توصلت إليها الباحثة: أن درجة تقييم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية التابعة لوكالة الغوث الدولية في محافظتي الخليل وبيت لحم كانت متوسطة بالنسبة للعاملين الذين يقدمون الخدمات الصحية، وسبب ذلك وجود مجموعة من المعوقات التي تؤثر سلباً على تحقيق مستوى عالٍ من الجودة في الخدمة الصحية تتمثل في عدم وضوح آليات تحسين وتطوير الخدمة المقدمة والنقص في الكوادر الطبية المتخصصة في العيادة، وكما أظهرت نتائج الدراسة أن درجة تقييم جودة الخدمات الصحية كانت عالية بالنسبة للمرضى، وهذا يدل على أن المريض يحظى باهتمام الموظف ويشعر بسرعة الاستجابة على استفساراته، والحفاظ على خصوصياته.

دراسة (Rahman et al, 2013) بعنوان " تقييم أبعاد جودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية من خلال دراسة رضا المريض للمستشفيات الخاصة في بنغلادش

Assessment of service quality dimensions in healthcare industry A study on patients satisfaction with Bangladeshi private Hospitals

الهدف من هذه الدراسة التعرف على عوامل جودة الخدمات التي تؤثر على رضا المرضى في المستشفيات الخاصة، وتم تحديد عشرة عوامل للخدمة وهي: (التكلفة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة،

الملموسية، الاتصالات، التعاطف، ميزات عملية، خدمة الفواتير، الحسابات)، وشملت عينة البحث على 400 مريض من عشرة مستشفيات خاصة في مدينة دكا، ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها رضا المرضى عن سبعة من العوامل المؤثرة على جودة الخدمات للرعاية الصحية باستثناء الاتصالات، الاستجابة، والتعاطف حيث كانت اجابتهم محايدة.

دراسة (Crosson et al, 2012) بعنوان: دور استخدام أنظمة الوصفات الطبية الإلكترونية في تحسين

الرعاية الصحية وتقليل التكاليف

Early adopters of electronic prescribing struggle to make meaningful use of formulary checks and medication history documentation

هدفت هذه الدراسة الى بيان دور استخدام أنظمة الوصفات الطبية الإلكترونية في تحسين الرعاية الصحية وتقليل التكاليف من خلال تنبيه أصحاب الوصفات الطبية من المراجعين للتفاعلات الدوائية، ودعم نظم معلومات التغطية التأمينية، واعتمدت الدراسة على المنهج المقارن لثمانية ممارسات تتعلق في انظمة الصيدليات الإلكترونية، وعليه فقد توصلت الدراسة الى عدد من النتائج كان من أبرزها أن أنظمة التأمين الإلكترونية الخاصة في الصيدليات تساهم في تحسين صرف الوصفات، وتساهم في تخفيض الكلفة الخاصة في مخرجات الطرق التقليدية كالأوراق والوثائق والمساعدة على ارشفتها. كما وأظهرت النتائج الى أن استخدام هذه الأنظمة تساهم في فحص الوصفات والوثائق الطبية بالاعتماد على المعلومات المرفقة في التشخيص الطبي للمريض حيث أنها تقوم على التأكد من صحة ودقة البيانات واكتمالها بشكل أكبر عند صرف الوصفات من خلال النظام وأن هذه الأنظمة تعتبر مفيدة لاستخدامها في تحسين كفاءة صرف الوصفات في الصيدليات وأماكن الرعاية الأولية.

دراسة منظمة الصحة العالمية (2011) بعنوان: أثر التأمين الصحي في أفريقيا وآسيا: استعراض

منهجي

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر التأمين الصحي على تعبئة الموارد والحماية المالية واستخدام الخدمات وجودة الرعاية والاندماج الاجتماعي وتمكين المجتمع المحلي في البلدان منخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل في أفريقيا وآسيا. تم إجراء بحث منهجي للتجارب العشوائية التي تم تنفيذها في بيئة خاضعة للمراقبة، والدراسات شبه التجريبية والقائمة على الملاحظة التي تم نشرها قبل نهاية عام 2011 في 20 قاعدة بيانات وقوائم مراجع للدراسات ذات الصلة، ومواقع الإنترنت، والمنشورات غير الرسمية. وتم تقييم جودة الدراسة باستخدام بروتوكول تدرج الجودة. توصلت الدراسة إلى أن التأمين الصحي بعض يوفر الحماية من الآثار الضارة للرسوم المفروضة على المستخدمين ويتيح سبيلاً واعدأً باتجاه تغطية شاملة للرعاية الصحية.

3.2 التعقيب على الدراسات السابقة:

تمحورت الدراسات السابقة قسم من الدراسات السابقة حول سلامة المرضى والرعاية الصحية مثل دراسة أبو عكر (2017) ودراسة البلاصي (2015)، ودراسة (Rahman et al, 2013)، ودراسة (Crosson et al, 2012)، بينما هناك مجموعة من الدراسات تناولت جودة الخدمات التي تقدمها شركات التأمين مثل دراسة (MacLean and Craig, 2019)، ودراسة منظمة الصحة العالمية (2011)، كما أن هناك دراسات التي تناولت قرار التغطية المالية مثل دراسة (Andrew et al, 2015)، وهناك

مجموعة من الدراسات الدراسات اهتمت بثقافة المريض في شركات التأمين مثل دراسة (Manzanera et al, 2021) ودراسة (Abu-El-Noor et al, 2019)

كما اعتمدت الدراسة الحالية على الدراسات السابقة في بناء أداة الدراسة حيث استعانت الباحثة بالدراسات السابقة مثل عكر (2017) ودراسة البلاصي (2015)، ودراسة (Rahman et al, 2013)، ودراسة (Crosson et al, 2012)، حيث ركز معظم الدراسات السابقة على الاستبانة والمنهج الوصفي في إجرائها مثل دراسة (Manzanera et al, 2021) ودراسة (Abu-El-Noor et al, 2019).

وتظهر الفجوة من خلال عدم تطرق الدراسات السابقة إلى قرار التغطية المالية وعلاقتها بسلامة المرضى وكذلك من إلى العوامل التي تؤثر في قرار التغطية المالية.

تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة من خلال البحث في قرار التغطية المالية الذي يتم اتخاذه سواء كان ذلك على مستوى التأمين الصحي الحكومي من خلال التحويلات العلاجية أو على مستوى شركات التأمين الخاصة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية، كما يظهر تميز هذه الدراسة دراسة العلاقة بين قرار التغطية المالية وسلامة المرضى حيث لم يتم البحث فيها سابقاً على حد علم الباحثة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

تناول هذا الفصل المنهج الذي قامت الباحثة بإتباعه في هذه الدراسة، ويتضمن وصفا للإجراءات التي قامت بها في تنفيذ دراستها، من حيث وصف مجتمع الدراسة وعينتها، والطريقة التي تم اختيار العينة بها، وأدوات الدراسة والطرق التي تم اتباعها في إعدادها، والتأكد من صدقها وثباتها، وخطوات تطبيقها، وتصميم الدراسة وإجراءاتها، والمعالجة الإحصائية التي تم استخدامها في تحليل النتائج .

3.1 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي (المنهج المختلط Mixed method) الذي يعتمد على دراسة ووصف الظاهرة في الوقت الحاضر وكما هي في الواقع وتحليلها من خلال الحصول

على إجابات الأسئلة الدراسة المتعلقة بالظاهرة المدروسة، وهو المنهج المناسب والأفضل لمثل هذه الدراسات.

3.2 مجتمع الدراسة:

تكوّن مجتمع الدراسة من ثلاث فئات وهم

◆ مقدمي خدمة الرعاية الصحية خلال الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة بين 2021/9/1-

12/1 /2021م، وقد تم تطبيق الاستبانة كأداة لمعرفة اتجاهاتهم حول واقع العلاقة بين قرار

شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

◆ الشركات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية وقد تكون مجتمع الدراسة من (7) شركات في

فلسطين تم استهدافهم في مقابلات للتعرف على واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية

المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

◆ متلقي ومقدمي خدمة الرعاية الصحية خلال الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة بين

2021/9/1-12/1 /2021م، وقد تم تطبيق الاستبانة كأداة لمعرفة اتجاهاتهم حول واقع العلاقة

بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

3.3 عينة الدراسة :

استخدمت الباحثة العينة القصدية الميسرة بحيث تم اختيار نصف العينة من متلقي لخدمة

والنصف الآخر من مقدمي الخدمة بالإضافة إلى (5) مقابلات مع العاملين في مجال التغطية المالية في

مجال التأمين الصحي، فكان عدد أفراد العينة (120) فرداً. حيث قامت الباحثة بتوزيع (120) استبانة

على مجتمع الدراسة، وتم استرداد (120) استبانة صالحة للتحليل، وبعد إتمام عملية جمع البيانات، تم إجراء التحليل الإحصائي لها، ويبين الجدول (2.3) توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة:

جدول رقم (2.3): توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة

المتغيرات	البدائل	العدد	النسبة
نوع المستجيب	مقدم خدمة	60	50
	متلقي خدمة	60	50
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	16	13.3
	بكالوريوس	66	55.0
	دراسات عليا	38	31.7
سنوات الخبرة	أقل من 10 سنوات	81	67.5
	10-20 سنة	26	21.7
	أكثر من 20 سنة	13	10.8
المسمى الوظيفي	مدير	15	12.5
	رئيس قسم	32	26.7
	موظف	73	60.8
العمر	أقل من 40 سنة	89	74.2
	40-60 سنة	29	24.2
	أكثر من 60 سنة	2	1.6
طبيعة العمل	قطاع عام	36	30.0
	قطاع خاص	84	70.0

4.3 أداة الدراسة:

للإجابة على سؤال الدراسة قامت الباحثة ببناء استبانة لقياس واقع العلاقة بين قرار شركات

التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، وقد تم بناء الاستبانة بعد الاطلاع

على الدراسات السابقة ذي العلاقة بموضوع الدراسة. ومن خلال الاستفادة من ذوي الاختصاص في مجال الإدارة، وقد اشتملت الاستبانة في صورتها النهائية على (60) فقرة، مقسمة على محورين: المحور الأول تكون من المعلومات الأولية، والمحور الثاني تكون من مجالين: المجال الأول يقيس التغطية المالية، وقد تكون من (30) فقرة، والمجال الثاني يقيس سلامة المريض وجودة الرعاية الصحية، وتكون من (30) فقرة، كما في الملحق رقم (1).

كما قامت الباحثة ببناء مقابلة لقياس واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، وقد تم بناء المقابلة بعد الاطلاع على الدراسات السابقة ذي العلاقة بموضوع الدراسة. ومن خلال الاستفادة من ذوي الاختصاص في مجال الإدارة، وقد اشتملت المقابلة على (10) أسئلة، كما في الملحق رقم (2).

3.5 صدق الأداة

للتحقق من صدق أداة الدراسة، تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين كما في الملحق رقم (3)، وعلى ضوء الملاحظات التي أشاروا إليها، تم إعادة صياغة بعض الفقرات، وتم حذف بعض الفقرات، حتى خرجت الاستبانة في شكلها النهائي.

كما قامت الباحثة بالتحقق من صدق أداة الدراسة بحساب الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة مناسبة لقياس ما صممت لقياسه، ومن جهة أخرى تم التحقق من صدق أداة الدراسة بحساب مصفوفة ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية

جدول رقم(2): مصفوفة معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجات الكلية:

الرقم	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	تتلي شركات التأمين احتياجات المستخدمين	0.537	0.00
2.	يتناسب نظام المطالبات المالية في شركات التأمين مع الرعاية الصحية المقدمة للمرضى	0.644	0.00
3.	تحرص شركات التأمين على التغطية المالية للخدمات الصحية التي يحتاجها المريض	0.675	0.00
4.	تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات التكاليف العالية	0.655	0.00
5.	تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات تكاليف الأقل	0.723	0.00
6.	يتم استقبال المريض من الطبيب ومن ثم يتم البحث في التغطية المالية	0.643	0.00
7.	يتم إجراء جميع الفحوصات قبل اتخاذ قرار التغطية المالية	0.617	0.00
8.	يتم تحويل المريض إلى الجهات الطبية المتخصصة من أجل وصف الحالة الصحية	0.409	0.00
9.	يتم تقدير حجم المشكلة الصحية قبل قرار التغطية من قبل متخصصين في المجال الصحي	0.620	0.00
10.	يتم الاعتماد على معلومات رسمية من أجل أخذ قرار التغطية	0.622	0.00
11.	هناك فريق ميداني تابع لشركات التأمين من أجل اتخاذ قرار التغطية المالية	0.724	0.00
12.	تكون القرارات تبعاً لتقديرات شخصية من قبل العاملين في مجال التغطية المالية	0.710	0.00
13.	غالباً ما يكون القرار منطقي ومطابق للحالة الصحية للمريض	0.773	0.00
14.	يتم تحديد الأمراض التي يغطيها التأمين الصحي	0.568	0.00
15.	يتم تحديد المشكلة الصحية بدقة من قبل شركة التأمين قبل تغطيتها	0.542	0.00
16.	تطرح شركة التأمين البديل المناسب للعلاج الأقل تكلفة مالية	0.625	0.00
17.	يعتمد قرار التغطية المالية على القرار الشخصي للخبير المعالج للحالة المتضررة	0.615	0.00
18.	يتم تحليل التقارير الطبية للاستفادة منها بشكل دقيق قبل اتخاذ قرار التغطية المالية	0.532	0.00
19.	يتم تزويد شركات التأمين بالمعلومات الدقيقة عن الحالات الصحية التي تحتاج إلى التغطية مالية	0.524	0.00

0.00	0.623	توجد ثقة بين متخذي القرارات والعاملين في مجال التغطية المالية	20.
0.00	0.678	يتم تحديد الحالات الصحية التي تحتاج إلى تغطية مالية سريعة	21.
0.00	0.629	يتم تحديد العديد من البدائل بشكل سريع لاتخاذ قرار الأفضل	22.
0.00	0.618	توجد سرعة في تقديم المعلومات اللازمة لإظهار حاجة الحالة الصحية للتغطية المالية	23.
0.00	0.681	تتم دراسة كل حالة بشكل سريع قبل اتخاذ القرار	24.
0.00	0.505	إجراءات اتخاذ القرار بالتغطية المالية أصبح أسرع في ظل التكنولوجيا	25.
0.00	0.601	يتم دراسة القرارات المتخذة بشكل فوري	26.
0.00	0.675	يتم دفع رسوم التغطية المالية قبل الشروع بإجراءاتها	27.
0.00	0.777	تتسم تكاليف التغطية المالية بأنها عالية	28.
0.00	0.523	تحتاج التغطية المالية إلى فحوصات طبية ذات تكاليف عالية	29.
0.00	0.521	تبحث شركات التأمين عن التكاليف المالية الأقل بصرف النظر عن الجودة	30.
0.00	0.625	يتم تقديم الخدمات الصحية في موعدها المحددة بصرف النظر عن تكاليفها.	31.
0.00	0.547	يتوفر اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى	32.
0.00	0.628	تقدم الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة بصرف النظر عن تكاليفها المالية.	33.
0.00	0.537	يتوافر في المركز الصحي المعتمد جميع التخصصات الطبية	34.
0.00	0.594	يقوم العاملون بتوثيق المعلومات الطبية الخاصة للمرضى بشكل مستمر	35.
0.00	0.578	الأجهزة والمعدات الطبية التي يتم استخدامها حديثة	36.
0.00	0.538	غرف العيادات مريحة	37.
0.00	0.619	يوجد هنالك اهتمام دائم بنظافة المركز الصحي ومرافقه	38.
0.00	0.627	الجو داخل المركز هادئ.	39.
0.00	0.639	يوجد نقص في الأدوية التي يطلبها الأطباء لي	40.
0.00	0.539	يتوافر بالمركز الصحي صالات مريحة للانتظار.	41.
0.00	0.581	يوجد لوحة إرشادات عامة.	42.

0.00	0.618	43. موقع المركز الصحي ملائم والوصول إليه بسهولة.
0.00	0.681	44. يوجد في المركز الصحي دورات مياه نظيفة.
0.00	0.505	45. يوجد هنالك استعداد دائم من قبل العاملين لتقديم الخدمة الطبية بشكل سريع
0.00	0.601	46. يقوم العاملون بالاستجابة الفورية للشكاوي.
0.00	0.675	47. يقوم العاملون بشكل فوري بالرد على استفسارات المرضى
0.00	0.777	48. يقوم العاملون بتقديم المساعدة لجميع المرضى.
0.00	0.523	49. يوجد تعقيد في إجراءات العمل لضمان السرعة في تقديم الخدمة
0.00	0.521	50. يشعر المرضى بالأمان عند التعامل معك كمقدم خدمة
0.00	0.521	51. يتسم سلوكك كمقدم الخدمة بحسن المعاملة مع المرضى
0.00	0.625	52. تتابع كمقدم خدمة حالة المرضى منذ وصولهم القسم حتى خروجهم
0.00	0.547	53. يتمتع مقدمي الخدمة بسمعة جيدة لدى أفراد المجتمع
0.00	0.628	54. يقدم العاملون النصيحة للمرضى باستمرار.
0.00	0.675	55. يحافظ العاملون على سرية المعلومات الطبية.
0.00	0.655	56. يتميز سلوك العاملين عند التعامل بحسن المعاملة.
0.00	0.723	57. يعمل العاملون على مراعاة واحترام العادات والتقاليد في المجتمع.
0.00	0.594	58. يكرس العاملون في المركز الصحي وقتاً كافياً بالجلوس مع المرضى لتقديم الدعم المعنوي.
0.00	0.578	59. يوضح العاملون المشاكل الصحية للمريض
0.00	0.538	60. يصغي العاملون بشكل دائم للمرضى.

يلاحظ من الجدول (2) أن جميع مستويات الدلالة تنخفض قيمتها عن مستوى 0.05، مما يدل على أن معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجات الكلية لها دالة إحصائية، الأمر الذي يدل على صدق أداة الدراسة بفقراتها المكونة لها في تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها بدرجة كبيرة .

3.6 ثبات الأداة

للتحقق من ثبات أداة الدراسة، تم استخدام ثبات الاتساق الداخلي لفقرات الأداة باستخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا على عينة الدراسة في كل مجال من مجالات أداة الدراسة، بالإضافة إلى الدرجة الكلية كما هو موضح في الجدول (3.3):

جدول رقم (3.3): معامل الثبات كرونباخ ألفا لمجالات أداة الدراسة

المجال	عدد الفقرات	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ
التغطية المالية	30	0.895
سلامة المريض وجودة الرعاية الصحية	30	0.922
الدرجة الكلية لأداة الدراسة	60	0.947

يلاحظ من الجدول (3.3) أن درجة ثبات أداة الدراسة الكلي مرتفعة، حيث بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ 0.94 عند الدرجة الكلية، أي أن أداة الدراسة المستخدمة قادرة على استرجاع ما نسبته 94% من البيانات، والنتائج الحالية فيما لو تم إعادة استخدامها وتوزيعها مرة أخرى على العينة نفسها؛ أي في حالة إعادة القياس، وتعد معاملات الثبات المستخرجة لهذا المقياس مناسبة وتفي لأغراض الدراسة.

3.7 متغيرات الدراسة

المتغير المستقل: قرار التغطية المالية

المتغير الوسيط: الرعاية الصحية

المتغير التابع: سلامة المريض

المتغيرات الديمغرافية: (نوع المستجيب، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة في العمل، طبيعة العمل، العمر، المسمى الوظيفي)

3.8 المعالجة الإحصائية:

بعد جمع بيانات الدراسة، قامت الباحثة بمراجعتها تمهيدا لإدخالها إلى الحاسوب، وقد تم إدخالها للحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية حسب مقياس لكرت الخماسي، حيث أعطيت الإجابة على درجة الممارسة (أوافق بشدة) 5 درجات، الإجابة (أوافق) 4 درجات، الإجابة (لا أعلم) 3 درجات، الإجابة (معارض) درجتين والإجابة (معارض بشدة) فقد أعطيت درجة واحدة.

وقد تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، تم استخراج الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات والدرجات الكلية للمجالات، وقد تم فحص فرضيات الدراسة باستخدام اختبار (ت) للعينات ذات المتغير بمستويين، أما الفرضيات ذات المتغير بثلاثة مستويات تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، ولقياس الصدق والثبات، فقد تم استخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) ومعاملات الارتباط بيرسون بين الفقرات والدرجات الكلية لها، ولفحص واقع الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص ودورها في مكافحة جائحة كورونا في جنوب الضفة الغربية تم استخدام (Regression Model) وذلك باستخدام الحاسوب و برنامج الرزم الإحصائية SPSS .

الفصل الرابع

تحليل نتائج الدراسة

1.4 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو " واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية" وبيان علاقة كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها. وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة تم اعتماد المقياس الوزني الآتي:

الدرجة	مدى متوسطها الحسابي
منخفضة جداً	1.8 فأقل
منخفضة	2.60-1.81
متوسطة	3.40-2.61
مرتفعة	4.20-3.41
مرتفعة جداً	4.21 فأعلى

2.4 نتائج أسئلة الدراسة:

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية؟

للإجابة عن هذا السؤال، قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجالات الاستبانة التي تعبر عن واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية والجدول (1.4) يوضح ذلك:

جدول (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات واقع

قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجال
مرتفعة	0.65	3.53	1 المجال الأول: التغطية المالية في الرعاية الصحية
مرتفعة	0.54	3.51	2 المجال الثاني: قرار التغطية المالية
مرتفعة	0.56	3.57	3 المجال الثالث: دقة قرار التغطية المالية

مرتفعة	0.61	3.51	المجال الرابع: السرعة في قرار التغطية المالية	4
متوسطة	0.76	3.39	المجال الخامس: التكلفة	5
مرتفعة	0.56	3.48	الدرجة الكلية	

وبلاحظ من الجدول (4.1) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.48) وانحراف معياري (0.56) وهذا يدل على أن واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية جاء بدرجة مرتفعة ولجميع المحاور ما عدا محور التكلفة. ومن خلال المقابلات تبين أن هناك تغطية للحالات الصحية التي يكون فيها التأمين ساري المفعول ولكن لا يتم ذلك إلا بعد دفع رسوم التأمين، ونجد أن القرار يكون بالتغطية بناءً على تقرير المستشفى أو الطبيب المختص، ولكن هناك اجراءات يتم اتباعها من أجل تقديم الخدمات الصحية التي يشملها التأمين وهناك العديد من الأمراض لا يغطيها التأمين فتكون على الحساب الخاص للمريض المؤمن.

أ) التغطية المالية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال التغطية المالية في الرعاية الصحية، والجدول (2.4) يوضح ذلك:

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال

التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.74	3.94	تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية

			ذات تكاليف الأقل
مرتفعة	0.81	3.68	تتلي شركات التأمين احتياجات المستخدمين
مرتفعة	0.86	3.55	يتناسب نظام المطالبات المالية في شركات التأمين مع الرعاية الصحية المقدمة للمرضى
مرتفعة	1.02	3.42	تحرص شركات التأمين على التغطية المالية للخدمات الصحية التي يحتاجها المريض
متوسطة	1.01	3.09	تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات التكاليف العالية
مرتفعة	0.65	3.53	الدرجة الكلية

ويلاحظ من الجدول (2.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التغطية المالية في الرعاية الصحية أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغت (3.53) وانحراف معياري (0.65) وهذا يدل على أن التغطية المالية في الرعاية الصحية جاء بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات تكاليف الأقل) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.94) وانحراف معياري (0.74)، بينما كانت الفقرة (تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات التكاليف العالية) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.09) وانحراف معياري (1.09).

من خلال المقابلات تبين أن التغطية المالية تكون حسب احتياجات المؤمن ونوعية التأمين فنجد أن التأمين يشمل معظم الأمراض ولكن يكون التأمين حسب نوعية التأمين؛ فنجد أن التأمين الحكومي يشمل نسبة عالية من التغطية المالية وفي حال عدم توفر الخدمة الصحية المناسبة يتم تحويل المرضى إلى مستشفيات أخرى خارج نطاق الصحة من أجل تقليل التكلفة على المواطنين الذي يشملهم التأمين، أما بالنسبة لشركات التأمين فنجد أن هناك تغطية للجانب المادي للعلاج بشرط أن يتم دفع رسوم التأمين أي

ما يسمى فتح التأمين (أي دفع الرسوم لكي يتكفل مقدم الخدمة لتحمل تكاليف العلاج)، بحيث يتم تغطية جميع لعلاج بالإضافة إلى تقدير حجم الضرر للمستفيدين.

ب) قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية والجدول (3.4) يوضح ذلك

جدول (3.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.75	3.89	يتم الاعتماد على معلومات رسمية من أجل أخذ قرار التغطية
مرتفعة	0.83	3.76	يتم تحويل المريض إلى الجهات الطبية المتخصصة من أجل وصف الحالة الصحية
مرتفعة	1.08	3.58	يتم تقدير حجم المشكلة الصحية قبل قرار التغطية من قبل متخصصين في المجال الصحي
مرتفعة	0.91	3.54	تكون القرارات تبعاً لتقديرات شخصية من قبل العاملين في مجال التغطية المالية
مرتفعة	0.89	3.43	غالباً ما يكون القرار منطقي ومطابق للحالة الصحية للمريض
متوسطة	1.09	3.37	يتم استقبال المريض من الطبيب ومن ثم يتم البحث في التغطية المالية
متوسطة	1.01	3.35	هناك فريق ميداني تابع لشركات التأمين من أجل اتخاذ قرار التغطية المالية
متوسطة	1.14	3.21	يتم إجراء جميع الفحوصات قبل اتخاذ قرار التغطية المالية
مرتفعة	0.54	3.51	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (3.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.51) وانحراف معياري (0.54) وهذا يدل على أن قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية جاء بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (يتم الاعتماد على معلومات رسمية من أجل أخذ قرار التغطية) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.89) وانحراف معياري (0.75)، بينما كانت الفقرة (يتم إجراء جميع الفحوصات قبل اتخاذ قرار التغطية المالية) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.21) وانحراف معياري (1.14).

من خلال المقابلات تبين الأطباء يقومون بعمل الإجراءات الصحية الأولية والعلاج الأولي للمريض قبل الشروع بإجراءات تغطية التأمين ولكن عند حاجة المريض إلى تكاليف علاج عالية تعمل المستشفيات على التشديد على إتمام إجراءات التأمين، بحيث يتم تحويل المريض إلى الجهات الطبية المختصة من أجل تقدير كلفة العلاج واتخاذ قرار التغطية المالية من قبل مقدمي الخدمة، نجد أن مقدمي الخدمة يعملون على تلبية احتياجات المستفيدين بحسب الحاجة ونوع التأمين الذي تم عقده بين الطرفين، كما يعتمد مقدمي الخدمة على الأطباء المختصين من أجل تقدير حجم التغطية المالية للمستفيدين، وغالباً ما يكون القرار مطابق للحالة الصحية للمريض.

ج) دقة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد دقة قرار التغطية

المالية في الرعاية الصحية والجدول (4.4) يوضح ذلك

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد دقة

قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.75	3.95	يتم تزويد شركات التأمين بالمعلومات الدقيقة عن الحالات الصحية التي تحتاج إلى التغطية مالية
مرتفعة	0.99	3.85	يتم تحديد الأمراض التي يغطيها التأمين الصحي
مرتفعة	1.08	3.55	يتم تحديد المشكلة الصحية بدقة من قبل شركة التأمين قبل تغطيتها
مرتفعة	0.89	3.53	يتم تحليل التقارير الطبية للاستفادة منها بشكل دقيق قبل اتخاذ قرار التغطية المالية
مرتفعة	1.01	3.42	توجد ثقة بين متخذي القرارات والعاملين في مجال التغطية المالية
مرتفعة	1.11	3.41	تطرح شركة التأمين البديل المناسب للعلاج الأقل تكلفة مالية
متوسطة	1.03	3.27	يعتمد قرار التغطية المالية على القرار الشخصي للخبير المعالج للحالة المتضررة
مرتفعة	0.56	3.57	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (4.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات

أفراد عينة الدراسة لبعدها دقة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية

بلغ (3.57) وانحراف معياري (0.56) وهذا يدل على أن دقة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية

جاء بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (يتم تزويد شركات التأمين بالمعلومات الدقيقة عن الحالات الصحية

التي تحتاج إلى التغطية مالية) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري (0.75)،

بينما كانت الفقرة (يعتمد قرار التغطية المالية على القرار الشخصي للخبير المعالج للحالة المتضررة) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.27) وانحراف معياري (1.03).

من خلال المقابلات نجد أن هناك بعض الأمراض التي لا يغطيها التأمين الخاص والتي تكون خارج عقد التأمين الذي تم عقده، وفي حال كان العلاج مكلف تعمل شركات التأمين على طرح بدائل من أجل التقليل من تكلفة العلاج لدى المتلقي الخدمة، أما التأمين الحكومي فهو يغطي جميع الأمراض التي يصاب فيها الفرد المؤمن.

د) السرعة في قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد السرعة قرار

التغطية المالية في الرعاية الصحية والجدول (5.4) يوضح ذلك

جدول (5.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد

السرعة في قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.93	3.78	إجراءات اتخاذ القرار بالتغطية المالية أصبح أسرع في ظل التكنولوجيا
مرتفعة	0.89	3.73	يتم تحديد الحالات الصحية التي تحتاج إلى تغطية مالية سريعة
مرتفعة	0.91	3.47	يتم تحديد العديد من البدائل بشكل سريع لاتخاذ قرار الأفضل
مرتفعة	0.98	3.42	تتم دراسة كل حالة بشكل سريع قبل اتخاذ القرار
متوسطة	0.91	3.39	توجد سرعة في تقديم المعلومات اللازمة لإظهار حاجة الحالة الصحية للتغطية المالية
متوسطة	1.02	3.21	يتم دراسة القرارات المتخذة بشكل فوري
مرتفعة	0.61	3.51	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (5.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لبعء السرعة في قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.51) وانحراف معياري (0.61) وهذا يدل على أن السرعة في قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية جاء بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (إجراءات اتخاذ القرار بالتغطية المالية أصبح أسرع في ظل التكنولوجيا) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.78) وانحراف معياري (0.93)، بينما كانت الفقرة (يتم دراسة القرارات المتخذة بشكل فوري) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.21) وانحراف معياري (1.02).

من خلال المقابلات نجد أن هناك سرعة في اتخاذ القرارات العلاج الأولى وهناك تغطية سريعة للعلاج الأولى من قبل شركات التأمين ولكن العلاج الذي يحتاج إلى تكلفة عالية يكون هناك دراسة للقرار بحيث يتم الحد من التكلفة ومفاوضة متلقي الخدمة من أجل التقليل من تكاليف التغطية حيث تعمل الشركات على دراسة معمقة للقرار قبل اتخاذ قرار التغطية.

هـ) تكلفة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد تكلفة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية والجدول (6.4) يوضح ذلك

جدول (6.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد

تكلفة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.96	3.55	تبحث شركات التأمين عن التكاليف المالية الأقل بصرف النظر عن الجودة
مرتفعة	1.04	3.54	تحتاج التغطية المالية إلى فحوصات طبية ذات تكاليف عالية
مرتفعة	0.96	3.41	تتسم تكاليف التغطية المالية بأنها عالية
متوسطة	1.22	3.19	يتم دفع رسوم التغطية المالية قبل الشروع بإجراءاتها
متوسطة	0.76	3.39	الدرجة الكلية

ويلاحظ من الجدول (6.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لبعدها تكلفة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.39) وانحراف معياري (0.76) وهذا يدل على أن تكلفة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية جاء بدرجة متوسطة، حيث كانت الفقرة (تبحث شركات التأمين عن التكاليف المالية الأقل بصرف النظر عن الجودة) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.55) وانحراف معياري (0.96)، بينما كانت الفقرة (يتم دفع رسوم التغطية المالية قبل الشروع بإجراءاتها) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.19) وانحراف معياري (1.22).

من خلال المقابلات ظهر أن يتم مساهمة متلقي الخدمة بجزء بسيط من العلاج سواء كان ذلك في المستشفيات الحكومية أو في التحويلات إلى المستشفيات الخاصة كما أن شركات التأمين تأخذ جزء من متلقي الخدمة ما يسمى رسوم فتح التأمين من أجل التغطية المالية، كما أن الشركات تعمل على البحث عن التكاليف الأقل للعلاج.

2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم

الرعاية الصحية ؟

للإجابة عن هذا السؤال، قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجالات الاستبانة التي تعبر مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية والجدول (7.4) يوضح ذلك:

جدول (7.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات

مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجال
مرتفعة	0.77	3.41	1 الاعتمادية في الرعاية الصحية
مرتفعة	0.63	3.53	2 الملموسية في الرعاية الصحية
مرتفعة	0.65	3.41	3 الاستجابة في الرعاية الصحية
مرتفعة	0.78	3.46	4 الثقة في الرعاية الصحية
مرتفعة	0.78	3.65	5 الرضا عن الرعاية الصحية
مرتفعة	0.59	3.49	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (7.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.49) وانحراف معياري (0.59) وهذا يدل على أن مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة ولجميع المحاور.

من خلال المقابلات تبين أن الخدمات المقدمة التي يتم تقديمها يستفيد منها جميع متلقي الخدمة من أجل حالة صحية أفضل للمواطنين حيث يبذل الأطباء أقصى جهد لديهم من أجل توفير خدمات صحية ذات جودة عالية.

أ) الاعتمادية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الاعتمادية في الرعاية الصحية ، والجدول (8.4) يوضح ذلك:

جدول (8.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الاعتمادية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.92	3.63	يقوم العاملون بتوثيق المعلومات الطبية الخاصة للمرضى بشكل مستمر
مرتفعة	1.06	3.46	يتم تقديم الخدمات الصحية في موعدها المحددة بصرف النظر عن تكاليفها.
مرتفعة	0.95	3.41	يتوفر اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى
متوسطة	0.93	3.38	يتوافر في المركز الصحي المعتمد جميع التخصصات الطبية
متوسطة	0.99	3.25	تقدم الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة بصرف النظر عن تكاليفها المالية.
مرتفعة	0.77	3.41	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (8.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الاعتمادية في الرعاية الصحية أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغت (3.41) وانحراف معياري (0.77) وهذا يدل على أن الاعتمادية في الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (يقوم العاملون بتوثيق المعلومات الطبية الخاصة للمرضى بشكل مستمر) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.63) وانحراف معياري (0.92)، بينما كانت الفقرة (تقدم الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة بصرف النظر عن تكاليفها المالية) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.25) وانحراف معياري (0.99).

من خلال المقابلات نجد أن يتم تقديم الخدمات الصحية حسب حاجة متلقي الخدمة فنجد أن الخدمات الصحية يتم تقديمه في موعدها وخاصة الخدمات الأولية أما بالنسبة للعمليات نجد أن هناك مواعيد يتم ترتيبها للمرضى حسب الحاجة الصحية لمتلقي الخدمة بحيث يتم تقدير الحالة الصحية من قبل الطبيب المختص للحالة.

ب) الملموسية في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الملموسية في الرعاية الصحية والجدول (9.4) يوضح ذلك

جدول (9.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد

الملموسية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.81	3.81	موقع المركز الصحي ملائم للوصول إليه بسهولة.
مرتفعة	0.93	3.67	يوجد لوحة ارشادات عامة.
مرتفعة	0.89	3.62	غرف العيادات مريحة
مرتفعة	0.96	3.57	يوجد هنالك اهتمام دائم بنظافة المركز الصحي ومرافقه
مرتفعة	0.87	3.54	يتوافر بالمركز الصحي صالات مريحة للانتظار .
مرتفعة	0.91	3.51	الأجهزة والمعدات الطبية التي يتم استخدامها حديثة
مرتفعة	0.92	3.51	الجو داخل المركز هادئ.
مرتفعة	0.97	3.41	يوجد في المركز الصحي دورات مياه نظيفة.
متوسطة	0.95	3.38	يوجد نقص في الأدوية التي يطلبها الأطباء لي
مرتفعة	0.63	3.53	الدرجة الكلية

ويلاحظ من الجدول (9.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات

أفراد عينة الدراسة الملموسية في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.53)

وانحراف معياري (0.63) وهذا يدل على أن الملموسية في الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة، حيث

كانت الفقرة (موقع المركز الصحي ملائم والوصول إليه بسهولة) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي

(3.81) وانحراف معياري (0.81)، بينما كانت الفقرة (يوجد نقص في الأدوية التي يطلبها الأطباء لي)

أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.38) وانحراف معياري (0.95).

من خلال المقابلات نجد أن هناك بعض الأجهزة الطبية الغير متوفرة في بعض المستشفيات ويتم الاستعانة في مستشفيات أخرى من أجل تقديم أفضل مستوى من الخدمات الصحية للمواطنين، كما أن هناك غرف مريحة نوعاً ما لمتلقي الخدمات في المستشفيات الخاصة، أما المستشفيات الحكومية تكون الغرفة أقل مستوى من الراحة، كما أن هناك نقص في العديد من الأدوية في المستشفيات الحكومية وخاصة ذات التكاليف العالية، بينما نجد أن المستشفيات الخاصة توفر جميع الأدوية للمتلقي الخدمة بغض النظر عن نوع التأمين حكومي أم خاص وذلك لكون المستشفيات سوف تتلقى عائد مادي مقابل تلك الخدمات.

ج) الاستجابة في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الاستجابة في

الرعاية الصحية والجدول (10.4) يوضح ذلك

جدول (10.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد

الاستجابة في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.85	3.76	يقوم العاملون بتقديم المساعدة لجميع المرضى.
متوسطة	0.93	3.54	يوجد هنالك استعداد دائم من قبل العاملين لتقديم الخدمة الطبية بشكل سريع
متوسطة	0.93	3.38	يوجد تعقيد في إجراءات العمل لضمان السرعة في تقديم الخدمة
متوسطة	0.93	3.32	يقوم العاملون بشكل فوري بالرد على استفسارات المرضى
متوسطة	0.98	3.19	يقوم العاملون بالاستجابة الفورية للشكاوي.
مرتفعة	0.65	3.41	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (10.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لبعد الاستجابة في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.41) وانحراف معياري (0.65) وهذا يدل على أن الاستجابة في الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (يقوم العاملون بتقديم المساعدة لجميع المرضى) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.76) وانحراف معياري (0.85)، بينما كانت الفقرة (يقوم العاملون بالاستجابة الفورية للشكاوي) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.19) وانحراف معياري (0.98).

من خلال المقابلات نجد أن هناك استجابة بشكل سريع لتقديم الخدمات الصحية الأولية في جميع المستشفيات، ولكن في حالة حاجة المريض إلى خدمات صحية معقدة مثل العمليات وغيرها من الأمراض الصعبة نجد أن درجة الاستجابة تكون ذات مستوى أقل نظراً للإمكانيات البسيطة التي تتوفر بين أيدي العاملين في المستشفيات، لذلك نجد أن هناك تحويلات طبية تكون للمرضى إلى مستشفيات إسرائيلية أو في الخارج بسبب قلة الإمكانيات الطبية.

د) الثقة في الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الثقة في الرعاية الصحية والجدول (11.4) يوضح ذلك

جدول (11.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد

الثقة في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	1.02	3.58	يتسم سلوكك كمقدم الخدمة بحسن المعاملة مع المرضى
مرتفعة	0.91	3.58	يقدم العاملون النصيحة للمرضى باستمرار .
مرتفعة	0.98	3.54	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل معك كمقدم خدمة
مرتفعة	0.82	3.54	يتمتع مقدمي الخدمة بسمعة جيدة لدى أفراد المجتمع
مرتفعة	0.98	3.41	تتابع كمقدم خدمة حالة المرضى منذ وصولهم القسم حتى خروجهم
مرتفعة	0.78	3.46	الدرجة الكلية

ويلاحظ من الجدول (11.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات

أفراد عينة الدراسة لبعث الثقة في الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.46)

وانحراف معياري (0.78) وهذا يدل على أن الثقة في الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة، حيث كانت

الفقرة (يتسم سلوكك كمقدم الخدمة بحسن المعاملة مع المرضى) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي

(3.58) وانحراف معياري (1.02)، بينما كانت الفقرة (تتابع كمقدم خدمة حالة المرضى منذ وصولهم

القسم حتى خروجهم) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.41) وانحراف معياري (0.98).

من خلال المقابلات نجد أن الثقة بين الأطباء ومتلقي الخدمات الصحية غالباً ما تكون ذات مستوى عالي ولكن في بعض الحالات المزمدة نجد أن هناك بعض المشكلات تظهر بين متلقي الخدمة والأطباء بسبب محدودية الامكانيات المتوفرة في المستشفيات الفلسطينية.

هـ) الرضا عن الرعاية الصحية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الرضا عن الرعاية الصحية والجدول (12.4) يوضح ذلك

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الرضا عن الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
مرتفعة	0.88	3.82	يحافظ العاملون على سرية المعلومات الطبية.
مرتفعة	0.93	3.72	يعمل العاملون على مراعاة واحترام العادات والتقاليد في المجتمع.
مرتفعة	0.84	3.72	يكرس العاملون في المركز الصحي وقتاً كافياً بالجلوس مع المرضى لتقديم الدعم المعنوي.
مرتفعة	0.84	3.72	يوضح العاملون المشاكل الصحية للمريض
مرتفعة	0.96	3.62	يتميز سلوك العاملين عند التعامل بحسن المعاملة.
مرتفعة	1.13	3.47	يصغي العاملون بشكل دائم للمرضى.
مرتفعة	0.78	3.65	الدرجة الكلية

وبلاحظ من الجدول (12.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لبعء الرضا عن الرعاية الصحية، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.65) وانحراف معياري (0.78) وهذا يدل على أن الرضا عن الرعاية الصحية جاء بدرجة مرتفعة، حيث كانت الفقرة (يحافظ العاملون على سرية المعلومات الطبية) أكثر الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.82) وانحراف معياري (0.88)، بينما كانت الفقرة (يصغي العاملون بشكل دائم للمرضى) أقل الفقرات أهمية بمتوسط حسابي (3.47) وانحراف معياري (1.13).

من خلال المقابلات نجد أن هناك رضا لدى متلقي الخدمة عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة العاملة في فلسطين، لذا نجد أن معظم الحالات يتم علاجها في المستشفيات الفلسطينية ويتم شفاؤها دون ظهور أي مضاعفات مستقبلية نتيجة تلقي العلاج، ولكن هناك بعض الحالات التي لا يتوفر العلاج لها في المستشفيات الفلسطينية يتم تحويلها إلى خارج البلاد أو إلى المستشفيات الإسرائيلية.

3.4 فحص واختبار الفرضيات

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: لا توجد علاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

ولفحص الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستجابة أفراد عينة الدراسة لعلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، والجدول (13.4) يوضح ذلك:

جدول رقم (13.4) جدول معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين قرار شركات

التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

مستوى الدلالة	قيمة (R)	المتغيرات
0.000**	0.713	الاعتمادية في الرعاية الصحية
0.000**	0.661	الملموسية في الرعاية الصحية
0.000**	0.690	الاستجابة في الرعاية الصحية
0.000**	0.514	الثقة في الرعاية الصحية
0.000**	0.550	الرضا عن الرعاية الصحية
0.000**	0.757	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

قرار شركات
التأمين بالتغطية
المالية

يلاحظ من الجدول (13.4) أن معامل الارتباط للدرجة الكلية (0.757)، وبلغ مستوى الدلالة

الإحصائية (0.000) وهي قيمة دالة إحصائياً، لذا يتم قبول الفرضية القائلة توجد علاقة ايجابية مرتفعة

بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: لا توجد علاقة بين التغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم

الرعاية الصحية.

ولفحص الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستجابة أفراد

عينة الدراسة لعلاقة بين التغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، والجدول (14.4)

يوضح ذلك:

جدول رقم (14.4) جدول معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين التغطية

المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

مستوى الدلالة	قيمة (R)	المتغيرات	
0.000**	0.568	الاعتمادية في الرعاية الصحية	التغطية المالية
0.000**	0.389	الملموسية في الرعاية الصحية	
0.000**	0.415	الاستجابة في الرعاية الصحية	
0.003**	0.271	الثقة في الرعاية الصحية	
0.000**	0.358	الرضا عن الرعاية الصحية	
0.000**	0.487	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	

يلاحظ من الجدول (14.4) أن معامل الارتباط للدرجة الكلية (0.757)، وبلغ مستوى الدلالة

الإحصائية (0.000) وهي قيمة دالة إحصائياً، لذا يتم قبول الفرضية الفائلة توجد علاقة ايجابية متوسطة

بين التغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة: لا توجد علاقة بين دقة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على

سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

ولفحص الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستجابة أفراد

عينة الدراسة لعلاقة بين دقة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية

الصحية، والجدول (15.4) يوضح ذلك:

جدول رقم (15.4) جدول معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين دقة قرار

شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

مستوى الدلالة	قيمة (R)	المتغيرات
0.000**	0.358	الاعتمادية في الرعاية الصحية
0.000**	0.423	الملموسية في الرعاية الصحية
0.000**	0.429	الاستجابة في الرعاية الصحية
0.000**	0.392	الثقة في الرعاية الصحية
0.000**	0.321	الرضا عن الرعاية الصحية
0.000**	0.465	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

دقة قرار شركات
التأمين بالتغطية
المالية

يلاحظ من الجدول (15.4) أن معامل الارتباط للدرجة الكلية (0.465)، وبلغ مستوى الدلالة

الإحصائية (0.000) وهي قيمة دالة إحصائياً، لذا يتم قبول الفرضية الفائلة توجد علاقة ايجابية متوسطة

بين دقة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة: لا توجد علاقة بين سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على

سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

ولفحص الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستجابة أفراد

عينة الدراسة لعلاقة بين سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية

الصحية، والجدول (16.4) يوضح ذلك:

جدول رقم (16.4) جدول معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

مستوى الدلالة	قيمة (R)	المتغيرات	
0.000**	0.404	الاعتمادية في الرعاية الصحية	سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية
0.000**	0.355	الملموسية في الرعاية الصحية	
0.000**	0.433	الاستجابة في الرعاية الصحية	
0.000**	0.308	الثقة في الرعاية الصحية	
0.000**	0.297	الرضا عن الرعاية الصحية	
0.000**	0.435	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	

يلاحظ من الجدول (16.4) أن معامل الارتباط للدرجة الكلية (0.435)، وبلغ مستوى الدلالة الإحصائية (0.000) وهي قيمة دالة إحصائياً، لذا يتم قبول الفرضية الفائلة توجد علاقة ايجابية متوسطة بين سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة: لا توجد علاقة بين تكلفة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

ولفحص الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستجابة أفراد عينة الدراسة لعلاقة بين تكلفة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، والجدول (17.4) يوضح ذلك:

جدول رقم (17.4) جدول معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين تكلفة قرار

شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية

مستوى الدلالة	قيمة (R)	المتغيرات	
0.000**	0.515	الاعتمادية في الرعاية الصحية	تكلفة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية
0.000**	0.366	الملموسية في الرعاية الصحية	
0.000**	0.389	الاستجابة في الرعاية الصحية	
0.000**	0.214	الثقة في الرعاية الصحية	
0.000**	0.324	الرضا عن الرعاية الصحية	
0.000**	0.439	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	

يلاحظ من الجدول (17.4) أن معامل الارتباط للدرجة الكلية (0.439)، وبلغ مستوى الدلالة

الإحصائية (0.000) وهي قيمة دالة إحصائياً، لذا يتم قبول الفرضية الفائلة توجد علاقة ايجابية متوسطة

بين تكلفة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية.

النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين حول

واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، في

ضوء المتغيرات الديمغرافية (نوع المستجيب، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر،

طبيعة العمل).

أولاً نوع المستجيب

ولفحص الفرضية الصفرية، تم استخدام اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير نوع المستجيب، والجدول (18.4) يوضح ذلك:

جدول (18.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير نوع المستجيب

المتغيرات	المستجيب	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
قرار شركات التأمين بالتغطية المالية	مقدم خدمة	60	3.58	0.63	2.006	0.047
	متلقي خدمة	60	3.38	0.47		
سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	مقدم خدمة	60	3.63	0.63	2.585	0.011
	متلقي خدمة	60	3.35	0.51		
الدرجة الكلية	مقدم خدمة	60	3.60	0.59	2.462	0.015
	متلقي خدمة	60	3.36	0.45		

يتبين من خلال الجدول (18.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (2.462)، ومستوى الدلالة (0.015)، وهي أقل من (0.05)؛ لذا تم قبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير نوع المستجيب، وبذلك تم

رفض الفرضية الصفرية، وكانت الفروق لصالح مقدمي الخدمة بمتوسط حسابي للدرجة الكلية قيمته (3.60) مقابل متلقي الخدمة بمتوسط حسابي للدرجة الطلبة (3.36).

ثانياً المؤهل العلمي.

ولفحص الفرضية الصفرية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد عينة الدراسة حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، والجدول (19.4) يوضح ذلك:

جدول (19.4): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي

مستوى الدالة α	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات
0.226	1.504	0.478	2	0.957	بين المجموعات	قرار شركات التأمين بالتغطية المالية
		0.318	117	37.203	داخل المجموعات	
			119	38.160	المجموع	
0.418	0.879	0.312	2	0.625	بين المجموعات	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية
		0.356	117	41.602	داخل المجموعات	
			119	42.227	المجموع	
0.350	1.059	0.314	2	0.628	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.296	117	34.672	داخل المجموعات	
			119	35.299	المجموع	

يلاحظ من الجدول (19.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.059) ومستوى الدلالة (0.350) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية.

ثالثاً سنوات الخبرة في العمل.

ولفحص الفرضية الصفرية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد عينة الدراسة حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير سنوات الخبرة في العمل، والجدول (20.4) يوضح ذلك:

جدول (20.4): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير سنوات الخبرة في العمل

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة α
قرار شركات التأمين بالتغطية المالية	بين المجموعات	0.661	2	0.331	1.031	0.360
	داخل المجموعات	37.498	117	0.320		
	المجموع	38.160	119			
سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	بين المجموعات	.8240	2	0.412	1.165	0.316
	داخل المجموعات	41.402	117	0.354		
	المجموع	42.227	119			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	.7170	2	0.359	1.214	0.301
	داخل المجموعات	34.582	117	0.296		
	المجموع	35.299	119			

يلاحظ من الجدول (20.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.214) ومستوى الدلالة (0.301) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير سنوات الخبرة في العمل، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية.

رابعاً المسمى الوظيفي.

ولفحص الفرضية الصفرية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد عينة الدراسة حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي، والجدول (21.4) يوضح ذلك:

جدول (21.4): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي

مستوى الدلالة α	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات
0.529	.639	0.206	2	0.413	بين المجموعات	قرار شركات التأمين بالتغطية المالية
		0.323	117	37.747	داخل المجموعات	
			119	38.160	المجموع	
0.661	.416	0.149	2	0.298	بين المجموعات	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية
		0.358	117	41.928	داخل المجموعات	
			119	42.227	المجموع	

0.604	0.506	0.151	2	0.303	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.299	117	34.997	داخل المجموعات	
			119	35.299	المجموع	

يلاحظ من الجدول (21.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.506) ومستوى الدلالة (0.604) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية.

خامساً العمر.

ولفحص الفرضية الصفرية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد عينة الدراسة حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير العمر، والجدول (22.4) يوضح ذلك:

جدول (22.4): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير العمر

مستوى الدلالة α	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات
0.478	0.744	0.240	2	0.479	بين المجموعات	قرار شركات التأمين بالتغطية المالية
		0.322	117	37.680	داخل المجموعات	
			119	38.160	المجموع	

0.457	0.788	0.280	2	0.561	بين المجموعات	سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية
		0.356	117	41.666	داخل المجموعات	
			119	42.227	المجموع	
0.440	0.827	0.246	2	0.492	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.297	117	34.807	داخل المجموعات	
			119	35.299	المجموع	

يلاحظ من الجدول (22.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.827) ومستوى الدلالة (0.440) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير العمر، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية.

سادساً طبيعة العمل

ولفحص الفرضية الصفرية، تم استخدام اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير طبيعة العمل، والجدول (23.4) يوضح ذلك:

جدول (23.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير طبيعة العمل

المتغيرات	طبيعة العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
قرار شركات التأمين بالتغطية المالية	قطاع عام	36	3.29	0.60	2.368	0.020
	قطاع خاص	84	3.56	0.53		
سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	قطاع عام	36	3.35	0.60	2.680	0.046
	قطاع خاص	84	3.55	0.58		
الدرجة الكلية	قطاع عام	36	3.32	0.56	2.152	0.033
	قطاع خاص	84	3.56	0.52		

يتبين من خلال الجدول (23.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (2.152)، ومستوى الدلالة (0.015)، وهي أقل من (0.05)؛ لذا تم قبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير طبيعة العمل، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية، وكانت الفروق لصالح القطاع الخاص بمتوسط حسابي للدرجة الكلية قيمته (3.56) مقابل القطاع العام بمتوسط حسابي للدرجة الكلية (3.32).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

تضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي بحثت في واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، كما تضمن مجموعة من التوصيات والمقترحات المنبثقة من نتائج الدراسة.

1.5 مناقشة النتائج:

لاحظت الباحثة من خلال القيام بالدراسة أن واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية كانت إيجابية بدرجة مرتفعة، وذلك للضرورة من أجل القيام

ضرورة تقديم الخدمات الصحية للمواطنين الذين لديهم قسيمة تأمين صحي من أجل تغطية تكاليف علاجهم، ومن خلال نتائج هذه الدراسة توصلت الباحثة إلى مجموعة النتائج أهمها:

○ واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية جاء بدرجة مرتفعة لجميع المحاور التي تمثلت في (التغطية المالية في الرعاية الصحية، وقرار التغطية المالية، ودقة قرار التغطية المالية، والسرعة في قرار التغطية المالية)، تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن شركات التأمين تعمل على تقديم الخدمات الصحية ذات جودة عالية من أجل استقطاب أكبر قدر ممكن من الزبائن، حيث تعمل شركات التأمين على اتخاذ القرارات من أجل التغطية المالية المناسبة بدراسة القرارات والاعتماد على التقارير الطبية ذات الثقة العالية الصادرة عن أطباء مختصين ذوي كفاءة عالية، وأظهرت دراسة (Manzanera et al, 2021) أن ثقة المرضى في شركات التأمين المتبادل تشجع على تنفيذ خطط الجودة والسلامة، وبينت دراسة محمد وأسد (2018) عدم فعالية وعدالة نظام التأمين الصحي الحكومي.

○ أن مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية جاءت بدرجة مرتفعة ولجميع المحاور التي تمثلت في (الاعتمادية في الرعاية الصحية، والملموسية في الرعاية الصحية، والاستجابة في الرعاية الصحية، والثقة في الرعاية الصحية، والرضا عن الرعاية الصحية) تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن جميع الأطباء العاملين في القطاع الصحي يعملون بإخلاص من أجل تقديم الخدمات الصحية ذات الجودة العالية ولكن هناك بعض الخدمات تكون خارج امكانيات الأطباء بسبب شح الموارد الطبية وعدم توفرها في المستشفيات الخاصة والحكومية، فنجد أن الأطباء يعملون بكل ما لديهم من إمكانيات من لتقديم خدمات صحية ذات

جودة عالية، وقد أظهرت دراسة (Abu-El-Noor et al, 2019) مواقف إيجابية بعض الشيء تجاه سلامة المرضى مع بعض الاختلافات بين المستشفيات والأقسام المختلفة، تتعارض نتيجة هذه الدراسة مع دراسة أبو عكر (2017) التي أظهرت أن جودة الخدمات الصحية من جهتي نظر مقدمي الخدمة والمستفيدين في محافظة بيت لحم كانت عالية، كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة البلاصي (2015) أن جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية التابعة لوكالة الغوث الدولية في محافظتي الخليل وبيت لحم كانت متوسطة.

○ توجد علاقة إيجابية مرتفعة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أنه عند توفر التغطية المالية المناسبة للعلاج يمكن أن يتم علاج متلقي الخدمة بمستوى عالي حتى لو كان هناك حالة إلى تحويل متلقي الخدمة إلى الخارج من أجل العلاج.

○ توجد فروق في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير (نوع المستجيب، وطبيعة العمل)، وكانت الفروق لصالح مقدمي الخدمة، والقطاع الخاص، تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مقدمي الخدمة يسعون إلى توفير أكبر قدر ممكن من التكاليف المالية أثناء تقديم الخدمة، كما أن العاملين القطاع الخاص يتلقوا الخدمة ذات الجودة أفضل لأنهم يتلقونها غالباً في مستشفيات خاصة.

○ لا توجد فروق في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، في ضوء المتغيرات (المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر)، تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن التغطية المالية تكون حسب

الحالة الصحية لمتلقي الخدمة وحسب نسبة التغطية المالية وما تشمله قسمة الراتب بغض النظر عن المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، العمر للمبحوث.

2.5 التوصيات:

وبناءً على النتائج السابقة فإن الباحثة توصي:

- تقديم خدمات الرعاية الصحية على أسس عادلة بين المنتفعين وعلى أكبر قدر من الشفافية.
- وضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي الشامل، لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية.
- أن يكون هناك لجان حكومية متخصصة من أجل متابعة شركات التأمين لتقدير مستوى مناسبة المطالبات المالية مع الحالة الصحية لمقدمي الخدمة.
- أن يتم دعم المستشفيات الحكومية من خلال توفير جميع الخدمات الصحية التي يحتاجها المواطنين للحد من التحويلات الطبية للمستشفيات الإسرائيلية والخارج.
- أن يتم إلزام الجهات المختصة لمقدمي خدمات التأمين من أجل توفير العلاجات الطبية ذات التكاليف العالية.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

أبو عكر، أميرة، (2017)، تقييم جودة الخدمات الصحية في أقسام الطوارئ في المستشفيات الخاصة من وجهتي نظر المستفيدين ومقدمي الخدمة في محافظة بيت لحم، رسالة ماجستير، جامعة القدس.

أبو مغلي، فتحي. (2020). الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في دولة فلسطين ونظام التأمين الصحي المطلوب، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، رام الله.

الأسرج، حسين، (2013)، التأمين التكافلي الاسلامي: واقع وآفاق، مجلة الدراسات المالية والمصرفية - العدد الثاني.

الأسطل، رند (2016)، بحوث العمليات والأساليب الكمية في صنع القرارات الإدارية، مكتبة الطالب الجامعي، ط 6 ، غزة.

أمان. (2016). التأمين الصحي في فلسطين.. نقص الدواء وضعف الفعالية، -<https://www.aman-palestine.org/media-center/6315.html>

أمين، رجب، (2020)، الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحويلات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مجلة البحوث المالية والتجارية، المجلد 21، العدد الثالث، ص 229 - 261.

برعى، حسين، (2015)، دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، المجلة العلمية للبحوث التجارية، العدد الأول والثاني والثالث والرابع، ص 130 - 158.

البيسوني، عائشة، (2014)، إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

البلاصي، عبير، (2015)، تقييم جودة الخدمات الصحية في المراكز التابعة لوكالة الغوث من وجهتي نظر المرضى ومقدمي الخدمة في محافظتي الخليل وبيت لحم، رسالة ماجستير، جامعة القدس.

بو عباس، أحمد، (2010)، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى "دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت"، جامعة الشرق الأوسط.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2016)، أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2016. رام الله - فلسطين.

ذياب، صلاح، (2012)، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول.

سامر، عاجل، (2017)، تقييم واقع جودة خدمة الرعاية الصحية الأولية "دراسة حالة لعينة من المراكز الصحية في مدينة الديوانية"، جامعة القادسية، العراق.

سيف، ناصر، (2013)، أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى دراسة ميدانية على مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأردن، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 9، عدد 4.

شقورة، يحيى، (2012)، المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.

صباح، خرخاش، (2015)، تقييم كفاءة مؤسسات الخدمات الصحية في الجزائر "دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية- سليمان عميرات بالمسيلة-"، جامعة محمد بوضياف -المسيلة-، الجزائر.

الضمور، هاني وبوقجاني، نجاة (2012)، أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية، مؤتمراً للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد السابع والعشرون، العدد الثالث.

عاشور، ضياء، (2015)، دراسة إحصائية لقياس جودة الخدمات الصحية مع التطبيق، رسالة ماجستير، كلية التجارة، جامعة بنها.

عبد الله، سمير، (2018)، نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس).

عبدالمنعم، فرحات. (2018). انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير المؤببة، جامعة محمد خيضر، بسكرة ، الجزائر .

علي، محمد (2013)، التأمين الطبي ودوره في تحسين القطاع الصحي "دراسة حالة مستشفى أحمد قاسم -ولاية الخرطوم"، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

قاسم ، سامر. (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، مجلد37 ، عدد3.

القصاب، سنا (2011)، دور إعادة التأمين في ضمان حقوق لمؤمن له في مواجهة المؤمن الأصلي، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط.

كرفوع، عدنان،(2016)، التأمين الصحي ودوره في تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي (دراسة حالة في جامعة ديالي)، مجلة الفتح، العدد الثامن والستون.

ليلي، عياد، (2016)، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية، جامعة أبو بكر بلقايد "تلمسان" ، الجزائر .

محمد، أسامة وأسعد، باسل، (2018)، التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 40، العدد4، ص 363 - 380.

مراكشي، محمد، (2013)، ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر، جامعة البليدة، مجلة الاقتصاد الجديد، عدد8.

مصلح، عطية (2012)، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قفيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات - العدد السابع والعشرون (2).

منظمة الصحة العالمية (2018). الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279673>.

منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (2014). تقرير رصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويين القطري والعالمي.

النجار، محمود، (2015)، تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة، (رسالة ماجستير)، الجامعة الإسلامية، غزة.

وزارة الصحة الفلسطينية. (2020) التقرير الصحي السنوي، رام الله.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

Rahman md rajib, et al, (2013), Assessment of service quality dimensions in healthcare industry A study on patients satisfaction with Bangladeshi private

Hospitals, **International Journal of Business and Management Invention**, **www.Ijbmi.org**. Volume 2 Issue4.

MacLean, C. H., & Craig, C. M. (2019). **How Quality Is Assessed in Insurance Markets. In Quality Spine Care**, Springer, Cham. 341-354.

Crosson, J. C., Schueth, A. J., Isaacson, N., & Bell, D. S. (2012). Early adopters of electronic prescribing struggle to make meaningful use of formulary checks and medication history documentation. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, 25(1), 24-32.

Manzanera, R, et al (2021). **Patient Safety Culture in Mutual Insurance Companies in Spain, National Library of Medicine**, 17(3):175-181. doi: 10.1097/PTS.

Wanjau, K, et.al. , (2012), Factors affecting provision of service quality in the public health sector: A case of Kenyatta national hospital, **International Journal of Humanities and Social Science**, Vol .2, No.13, PP114-125

Abu-El-Noor, Nasser I., Abu-El-Noor, Mysoon K., Abuowda, Yousef, Alfaqawi, Maha,& Böttcher, Bettina (2019). **Patient safety culture among nurses working in Palestinian governmental hospital: a pathway to a new policy**. BMC Health Services Research, Vol. 19, No. 1, Springer Science and Business Media LLC. <http://hdl.handle.net/20.500.12358/27368>

Asemi & Safari & Zavareh (2011), The Role of Management Information System (MIS) and Decision Support System (DSS) for Manager's Decision Making Process, **International Journal of Business and Management**, Vol. 6, No. 7.

Donelan, R. (2013), **Development and Validation of a Generic Instrument for Assessing The Quality of Decision-Making. A published thesis submitted in accordance with the conditions governing candidates for the degree of doctor of philosophy (PHD)**, Cardiff University, UK.

Olumoye, Mosud Y. (2013), Impact Of Information Systems On Management Decision-Making In The Nigerian Insurance Sector, **International Journal of Scientific & Technology Research**, Vol. 2 Issue 12, p123.

Jackson, J.M., (2013), **Managing Information Overload for Senior Leaders in the 21st Century, A study for the degree doctor of Philosophy**, Walden University, US.

Andrew, J et al. (2015). **Determinants of Coverage Decisions in Health Insurance Marketplaces: Consumers' Decision-Making Abilities and the Amount of Information in Their Choice Environment**, Health Serv Res, 50(1): 58–80.

https://www.pcma.ps/IA/Licensees_Docs/comp_12_1_2021_ins.pdf

الملاحق:

ملحق رقم (1)

أداة الدراسة



بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس

كلية الدراسات العليا

عزيزي/ تي الفاضل/ة

تحية طيبة وبعد ...

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، نأمل من حضرتكم التكرم بالإجابة عن فقرات هذه الاستبانة لما لكم دور كبير في اتمام هذه الدراسة علماً بأن المعلومات التي ستستخدم لأغراض البحث العلمي وستعامل بسرية تامة.

يرجى وضع علامة (×) أمام الإجابة المناسبة وفي الخانة المخصصة لذلك، وبما ينطبق مع وجهة نظركم.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة: شفاء خليل

القسم الأول: المعلومات والبيانات الشخصية:

يرجى وضع (x) أمام الإجابة المناسبة أدناه:

(1) هل أنت:

أ- مقدم الخدمة [] .
ب- متلقي الخدمة [] .

(2) المؤهل العلمي:

أ- دبلوم فأقل [] .
ب- بكالوريوس [] .
ج- دراسات عليا [] .

(3) سنوات الخبرة في العمل:

أ- أقل من 10 سنوات [] .
ب- 10-20 سنة [] .
ج- أكثر من 20 سنة [] .

(4) المسمى الوظيفي:

أ- مدير [] .
ب- رئيس قسم [] .
ج- موظف [] .

(5) العمر:

أ- أقل من 40 سنة [] .
ب- 40-60 سنة [] .
ج- أكثر من 60 سنة [] .

(6) طبيعة عملك:

أ- قطاع عام [] .
ب- قطاع خاص [] .

القسم الثاني: أرجو قراءة العبارات الآتية بعناية وتدبر والإشارة إلى الإجابة التي تعبر عن رأيك عن طريق وضع دائرة حول رقم الإجابة المناسبة بجانب كل عبارة:

أولاً: التغطية المالية

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الأول: التغطية المالية في الرعاية الصحية						
1.	تلبي شركات التأمين احتياجات المستخدمين					
2.	يتناسب نظام المطالبات المالية في شركات التأمين مع الرعاية الصحية المقدمة للمرضى					
3.	تحرص شركات التأمين على التغطية المالية للخدمات الصحية التي يحتاجها المريض					
4.	تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات التكاليف العالية					
5.	تعمل شركات التأمين على تغطية الجانب المادي للوصفات الطبية ذات تكاليف الأقل					
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الثاني: قرار التغطية المالية						
6.	يتم استقبال المريض من الطبيب ومن ثم يتم البحث في التغطية المالية					
7.	يتم إجراء جميع الفحوصات قبل اتخاذ قرار التغطية المالية					
8.	يتم تحويل المريض إلى الجهات الطبية المتخصصة من أجل وصف الحالة الصحية					
9.	يتم تقدير حجم المشكلة الصحية قبل قرار التغطية من قبل متخصصين في المجال الصحي					
10.	يتم الاعتماد على معلومات رسمية من أجل أخذ قرار التغطية					
11.	هناك فريق ميداني تابع لشركات التأمين من أجل اتخاذ قرار التغطية المالية					
12.	تكون القرارات تبعاً لتقديرات شخصية من قبل العاملين في مجال التغطية المالية					
13.	غالباً ما يكون القرار منطقي ومطابق للحالة الصحية للمريض					

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الثالث: دقة قرار التغطية المالية						
14.	يتم تحديد الأمراض التي يغطيها التأمين الصحي					
15.	يتم تحديد المشكلة الصحية بدقة من قبل شركة التأمين قبل تغطيتها					
16.	تطرح شركة التأمين البديل المناسب للعلاج الأقل تكلفة مالية					
17.	يعتمد قرار التغطية المالية على القرار الشخصي للخبير المعالج للحالة المتضررة					
18.	يتم تحليل التقارير الطبية للاستفادة منها بشكل دقيق قبل اتخاذ قرار التغطية المالية					
19.	يتم تزويد شركات التأمين بالمعلومات الدقيقة عن الحالات الصحية التي تحتاج إلى التغطية مالية					
20.	توجد ثقة بين متخذي القرارات والعاملين في مجال التغطية المالية					
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الرابع: السرعة في قرار التغطية المالية						
21.	يتم تحديد الحالات الصحية التي تحتاج إلى تغطية مالية سريعة					
22.	يتم تحديد العديد من البدائل بشكل سريع لاتخاذ قرار الأفضل					
23.	توجد سرعة في تقديم المعلومات اللازمة لإظهار حاجة الحالة الصحية للتغطية المالية					
24.	تتم دراسة كل حالة بشكل سريع قبل اتخاذ القرار					
25.	إجراءات اتخاذ القرار بالتغطية المالية أصبح أسرع في ظل التكنولوجيا					
26.	يتم دراسة القرارات المتخذة بشكل فوري					
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الخامس: التكلفة						
27.	يتم دفع رسوم التغطية المالية قبل الشروع بإجراءاتها					
28.	تتسم تكاليف التغطية المالية بأنها عالية					
29.	تحتاج التغطية المالية إلى فحوصات طبية ذات تكاليف عالية					
30.	تبحث شركات التأمين عن التكاليف المالية الأقل بصرف النظر عن الجودة					

ثانياً: سلامة المريض وجودة الرعاية الصحية

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الأول: الاعتمادية في الرعاية الصحية						
1.	يتم تقديم الخدمات الصحية في موعدها المحددة بصرف النظر عن تكاليفها.					
2.	يتوفر اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى					
3.	تقدم الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة بصرف النظر عن تكاليفها المالية.					
4.	يتوافر في المركز الصحي المعتمد جميع التخصصات الطبية					
5.	يقوم العاملون بتوثيق المعلومات الطبية الخاصة للمرضى بشكل مستمر					
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الثاني: الملموسية في الرعاية الصحية						
6.	الأجهزة والمعدات الطبية التي يتم استخدامها حديثة					
7.	غرف العيادات مريحة					
8.	يوجد هنالك اهتمام دائم بنظافة المركز الصحي ومرافقه					
9.	الجو داخل المركز هادئ.					
10.	يوجد نقص في الأدوية التي يطلبها الأطباء لي					
11.	يتوافر بالمركز الصحي صالات مريحة للانتظار.					
12.	يوجد لوحة ارشادات عامة.					
13.	موقع المركز الصحي ملائم والوصول إليه بسهولة.					
14.	يوجد في المركز الصحي دورات مياه نظيفة.					
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الثالث: الاستجابة في الرعاية الصحية						
15.	يوجد هنالك استعداد دائم من قبل العاملين لتقديم الخدمة الطبية بشكل سريع					
16.	يقوم العاملون بالاستجابة الفورية للشكاوي.					
17.	يقوم العاملون بشكل فوري بالرد على استفسارات المرضى					
18.	يقوم العاملون بتقديم المساعدة لجميع المرضى.					
19.	يوجد تعقيد في إجراءات العمل لضمان السرعة في تقديم الخدمة					

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الرابع: الثقة في الرعاية الصحية						
20.	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل معكم كمقدم خدمة					
21.	يتسم سلوككم كمقدم الخدمة بحسن المعاملة مع المرضى					
22.	تتابع كمقدم خدمة حالة المرضى منذ وصولهم القسم حتى خروجهم					
23.	يتمتع مقدمي الخدمة بسمعة جيدة لدى أفراد المجتمع					
24.	يقدم العاملون النصيحة للمرضى باستمرار .					
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المجال الخامس: الرضا عن الرعاية الصحية						
25.	يحافظ العاملون على سرية المعلومات الطبية.					
26.	يتميز سلوك العاملين عند التعامل بحسن المعاملة.					
27.	يعمل العاملون على مراعاة واحترام العادات والتقاليد في المجتمع.					
28.	يكرس العاملون في المركز الصحي وقتا كافيا بالجلوس مع المرضى لتقديم الدعم المعنوي.					
29.	يوضح العاملون المشاكل الصحية للمريض					
30.	يصغي العاملون بشكل دائم للمرضى.					

مع الشكر الجزيل على جهودكم وتعاونكم

ملحق رقم (2)

أسئلة المقابلة

5. ما واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية؟
6. صف التغطية المالية في الرعاية الصحية؟
7. كيف يتم اتخاذ قرار التغطية المالية؟
8. ما مستوى دقة قرار التغطية المالية
9. هل هناك سرعة في قرار التغطية المالية حسب الحاجة؟
10. صف مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية
11. ما مستوى الاعتمادية في الرعاية الصحية؟
12. كيف تلمس الرعاية الصحية المقدمة؟
13. صف الاستجابة في الرعاية الصحية المقدمة؟
14. ما درجة الثقة في الرعاية الصحية؟
15. هل أنت راضي عن الرعاية الصحية؟

ملحق رقم (3)

أسماء المحكمين

الرقم	الاسم	التخصص	مكان العمل
1.	د. اسماعيل عريقات	إدارة أعمال	جامعة بيرزيت
2.	د. ذياب جرار	إدارة أعمال	جامعة القدس المفتوحة
3.	د. أحمد حرز الله	تنمية بشرية	جامعة القدس
4.	د. مجيد منصور	أدارة أعمال	الجامعة العربية الأمريكية

فهرس الجداول

الصفحة	موضوع الجدول	رقم الجدول
56	توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة	.1
56	مصفوفة معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجات الكلية	.2
60	معامل الثبات كرونباخ ألفا لمجالات أداة الدراسة	.3
63	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات واقع قرار شركات التأمين بالتغطية في تقديم الرعاية الصحية	.4
64	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.5
66	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.6
68	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد دقة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.7
70	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد السرعة في قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.8
71	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد تكلفة قرار التغطية المالية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.9
73	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات مستوى سلامة التي يتلقاها المرضى من خلال تقديم الرعاية الصحية	.10
74	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الاعتمادية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.11

75	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الملموسية في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.12
77	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الاستجابة في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.13
78	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الثقة في الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.14
80	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على بعد الرضا عن الرعاية الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	.15
81	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	.16
82	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين التغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	.17
83	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين دقة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	.18
84	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين سرعة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	.19
85	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين تكلفة قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية	.20
87	اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير نوع المستجيب	.21
88	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي	.22

89	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير سنوات الخبرة في العمل	.23
90	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي	.24
91	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة أفراد العينة في متوسطات إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير العمر	.25
93	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في إجابات المبحوثين حول واقع العلاقة بين قرار شركات التأمين بالتغطية المالية على سلامة المرضى وتقديم الرعاية الصحية تعزى إلى متغير طبيعة العمل	.26

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
110	أداة الدراسة (الاستبانة)	1
116	أسئلة المقابلة	2
117	أسماء محكمين اداة الدراسة	3

المحتويات

أ	الاهداء
ب	شكر وعرقان
ت	الملخص
1	الفصل الاول
1	الاطار العام للدراسة
1	1.1 المقدمة
3	2.1 مشكلة الدراسة
4	4.1 أهداف الدراسة
5	5.1 أسئلة الدراسة
5	6.1 فرضيات الدراسة
7	8.1 نموذج الدراسة:
7	سلامة المريض
10	الفصل الثاني
10	1.2 الإطار النظري
11	2.1.2 مفهوم القرار:
12	3.1.2 مؤشرات اتخاذ القرار:
12	4.1.2 تعريف التغطية المالية:
14	5.1.2 التأمين الصحي لغتاً واصطلاحاً:
15	6.1.2 أنواع التأمين الصحي:
15	7.1.2 أهم عناصر التأمين الصحي
16	8.1.2 أهداف التأمين الصحي
17	9.1.2 فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة:
20	10.1.2 دور التأمين الصحي في تنمية قطاع الرعاية الصحية:

20	11.1.2 التأمين الصحي الحكومي في فلسطين
24	12.1.2 الرعاية الصحية
27	13.1.2 وظائف الرعاية الصحية:
28	14.1.2 الجهات التي تقدم الرعاية الصحية في فلسطين:
28	15.1.2 كفاءة الخدمات الصحية:
29	16.1.2 عناصر جودة الخدمات الصحية
30	17.1.2 أهمية جودة الخدمات الصحية:
31	18.1.2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:
33	19.1.2 المعايير الواجب توفرها في لتقييم الرعاية الصحية:
34	20.1.2 الخصائص المميزة للخدمات الصحية
35	21.1.2 أهمية متابعة نظام الرعاية الصحية في فلسطين:
35	22.1.2 واقع الخدمات الصحية في فلسطين:
37	24.1.2 سلامة المرضى
38	25.1.2 رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة:
41	26.1.2 العوامل المؤثرة على رضا المرضى:
42	2.2 الدراسات السابقة
52	الفصل الثالث
52	الطريقة والإجراءات
52	3.1 منهج الدراسة:
53	3.2 مجتمع الدراسة:
53	3.3 عينة الدراسة :
54	4.3 أداة الدراسة:
55	3.5 صدق الأداة
59	3.6 ثبات الأداة
59	3.7 متغيرات الدراسة
60	3.8 المعالجة الإحصائية:
61	الفصل الرابع
61	1.4 تمهيد

62	نتائج أسئلة الدراسة:
92	الفصل الخامس
92	مناقشة النتائج والتوصيات
92	1.5 مناقشة النتائج:
95	2.5 التوصيات:
96	المراجع:
103	الملاحق:
111	فهرس الجداول
114	فهرس الملاحق