



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
المركز الجامعي لميلة
معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

المرجع :/2013

القسم: علوم التسيير
ميدان : علوم اقتصادية، التجارة و علوم التسيير
الشعبة: علوم التسيير
التخصص : مالية و بنوك

مذكرة بعنوان:

تقييم جودة خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر الزبائن
دراسة حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير
تخصص مالية و بنوك

إشراف الأستاذ

قرين الربيع

إعداد الطالبة

مقهول حنان

السنة الجامعية: 2013/2012

الإهداء

أهدي خلاصة عملي وثمره جهدي ونتيجة تعبني إلى روح أبي الطاهرة رحمه الله تعالى ،
وإلى أمي حفظها الله ، وإلى أختي سامية ، وإلى أختي الكتكوتة المحبوبة "فوفة" ، وإلى
أخي "رياض" و"جمال الممتاز" ونبيل وإلى روح جدي الطاهرة ، وإلى جدتي "يمونة" و
خاللاتي "سكينة" ، و"فاطمة" و"هاجر" و"رشيدة" ، وإلى أخوالي "محمد" ، ناصر،
محمود".

وإلى صديقتي الخالية علي كثيرا "إيمان" وأمها "سعاد" وأختها "مريم" وأخيها "أمير"
وإلى صديقتي العزيزة هاجر وأمها وأخواتها .
وإلى صديقتي "حنان وبشرى وشهرزاد وجهيدة وعائشة وصونية" وكل زملائي وزميلاتي
في الدراسة .

وأهديه كذلك إلى أختي الكبيرة "نورة" وزوجها "السعيد" ، وأبنائها : "أحمد"
وزوجته "أمل" و"زهير" وزوجته "فريدة" و"محمد" وزوجته "وافية" وإلى أختي نعيمة و
إبنها "غزالي" وزوجته "رزيقة" .

وإلى أختي عقيلة وزوجها "عبد المجيد" ، وإلى أبنائها خصوصا : وهيبة ، وحسنية
وسهام ومراح . وإلى أخي الكبير "التونسي" وزوجته "زبيدة" ، وبناته خصوصا "أميرة" ،
نسمة ، نجمة" ، وإبنة الكتكوت "فاتح".

وإلى أخي "بوزيان" وزوجته "ليلي" وأبنائه لخضر ، وعادل ، وتهاني .
وإلى أخي "التوفيق" وزوجته "مفيدة" وبناته : "إيمان" ، و"مريم" و"سلمي" و"إكرام" ، وإبنة
الصغير "محمد المهدي" .

وإلى روح عمي "الطاهر" ، وزوجته "بريزة" ، وأبنائه : "فضيلة" ، و"صبرينة" ، و"مليكة" ،
وابنه "عمار" وزوجته "أمل" وأبنائه ، "إسكندر" و"عبد الرحيم" و"أسيا" وإلى صديقة
أختي "زهرة أية الرحمان" ، وإلى كل من يعرفني من قريب أو من بعيد .

شكر وتقدير

الحمد لله الذي وهبني الصبر وحسن التدبير وأشكره على توفيقه لإنجاز هذا

العمل، وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف " قرين الربيع"، على النصائح

التي أسداها والتوجيهات التي قدمها لي طوال مدة البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ "هبول محمد" والأستاذ "أبو بكر بوسالم" وإلى

كل من ساعدني من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل .

فهرس المحتويات

I	شكر وتقدير
II	الاهداء
III	فهرس الجداول
IV	فهرس الأشكال
VI-V	فهرس الملاحق
VII-VIII	فهرس المحتويات
أ- ج	مقدمة
02	الفصل الأول مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي
02	تمهيد
03	المبحث الأول: ماهية التأمين الصحي
03	المطلب الأول: نشأة وتطور مفهوم التأمين الصحي
03	المطلب الثاني: تعريف التأمين الصحي
05	المطلب الثالث: مبادئ وأهداف وأهمية التأمين الصحي
08	المطلب الرابع: أنواع التأمين الصحي
16	المبحث الثاني: ماهية خدمات التأمين الصحي
16	المطلب الأول: تعريف الخدمات وخصائصها
19	المطلب الثاني : أنواع الخدمات
21	المطلب الثالث : خدمات التأمين الصحي وأساليب تقديمها
24	المبحث الثالث: مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي والجهات المستفيدة منها
24	المطلب الأول: مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي
25	المطلب الثاني: الجهات المستفيدة من خدمات التأمين الصحي
27	خلاصة الفصل
29	الفصل الثاني: عموميات حول جودة خدمات التأمين الصحي وقياسها
29	تمهيد
30	المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية
30	المطلب الأول: تعريف الخدمة الصحية
31	المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية
32	المطلب الثالث: أهداف وأنواع الخدمات الصحية المقدمة في أنظمة التأمين الصحي.
35	المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات
36	المطلب الأول: نشأة وتطور مفهوم جودة الخدمة

37	المطلب الثاني: تعريف جودة الخدمة
39	المطلب الثالث: أوجه جودة الخدمة وأهميتها وأهدافها.
42	المبحث الثالث: مستويات جودة الخدمة وقياسها في التأمين الصحي
43	المطلب الأول: مستويات جودة الخدمة
43	المطلب الثاني: مفاهيم حول نموذج قياس جودة الخدمة SERVQUAL
49	المطلب الثالث: مفاهيم حول نموذج قياس جودة الخدمة SERVPERF
50	المطلب الرابع: قياس مستوى جودة خدمات التأمين الصحي باستخدام نموذج SERVPERF
53	خلاصة الفصل
55	الفصل الثالث
	دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة
55	تمهيد
56	المبحث الأول: تقديم عام للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS بوكالة ميلة
56	المطلب الأول: نشأة وتطور الصندوق
57	المطلب الثاني : مهام وأهداف الصندوق
58	المطلب الثالث : دراسة الهيكل التنظيمي لوكالة ميلة
70	المبحث الثاني: تصميم دراسة حالة
70	المطلب الأول : تصميم الإستبيان
71	المطلب الثاني: الصدق الظاهري للإستبيان
71	المطلب الثالث : ثبات الإستبيان وإختبار طبيعة التوزيع
74	المطلب الرابع : الإختبارات الإحصائية
74	المبحث الثالث : مدى توفر أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي في الوكالة، وإختبار الفرضيات
74	المطلب الأول: وصف عينة الدراسة
76	المطلب الثاني: عرض وتحليل آراء أفراد العينة حول تقييمهم لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم من الوكالة
81	المطلب الثالث: إختبار الفرضيات
86	الخاتمة
87	قائمة المراجع
91	الملاحق
	ملخص باللغة العربية و الأجنبية

مقدمة

لقد تطورت الخدمة بشكل كبير منذ عهد أدم سميث، وأصبحت أكثر فأكثر حضوراً في المجال الإقتصادي، سواء على مستوى القطاع الصناعي أو القطاع الخدمي. ومن بين أنواع الخدمات نجد خدمات التأمين الصحي، التي ظهرت نتيجة الإرتفاع المتزايد في تكاليف الحصول على الخدمات الصحية، حيث يوفر نظام التأمين الصحي نفقات الحصول على الخدمات الصحية من علاج وغيرها للمؤمن له. وتعتبر الجودة أحد أهم العناصر التي تميز أية مؤسسة عن غيرها من المؤسسات الأخرى المماثلة لها. ويتم قياسها باستخدام خمسة أبعاد هي: بعد الملموسية، الإعتدادية، سرعة الإستجابة، الكياسة، والتعاطف. وذلك باستخدام إحدى النموذجين إما: نموذج SERVQUAL أو نموذج SERVPERF.

أولاً: الإشكالية

تسعى CNAS وكالة ميلة إلى الرقي بخدمات التأمين الصحي التي تقدمها لزبائنها إلى أعلى المستويات الممكنة للجودة، وهذا يتطلب تظافر جميع الجهود والإستغلال الأمثل للإمكانيات البشرية والمادية المتوفرة لديها. إذ أن تحقيق ذلك وقياس مستوى جودة خدماتها ليس أمراً سهلاً. فهما يتوقفان على مدى تغطية خدماتها لإحتياجات الزبائن، ومدى كسبها لرضاهم وولائهم، وكذلك مدى قدرتها على تقديم خدمات ذات نوعية متميزة عن تلك المقدمة من الوكالات الأخرى المنافسة لها.

وفي ضوء هذه الإشكالية قمت بطرح السؤال الرئيسي التالي:

ما هو تقييم الزبائن لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم من CNAS وكالة ميلة؟

وتحت هذا السؤال الرئيسي يندرج السؤال الفرعي الآتي:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مدى توفر أبعاد الجودة في خدمات التأمين الصحي المقدمة للزبائن ب

CNAS وكالة ميلة و مستوى جودة هذه الخدمات؟

ثانياً: الفرضيات

لإجابة على الإشكالية والتساؤل الفرعي إعتمدت على مجموعة من الفرضيات والتي تمثل إحتمالاً أو إمكانية لحل الإشكالية والمتمثلة في:

1- الفرضية الرئيسية:

تقييم الزبائن لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم من CNAS وكالة ميلة منخفض.

2- الفرضية الفرعية:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مدى توفر أبعاد الجودة في خدمات التأمين الصحي المقدمة للزبائن من

CNAS بوكالة ميلة ومستوى جودة هذه الخدمات

ثالثاً: أهداف الموضوع

أسمى من خلال بحثي هذا إلى تحقيق الأهداف التالية:

معرفة مستوى جودة خدمات التأمين الصحية التي يقدمها صندوق الضمان الإجتماعي بوكالة ميلة.

رابعاً: أهمية الموضوع

لهذا الموضوع أهمية كبيرة جداً، عملياً وعلمياً، فعلى المستوى العلمي تتجلى أهميته من خلال: أنه يبين ماهية التأمين الصحي وأنواعه وخدماته والطرق والمعايير والنماذج المستخدمة في قياس مستوى جودة خدمات التأمين الصحية التي تقدمها مؤسسات الضمان الإجتماعي، كذلك إثراء المكتبة الجامعية لميلة بمعارف جديدة عن موضوع جديد نسبياً، إذ لم

أجد عنه أية دراسة سابقة تحمل نفس عنوانه ، أما أهميته العملية : فهو سوف يعود بالفائدة والنفع على العديد من الأطراف وهم صندوق الضمان الاجتماعي CNAS لولاية ميله ، من حيث أنه سوف يساعده هذا البحث على معرفة نقاط قوته لتعزيزها ونقاط ضعفه لمعالجتها، كذلك إستخدامه للنتائج والتوصيات والإقتراحات المتوصل إليها، وكذلك توعيته بضرورة الإهتمام بالزبائن ومعرفة إحتياجاتهم وإيصالها إلى هذا الصندوق ليلبيها لهم وهذا ما سوف يساعده على كسب رضاهم ومن ثم زيادة حصته السوقية . كما أن لهذا الموضوع أهمية كذلك بالنسبة للزبائن ، حيث سوف يمكنهم من الحصول على أجود الخدمات التي يقدمها هذا الصندوق ، وأيضا الباحث يلعب دور الوسيط هنا بين هذا الصندوق والعملاء، وهذا ما يمكنه من معرفة إحتياجات هؤلاء العملاء ونقلها إلى هذا الصندوق ليلبيها لهم وكذلك يوطد العلاقة بينهما.

ولا تقتصر أهمية هذا الموضوع على هذا الصندوق فحسب ، بل تتعداها إلى إستفادة المؤسسات الأخرى المماثلة له التي تعمل ضمن نفس نشاطه ، حيث أنه بإمكانها الإنتفاع بالنتائج والتوصيات التي توصلت إليها في دراسته الميدانية التي أجريتها على هذا الصندوق ، الأمر الذي سوف يمكنها من تجويد خدماتها هي الأخرى أيضا.

خامسا : أسباب إختيار الموضوع

من بين الأسباب التي جعلتني أختار هذا الموضوع هي الأهمية التي تنبع من عدة إعتبارات، بعضها موضوعي والآخر ذاتي ، والتي يمكن إيجازها فيما يلي :

1- كون موضوع التأمين الصحي حديث نسبيا، وله أهمية كبيرة، ورغم ذلك فالدراسات حوله لا زالت ضئيلة جدا.

2- إعجابي بهذا الموضوع ورغبتي في دراسته .

سادسا : حدود الدراسة :

من أجل أن تكون دراستي في المستوى الذي أطمح إليه قمت بوضع محددات وأبعاد للدراسة وهي على الشكل التالي:

1- موضوع خدمات التأمين الصحي موضوع شاسع ، وواسع لذلك إرتأيت أن أركز في هذه الدراسة على أهم خدماته وأقيم جودتها.

2- من حيث الحدود المكانية ، فقد إخترت حالة CNAS بوكالة ميله ، أما بالنسبة للحدود الزمنية للدراسة ، فقد

أجريتها من شهر أفريل إلى ماي 2013م

سابعا : الدراسات السابقة

من بين أهم الدراسات السابقة التي إعتمدت عليها في دراستي الدراستان الآتيتان :

1- الدراسة الأولى:

هذه الدراسة بعنوان : " التأمين الصحي ودوره في عملية التنمية الاقتصادية والإجتماعية " . وهي للطالب : سلمان سلامة ، وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير .

وهدفت هذه الدراسة إلى ابراز دور التأمين الصحي في عملية التنمية الاقتصادية والإجتماعية ، ودفعه إلى سلم إهتمامات المنظمات السورية . وقد إستفدت منها كمرجع ، إذ حصلت منها على تعريف تأمين التكلفة الصحية .

2- الدراسة الثانية:

هذه الدراسة بعنوان : "نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية" ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، وهي عبارة عن سلسلة تقارير أعدتها الطالبة : " حديجة حسين نصر " ، إستخدمتها كمرجع كذلك ، إذ حصلت منها على تعريف نظام التأمين الخاص التعاوني ، وأيضا على مصادر تمويل الخدمات الصحية في أنظمة التأمين الصحي ، وكذلك الجهات المشمولة بنظام التأمين الصحي .

ثامنا : منهج الدراسة :

لإنجاز هذه الدراسة والتوصل إلى إجابات عن التساؤلات المطروحة مسبقا ، وبالتالي الإجابة على الإشكالية الرئيسية ، فقد إتمدت على المنهج الوصفي التحليلي ، وهذا بغية إستيعاب الإطار النظري للدراسة ، وفهم مكوناته ، وتحليل أبعاده، معتمدة في ذلك على مختلف الكتب والمجلات وغيرها. أما بالنسبة للجانب التطبيقي للدراسة ، فقد إتمدت فيه على منهج دراسة الحالة ، وهذا من أجل إسقاط الدراسة النظرية على CNAS بوكالة ميله ، مستخدمة كلا من المقابلة والإستبيان ، والبرنامج الإحصائي SPSS .

تاسعا: هيكل الدراسة:

من أجل معالجة هذه الدراسة، قمت بتقسيمها إلى قسمين هما: قسم نظري، وآخر تطبيقي. إشتمل القسم النظري لها على فصلين ، حيث كان الفصل الأول تحت عنوان مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي ، وقد قسمته إلى ثلاثة مباحث، كان المبحث الأول فيه حول ماهية التأمين الصحي ، أما الثاني فعن ماهية خدمات التأمين الصحي ،وأما الثالث فعن مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي ، والجهات المستفيدة منها . أما بالنسبة للفصل الثاني، فهو تحت عنوان: عموميات حول جودة خدمات التأمين الصحي وقياسها، وقد قسمته إلى ثلاث مباحث، الأول حول ماهية الخدمات الصحية، أما الثاني حول ماهية جودة الخدمات، أما الثالث، فعن مستويات جودة الخدمة وقياسها في التأمين الصحي. أما الفصل الثالث والأخير ، فقد خصصته لدراسة الحالة ، وقد تضمن هذا الفصل ثلاث مباحث، المبحث الأول حول تقديم عام لـ CNAS بوكالة ميله ، والثاني حول تصميم الدراسة الميدانية ، والثالث حول مدى توفر أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي في الوكالة وإختبار الفرضيات .

عاشرا: صعوبات الدراسة:

لقد واجهت صعوبات كبيرة عند معالجي لهذا الموضوع ومن بينها:

- 1- شح المراجع المتعلقة بالتأمين الصحي والخدمات الصحية خصوصا بمكتبة جامعة ميله ، وإنعدام دراسة مشاهمة لدراسي.
- 2- صعوبة الحصول على المعلومات من مكان التبرص ، رغم موافقتهم على إستقبالي ، حيث أنتظر كثيرا، سواء عند إجرائي للمقابلة مع العمال هناك ، أو عند إجرائي للإستبيان مع الزبائن ، وهذا يضعف الوقت بشكل كبير .
- 3- قصر المدة الممنوحة لإعداد المذكر.
- 4- في البداية واجهت صعوبة كبيرة في فهم برنامج SPSS الضروري لإدخال البيانات وبعدها تحليلها.

إحدى عشر : مصطلحات الدراسة :

إستخدمت في هذه الدراسة مجموعة من المصطلحات وهي :

التقييم، الجودة، الخدمات، التأمين الصحي.

و لكن لن أضع هنا تعريفا لها لأنني عرفتها داخل المذكرة.

الفصل الأول

مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

تمهيد

يعتبر التأمين الصحي نوعا من أنواع التأمين ، و هو حديث نسبيا مقارنة ببقية الأنواع الأخرى ، كالتأمين البحري ، و التأمين ضد الحريق ، و لكن رغم مرور وقت قصير على ظهوره ، خصوصا في بلدان العالم الثالث ، و من بينها الجزائر ، إلا أنه انتشر بسرعة كبيرة و شمل جميع دول العالم ، و هذا الأمر إن دل على شيء فإنما يدل على أنه يكتسي موقعا بالغ الأهمية ، و هو ما يفسر الاهتمام الكبير من قبل الأفراد و المجتمعات و الدول و كذلك الباحثين به ، و ذلك بهدف تطويره و تحسين خدماته لترقى من الحسن إلى الأحسن ثم الجيد . إذن فهو موضوع من مواضيع الساعة ، و لذلك فقد خصصت فصلا كاملا للحديث عنه ، فهذا الفصل أردته أن يكون حول مختلف المفاهيم الأساسية لخدمات التأمين الصحي ، و قد جزأته إلى ثلاثة مباحث ، فالمبحث الأول سأتناول فيه ماهية التأمين الصحي ، و الثاني يتمحور حول ماهية خدمات التأمين الصحي ، أما المبحث الثالث و الأخير في هذا الفصل ، فسأبرز فيه أهم مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي و الجهات المستفيدة منها .

المبحث الأول: ماهية التأمين الصحي

يضم هذا المبحث خمسة مطالب، الأول سأتعرض فيه لنشأة و تطور التأمين الصحي، و الثاني سأبين فيه تعريف التأمين الصحي، و الثالث سأعرض فيه أهم مبادئ و أهداف التأمين الصحي، و الرابع يضم أهمية التأمين الصحي، و الخامس يتمحور حول أنواعه.

المطلب الأول: نشأة و تطور التأمين الصحي

تعود فكرة التأمين الصحي إلى العصور الوسطى بأوروبا ، حيث ظهرت في البداية صناديق أنشأها الحرفيون ، من أجل حماية بعضهم البعض من مخاطر المرض ، و كان مصدر تمويل هذه الصناديق من الاشتراكات التي يساهم بها هؤلاء الحرفيون ، وكانت هذه التعويضات في شكل دعم نقدي ، و كان هدفها هو التكافل بين أعضائها و ليس الربح . و مع التطور الصناعي ، تطورت و توسعت هذه الصناديق ، إذ زاد عدد العمال المنضمين إليها ، و انضم إليها المزارعون كذلك ، و أصبحت تتعاقد مع مقدمي الخدمات الصحية ، من أجل رعاية أعضائها المحتاجين و بتطور خدماتها ، ألزم أرباب العمل في المهن الخطرة العمال بالاشتراك فيها . ثم تنبه القادة السياسيون إلى فوائد تعميم التأمين الصحي ، و صدرت أول وثيقة له على مستوى العالم في ألمانيا عام 1883 م ، حيث سنت الدولة قانونا ، يلزم العمال المتقاضين لدخل أقل من مستوى معين ، بالاشتراك في صندوق المرض ، و يمول هذا الصندوق بمساهمة إلزامية لكل عامل و رب عمل . و هكذا نما التأمين الصحي في أوروبا ، و انتشر في جميع دولها ، ففي عام 1887 م ظهر في النمسا ، ثم تبعتها النرويج في عام 1902 م ، ثم في بريطانيا في عام 1910 م ، و في فرنسا في عام 1921 م .⁽¹⁾

أما في البلاد العربية ، فقد صدرت أول وثيقة للتأمين الصحي في مصر عام 1957 م ، بين الشركة المتحدة للتأمين و بنك الإسكندرية كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين الشركة المتحدة للتأمين المصرية ، و شركة "أسوستاندر" للخدمات البتروولية و في عام 2005 ، ظهرت خدمة التأمين الصحي في اليمن ، حيث أصدرت الشركة المتخصصة في التأمين الصحي "MIS" ، في يوم : 01 أكتوبر 2006 م ، أول وثيقة لإدارة النفقات الصحية لموظفي المركز التجاري للسيارات والمحركات لشركة تويوتا ، و في عام 2007 م ، صدرت عقود التأمين الصحي لعدد من الجهات.⁽²⁾ و في الوقت الحالي، انتشر التأمين الصحي في كافة دول العالم، دون استثناء، سواء في العالم المتقدم أو في العالم المتخلف، وذلك بسبب الارتفاع الكبير في تكاليف العلاج الطبية، و غيرها من الأسباب، إذ أصبح التأمين الصحي ضرورة لا بد منها.

المطلب الثاني: تعريف التأمين الصحي

قبل التطرق إلى مفهوم التأمين الصحي، فلا بد أولا من تعريف التأمين.

الفرع الأول: تعريف التأمين

من اجل الوصول إلى فهم معنى التأمين، ووضع تعريف شامل و دقيق له، فيجب الوقوف على معناه من جميع جوانبه، لغة وقانونا وفنيا.

¹ حسين عبد الطيف حمدان : الضمان الاجتماعي -دراسة تحليلية شاملة- ، ط 1 ، منشورات الجلي الحقوقية ، بيروت -لبنان، 2007 ، ص : 49-50.

² محمود الكيلاني : الموسوعة التجارية و المصرفية المجلد السادس -عقود التأمين من الناحية القانونية ، ط 1 ، دار الثقافة ، عمان -الأردن ، 2008 ، ص : 40.

أولا : تعريف التأمين في اللغة

التأمين مصدر أصله "أمن" ، و هو فعل ماض من "أمن" ، و له معاني كثيرة في اللغة ، و من أهمها : انه بمعنى : الأمان والاطمئنان ، و هو ضد الخوف ، و يقال "أمنه" أي دخل في أمانه ، و "أمن" بمعنى وفر لغيره الأمن.⁽¹⁾ و التأمين نظام منقول عن الغرب ، من كلمة يوجد فيها معنى التأمين و تنطق باللغة الإنجليزية (سيكيوريتي) Security ، وبالفرنسية Sécurité و باللاتينية الأصل Secouritas .⁽²⁾

ثانيا : تعريف التأمين في الاصطلاح

تعددت التعاريف التي تناولت التأمين ، و حتى وقتنا الحاضر لم يتم التوصل إلى تعريف موحد للتأمين ، و من بين هذه التعاريف ما يلي :

1-تعريف التأمين قانونا

عرف المشرع الجزائري التأمين في المادة 619 من القانون المدني على انه : >> عقد يلتزم بمقتضاه المؤمن بان يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه ، مبلغا من المال ، أو إيرادا مرتبا ، أو أي عوض مالي آخر ، في حالة وقوع الحادث ، أو تحقق الخطر المبين في العقد ، و ذلك مقابل قسط أو دفعة مالية أخرى ، يؤديها المؤمن له للمؤمن^{<<(3)} و رغم أن هذا التعريف يمتاز بأنه أبرز أطراف التأمين (المؤمن و المؤمن له) و عناصر التأمين (الخطر ، القسط ، مبلغ التأمين) ، غير انه أهمل الجانب الفني للتأمين ، و حدد الجانب القانوني له فقط.

2-تعريف التأمين فنيا

رأى أحد الكتاب بأنه يمكن تعريف التأمين بأنه: >> عملية فنية تمارسها منشآت منظمة و هيئات، مهمتها جمع أكبر عدد من المخاطر المتماثلة، و تحمل تبعاتها عن طريق المقاصة، وفقا لقوانين الإحصاء <<(4). كذلك عرف المجلس الأمريكي التأمين بأنه : >> نظام يمنح التغطية من خسائر مالية كبيرة لأشخاص طبيعيين أو أشخاص معنويين ، أي رجال أعمال ، من خلال اتفاقية بينهم و بين شركة التأمين ، و يتم ذلك بتحويل هذه الأخطار من هؤلاء الأشخاص إلى شركة التأمين ، مقابل دفعهم لقسط التأمين <<(5). يلاحظ ان كلا هذين التعريفين ، يعرف التأمين من جانبه الفني فقط ، و يهمل الجانب القانوني له ، أي يتجاهلان كونه عقدا بين المؤمن و المؤمن له ، أما مزاياهما فهي أنهما يحددان السمات الأساسية للتأمين. انطلاقا من التعاريف السابقة للتأمين ، فيمكن وضع تعريف شامل و موحد له ، يضم جميع جوانبه المهمة ، القانونية و الفنية معا ، حيث أعرف التأمين بأنه : عقد بين طرفين ، يلتزم المؤمن و هو شركة التأمين ، بمقتضاه بدفع تعويض إلى المؤمن له ، عن الخسارة التي تحمل به عند تحقق الخطر ، و يتعهد المؤمن له بسداد القسط إلى المؤمن.

1 - محمد أحمد شحاتة حسين : مشروعية التأمين و أنواعه و مسؤوليته عن الدية باعتباره عاقلة ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر -الإسكندرية ، 2006 ، ص: 13.

2 -محمد جودت ناصر : إدارة أعمال التأمين بين النظرية و التطبيق ، ط 1 ، دار المجد لاوي ، الأردن-عمان -، ص : 20.

3 -معراج جديدي: مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري ، ط 6 ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 2010 ، ص ، ص :12.11.

4 - محمد الهلالي ، عبد الرزاق شحادة : محاسبة المؤسسات المالية ، البنوك التجارية و شركات التأمين ، ط 1 ، دار المناهج ، الأردن -عمان- ، 2009 ، ص : 262.

5 - American council of life insurers : Life insurers, Financial security , USA,2001 ,P:161.

الفرع الثاني: تعريف التأمين الصحي

هناك عدة تعاريف للتأمين الصحي ، و من بينها أذكر ما يلي :

عرّف التأمين الصحي بأنه: >> اتفاق بين طرفين، يتحمل الأول النفقات المترتبة عن الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني، فردا كان أم جماعة، مقابل دفع مبلغ محدد، يتم دفعه جملة واحدة أو على هيئة أقساط <<(1).

هذا التعريف فيه نقص، هو أنه لم يحدد هوية طرفي التأمين الصحي أما إيجابياته فإنه ذكر التزامات كل طرف منهما.

عرف كذلك بأنه : >> عقد يتم بموجبه دفع أقساط التأمين إلى المؤمن ، و يتعهد هذا الأخير لقاء ذلك ، بدفع مبلغ معين دفعة واحدة أو على أقساط إلى المؤمن له بدفع مصاريف العلاج و الأدوية كلها أو بعضها في حال مرض المؤمن له ، خلال مدة التأمين <<(2).

هذا التعريف أفضل من الأول، فهو يحدد طرفي العقد، و الالتزامات الكاملة للمؤمن و هي دفع مبلغ التأمين و مصاريف العلاج و الأدوية، أما التعريف الأول، فلم يذكر مبلغ التأمين، و ذكر جزء من التزامات المؤمن فقط، و كذلك ذكر نوع الخطر المؤمن منه.

كذلك عرف التأمين الصحي بأنه: >> وسيلة لدفع كل أو بعض تكاليف الرعاية الصحية ، فهو يحمي المؤمن لهم من دفع التكلفة العالية : للعلاج في حالة المرض <<(3).

هذا التعريف يوضح هدف و أهمية التأمين الصحي ، و أحد أطرافه ، و هو المؤمن له ، و الخطر المؤمن منه ، و لم يذكر الطرف الثاني ، و هو المؤمن ، و لم يحدد التزامات المؤمن له ، و حدد بعض التزامات المؤمن.

إذن فانطلاقا من التعاريف السابقة ، فأنا أعرف التأمين الصحي بأنه : عقد بين طرفين ، يتحمل المؤمن و هو صندوق الضمان الاجتماعي النفقات المترتبة عن خدمات العلاج المقدمة للمؤمن له و هو المريض ، و كذلك دفع كل أو بعض مصاريف الأدوية ، و مبلغ التأمين ، بسبب تحقق خطر المرض ، و ذلك مقابل سداد المؤمن له لأقساط التأمين إلى المؤمن ، و هذا التأمين نوع من أنواع التأمين الاجتماعي.

المطلب الثالث : مبادئ و أهداف و أهمية التأمين الصحي

للتأمين الصحي مبادئ و أهداف كأى نظام و كأى تأمين، و هذه المبادئ و الأهداف هي التي تميزه عن غيره من الأنظمة وبقية الأنواع الأخرى للتأمين.

الفرع الأول: مبادئ التأمين الصحي

يقصد بمبادئ التأمين الصحي الأسس و الركائز التي يقوم عليها التأمين الصحي ، و تتمثل هذه المبادئ فيما يلي: (4)

أولاً: ترسيخ مفهوم و مبادئ التأمين الصحي في المجتمع، بكونه آلية من آليات التكافل الاجتماعي لتحقيق شمولية التغطية والخدمات الصحية لكافة شرائح المجتمع.

ثانياً: مشاركة المخاطر الصحية بين أصحاب الاحتياجات الكبيرة، و أصحاب الاحتياجات الصغيرة.

1 - صالح بن ناصر العمير : التأمين الصحي التعاوني و أثره على الاقتصاد السعودي حتى عام 1440 هـ (2020 م) : ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي ، التعاونية

للتأمين ، الرياض -السعودية-، 23 أكتوبر 2002 ، ص : 27.

2 - عبد الهادي السيد: عقد التأمين حقيقته و مشروعيته ، منشورات الجلي ، بيروت-لبنان - .

3 -أسامة عزمي سلام ، شقيري نوري موسى : إدارة الخطر و التأمين ، ط 1 ، دار الحامد للنشر ، عمان-الأردن- ، 2007 ، ص : 354.

4 -رزان احمد : التأمين الصحي -دراسة تطبيقية للشركة المتحدة للتأمين ، مذكرة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، إشراف : محمد ناصر ، جامعة دمشق ، سوريا ، ص : 2.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

ثالثا : الكفاءة الإدارية تحقق التوظيف الأمثل للموارد المالية و المادية و البشرية للمشروع ، و استخدام التكنولوجيا الملائمة ، و نظام المعلومات الفعال ، يساعدان على تحقيق هذه الكفاءة.

رابعا : عالمية نظام التأمين الصحي و مرونة تطبيقه يحققان غايات التأمين الصحي.

في الواقع العملي فكل المبادئ السابقة الذكر يتم استعمالها في كل دول العالم، و لقد وصل التأمين الصحي اليوم إلى شمول مبادئه و تطبيقها على مستوى العالم ككل.

الفرع الثاني : أهداف التأمين الصحي

يقصد بأهداف التأمين الصحي ، ما يسعى إلى تحقيقه هذا النوع من التأمين ، و تتمثل هذه الأهداف فيما يلي : ⁽¹⁾

أولا : إزالة العائق المالي بين المريض و حصوله على الخدمات الصحية، من خلال توفير خدمات صحية متكاملة لكافة المواطنين و بتكلفة مقبولة.

ثانيا : تشجيع المنافسة بين مقدمي خدمات التأمين الصحي ، من أجل تطوير الخدمات الصحية ، و الارتقاء بها ، بهدف تحسين المستوى الصحي للفرد و بالتالي للمجتمع.

ثالثا : تحقيق الاطمئنان الاجتماعي للعمال ، خصوصا إذا كان التأمين شاملا للعامل و جميع أفراد أسرته.

رابعا : تعزيز العلاقة بين العامل و زملائه ، عندما يشعر كل فرد منهم بان زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه ، بما يدفعونه من أقساط إلى شركة التأمين.

خامسا : توفير الأموال اللازمة لتمويل نفقات الخدمات الصحية الباهظة ، و تخفيف الأعباء عن مقدمي هذه الخدمات و عن الدولة ، و عن المؤمن لهم كذلك.

إضافة لذلك توفير مناصب شغل للأفراد في شركة التأمين التجارية ، و هو ما يؤدي إلى زيادة إيرادات الدخل القومي ، و إنعاش الاقتصاد الوطني . ⁽²⁾

لقد تمكن التأمين الصحي من تحقيق معظم أهدافه التي وضع من أجلها ، ماعدا تعزيز العلاقة بين العمال ، فهذا الهدف غير محقق في الجزائر في وقتنا الحالي ، أما بقية الأهداف الأخرى فهي محققة كذلك تجدر الإشارة هنا ، إلى أن هذه الأهداف المذكورة سابقا ليست كل أهداف التأمين الصحي ، بل هي الأهم منها فقط ، فهي على سبيل المثال لا للحصر ، لأن هنالك أهدافا أخرى له.

الفرع الثالث : أهمية التأمين الصحي

إن نظام التأمين الصحي يكتسي قدرا بالغا من الأهمية ، فله فوائد عديدة و متعددة ، سواء بالنسبة لأطرافه ، أو بالنسبة للوطن ككل ، و بالتالي فقد تم تقسيم أهميته إلى عدة فوائد ، و ذلك بحسب كل طرف ، و هي كما يلي :

أولا : أهمية التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة

يقصد بالأطراف ذات العلاقة هنا المؤمن ، و المؤمن له ، و جهات العمل ، و مقدمي الخدمات الصحية ، و التي من بينها خدمة التأمين الصحي ، و يمكن تلخيص فائدة كل طرف فيما يلي :

1 - أميرة منصور يوسف : المدخل الاجتماعي : المجالات الطبية و الصحية و النفسية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية -مصر- ، 1997 ، ص : 97.

2 - عوني محمود عبيدات : شرح قانون الضمان الاجتماعي ، دار وائل ، عمان -الأردن- ، 1998 ، ص ، ص : 7 ، 8.

1-أهمية التأمين الصحي بالنسبة للمؤمن له

- تمثل أهمية التأمين بالنسبة للمؤمن له سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً أو غير ذلك فيما يلي: ⁽¹⁾
- أ- إمكانية حصول جميع أفراد المجتمع على الخدمات الصحية ، و خصوصاً الفقراء منهم ، لأن تكلفتها معقولة ، و هو أمر كان سيكون مستحيلاً لو لم يكن التأمين الصحي موجوداً ، و ذلك بسبب زيادة التكاليف و تراجع أو ثبات دخول الأفراد.
- ب- تحقيق المساواة بين جميع أفراد المجتمع ، فالخدمات الصحية و بطاقة التأمين الصحي يحملها جميع شرائح المجتمع فقراء كانوا أم أغنياء.
- ج- إحساس العمال المؤمن لهم بالاطمئنان، لأن هناك تأمينات تحميهم هم و عائلاتهم.
- د- حصول المريض المؤمن له على الخدمات الصحية، بدون أن يلجأ إلى الاقتراض أو الاستدانة من الآخرين، و بالتالي لا يتعرض للإهانة.

2-أهمية التأمين الصحي بالنسبة لجهات العمل

- يقصد بجهات العمل هنا هي المؤسسات الحكومية أو الخاصة أو الإنتاجية، التي يعمل بها المؤمن له و تتمثل الفوائد التي تحصل عليها هذه الجهات فيما يلي: ⁽²⁾
- أ - رفع إنتاجية العمال، و تقليل الخسائر ، نتيجة قلة حالات غياب العمال عن العمل ، بسبب تحسن صحتهم.
- ب- تحقيق الرضا الوظيفي للعمال عن المؤسسة العاملين فيها ، لأنهم يشعرون باهتمامها بأوضاعهم الاجتماعية و الصحية.
- ج- توفير الوقت و الجهد لصاحب المؤسسة ، ليتفرغ لمهامه الإدارية ، بدلاً من حل المشاكل الصحية للأعمال ، إذ أنه عند تعرض أحد العمال إلى حالة مرض يحتاج تكاليفاً باهظة ، كانت هذه المؤسسة سوق تجمع له الأموال من زملائه ، أو من مؤسسات أخرى أو من الزكاة ، و لكن بوجود التأمين الصحي فلا داعي لكل ذلك.

3-أهمية التأمين الصحي بالنسبة لمقدمي الخدمات الصحية

- أقصد بمقدمي الخدمات الصحية ، هم الأشخاص الطبيعيون و المعنويون الذين يقومون بتقديم الخدمات الصحية ، و المتمثلة في: العلاج ، و العناية الصحية بالمرضى المتمثلين في المؤمن لهم ، و من بين مقدمي الخدمات الصحية أذكر المستشفيات ، و الأطباء ، و الصيدليات ، و المراكز الشخصية و غيرها.
- أما فيما يخص الفوائد التي يحصل عليها مقدمو الخدمات الصحية من التأمين الصحي ، فتتمثل فيما يلي: ⁽³⁾
- أ-زيادة عدد المتوافدين من المرضى المؤمن لهم إلى مراكز تقديم الخدمات الصحية ، من مستشفيات و صيدليات و غيرها ، و ذلك لانخفاض تكلفة الحصول على هذه الخدمات ، و بالتالي زيادة أرباح مقدمي هذه الخدمات.
- ب- شعور مقدمي الخدمات الصحية بالأمان و الطمأنينة ، لأن المؤمن قادر على دفع تكاليف الخدمات الصحية حتى و لو كانت باهظة.

1 - عادل أحمد العماد : (مزايا التأمين الصحي) ، مقالة نشرت في مجلة الصحة و السكان ، العدد 4 و 5 ، ص : 54 ، 55 ، 56 . اطلع عليه يوم : 2013/03/02 على الساعة : 13.13 على الموقع :

www.misyemen.com/index.php?option=com-content&view=article.

2 - إبراهيم القدومي : التأمين الصحي ، اطلع عليه يوم الجمعة 2013/03/22 على الساعة 16.03 على الموقع :

www.eduqatar.com/modules.php?name=News&File=article&sid:1731,p:2.

3-Randall R.Boubjerg, Jack Hadley : (Why Health insurance is important), The Urban Institute, D.C-spgn0.1, November 2007, p:1.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

ج- اشتداد المنافسة بين مقدمي هذه الخدمات ، من أجل أن تكون خدماتها هي الأفضل ، و ذلك لاستقطاب أكبر عدد ممكن من المرضى ، بغية زيادة الربح ، و ذلك نظرا لاستحداث أنظمة صحية جديدة ، تعطي الحرية الكاملة للمريض في اختيار الطبيب و المستشفى الذي يريده هو .

د- يحصل المؤمن على الأرباح التي يحققها من أقساط التأمين التي يدفعها لصالحه المؤمن لهم من المرض.

هـ- اشتداد المنافسة بين مقدمي خدمات التأمين الصحي و هم المؤمنون ، و هذا ما يؤدي إلى التحسين المستمر و المتواصل لخدماتها ، و تحقيق الرفاه للأفراد و للمجتمع و للمؤمن.

4- أهمية التأمين الصحي بالنسبة للوطن

يحقق الوطن مكاسب عديدة بفضل خدمات التأمين الصحي المقدمة، و من بين هذه المكاسب، أذكر ما يلي: ⁽¹⁾

أ- رفع إنتاجية العمال المؤمن لهم ، و هو ما يؤدي إلى زيادة حجم المبيعات و الصادرات ، و بالتالي زيادة معدل النمو و الرفاه الاقتصادي و الاجتماعي.

ب- تنامي القطاع الصحي العام و الخاص، و تحسن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرفهم، من أجل استقطاب المؤمن لهم.

ج- تشجيع المستثمرين على الاستثمار في الاستثمارات الصحية الكبرى ، و بالتالي زيادة التنمية للوطن.

هناك تقسيمات أخرى لأهمية التأمين الصحي، حيث من بينها، الأهمية الاقتصادية له و الأهمية الاجتماعية وهو اختلاف في التسمية فقط أما محتواها فهو نفس محتوى الأهمية التي تعرضت لها سابقا. و أنا أوافق هؤلاء الباحثين في آرائهم حول أهمية التأمين الصحي، بحيث أصبح أكثر من ضرورة للجميع، بمختلف شرائحهم وأعمارهم، و قيمته لا يمكن لأي أحد إنكارها أو تجاهلها، فهي واضحة و جلية في الواقع العملي.

المطلب الرابع : أنواع التأمين الصحي

توجد عدة تقسيمات لأنواع التأمين الصحي، و تختلف فيما بينها باختلاف المعيار الذي اعتمد عليه كل باحث في التقسيم، و من أهم التقسيمات:

التقسيم حسب الجهة التي تقوم بالتأمين الصحي، و التقسيم حسب الجهة المؤمن لها، و التقسيم حسب التصنيف، و أذكرها كما يلي:

الفرع الأول : التقسيم حسب الجهة القائمة بالتأمين الصحي

قسم التأمين الصحي حسب هذا المعيار إلى نظامين أساسيين و هما: نظام التأمين الصحي الحكومي ، و نظام التأمين الصحي الخاص.

أولا : نظام التأمين الصحي الحكومي

عرف نظام التأمين الصحي الحكومي بأنه: ^{>>} هو نظام التأمين الصحي الذي تنشئه و تديره الدولة ، و هو إجباري ، و يتم تمويله من الرسوم أو الضرائب أو منهما معا ، و بموجبه يحق لكل دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة ، مقابل الاقتطاع الإجباري لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي ، و يطبق هذا النظام في : أوروبا مثل : ألمانيا و في استراليا ، و في اليابان ^{<<} (2).

1 - رزان أحمد ، مرجع سبق ذكره ، ص : 5.

2 - محمد حسن قاسم : قانون التأمين الاجتماعي ، دار الجامعة الجديدة للنشر ، الإسكندرية - مصر-، 2003 ، ص : 16.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

نظرا لأن كل التعاريف التي تحصلت عليها حول مفهوم نظام التأمين الصحي الحكومي هي نفسها ، إذن فأنا اكتفي بهذا التعريف فقط.

حدد هذا التعريف المؤمن و هو الدولة ، و بان هذا النظام إلزامي ، و مصدر تمويله ، و حقوق المؤمن له ، و واجباته ، و ذكر بعض الدول التي تطبق هذا النوع من النظام.

و انطلاقا من التعريف السابق فاعرف أن نظام التأمين الصحي الحكومي بأنه : هو نظام تأميني ، تفرضه الدولة على أفراد المجتمع ، سواء كانوا أشخاصا طبيعيين أم معنويين ، و بمقتضاه يحصل المؤمن له عند مرضه على خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة ، و ذلك مقابل دفعة للضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي.

ثانيا : نظام التأمين الصحي الخاص

عرّف التأمين الصحي الخاص بأنه: >> تأمين اختياري ، يختاره الشخص بمحض إرادته مع شركات التأمين التجارية أو التعاونية <<(1)

عرّف كذلك بأنه: >> تعاقد أصحاب العمل أو الأفراد أو كليهما مع شركات التأمين و الأطباء ، لتقدم الخدمات الصحية للمستفيدين اللذين تم تحصيل اشتراكات سنوية و شهرية منهم ، نظير ذلك ، و تقوم شركة التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية و الأطباء <<(2)

التعريف الأول ، حدد مفهوم هذا التأمين من خلال إبرازه مدى إلزاميته من عدمها ، إذ ذكر بأنه اختياري ، و ذكر أنواع شركات التأمين التي تقوم بهذا النوع من التأمين ، و ذكر المؤمن له و المؤمن ، و لكنه أهمل التعريف القانوني لهذا التأمين ، أي كونه عقد أما التعريف الثاني ، فقد عرفه من الجانب القانوني أي كونه عقدا بين أطراف ثلاثة ، و حدد التزامات و حقوق كل طرف ، و لكنه أهمل ما تنبه إليه التعريف الأول و هو كون هذا النوع من التأمين اختياري.

إذن فانطلاقا من التعريفين السابقين فيمكن وضع تعريف لنظام التأمين الصحي الخاص على أنه : هو نوع من أنواع التأمين الصحي ، و سمي تأمينا خاصا لأنه اختياري ، فالفرد حر في القيام به من عدم ذلك ، و هو عقد بين ثلاثة أطراف هم : المؤمن له و المؤمن و هو شركة التأمين و مقدم الخدمات الصحية ، و بمقتضاه يتعهد المؤمن بدفع تعويض كلي أو جزئي عن سداد المؤمن له تكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها و ذلك مقابل دفع المؤمن له لأقساط التأمين إلى المؤمن و دفعه لتكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها ، و يتعهد مقدم الخدمة الصحية بتقديم خدماته إلى المؤمن له.

و لنظام التأمين الصحي الخاص كذلك نوعان، تم تقسيمه اليهما حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ و تمويل نظام التأمين الصحي و هما نظام التأمين الصحي الخاص التجاري ، و التأمين الصحي الخاص التعاوني.

1-نظام التأمين الصحي الخاص التجاري

و هو التأمين الصحي الخاص الذي تقوم به شركات التأمين التجارية <<(3)

هذا التعريف يحدد نوع المؤمن أي نوع شركات التأمين التي تقدم هذا النوع من التأمين الصحي الخاص التجاري ، و هو تعريف ناقص ، فهو لا يحدد الاطراف واحدا و هو المؤمن و لا يذكر المؤمن له و لا الهدف من هذا التأمين ، و لا التزامات كل من الطرفين.

¹ -القرضاوي : (التأمين الصحي)، مقال : اطلعت عليه يوم : الجمعة 2019/03/22 على الساعة 14.29 على الموقع http://www.garadaghi.com/portal/index.php?option=com_content&view=article&p=1..

² -Francesca Colombo, Nicole Tapay : (privateHealth insurance in Australia)-case study .OECD Health working papers N°8.Andre-pascal.75775 Paris, Cedex 16.France copyright OCE D2003, P:12.

³ - محمد حسن قاسم ، مرجع سبق ذكره ، ص : 16.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

يمكن وضع تعريف للتأمين الصحي الخاص التجاري كالتالي : هو نوع من أنواع التأمين الصحي الخاص ، و هو عقد بين ثلاثة أطراف ، المؤمن و هو شركة التأمين التجارية التي تتعهد بدفع تعويض كلي أو جزئي إلى المؤمن له عن سداده لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة له ، و هدف المؤمن هو الربح ، و الطرف الثاني هو المؤمن له الذي يلتزم سداد أقساط التأمين إلى المؤمن من جهة ، و بسداد تكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها من جهة أخرى ، و الطرف الثالث هو مقدم الخدمات الصحية الذي يلتزم بتقديم هذه الخدمات لصالح المؤمن له.

2- نظام التأمين الخاص التعاوني

عرف هذا النوع التأمين الصحي الخاص بأنه: >> هو التأمين الصحي الخاص الذي تقوم به شركة التأمين غير الربحية <<(1) عرّف كذلك بأنه : >> هو أقدم وسائل التأمين الصحي ، و يتم بموجبه تعاون فئات اجتماعية لتوفير الخدمات الصحية لهم ، مقابل مبالغ مالية يدفعونها اقل من التكلفة الحقيقية لهذه الخدمات ، من خلال تعاقدهم مع مقدمي هذه الخدمات ، من أجل تبادل المنافع بين الطرفين <<(2).

التعريف الأول لهذا النوع من التأمين الصحي الخاص ، حدد نوع المؤمن ، حيث ذكر طرفا واحدا و هو المؤمن ، و لم يذكر المؤمن له لأنه هنا كل طرف هو مؤمن و مؤمن له و لم يذكر الطرف الثالث و هو مقدم الخدمات الصحية ، أما التعريف الثاني فحدد المؤمن له ، و التزاماته و حقوقه ، و لم يحدد المؤمن لأن كل عضو قد يكون مؤمنا أو مؤمنا له ، و حدد الطرف الثالث و هو مقدم الخدمات الصحية و التزاماته .

إذن فانا أعرف التأمين الصحي الخاص التعاوني بأنه : هو نوع من أنواع التأمين الصحي الخاص ، و هو عقد يلتزم بمقتضاه المؤمن و هو شركة التأمين التعاوني التي لا تهدف إلى الربح ، بدفع تعويض إلى المؤمن له عن سداده لتكلفة الخدمات الصحية ، و يكون التعويض كليا أو جزئيا ، مقابل سداد المؤمن له لأقساط التأمين إلى هذه الشركة ، و دفعه لتكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها ، و يلتزم هذا الأخير بتقديم الخدمات الصحية على المؤمن له ، و كل ذلك و في حال مرضه ، و لا يستقل المؤمن عن المؤمن له ، فكل عضو هو مؤمن و مؤمن له ، و يتم الحصول على تمويل هذا التأمين من الأقساط التي يدفعها أعضاؤه المتعاونون.

مما سبق يمكن استنتاج الفروق الجوهرية بين أنظمة التأمين الصحي الحكومي و التجاري و التعاوني السابقة الذكر، و ذلك من خلال الجدول التالي:

¹ -المرجع نفسه ، ص : 16.

2 - خديجة حسين نصر : نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية -سلسلة تقارير رقم (68) ، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن ، رام الله-فلسطين - 2007 ، ص : 23.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

الجدول رقم (1): الفروق الأساسية بين أنظمة التأمين الصحي

الخصائص	التأمين الصحي الحكومي	نظام التأمين الصحي الخاص	
		نظام التأمين الصحي الخاص التجاري	نظام التأمين الصحي الخاص التعاوني
الإلزام	-نظام إلزامي ، تفرضه الدولة على جميع أفراد المجتمع	-نظام اختياري ، الفرد حر في القيام به من عدمه	-نظام اختياري ، الفرد حر في القيام به من عدم ذلك.
مصدر التمويل	-من الضرائب او الرسوم التي تفرضها الدولة على أفراد المجتمع	-من أقساط التأمين التي يدفعها المؤمن لهم إلى المؤمن	- من الاشتراكات التي يساهم بها الأعضاء المتعاونون في شركة التأمين التعاونية
مدى استقلالية المؤمن عن المؤمن له	-المؤمن مستقل عن المؤمن له	-المؤمن مستقل عن المؤمن له	المؤمن ليس مستقلا عن المؤمن له، إذ أن كل عضو من الشركة المؤمنة قد يكون مؤمنا له في نفس الوقت.
الهدف من التأمين	-يهدف إلى تحقيق أغراض اجتماعية ، و أهداف الدولة ، من توفير للخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع و حماية صحة جميع المجتمع و توفير دخل يحمي الطبقة الضعيفة من الفقر و سؤال الناس.	-تحقيق الربح للمؤمن، من خلال جمع أكبر قدر ممكن من أقساط التأمين المدفوعة من المؤمن لهم.	-لا يهدف إلى الربح، بل إلى التعاون بين أعضاء شركة التأمين التعاونية على تحمل أعباء تكلفة الخدمات الصحية المقدمة لأحدهم عند مرضه.
صفة المؤمن	الدولة	شركة التأمين التجارية	شركة التأمين التعاونية
أنواع المؤمن لهم	-كافة أفراد المجتمع باختلاف أعمارهم و شرائحهم و طبقاتهم	-التطبيق فردي ، فالمؤمن لهم يكونون في شكل أفراد.	- التطبيق فردي ، و أحيانا على شرائح محددة بناء على ارتباطها بفرقة اجتماعية معينة

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على بعض المراجع :

محمد حسن قاسم ، مرجع سبق ذكره ، ص 16.

خديجة حسين نصر ، مرجع سبق ذكره ، ص 23

التقسيم السابق الذكر الذي تطرقت إليه للتأمين الصحي و الذي كان حسب الجهة المؤمنة ، هناك من يقسمه بحسب الإلزام إلى تأمين إجباري و تأمين اختياري ، فالأول هو نفسه التأمين الحكومي ، و الثاني هو نفسه التأمين الاختياري ، و الاختلاف هو في التسمية فقط ، و لذلك فلا داعي لأن أتطرق إلى هذا التقسيم لأنه سيكون تكرارا.

الفرع الثاني : التقسيم حسب الجهة المؤمن لها

قسم التأمين الصحي حسب هذا المعيار إلى نوعين و هما : التأمين الصحي الفردي و التأمين الصحي الجماعي.

أولاً : التأمين الصحي الفردي

عرف التأمين الصحي الفردي بأنه : >> عقد يتفق فيه الشركة مع فرد ، و فيها يتقدم بطلب التأمين ، و ليس بالضرورة أن توافق الشركة عليه ، فهي تدرس حالته و تقرر مراعية مصلحتها الذاتية و احتمال الربح و الخسارة ، بحسب الحالة الصحية للشخص <<(1).

و عرف كذلك بأنه : >> التأمين الذي يمنح للأفراد و عائلاتهم و بعقود منفصلة <<(2).

التعريف الأول ناقص فهو يحدد جزءاً من التعريف القانوني للتأمين الصحي الفردي، بكونه عقد ويحدد طرفي العقد فقط دون ذكر التزامات و حقوق كل منهما. أما التعريف الثاني فهو لا يحدد الجانب القانوني لهذا النوع من العقود و لا يحدد سوى طرف واحد و هو المؤمن له، و لا يحدد الأطراف الأخرى و لا يذكر التزامات كل طرف.

إذن فمن خلال التعريفين السابقين أنا أعرف التأمين الصحي الفردي بأنه : هو نوع من أنواع التأمين الصحي ، و هو عقد بين ثلاثة أطراف ، يلتزم فيه الأول و هو المؤمن بدفع تعويض كلي أو جزئي إلى المؤمن له ، جراء سداد هذا الأخير لتكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها في حالة مرضه و يلتزم الثاني و هم المؤمن لهم الذين هم عبارة عن الأفراد و عائلاتهم بسداد أقساط التأمين إلى المؤمن و تكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها ، و يلتزم الثالث و هو مقدم هذه الخدمات الصحية ، بتقديم هذه الخدمات إلى المؤمن له.

ثانياً : التأمين الصحي الجماعي

عرف هذا النوع من التأمين الصحي بأنه : >> هو عقد تعقده شركة التأمين مع مجموعة بعقد واحد ، كعمال في شركة معينة أو موظفي بنك و خاصة المؤسسات التي لديها عمالة كبيرة ، و في هذه الحالة يتولى صاحب المؤسسة دفع الأقساط أو اقتطاعها من الراتب، و عادة يتم من دون توقيع مع الأفراد ، و هذا النوع اقل كلفة من التأمين الصحي الفردي <<(3).

كذلك عرف التأمين الصحي الجماعي بأنه : >> هو التأمين الصحي الذي يمنح لموظفي المؤسسات و الهيئات و الشركات والنقابات ، و بصفة عقد جماعي واحد <<(4).

التعريف الأول للتأمين الصحي الجماعي حدد الجانب القانوني لهذا التأمين ، بأنه عقد و أطرافه ، و أمثلة عن المؤمن لهم ، والتزاماتهم ، لكنه لم يحدد التزامات المؤمن . أما بالنسبة للتعريف الثاني ، فقد حدد فقط المؤمن لهم المستفيدين من هذا التأمين الصحي و بعض خصائص هذا العقد بأنه جماعي ، و لم يذكر الطرف المؤمن و لا التزامات الطرفين ، بالإضافة إلى أن كلا التعريفين أهمل الطرف الثالث و هو مقدم الخدمات الصحية ، و لم يذكره و لم يذكروا التزاماته و حقوقه رغم أنه طرف مهم في العقد.

إذن فمن خلال التعريفين السابقين ، فقد توصلت إلى التعريف التالي : التأمين الصحي الجماعي هو عبارة عن عقد بين ثلاثة أطراف ، يلتزم بمقتضاه المؤمن بتعويض المؤمن له عن سداد هذا الأخير لتكلفة الخدمات الصحية المقدمة إليه عند مرضه إلى

¹ عبد الله بن مبارك بن عبد الله آل سيف : أحكام التأمين الصحي التعاوني الفقهية ، شبكة الأولولة ، جامعة الرياض ، 1431 هـ ، مقال اطلع عليه يوم السبت 2013/03/23 على الساعة 09.19 على الموقع: www.ahukah.net ، ص : 17.

2 - الاتحاد الأردني لشركات التأمين (التأمين الصحي) ، مقال اطلع عليه يوم : السبت 2013/03/23 على الساعة 10.30 على الموقع : <http://www.joif.org/default.aspx?apid:58> ، p : 5.

3 - عبد الله بن مبارك بن عبد الله آل سيف ، مرجع سبق ذكره ، ص : 17.

4 - عز الدين فلاح : التأمين : مبادئه و أنواعه، بدون طبعة ، دار أسامة ، عمان-الأردن-، 2011 ، ص: 92.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

مقدمها ، و قد يكون التعويض جزئيا أو كليا ، و يلتزم المؤمن له بسداد مبلغ التأمين إلى المؤمن و دفع تكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها ، و يلتزم مقدمها بتقديم خدماته إلى المؤمن لهم و هم هنا : موظفو المؤسسات و الهيئات و الشركات والنقابات و بصفة عقد جماعي.

انطلاقا من التقسيم السابق الذكر، فقد استنتجت الفروق الأساسية بين التأمين الصحي الفردي و التأمين الصحي الجماعي، و قد وضعتها في الجدول التالي :

الجدول رقم (2) : الفروق بين التأمين الصحي الفردي و التأمين الصحي الجماعي:

المؤمن لهم	التأمين الصحي الفردي	التأمين الصحي الجماعي
	-يقدم الحماية للأفراد و لعائلاتهم	-يقدم الحماية لموظفين و المؤسسات و الهيئات و الشركات و النقابات.
نوع عقد التأمين	- عقد منفصل ، فكل طرف مؤمن لديه عقد تأمين خاص به أو به و بعائلته فقط	-عقد جماعي ، حيث ان المؤمن لهم من موظفين و مؤسسات و غيرهم ، لديهم عقد تأمين صحي واحد يجمعهم جميعا.
الشخص الدافع لأقساط التأمين	- الفرد المؤمن له	-صاحب المؤسسة أو صاحب الهيئة أو الشركة او النقابة هو الذي يدفعها أو يقتطعها من راتب الموظفين
تكلفة الحصول على التأمين	-أكثر تكلفة للأسباب التالية : -كل فرد لديه عقد تأمين خاص به منفصل عن عقد التأمين لفرد آخر. -كذلك ارتفاع نسبة احتمال وجود مخاطر سلوكية و معنوية من طرف المؤمن لهم ، يجعل الكلفة عالية.	-أقل تكلفة للأسباب التالية : -لأنه عقد جماعي، فعدد المؤمن لهم كبير، لذلك يمنحهم المؤمن تخفيضا لقيمة الأقساط. -و لأن متوسط الحالة الصحية في هذا التأمين أعلى عادة منها في التأمين الصحي للفرد، و بذلك تنخفض الكلفة الفعلية على الشركة، فيخفض الكلفة الفعلية على الشركة، فيخفض القسط. - ومن جهة أخرى، انخفاض نسبة احتمال وجود مخاطر سلوكية و معنوية من قبل المؤمن لهم، مما يخفض التكلفة أيضا .
أطراف عقد التأمين	-هو عقد بين شركة التأمين و الفرد	-هو عقد بين شركة التأمين و صاحب العمل، لكن يستفيد منه الموظفون و العمال
إلغاء العقد من المؤمن له	يمكن للمؤمن له إلغاء العقد	لا يمكن للمؤمن له إلغاء العقد

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على بعض المراجع :

الاتحاد الأردني لشركات التأمين ، مرجع سبق ذكره ، ص 6.

عبد الله بن مبارك عبد الله آل سيف ، مرجع سبق ذكره ، ص 17.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

لكن وبالرغم من هذه الاختلافات بين التأمين الصحي الفردي و التأمين الصحي الجماعي ، إلا أنهما يتشابهان في أن طريقة الدفع لأقساط التأمين قد يكون شهريا أو سنويا بحسب الاتفاق ، و كلاهما من أنواع التأمين الصحي .

الفرع الثالث : التقسيم حسب التصنيف

يقصد بتقسيم التأمين الصحي من حيث التصنيف أي حسب نوع التأمين الصحي المقدم ، و الخدمة التي يوفرها للمؤمن له و تقسيم التأمين الصحي ، حسب هذه الناحية إلى نوعين هما : تأمين دخل ضد العجز ، و تأمين التكلفة الصحية.

أولا : تأمين دخل ضد العجز

عرف تأمين دخل ضد العجز بأنه: >> تأمين ضد فقدان الدخل، بسبب مرض أو إصابة أو عدم القدرة على ممارسة العمل << (1).

و عرّف كذلك على أنه : >> التأمين ضد فقدان الدخل ، و الذي يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن له على العمل ، بسبب المرض أو الإصابة ، و تكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل ، و لكن تعرف فعليا على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل << (2).

التعريف الأول، حدد الخطر المؤمن منه فقط، و لم يحدد أطراف العقد، و التزامات كل منهما. أما التعريف الثاني، فقد حدد الخطر المؤمن منه كذلك، و التزامات المؤمن، و ذكر المؤمن له فقط، و لم يذكر المؤمن، و لم يذكر كذلك التزامات المؤمن له. إذن فمن التعريفين السابقين خرجت بالتعريف التالي : تأمين دخل ضد العجز هو عقد بين 3 أطراف ، المؤمن الذي يلتزم بدفع مبلغ التأمين في شكل دفعات منتظمة شهرية أو سنوية ، حسب الاتفاق ، إلى المؤمن له ، كتعويض له عن فقدانه لدخله ، و ذلك عند توقفه عن العمل ، بسبب مرضه أو عجزه ، و ذلك مقابل دفعه لأقساط التأمين.

ثانيا : تأمين التكلفة الصحية.

عرّف تأمين التكلفة الصحية بأنه : >> هو التأمين الذي يوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة ، و تشمل : تكاليف الأطباء و المستشفيات ، و خدمات التمريض ، و الخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة ، إضافة إلى الأدوية و التجهيزات الطبية ، و قد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال ، فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة ، أو للمؤمن له ، أو بدفع مبالغ نقدية محددة ، أو توفير الخدمات مباشرة << (3).

هذا التعريف حدد نوع الخطر المؤمن منه ، و هو المرض ، و فائدة هذا النوع من التأمين الصحي بالنسبة إلى المؤمن له ، و نوع التعويضات المقدمة للمؤمن له ، و لكنه لم يذكر المؤمن و ذكر المؤمن له و مقدم الخدمات الصحية ، و ذكر التزامات المؤمن و لم يذكر التزامات الطرفين الآخرين .

إذن فيمكن تعريف تأمين التكلفة الطبية بأنه عقد بين ثلاثة أطراف ، يلتزم المؤمن بمقتضاه بدفع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن له عند مرضه اما اليه شخصيا او الى مقدم هذه الخدمات، و يلتزم مقدم الخدمات الصحية بتقديم هذه الخدمات إلى المؤمن له ، أما المؤمن له فيلتزم بسداد تكلفة الخدمات الصحية إلى مقدمها و بدفع أقساط التأمين إلى المؤمن. و لتأمين التكلفة الصحية كذلك أنواع ، بحيث يمكن تقسيمه إلى أربعة أنواع و هي : (4) تغطية تكلفة المستشفى ، و تكلفة الجراحة ، و تكلفة الخدمات الصحية العادية ، و التكاليف الصحية الكبرى.

1 - حسين عبد اللطيف حمدان ، مرجع سبق ذكره ، ص : 370.

2 - حري محمد عريقات : التأمين و إدارة الخطر، دار وائل ، الأردن ، 2008 ، ص : 370.

3 - سلمان سلامة : التأمين الصحي و دوره في عملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، مذكرة ماجستير تخصص إدارة أعمال إشراف غدوان علي جامعة دمشق سوريا، ص : 2.

4 - محمد حسن قاسم ، مرجع سبق ذكره ، ص : 370.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

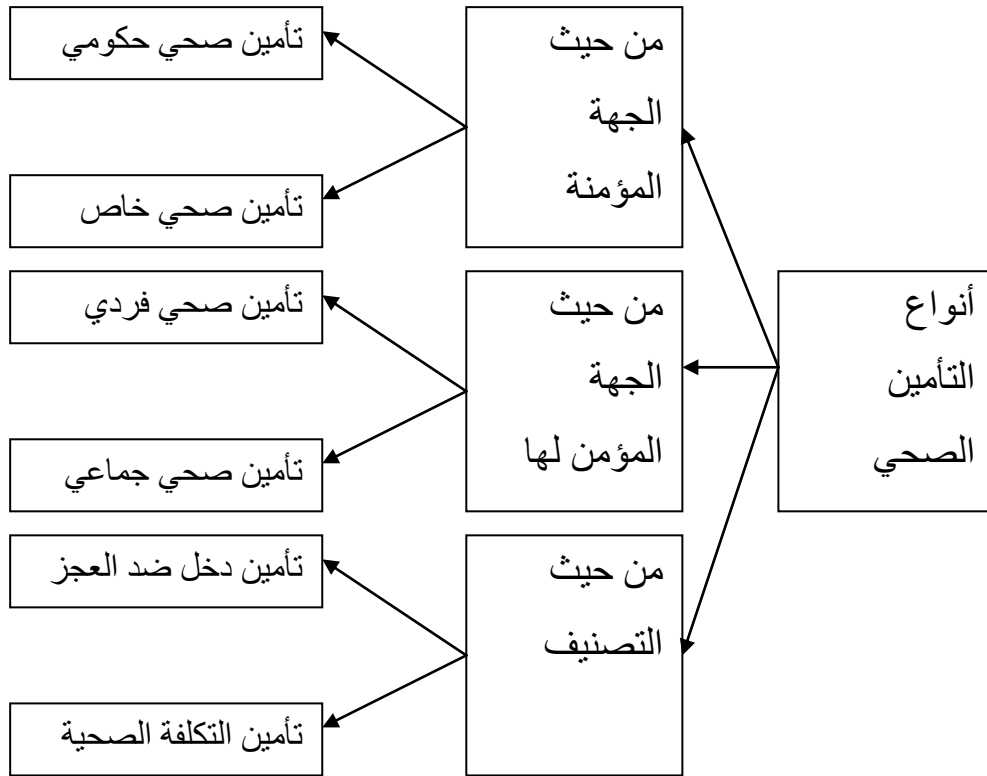
كذلك تقسيم تأمين التكلفة الصحية إلى نوعين هما: عقود تعويضية، و عقود الخدمة.⁽¹⁾

و انطلاقا من التعاريف السابقة الذكر ، فقد استنتجت بان هناك اختلافا و تشابها بين تأمين دخل ضد العجز و تأمين التكلفة الصحية ، فالاختلاف يكمن في أن : تأمين دخل ضد العجز يوفر دخلا للمؤمن له ، أما تأمين التكلفة الصحية فيوفر تكلفة الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن له و يمكنه من الحصول عليها . أما التشابه بين هذين النوعين فيكمن في أن كلا منهما هو نوع من أنواع التأمين الصحي ، و أن كلا منهما يكون في حالة مرض أو إصابة للمؤمن له. للإشارة فقط فهناك تقسيم آخر لأنواع التأمين الصحي، حيث يقسم حسب التصنيف كذلك، أي حسب نوع الخطر المؤمن منه إلى نوعين هما : التأمين من المرض و التأمين ضد حوادث العمل و الأمراض المهنية

حيث أن التأمين من المرض هو نفسه تأمين دخل ضد العجز، أما التأمين ضد حوادث العمل و الأمراض المهنية فقد تطرقت إليه سابقا في أنواع التأمين الاجتماعي ، لذلك فلن أتطرق إليهما مرة أخرى.

انطلاقا مما سبق فقد قمت بوضع الشكل التالي، الذي يوضح التقسيمات المختلفة التي تناولتها سابقا للتأمين الصحي:

الشكل رقم (1): أنواع التأمين الصحي:



المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على بعض المراجع:

محمد حسن قاسم ، مرجع سبق ذكره ، ص 16.

Francesca Colombo,Nicole Tapay,op.cit,P:12

عبد الله بن مبارك بن عبد الله آل سيف ، مرجع سبق ذكره ، ص :17.

حري محمد عريقات ، مرجع سبق ذكره ، ص:370.

سلمان سلامة ، مرجع سبق ذكره ، ص :370.

1 عبد الله بن مبارك بن عبد الله آل سيف ، مرجع سبق ذكره ، ص :17.

المبحث الثاني : خدمات التأمين الصحي و أساليب تقديمها

يحتوي هذا المبحث على خمسة مطالب، في الأول سأبين تعريف الخدمات ، و في الثاني خصائصها ، و في الثالث : أنواعها ، و في الرابع أهم الخدمات الصحية المقدمة في أنظمة التأمين الصحي ، و في المطلب الخامس ، سأبين أساليب تقديم الخدمات الصحية في أنظمة التأمين الصحي.

المطلب الأول: تعريف الخدمات و خصائصها

الفرع الأول: تعريف الخدمات

تعددت التعاريف المتعلقة بالخدمة ، باختلاف وجهات نظر الباحثين إليها ، و من بينها ما يلي :⁽¹⁾
عرف "Bull" في عام 1984 م الخدمة بأنها: >> هي الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع، أو يرتبط تقديمها بالسلع المباعة << .
كذلك عرّف "Myran" و "Blanken" في عام 1984 الخدمة بأنها: >> عمل أو تسهيلات تساعد في إنجاز الأعمال، و تسهل أمور المستفيد << .

و أيضا نظر "Kotler" إلى الخدمة على أنها : >> نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر ، و تكون غير ملموسة ، و لا ينتج عنها أية ملكية ، و إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي ملموس ، أو لا يكون مرتبطا به << .
بالإضافة إلى ذلك فقد عرف الباحث "Stanton" الخدمة على أنها : >> نشاطات غير ملموسة ، أو محسوسة ، تحقق منفعة للعميل ، و التي لا ترتبط بالضرورة ببيع سلعة أو خدمة أخرى << .⁽²⁾

ما يلاحظ على التعاريف السابقة الذكر ، أن القول بأن الخدمات هي أنشطة غير ملموسة فقط ، هو أمر غير صحيح بنسبة 100% فهو أمر مناف للواقع ، فالخدمات هي مزيج من العناصر الملموسة و غير الملموسة معا ، و تغلب فيها العناصر غير الملموسة على العناصر الملموسة ، كما أن تقديم الخدمة قد يكون معه تقديم سلعة في نفس الوقت ، و قد لا يكون ، فهو ليس شرطا مطلقا.

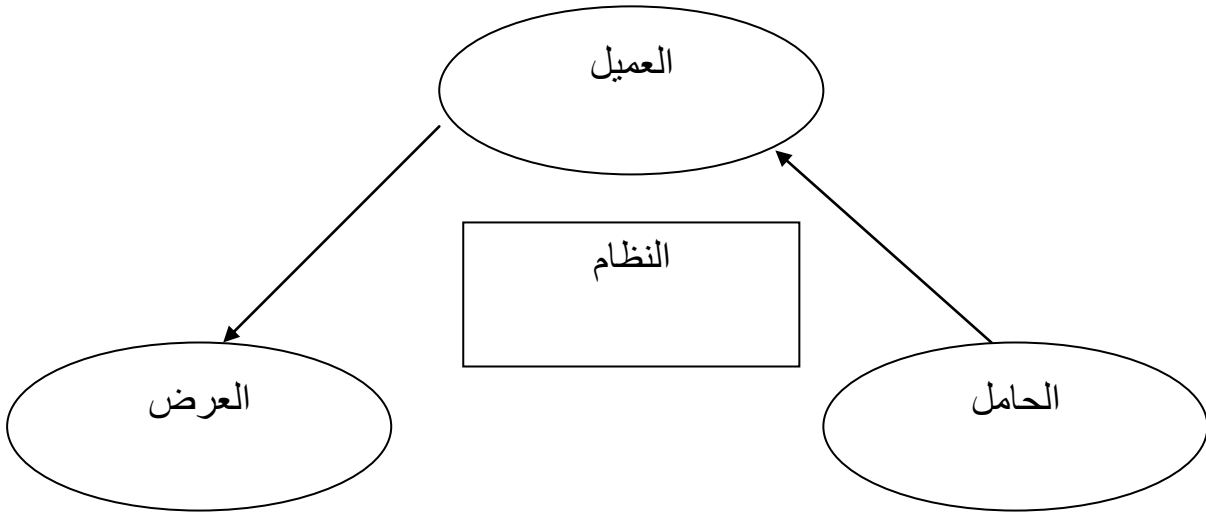
إذن فمن الصعب وضع تعريف شامل و موحد لمفهوم الخدمة ، إلا أنني انطلاقا من التعاريف السابقة لها ، قمت بوضع التعريف التالي :الخدمة هي مجموعة من العمليات ، تتضمن مزيجا من عناصر ملموسة ، و عناصر غير ملموسة ، مع تغلب العناصر غير الملموسة فيها على العناصر الملموسة ، و هي تقدم منافع للزبون و تتمثل في حصوله على هذه الخدمة ، و منافع لمقدم الخدمة ، و تتمثل في المقابل النقدي الذي يحصل عليه ، و قد تقدم هذه الخدمة مع سلعة و قد لا ترتبط بهما.

و تشمل الخدمة بصفقتها نظام أو إطار على ثلاثة عناصر أساسية و هي :⁽³⁾
العميل و العلاقة مزود الخدمة — العميل ، سوق — منافسين ، العرض (الوعد ، السعر و غيرها) ، الحامل (التنظيم ، الموارد ، الوعود و الطرق ، الكفاءات ، النظم)

¹ -Clovelock,Jwartz, dlapert,Amunos:Marketing des services,6eme edition pearson,France,2008,P:12.

² -Jteboul:Le temps des services,4^e tirage, edition d'organisation,Paris-France-,2002,P:21.

الشكل رقم (2) : مفهوم الخدمة كنظام



المصدر : حمداوي وسيلة : الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية ، مديرية النشر لجامعة قلمة ، الجزائر -قلمة -، ص : 20.

الجدول رقم (3) : الفروق الجوهرية بين السلع و الخدمات

الخدمات	السلع
-الخدمات عادة تكون غير ملموسة لأنها عبارة عن أنشطة لا يمكن تملكها و لا نقل ملكيتها.	-السلع مادية و ملموسة ، يمكن تملكها حيث يحدث نوع من نقل الملكية عند الشراء.
-الخدمات غير قابلة للتخزين، و لا يمكن تحويلها لوقت آخر فمثلا: المقاعد الفارغة بالطائرة تنهب فرصة الاستفادة بمجرد إقلاعها.	-السلع قابلة للتخزين ، فيمكن تخزينها للاستهلاك اللاحق
- لا يمكن فصل الخدمة عن مقدمها، فالمقدم للخدمة ينتجها و يوزعها في نفس الوقت، فمثلا: لا يمكن فصل الطبيب عن الخدمة الطبية.	-يمكن فصل السلعة عن المنتج حيث يتم الاتصال بين المنتج و المستهلك عن طريق الوسيط و من ثم هناك فترة زمنية بين إنتاج السلعة و استهلاكها و أثناءه يتم نقل و تخزين السلع.
- لا يمكن ضمان النمطية في الخدمة، لاعتمادها على مقدمها، و الخدمات تختلف في الجودة بمرور الزمن، بالإضافة إلى اشتراك المستفيد من الخدمة من خلال تشخيص احتياجاته.	-يمكن إنتاج السلع بضمان النمطية فيها، كونها ملموسة و بالتالي يمكن الحفاظ على جودتها و مراقبتها.

La source:Philip Kotler,Kevin Keller, Delphine Manceau: Marketing Management, 14^e édition ,Pearson France,Paris,P-P/378-383.

الفرع الثاني : خصائص الخدمات

اتفق معظم الباحثين في مجال الخدمات على وجود خمسة خصائص رئيسية للخدمات و الثلاثة الأولى منها هي : ⁽¹⁾

أولا : عدم الملموسية "Intangibility"

فالخدمة هي نشاط غير محسوس، حيث لا يمكن لمسه أو شمّه أو تذوقه، أو رؤيته أو سماعه قبل شرائه.

هذه الخاصية نسبية ، و ليست مطلقة ، حيث قسم "Wilson" في عام 1972 م مفهوم الالاملموسية كالتالي :

1-الخدمات التي تتميز بعدم الملموسية الكاملة (كخدمات الأمن و الحماية و المتاحف)

2-الخدمات التي تعطي قيمة مضافة للشيء الملموس (كخدمات التأمين و غيرها)

3-الخدمات التي تعمل على توفير شيء مادي ملموس (كالخدمات المالية).

ثانيا : غير قابلة للتخزين :

معظم الخدمات ذات طبيعة هلامية ، أي غير قابلة للتخزين ، و كلما زادت درجة الالاملموسية للخدمة ، انخفضت فرصة تخزينها ، كذلك فإن درجة عدم الملموسية ترفع من درجة الفئائية. فالخدمات ذات الطبيعة الفئائية لا يمكن حفظها أو خزنها ، و هذا يجعل تكلفة الحفظ و التخزين و الإيداع منخفضة نسبيا . و مع ذلك فإن عدم إمكانية تخزين الخدمات يجعل القضية أكثر تعقيدا أو يشكل ضغطا على مقدمي الخدمة.

ثالثا : عدم انتقال الملكية (Ownership)

تتميز الخدمة عن السلعة بعدم انتقال ملكيتها ، لأن المستهلك له الحق في استعمال الخدمة لفترة معينة دون امتلاكها ، كما هو الحال في الفنادق ، و السفر على الطائرات ، فالدفع يكون لاستعمال الشيء و استئجاره . أما في حالة شراء السلعة فإن المستهلك له الحق الكامل في التصرف فيها لأنه أصبح يمتلكها.

و هناك خاصيتان أخريتان للخدمات و هما : ⁽²⁾

رابعا : التلازمة Inseparability

يقصد بالتلازمة أي عدم الانفصال ، تتميز الخدمة بوجود مقدمها و المستفيد منها في آن واحد عند التقديم ، و هذا يتم عند تقديم خدمات تتطلب من مقدمها كسب ثقة المستفيد مثلا : خدمات الحلاقة ، الخدمات الصحية ، الخدمات المصرفية و خدمات التأمين الصحي و غيرها. و هذا على عكس السلع المادية التي تعرض في المعارض ، أو توزع على التجار ثم إلى المشترين ليتم استهلاكها لاحقا.

خامسا : تباين الخدمات

يقصد بتباين الخدمات أي عدم تماثلها ، إذ تتميز الخدمات بعدم التماثل ، نظرا لاختلاف شخصية و مزاج و خبرة و معرفة مقدمها ، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة حسب الظروف (فالطبيب يعالج مرضاه بطريقة مختلفة) ، حيث تختلف الخدمة المقدمة من نفس الشخص أحيانا.

¹ - محمد ربحان ، عثمان أحمد عثمان و شركاؤه من المركز الطبي للمقاولين العرب (التسويق لخدمة الرعاية الصحية) ، ص : 2 اطلع عليه يوم الخميس 13/04/11 الساعة 11.29 على الموقع:

UNPAN1.UN.ORG/INTRADOC/GROUPS/PUBLIC/DOCUMENTS/ARADO/UNPAN020754.PDF.

2 - محمود جاسم الصميدعي ، ردينة عثمان يوسف : تسويق الخدمات ، دار المسيرة ، عمان -الأردن ، 2010 ، ص ، ص : 38 ، 39.

المطلب الثاني : أنواع الخدمات

وفقا للعديد من الكتاب فيمكن تقسيم الخدمات بالاعتماد على أكثر من أساس ، و فيما يلي عرض مختصر و مبسط لهذا التصنيف :⁽¹⁾

الفرع الأول : التقسيم طبقا للهدف من تقديم الخدمة

تقسم الخدمات حسب الغاية التي يسعى مقدموها إليها إلى نوعين و هما :

أولا : خدمات تقدم بهدف الربح

و هي الخدمات التي تقدمها المؤسسات التي تهدف إلى تحقيق الربح ، مثل : خدمات الصيانة ، و الإصلاحات ، الخدمات الفندقية و المصرفية و غيرها.

ثانيا : خدمات تقدم بهدف غير الربح

و هي الخدمات المقدمة من المؤسسات الحكومية ، و لا يكون الهدف منها هو الربح ، بل تحقيق المنفعة العامة ، و من بين هذه الخدمات ، الخدمات الصحية ، خدمات التعليم.

الفرع الثاني : التقسيم طبقا لنوع العميل

حيث قسمت الخدمات حسب هذا المعيار إلى نوعين و هما:

أولا : الخدمات الاستهلاكية

و هي تلك الخدمات التي تشتريها الأفراد لإشباع حاجاتهم الشخصية ، مثل : خدمات إصلاح السيارات ، أجهزة التكييف ، الأجهزة الالكترونية و الكهرومنزلية.

ثانيا : الخدمات الصناعية

و هي الخدمات التي يشتريها منظمات الأعمال ، بغرض تمكينها من أداء أعمالها ، مثل : خدمات التركيب و الصيانة والحراسة و خدمات الاستثمارات الأجنبية.

الفرع الثالث : التقسيم حسب درجة الاعتماد على العمالة أو الآلة

هناك خدمات تعتمد على العمالة و العنصر البشري بشكل أساسي في تقديمها، مثل : خدمات التعليم ، التصليح ، الخدمات المصرفية . و هناك خدمات أخرى تعتمد بشكل أكبر على الآلة و هي الخدمات المرتبطة بالتكنولوجيا الحديثة ، كخدمات الإعلام الآلي ، و خدمات الاتصالات ، و هناك خدمات تعتمد على العمالة و الآلة معا ، كالخدمات الصحية ، و خدمات النقل ، و الخدمات المصرفية، و خدمات التأمين الصحي.

¹ - بريس عبد القادر : التحرير المصرفي و متطلبات تطوير الخدمات المصرفية و زيادة القدرة التنافسية للبنوك الجزائرية ، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير ، جامعة الجزائر ، 2006 ، ص ، ص : 228 ، 229.

الفرع الرابع : التقسيم حسب الاحتكاك و الاتصال بالعميل

هناك نوعان حسب هذا التقسيم و هما:

أولا : خدمات ذات اتصال عالي بالعميل :

و فيها يعتبر تواجد العميل ضروريا لأداء الخدمة، و من بين هذه الخدمات: خدمات الفنادق، الخدمات المقدمة من البنوك، الخدمات الصحية، خدمات التأمين الصحي.

ثانيا : خدمات ذات اتصال قليل مع العميل

حيث لا توجد حاجة لتواجد العميل أثناء تقديم هذه الخدمات ، و من بينها : خدمات إصلاح الأجهزة الكهربائية ، وخدمات التصليح .

الفرع الخامس: التقسيم حسب مهارة مقدم الخدمة

هناك نوعان من الخدمات حسب هذا الأساس و هما :

أولا : الخدمات المهنية

و هي خدمات تمتاز بالتعقيد ، و يحكم أداؤها العديد من اللوائح و القوانين من جانب الحكومة و النقابات المهنية ، و يجب أن يحمل مؤدي الخدمة شهادة تعطي له الحق في القيام بها ، و يتوافر في مؤديها درجة عالية من المهارات مثل : الخدمات الصحية، الخدمات الفندقية ، الخدمات المصرفية.

ثانيا: الخدمات غير المهنية

و هي على عكس الخدمات المهنية ، تمتاز بالبساطة ، و لا تتطلب في مؤديها ضرورة الحصول على شهادة علمية معترف بها ، و يعتمد أصحابها في أدائها على خبراتهم ، التي توارثوها عن آبائهم ، مثل : خدمات الإصلاح ، الطلاء ، التنظيف ، الحراسة.

الفرع السادس : التقسيم حسب سلوك العميل

بحيث حسب هذا المعيار هناك ثلاثة أنواع من الخدمات و هي:

أولا : خدمات ميسرة

و هي الخدمات التي يشتريها العميل دون بذل مجهود شرائي ، و من أقرب مكان ، مثل : خدمات تنظيف الملابس ، وخدمات التصليح.

ثانيا : خدمات التسوق

و هي الخدمات التي يشتريها العميل بعد بذل جهد أو وقت أو مال إضافي ، فالعميل على استعداد للانتظار أو السفر إلى مكان ما ، حتى دفع أسعار عالية من أجل الحصول على الخدمة ، مثل : الخدمة الصحية من جراح مشهور. بالإضافة إلى التقسيمات السالفة الذكر لأصناف الخدمة فهناك تقسيمان آخران و هما : ⁽¹⁾

الفرع السابع : التقسيم حسب الربط بين الخدمة و الإنتاجية

حيث تقسم الخدمات إلى مجموعتين هما:

¹ حمداوي وسيلة ، مرجع سبق ذكره ، ص ، ص :22،21.

أولا : الخدمات شبه المنتجة

و هي الخدمات المتعلقة بالسلع المادية أو الأشخاص، مثل : خدمات النقل ، تصليح أو وقاية السلع المادية ، المطاعم و الفنادق، نقل الأشخاص.

ثانيا : الخدمات المطبقة على المعارف المنتجة

و هي تتمثل في : الهندسة ، و البحث و التطوير.

الفرع الثامن : التقسيم حسب الوظيفة التي تقوم بها الخدمة

حسب هذا الأساس ، تقسم الخدمات إلى أربعة أقسام و هي :

أولا : الخدمات الموزعة

و تتمثل في خدمات النقل ، الاتصالات ، التجارة و غيرها.

ثانيا : الوظائف المنتجة للخدمات

و هي : البنوك ، و التأمينات ، و الخدمات العقارية و غيرها.

ثالثا : الخدمات الاجتماعية

و هي كل ما يتعلق بالخدمات التي تهدف إلى تحقيق المصلحة العامة مثل : الخدمات الصحية ، خدمات التعليم ، و الخدمات العامة.

رابعا : الخدمات الشخصية

و تتمثل في الخدمات : المزلية ، الفندقية ، المطاعم ، التصليح.

و في ضوء العرض السابق لتصنيف الخدمات ، فخدمات التأمين الصحي تقدم أساسا ليس بهدف تحقيق الربح ، و تقدم للأفراد و بذلك فهي من الخدمات الاستهلاكية ، و تعتمد على العنصر البشري الماهر و المدرب و أيضا على الآلة كخدمات الإعلام الآلي : و هي تعتبر كذلك ذات اتصال عالي بالعمل ، و هي خدمات مهنية ، و تتطلب وجود العميل لأدائها ، بالإضافة إلى أنها تعتبر خدمات ميسرة ، و خدمات شبه منتجة ، و تسوق إلى حد كبير ، و هي من الخدمات الاجتماعية.

المطلب الثالث : خدمات التأمين الصحي و أساليب تقديمها

الفرع الأول : الخدمات الصحية المقدمة في أنظمة التأمين الصحي

يقدم التأمين الصحي إلى المؤمن له الخدمات الصحية ، و ما يتعلق بها من نفقات ، و ذلك بموجب التغطيات المتفق عليها ، و التي تكون بالأشكال التالية : ⁽¹⁾

أولا : التغطية داخل المستشفى

و تتمثل في دفع مصاريف الخدمات الصحية المقدمة من المستشفى إلى المريض و هي :

- 1- دفع مصاريف الحصول على الأدوية إلى الصيدليات
- 2- دفع تكاليف العمليات الجراحية و هي أتعاب الجراحين بنوعيتها : الجراحة العامة و الجراحة التخصصية.

¹ -اللجنة المؤقتة لدراسة تحسين الخدمات الصحية بشركة سيرت لإنتاج و تصنيع النفط و الغاز : (وصف الخدمات الصحية التي ترغب الشركة بتوفيرها لمستخدميها و عائلاتهم)، مقال اطلع عليه يوم: 2013/04/09 على الساعة 13.47 على الموقع : Sirteoil.com.ly/pdf/00qni4wgx2.lqc3rmofp.pdf. ص،ص: 1،2،3.

أ-مصاريف الجراحة العامة

و تشمل على سبيل المثال :

1أ-مصاريف الجراحات الكبرى و المتوسطة و الصغرى.

2أ-مصاريف الكشف الدقيق بأحدث الطرق الطبية و الجراحية كالمناظير و الفسطرة التشخيصية و العلاجية.

3أ-مصاريف استئصال الأورام الخبيثة أو الحميدة ، في جميع أنحاء الجسم بأحدث التقنيات الطبية.

ب-مصاريف الجراحة التخصصية

و تشمل على سبيل المثال :

ب1-مصاريف الجراحات التنظيرية

التي تكون عن طريق المناظير في جميع فروع الجراحة ، على سبيل المثال : الجهاز الهضمي ، العظام ، أمراض النساء.

ب2-مصاريف الجراحات الكبرى و الدقيقة :

و تشمل على سبيل المثال : تغيير المفاصل ، استئصال المرارة ، الفتق بأنواعه ، استئصال الزائدة الدودية ، عمليات الغدد بجميع أنواعها ، علاج التشوهات الخلقية.

ب3-مصاريف جراحة المخ و الأعصاب و العمود الفقري

و تشمل جميع أنواع عمليات المخ و الأعصاب و العمود الفقري الطارئة و المزمنة ، مثل : الانزلاق الغضروفي ، الأورام.

ب4-مصاريف جراحة الحروق و التجميل

تشمل دفع نفقات جميع العمليات الجراحية للحروق و التجميل بكل درجتها و أنواعها الطارئة ، و المضاعفات المزمنة ، و التشوهات الناتجة عن الحروق و الحوادث الكبيرة.

ب5-مصاريف جراحة القلب و الأوعية الدموية

و تشمل دفع نفقات ما يلي :

-الكشف و التشخيص.

-علاج و متابعة الجلطات و جراحة الأوعية المتعلقة باليدين و القدمين.

-عمليات القلب المفتوح بأحدث و أدق التقنيات.

ب6-مصاريف جراحة الكلى و المسالك البولية :

و تشمل دفع نفقات الكشف و التشخيص ، إزالة الحصى من الكلية و الحالب و المثانة ، إصلاح التشوهات الخلقية ، واستئصال الأورام ، و استئصال و زرع الكلى ، تشخيص و علاج حالات العقم عند الرجال.

ب7-مصاريف جراحة العيون

و تشمل مصاريف الكشف و التشخيص للعيون ، و علاج أمراض العيون مثل : الأمراض الوراثية ، و التشوهات الخلقية ، طول و قصر النظر ، أمراض ضغط العين (الماء الأزرق)، الماء الأبيض (اعتام العدسة)

ب8-مصاريف زراعة الأعضاء

و تشمل دفع نفقات زرع الأعضاء مثل : القرنية ، و الكلى ، الكبد.

ب9-مصاريف جراحة الأسنان

و تشمل دفع مصاريف : خلع الأسنان ، و الحشو بجميع أنواعه ، و علاج اللثة ، و جراحة الفك و التجميل في حالة الحوادث و إصابات العمل فقط.

3-أجور الإقامة

و هي مصاريف مبيت المريض بالمستشفى ، و تزداد بازدياد مكوثه فيها .

4-دفع مصاريف الأطباء ، و مصاريف الحالات الطارئة و العناية المركزة و مصاريف التحاليل و الأشعة.

ثانيا : تغطية تكاليف العيادات الخارجية

و تشمل سداد نفقات الخدمات الصحية المقدمة إلى المرضى في العيادات الخارجية ، و تتمثل فيما يلي :

1- أجور الفحص الطبي من فحوصات روتينية و فحوصات الأشعة التشخيصية بكافة أنواعها ، و دفع مصاريف الأشعة السينية x-ray ، و مصاريف الأشعة المقطعية ctscan و مصاريف أشعة الرنين المغناطيسي MRI و أشعة الليزر.

2-دفع أجور التحاليل ، و مصاريف شراء الأدوية ، و مصاريف الاستشارات الطبية بالإضافة إلى التغطيات السابقة فهناك نوعان آخران هما :⁽¹⁾

ثالثا : تغطيات العلاج خارج المستشفى

و تشمل زيارة الطبيب و الأدوية و الفحوصات ، حيث يتم دفع نفقاتها.

رابعا : التغطية الشاملة

وتشمل نفقات المعالجة داخل و خارج المستشفى

إذن كانت هذه بعض أنواع خدمات التأمين الصحي المقدمة ، و التي توفر الخدمات الصحية بمختلف أنواعها للمرضى ، بالإضافة لدفع نفقاتها بدلا منه كلها أو جزء منها و هنالك أنواع أخرى لهذه الخدمات . و ما يلاحظ على الأنواع السابقة الذكر ، هو أن كل نوع من هذه الخدمات يمكن أن يكون نوعا في خدمة أخرى فمثلا : خدمات الفحص قد تدخل ضمن تغطيات العلاج خارج المستشفى و في التغطية الشاملة و كذلك في تغطية تكاليف العيادات الخارجية في التغطية داخل المستشفى كذلك.

الفرع الثاني : أساليب تقديم الخدمات الصحية في أنظمة التأمين الصحي

يعتبر التأمين الصحي آلية للسعي إلى ضمان تمتع كافة المواطنين بالخدمات الصحية ، و يتحدد أسلوب تقديم الخدمات الصحية من خلال : النظم الإدارية و الاقتصادية و السياسية المطبقة ، و حجم الميزانيات المخصصة للخدمات الصحية ، و حجم استيعاب مراكز الخدمات الصحية . و يتم تقديم الخدمات الصحية من خلال ثلاثة أساليب و هي : الأسلوب المباشر ، والأسلوب غير المباشر ، و الأسلوب المزدوج.

أولا : الأسلوب المباشر

و تقدم المؤسسات الصحية في هذا الأسلوب الخدمات الصحية إلى المرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ، من طرف المؤسسات الصحية التابعة لمقدم هذه الخدمات الصحية ، و الذي يتحمل نفقاتها كاملة.⁽²⁾

في تحديد الباحث لمفهوم الأسلوب المباشر لتقديم الخدمات الصحية في نظم التأمين الصحي ، حدد مقدم الخدمات الصحية ، و التزاماته ، إلا انه لم يشير إلى المؤمن له و التزاماته . إذن فالأسلوب المباشر هو : قيام مقدم الخدمات الصحية بتقديم خدماته

¹ - عز الدين فلاح ، مرجع سبق ذكره ، ص : 93.

² - صالح بن ناصر العمير ، مرجع سبق ذكره ، ص : 33.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

إلى المرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ، بدون وجود تعاقد بين المؤمن و مقدمها. بالإضافة إلى هذا الأسلوب فهناك أسلوبان آخران و هما : ⁽¹⁾

ثانيا : الأسلوب غير المباشر

يتم من خلاله تحديد الخدمات الصحية و معاييرها ، و ضوابط استحقاقها ، و نظم تقديمها ، و يتعاقد المؤمن مع مراكز تقديم الخدمات الصحية في القطاع العام أو الخاص ، لتقديم الخدمات الصحية. حدد هذا التعريف طرفين لعقد التأمين الصحي و هما : المؤمن و مقدم الخدمات الصحية ، و التزامات هذا الأخير ، و لم يذكر التزامات المؤمن ، و كذلك لم يذكر المؤمن له و التزاماته. إذن فيمكن تعريف الأسلوب غير المباشر لتقديم الخدمات الصحية في نظم التأمين الصحي بأنه تعاقد بين المؤمن ، يحدد فيه المؤمن معايير تقديم هذه الخدمات ، و يلتزم مقدمها بتقديم الخدمات الصحية إلى المريض المؤمن له حسب هذه الضوابط.

ثالثا : الأسلوب المزدوج

و هو الأسلوب الذي يجمع بين الأسلوب المباشر ، و الأسلوب غير المباشر.

المبحث الثالث : مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي و الجهات المستفيدة منها

سأتناول في هذا البحث كلا من: مصادر تمويل الخدمات الصحية في أنظمة التأمين الصحي و هذا في المطلب الأول، ثم الجهات المستفيدة من خدمات التأمين الصحي في المطلب الثاني.

المطلب الأول : مصادر تمويل الخدمات الصحية في أنظمة التأمين الصحي

تتألف الموارد المالية لصناديق التأمين الصحي بحسب : ⁽²⁾

الفرع الأول : مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي الحكومي

تتألف الموارد المالية لهذا الصندوق من :

أولاً : المخصصات التي ترصد في الموازنة العامة لحساب الصندوق

ثانياً : اقتطاعات بذل الاشتراك المقررة بمقتضى أحكام هذا النظام

ثالثاً : أجور المعالجة في المستشفيات و المراكز

رابعاً : أي اشتراك أو بذل يتأتى من معالجة الأفراد و العاملين في المؤسسات ، أو اشتراكات وفقاً للتعليمات الصادرة بموجب أحكام هذا النظام.

خامساً : أثمان الأدوية ، و أي بذل مقرر بمقتضى أحكام هذا الصندوق.

سادساً : عوائد استثمار أموال الصندوق

سابعاً : الهبات و التبرعات التي ترد للصندوق شريطة موافقة مجلس الوزراء عليها ، إذا كانت من مصدر خارج الدولة.

ثامناً : أي إيرادات تتأتى للصندوق بموجب أي تشريع آخر.

و يكون بذل الاشتراك الشهري في الصندوق بنسبة 3 % من مجموع راتب و علاوات أو مخصصات المشترك ، على أن لا يزيد المبلغ الذي يتم استيفاءه عن 30 ديناراً ، و يتم اقتطاعه.

1- من رئاسة الوزارة عن الوزراء

1 - خديجة حسين نصر ، مرجع سبق ذكره ، ص: 33.

2 - خديجة حسين نصر ، مرجع سبق ذكره ، ص: 57.

- 2- من مجلس الأمة عن الأعيان و النواب.
- 3- من مجلس الدائرة عن الموظف أو العامل لديها.
- 4- من وزارة المالية أو المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي عن المتقاعدين لدى أي منهما.
- 5- من البلدية عن موظفيها و المتقاعدين منهم.

الفرع الثاني : مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي الخاص

تتكون موارد خدمات التأمين الصحي الخاص بموجب أحكام التأمين الصحي من :

أولاً : الاشتراكات الشهرية للمؤمنين

ثانياً : من النسب المالية لمشاركة المرضى في فواتير العلاج ووصفات الأدوية ، و تحدد شركات التأمين الصحي الخاص نسبة مشاركة المنتفعين ، من خلال دراسات إكتوارية.

المطلب الثاني : الجهات المستفيدة من الخدمات الصحية في أنظمة التأمين الصحي

يقصد بها الأطراف اللذين لديهم الحق في الاستفادة من خدمات التأمين الصحي. حيث انه على الرغم من أن سائر الاتفاقيات الدولية تمنح لجميع أفراد المجتمع الحق في التأمين الصحي ، إلا أن هناك العديد من الدول التي لم تشمل خدمات التأمين الصحي فيها جميع أفراد المجتمع ، بل تشمل جزءاً من رعاياها يمكن تقسيم هذه الجهات حسب أنواع التأمين الصحي إلى ثلاثة أنواع و هي : الجهات المشمولة بنظام التأمين الصحي الحكومي ، و الجهات المشمولة بنظام التأمين الصحي الخاص ، و الجهات التي لا يشملها أي من النظامين.

الفرع الأول : الجهات المشمولة بنظام التأمين الصحي الحكومي

و تتمثل هذه الجهات فيما يلي : ⁽¹⁾

أولاً : نظام التأمين الصحي للقوات المسلحة ، و الذي يغطي جميع منتسبي القوات المسلحة ، و الأمن العام ، و الدفاع المدني و المخابرات.

ثانياً: الأفراد المرضى اللذين لا يقدرّون على دفع تكلفة العلاج في القطاع الخاص، فتغطي الدولة تكلفة علاجهم في القطاع العام.

ثالثاً: التأمين الصحي الحكومي لقطاع الموظفين المدنيين، و يشمل بدوره الفئات التالية:

- 1-موظفي و موظفات جهاز الدولة و عائلاتهم.
 - 2-الوزراء و أعضاء مجلس الأمة.
 - 3-المتقاعدون.
 - 4-العاملون في المؤسسات و الهيئات الرسمية العامة.
 - 5-طلبة المعاهد و الجامعات الموفدون في بعثات الحكومة، خلال فترة دراستهم.
 - 6-الموظفون المحالون على التقاعد.
 - 7-النساء الحوامل العاملات.
- رابعاً : تصرف كذلك بطاقة التأمين الصحي الحكومي لغير المقتدر و المتبرع بالدم ، و احد أقارب المتوفى المتبرع بالأعضاء ، وينقسم هؤلاء إلى مجموعتين : ⁽¹⁾

¹ - أسامة حامد ، سامية البطمة : صناديق التقاعد و التأمين الصحي في أماكن العمل في الضفة الغربية و قطاع غزة ، فلسطين ، 1997 ، ص-ص:25-32.

الفصل الأول : مفاهيم أساسية حول خدمات التأمين الصحي

1- المجموعة الأولى: يكون انتفاعهم مشمولاً بالاشتراك الشهري للمشارك، بشرط عدم انتفاعهم من أي تأمين صحي آخر، وهم:

- أ- الزوجة، الزوج، الأولاد ممن لم يكملوا الثامنة عشرة من المعاقين أو العاجزين.
 - ب- الطلاب اللذين يدرسون في الجامعات حتى انتهائهم من الدراسة أو بلوغهم الخامسة والعشرين سنة.
 - ج- البنات العازبات غير العاملات.
- 2- المجموعة الثانية : يكون انتفاعهم مشروطاً بدفع مبلغ مالي مقابل الاشتراك ، مع المؤمن له الأصلي في التأمين ، و هم :
- أ- الإخوة أو الأخوات حتى إكمالهم الثانية عشرة من العمر
 - ب- البنات الأرمال و المطلقات اللواتي ليس لهن أبناء تجاوزت أعمارهم الخامسة والعشرين عاماً.
 - ج- الإخوة أو الأخوات العاجزين صحياً عن إعالة أنفسهم.
 - د- الوالدان ، و المواطنون ، من فئة كبار السن البالغين من العمر ستون سنة فأكثر.

الفرع الثاني : الجهات المشمولة بنظام التأمين الصحي الخاص

يشمل التأمين الصحي الخاص فئة العاملين في القطاع الخاص ، من مؤسسات و شركات تلتزم بالتعاقد مع شركات التأمين التجارية ، لتقديم الخدمات الصحية ، لموظفي و موظفات هذه المؤسسات و الشركات.⁽²⁾

تختلف الجهات المشمولة بموجب أنظمة التأمين الصحي الخاصة عن الجهات المشمولة بأنظمة التأمين الصحي الحكومية في انه في الأولى تقتصر التغطية الصحية على شخص المؤمن فقط ، و لا تشمل أياً من المعالين مالياً من قبل المشترك في التأمين إلا بعد استيفاء المتقدم بالانتفاع للشروط المطلوبة من قبل شركة التأمين.⁽³⁾

1 -خديجة حسين نصر ، مرجع سبق ذكره ، ص: 48.

2 - صالح بن ناصر العمير ، مرجع سبق ذكره ، ص : 36.

3 -خديجة حسين نصر ، مرجع سبق ذكره ، ص : 49.

خلاصة الفصل

لهذا الفصل أهمية كبيرة ، تقاس بمقدار أهمية التأمين الصحي المتزايدة ، خصوصا مع الارتفاع المستمر في تكلفة الخدمات الصحية و غلاء المعيشة ، فلولا وجوده لما تمكنت الطبقة الفقيرة من الحصول على العلاج ، و لزادت نسبة الوفيات . و قد كان الهدف من وراء هذا الفصل هو إعلام القارئ بمفهوم التأمين الصحي من جوانبه المختلفة ، و تحسيسهم و توعيتهم بمدى أهميته ، و كذلك تبيان العلاقة القائمة بينه و بين الخدمات الصحية ، و التي تجسدت في أن مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي هي مصادر تمويل الخدمات الصحية بحيث استنتجت بأن التأمين الصحي هو وسيلة للحصول على الخدمات الصحية إضافة إلى التغطية الشاملة أو الجزئية لنفقاتها ، فالتأمين الصحي أشمل من الخدمات الصحية ، كما انه لا يهدف دائما إلى تحقيق أهداف اجتماعية ، بل قد يكون الهدف منه هو الربح في النوع التجاري منه . و كذلك قد تقدم الخدمات الصحية من المؤسسات التابعة للدولة أو من القطاع الخاص، و في هذا الأخير، يكون الحق للمريض في اختيار الطبيب المعالج. إلا أن تكلفته أكبر من العلاج الحكومي. و يتم تمويل خدمات التأمين الصحي من الضرائب المفروضة من الدولة، و من أقساط التأمين المدفوعة من المؤمن لهم.

إذن فهناك علاقة وطيدة بين الخدمات الصحية و خدمات التأمين الصحي، و بعدما تعرفنا على هذه الأخيرة ، فيجب المرور إلى توضيح المقصود بالخدمات الصحية و ما هي مختلف الجوانب المتعلقة بها ؟ هذا السؤال و أسئلة أخرى سأجيب عنها من خلال الفصل الثاني.

الفصل الثاني

عموميات حول جودة خدمات التأمين الصحي

و قياسها

تمهيد :

يعتبر التأمين الصحي وسيلة لدفع نفقات حصول المريض على الخدمات الصحية وقياس الجودة في الخدمات يختلف عن قياسها في السلع ، وكذلك يختلف قياسها من خدمة إلى أخرى . وهناك عدة نماذج لقياسها ، هما : ومن بينها : نموذج "SERVQUAL" . "ونموذج SERFPERF إذن فهذا الفصل الذي بعنوان عموميات حول جودة خدمات التأمين الصحي وقياسها ، سأتناول فيه ثلاثة مباحث ، المبحث الأول يضم ماهية الخدمات الصحية ، والمبحث الثاني سأتناول فيه ماهية جودة الخدمات أما في المبحث الثالث منه فسوف أبرز مستويات جودة الخدمة وقياسها في خدمات التأمين الصحي .

المبحث الأول : ماهية الخدمات الصحية :

لقد قسمت هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب أساسية ، فالمطلب الأول سأتناول فيه : تعريف الخدمة الصحية ، وفي المطلب الثاني سأعرض خصائصها أما في المطلب الثالث والأخير من هذا المبحث ، فسأبين أهم أهداف وكذلك أنواع الخدمات الصحية .

المطلب الأول : تعريف الخدمات الصحية :

قبل وضع مفهوم للخدمات الصحية لابد أولاً من معرفة المقصودة بالصحة.

الفرع الأول: تعريف الصحة

لتحديد مفهوم الصحة، فيجب توضيحه من جانبيه اللغوي و الاصطلاحي

أولاً : تعريف الصحة في اللغة :

ذكر علماء اللغة بأن الصحة في البدن هي: حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي، ورجل صحيح الجسد، خلاف مريض.⁽¹⁾

ثانياً : تعريف الصحة في الاصطلاح :

إن وضع تعريف للصحة هو أمر صعب ، وقد تعددت التعاريف المقدمة لها ، ومن بينها أذكر ما يلي :
عرف ألفريد مارشال الصحة بأنها: >> القوة الجسمية والقوة العقلية، والقوة المعنوية، والنفسية للفرد <<⁽²⁾.
هذا التعريف يشتمل على جميع الجوانب المتعلقة بمفهوم الصحة، من السلامة الجسمية والعقلية والمعنوية للفرد.
كذلك عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: >> حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة ، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان <<⁽³⁾.

هذا التعريف لا يعرف الصحة من جميع جوانبها ، بل يشمل جزءاً منها وهما : السلامة الجسمية والعقلية للفرد ، ولم يذكر السلامة المعنوية له .

إذن فمن خلال التعريفين السابقين ، فأنا أعرف الصحة بأنها : هي تمتع الفرد بالسلامة الكاملة ، جسمياً وعقلياً ونفسياً ومعنوياً.

الفرع الثاني : تعريف الخدمات الصحية :

إذن فبعد تحديد مفهوم الصحة ، أمر الآن إلى تبيان مفهوم الخدمة الصحية ، حيث أن هناك عدة تعاريف لها من طرف عدة باحثين ، ومن بينها أذكر ما يلي :⁽⁴⁾

عرفت الخدمة الصحية بأنها : >>العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ، ينتج عنه رضى أو قبول أو انتفاع من طرف المرضى ، وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل <<.

هذا التعريف يشير إلى ثلاثة أبعاد للخدمة الصحية وهي :

الصفة المميزة للخدمة الصحية : وهي ما تتكون منه الخدمة الصحية من خدمات التشخيص وخدمات العلاج وغيرها .

المنافع المرجوة من الخدمة الصحية : وهي العناصر التي يحصل عليها المريض وتمثل في :

الرضى المتحقق للزبون .

¹ - عبد الله بن مبارك بن عبد الله آل سيف ، مرجع إلكتروني سبق ذكره : ص 12.

² - Alfred Marshall: Principles of Economics, ed8, the Macmillan press LTD, London, 1911, P-P:161-169.

³ -طلعت الدمرداش إبراهيم : إقتصاديات الخدمات الصحية ، ط 2 ، مكتبة القدس ، مصر ، 2006 ، ص : 18.

⁴ - فوزي شعبان مذكور : تسويق الخدمات الصحية ، إيتراك للنشر ، القاهرة-مصر ، 1998 ، ص ، ص : 168 ، 97.

الفصل الثاني: خدمات التأمين الصحي وقياسها

الخدمات السائدة : وهي العناصر الموجودة إلى جانب الخدمة الصحية من استقبال للمرضى ، وتنسيق مع المؤسسات الصحية وغيرها .

كذلك عرفت الخدمة الصحية بأنها : >> النشاط الذي يقدم إلى المتفاعلين ، والذي يهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي ، حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى << .

هذا التعريف حدد الجهات المستفيدة من الخدمة الصحية ، والهدف من تقديم هذه الخدمات ، وبأنها مزيج من عناصر ملموسة وغير ملموسة معا ، ولكنه لم يذكر مقدم هذه الخدمات ، والتزامات المريض المؤمن له .

إذن فمن خلال التعريفين السابقين ، فأنا أعرف الخدمة الصحية بأنها: مزيج متكامل من عناصر ملموسة وغير ملموسة ، من خدمات العلاج والأدوية ، وغيرها ، التي تقدمها المؤسسة الصحية كمستشفى أو صيدلي أو عيادة إلى المريض ، مقابل دفع هذا الأخير لتكلفة الحصول على هذه الخدمات .

المطلب الثاني : خصائص الخدمات الصحية :

باعتبار الخدمات الصحية نوعا من أنواع الخدمات ، فتطبق عليها نفس الخصائص العامة المميزة للخدمات ، التي ذكرتها سابقا ، والتي من بينها : أنها غير ملموسة ، وتلازمية ، ومتباينة ، وغير قابلة للتخزين ، وغيرها .وبالإضافة إلى هذه الخصائص ، فللخدمات الصحية خصائص أخرى خاصة بها ، وتميزها عن غيرها من الخدمات الأخرى ، ومن بينها :

يرى تامر ياسر البكري بأن الخدمات الصحية تتميز بأنها : (1)

الفرع الأول : مرتبطة بصحة الإنسان ، لذلك تجد في كثير من الأحيان المؤسسة صعوبة في إعتمادها على نفس المفاهيم والمعايير الاقتصادية ، المطبقة في الخدمات الأخرى ، لأن ذلك قد يتعارض مع رسالة وأهداف المؤسسة الصحية .

الفرع الثاني : تذبذب الطلب على الخدمة الصحية ، الأمر الذي يستوجب الإعداد لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية ، لإنتاج وتقديم الخدمة لطالبيها ، فلا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب ، خلافا للمؤسسات الخدمية الأخرى .

إضافة إلى ذلك فالخدمات الصحية تتميز بما يلي : (2)

الفرع الثالث : مقدم الخدمة الصحية هو أهم عناصر مدخلاتها مقارنة بباقي العناصر الداخلة في تقديمها ، من مواد وأجهزة وغيرها ، فالقوى العاملة تؤثر بشكل كبير على جودة وزمن أداء هذه الخدمة .

الفرع الرابع : تأثير الخدمات الصحية المقدمة من المؤسسات الصحية الحكومية بالقوانين التي تضعها الدولة ، حيث تحدد منهج عملها ، ونوعية الخدمات التي تقدمها والكيفية التي تقدم بها هذه الخدمات .

كذلك تتميز الخدمات الصحية بـ: (3)

الفرع الخامس : توزيع القرار في المؤسسات الصحية بين مجموعتين هما : الإدارة والأطباء ، وهذا على عكس المؤسسات الأخرى ، التي يكون فيها قوة القرار بيد الإدارة فقط .

الفرع السادس : صعوبة قياس الأداء في الخدمات الصحية بالمستشفيات ، فنتائج هذه الخدمات يعبر عنها بحجم الحالات التي شفيت ، وهذا المقياس غير كاف ، وذلك بسبب صعوبة قياس جودة الخدمات الصحية .

1 - تامر ياسر البكري : التسويق الصحي ، اليازوري ، عمان-الأردن ، 2005 ، ص: 59 ، 60..

2 - فاتن أحمد أبو بكر : تقييم جهود تطوير الجهاز الإداري في قطاع الصحة ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة ، جامعة عيش شمس ، بدون بلد ، 1993 ، ص 54.

3 - سنوسي علي : تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر ، مذكرة دكتوراه ، تخصص علوم التسيير ، إشراف العربي العمري ، جامعة الجزائر - الجزائر- ، 2010 ، ص : 38 ، 39.

وبالإضافة إلى ذلك فنتميز الخدمة الصحية بأنها :⁽¹⁾

الفرع السابع : بعض الخدمات الصحية هي خدمات شخصية ، أي أنها تقدم لشخص واحد ، حيث أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية ، أو أن الطبيب لا يستطيع أن يعالج أكثر من مريض واحد في نفس الوقت ، وبـنفس تخصصه ، إذن كانت هذه بعض أهم الخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات الأخرى ، وهناك خصائص أخرى لم أذكرها ، فقط بالنسبة للقول بأنها غير ملموسة وغير قابلة للتخزين ، فهما غير صحيحتان بنسبة 100% ، فهي ملموسة أيضا ويمكن تخزين البعض منها مثل: الأدوية ، كذلك بالنسبة للخاصية الرابعة ، ليست صحيحة بشكل مطلق ، ففي بعض دول أوروبا وأمريكا ، أصبح اتخاذ القرار داخل المؤسسات الصحية بيد الإدارة فقط ، ولا دخل للأطباء فيه ، كما أن الخاصية الأخيرة ، كما قال الباحث فهي تخص بعض أنواع الخدمات الصحية وليس كلها ، فأنا أشير هنا إلى أن هناك بعض الأنواع الأخرى من الخدمات الصحية وهي غير الشخصية منها ، وهي لا تقدم إلى شخص واحد فقط ، بل لعدة أشخاص في آن واحد ، مثلا : حملات التوعية الصحية من مرض معين . أما بقية الخصائص الأخرى فأنا أوافق عليها .

المطلب الثالث: أهداف الخدمات الصحية وأنواعها:

الفرع الأول: أهداف الخدمات الصحية:

للخدمات الصحية أهداف متعددة ، ويرجع هذا إلى اختلاف توقعات كل من العملاء أي المرضى ، ومقدمي الخدمة الصحية ، ومنظمي الخدمة ، فيقصد بأهداف الخدمة الصحية هي الأهداف التي يسعى جميع الأطراف إلى تحقيقها من المرضى والمجتمع ومقدمها ومنظمها ، وبذلك فإن هذه الأهداف تم تصنيفها إلى ثلاثة أنواع وهي :

أهداف تقديم الخدمة، طبقا لتوقعات المرضى، وأهداف توقعات مقدمي الخدمة، وأهداف تنظيم هذه الخدمات.

أولا : أهداف تقديم الخدمات الصحية طبقا لتوقعات المرضى .

وتتمثل الأهداف التي يرغب المرضى بالحصول عليها فيما يلي :⁽²⁾

- 1- تقريب الخدمات الصحية منهم
- 2- الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية
- 3- حفظ الحريات الشخصية وحرية الاختيار فيما يخص الطبيب المعالج .

ثانيا : أهداف توقعات مقدمي الخدمات الصحية :

تتمثل الأهداف التي يريد مقدمو الخدمات الصحية الوصول إليها فيما يلي :⁽³⁾

- 1- حرية الاحتراف المهني واختيار النشاط
- 2- إمكانية التحكم في التفوق المهني ، وجودة العلاج .
- 3- التحكم في رقابة الحالات المرضية ، وفي طرق متابعتها .
- 4- الاحتفاظ بالأنماط المهنية

بالإضافة إلى ذلك يهدف مقدمو الخدمات الصحية إلى :

- 5- تقديم مستوى عالي من جودة الخدمات الصحية ورفع كفاءتها وفعاليتها.

كذلك يهدفون إلى :⁽¹⁾

1 - تامر ياسر البكري : إدارة المستشفيات ، دار البازوري ، عمان-الأردن- ، لم توضع السنة ، ص : 59.
2 - فوزي شعبان مذكور ، مرجع سبق ذكره ، ص : 37 .
3 - سنوسي علي ، مرجع سبق ذكره ، ص : 40.

6- مقابلة توقعات العملاء والحصول على رضاهم أيضا من بين أهدافهم:

7- رضا العاملين المقدمين للخدمة الصحية ، بحيث تقوم إدارة المستشفى بالاهتمام بطرق دفع الأجور لهم ، وبرامج التدريب الطبي ، وطرق التوظيف.

ثالثا : أهداف منظمي الخدمة الصحية:

وتتمثل هذه الأهداف فيما يلي : (2)

1- الرقابة والتحكم في تكلفة الخدمات الصحية

2- رقابة جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المرضى

3- الكفاءة والرشادة في استخدام الوسائل المالية والمادية والبشرية

إذن فمت خلال ما سبق ، فأقول بأن أهداف الخدمات الصحية متعددة بتعدد الأطراف المستفيدة منها ، والمقدمين لها ، والمنظمين لها كذلك ، والتي تختلف من طرف لآخر، من هؤلاء الأطراف السابقين الذكر ، ولكن هناك أهداف أخرى يشترك فيها هؤلاء الأطراف وهي: (2)

رابعا: الأهداف المشتركة لجميع الأطراف:

1- الجودة العالية للخدمات الصحية

2- مقابلة توقعات العملاء والحصول على رضاهم.

الفرع الثاني: أنواع الخدمات الصحية المقدمة في التأمين الصحي :

هناك عدة أنواع من الخدمات الصحية ، وتختلف باختلاف المعايير المعتمد عليها في التصنيف ، وكذلك من باحث آخر، ومن بين أهم هذه التقسيمات يوجد ما يلي :

¹ - أحمد مصطفى : محور العمل -الخدمة : مؤثرات المريض على جودة الخدمات الصحية -دراسة تطبيقية على مستشفيات عامة و خاصة ، مجلة الإدارة ، العدد الثالث ، يناير 1984 ، ص : 89.

2 - متولي السيد متولي : تقويم الفعالية التنظيمية للمستشفيات السعودية -دراسة ميدانية على مستشفيات المنطقة الغربية - المجلة العلمية ، المجلد الثالث ، العدد الثاني ، 1989 ، ص : 63.

أولاً : التقسيم حسب طبيعة الخدمات الصحية :

حيث قسمت الخدمات الصحية وفقاً لهذا المعيار إلى خمسة أنواع وهي :⁽¹⁾

1-الفحوصات والاستشارات :

تمثل واجهة المؤسسة الصحية ، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها .

2-الخدمات السريرية :

تؤمن الإقامة للمرضى ، ومكان عمل الأشخاص المعنيين بالخدمات الصحية من تشخيصات طبية ورعاية تمريضية . وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالخدمات الصحية مثل : عمال الصيانة ، النظافة وغيرهم ، وهي مكان التفاعل مع العائلات .

3-الأرضية التقنية :

تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج

4-خدمات الإمداد :

تتكون هذه الخدمات من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة ، مثل : الترميم ، الصيانة ، النقل ، وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي كمقدم الخدمات الصحية

5-الخدمات الإدارية :

وتتمثل هذه الخدمات في الخدمات التالية :

أ- خدمات الفندقية مثل : الضيافة ، الصيانة ، النظافة ، الإطعام ، الاستقبال ، وغيرها .

ب- خدمات التسيير الإداري مثل : إدارة المرضى والملفات الطبية وغيرها .

ج- الخدمات الطبية وشبه الطبية : مثل : الرعاية ، التحليلات ، الأشعة ، الجراحة وغيرها

ثانياً : التقسيم حسب المستفيدين من الخدمات الصحية :

ويقصد بهذا التقسيم ، التقسيم حسب الجهة التي تستفيد من هذه الخدمات ، هل يستفيد منها الجميع أم أشخاص معينون فقط ، وبذلك فقد قسمت إلى نوعين هما : الخدمات الصحية الشخصية ، والخدمات الصحية العامة وهي كما يلي :⁽²⁾

1-الخدمات الصحية الشخصية :

وهي الخدمات الصحية التي تقدم إلى أشخاص محددين دون غيرهم . وهي الأخرى لديها ثلاثة أنواع وهي : خدمات الرعاية الخارجية ، وخدمات الرعاية الداخلية والخدمات الصحية طويلة الأجل .

أ- الخدمات الصحية الخارجية :

وهي الخدمات المقدمة عامة في عيادات الأطباء الخاصة ، أو العيادات الخارجية للمستشفى ولا تشمل رعاية إيوائية للمريض .

ب- الخدمات الصحية الداخلية :

هي الخدمات الصحية الإيوائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات بقصد التشخيص والعلاج لفترة معينة .

1 -Faridah Djellal et autres:L'hôpital innovation médicale à l'innovation de service,MASSON,Paris, 2004, P-P:62-64.

² -طلال بن عايد الأحمد : إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 2004 ، ص ص : 24-26.

ج-الخدمات الصحية طويلة الأجل:

وهي تجمع بين النمطين السابقين، وتتجاوز مدة الرعاية للمريض غالبا ثلاثين يوما. والمرضى المستفيدون منها هم : المعاقون، والمصابون بأمراض مزمنة ، وغيرهم.

2- الخدمات الصحية العامة:

وهي تلك الخدمات الصحية المقدمة إلى جميع أفراد المجتمع دون استثناء وتقدمها السلطات العمومية ، وتهدف إلى حماية صحة المواطن ، ومن بينها أذكر ما يلي :

أ- مكافحة الأمراض المعدية .

ب- مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة، كسلامة الهواء والماء والغذاء والتخلص من النفايات.

ج-الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة .

د-الفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.

هـ- توعية المواطنين بالمشكلات الصحية السائدة ، وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة .

ثالثا: التقسيم حسب الجهات المقدمة للخدمات الصحية: .

قسمت الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى نوعين وهما :خدمات القطاع العام وخدمات القطاع الخاص .

1- خدمات القطاع العام الصحية :

هي الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة إلى المرضى ، ومن بينها : ⁽¹⁾

أ- نظم المساعدات الاجتماعية التي تقدمها الدولة مجانا ، وتحمل تكاليفها كاملة .

ب- نظم التأمينات الاجتماعية مثل : التأمين الصحي الإجباري ، والذي يفرض على المواطن المؤمن له والمجتمع والدولة ، فكلهم مشاركون في دفع تكاليفه .

2- خدمات القطاع الخاص الصحية :

وهي الخدمات الصحية التي توفرها المستشفيات والعيادات الخاصة ، ومن بينها : ⁽²⁾

أ- نظم الخدمات الصحية الخاصة : التي توفر الخدمات الصحية للمواطن ، مقابل تحمله لتكاليفها كاملة ، مثلما تقدمه المستشفيات والعيادات الطبية الخاصة .

ب- التأمين الصحي لدى شركات التأمين التجارية : مقابل دفع المريض لأقساط التأمين إليها .

إذن : فكانت هذه بعض التقسيمات للخدمات الصحية ، وهناك تقسيمات أخرى لم أذكرها .

المبحث الثاني : ماهية جودة الخدمات :

من خلال هذا المبحث ، سوف أبرز أولا نشأة وتطور مفهوم الجودة وذلك في المطلب الأول منه، ثم سأبين تعريف جودة الخدمة ، وذلك من خلال المطلب الثاني ، أما في المطلب الثالث فسوف أوضح أهم أوجه الجودة في الخدمات ، وبعدها أهميتها ثم أهدافها.

¹ Youssef Mahyaoui: Etude Juridico économique de la contractualisation dans le système de soins, Doctorat, Université Paris , 2003, P :140 .

2 -فوزي شعبان مذكور ، مرجع سبق ذكره ، ص : 21.

المطلب الأول: نشأة وتطور مفهوم الجودة :

الأفكار المعبرة عن الجودة هي أفكار قديمة ، تعود إلى القرن الخامس عشر قبل الميلاد ، وبالضبط إلى عهد المصريين القدامى - الفراعنة ، حيث كانوا يؤكدون على الجودة في بناء ودهان جدران المعابد وفي تشييد الأهرامات. كم ابرزت فكرة الجودة بعد ذلك أيضا ، في القرن الثامن عشر قبل الميلاد ، في الحضارة البابلية ، في عهد الحاكم حمورابي ، حيث ألزم هذا الأخير على كل تاجر يقدم سلعة أو خدمة غير جيدة ، بأن يقوم بإصلاح العيب . وقد زاد التأكيد على فكرة الجودة في عصر الإسلام ، حيث كان الرسول الكريم محمد صلى الله عليه وسلم، يحث على الاهتمام بجودة الأداء، من خلال أحاديثه النبوية الشريفة ، ومنها قوله: << من عمل منكم عملا فليتكفه >>. صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.⁽¹⁾

إذن فلم يظهر مفهوم الجودة مباشرة، ولكن في البداية كانت تستخدم الأفكار المعبرة عنه فقط. أما ظهور مفهوم الجودة واستخدام هذه الكلمة لأول مرة ، فقد كان في اليابان، وكان ذلك في بداية القرن العشرين ، حيث تجسد في نهج إداري قام بتطوير المفهوم القديم للإدارة ، ليتماشى مع التوجهات المعاصرة، لصالح المؤسسات اليابانية، التي اتخذت من الجودة جسرا تعبر من خلاله إلى الأسواق العالمية، وإلى تحقيق رضا العملاء، في حين أن المؤسسات الأخرى ، وخاصة الأمريكية منها ، كانت تهتم بالعلاقة بين الإنتاجية والكلفة ، على اعتبار أنه وحسب رأيها، فالهاجس الأول للعمليات هو السعر . ثم بعد ذلك أصبح مفهوم الجودة موضوع العصر، إذ أخذت شمال أمريكا ودول أوروبا الغربية⁽²⁾ ، تنحو منحى اليابان ، ثم انتشرت الجودة في باقي دول العالم ومنها العالم العربي والإسلامي . وقد مر تطور مفهوم الجودة بخمسة مراحل، وقد صنفها feigenbaum وهي كما يلي :

الفرع الأول: مرحلة ضبط مفهوم الجودة:

امتدت هذه المرحلة من عام 1890م إلى غاية عام 1945م ، وتميزت بما يلي :⁽³⁾ خلال القرون الوسطى والقرن التاسع عشر ، كانت مسؤولية ضبط الجودة تقع على الحرفي ، لأنه هو المنتج ، سواء من حيث تحديد معايير الجودة ، أو مطابقة الإنتاج لتلك المعايير ، وكانت المنتجات تنتج حسب رغبات الزبائن . بحلول العام 1900م إلى غاية عام 1918م ، أصبحت مسؤولية ضبط الجودة يتحملها رئيس العمال ، بسبب ظهور الثورة الصناعية ، إذ لم يعد العامل مسؤولا عن إنتاج المنتج بأكمله ، بل جزءا من عمليات صنعه ، وأصبح العامل يخضع لإشراف رئيس العمال .

وبحلول العام 1919 إلى غاية العام 1945، تطور ضبط الجودة ، إلى ضبطها عن طريق الفحص ، حيث ظهرت وظيفة "المفتش" ، الذي يقوم بفحص جودة المنتجات ، لأن المنتجات أصبحت أكثر تعقيدا، وزاد عدد العمال ، فأصبح من الصعب على رئيس العمال السيطرة على العمل المنجز من طرف العمال .

¹ عواطف إبراهيم الحداد : إدارة الجودة الشاملة ، ط 1 ، دار الفكر ، عمان - الأردن ، ص : 55.

² - قاسم نايف علوان الحياوي : إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو و 9001 ، 2000 ، ط 1 ، دار الثقافة ، عمان - الأردن - ، 2005 ، ص ص : 24 - 25.

³ - فريد عبد الفتاح ، زين الدين : تخطيط و مراقبة الإنتاج -مدخل إلى إدارة الجودة الشاملة - ، دار الكتب ، بدون بلد ، 1997 ، ص : 480.

الفرع الثاني : مرحلة الضبط الإحصائي للجودة :

بدأت هذه المرحلة عام 1945م ، وقد تميزت بظهور تطبيقات جديدة لضبط الجودة ، وهي استخدام الأساليب الإحصائية بالعينات . إذ أنه خلال الحرب العالمية الثانية ، تصاعدت وتيرة الإنتاج ولم يعد الفحص مناسباً بنسبة 100% وقد انتهت هذه المرحلة في عام 1960م.⁽¹⁾

الفرع الثالث : مرحلة ضمان الجودة:

امتدت هذه المرحلة من عام 1960م إلى غاية عام 1985م ، ويقصد بضمان الجودة هي : >> جميع الإجراءات المخططة والمنهجية ، اللازمة لإعطاء الثقة بأن السلعة المنتجة أو العملية أو الخدمة المقدمة سوف تستوفي متطلبات الجودة << ، حيث أصبحت الجودة هنا ركناً أساسياً من أركان الوظيفة الإدارية للمديرين، حيث تم الاهتمام بكل ما من شأنه أن يمكن المنظمة من إحراز التقدم في منتجاتها وعملاتها.⁽²⁾

الفرع الرابع : مرحلة إدارة الجودة الشاملة :

امتدت هذه المرحلة من العام 1985م إلى غاية العام 2010م ، إذ ظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة "TQM" ، الذي يشير إلى مشاركة كل فرد في الشركة في عمليات ضبط الجودة ، بدءاً من العامل المشرف في الخط وانتهاءً بالمدير الأعلى ، بهدف تحقيق نجاح طويل الأمد ، من خلال تحقيق رضا العميل ، وتحقيق المنافع لجميع العاملين والمجتمع.⁽³⁾

الفرع الخامس : مرحلة رفاهية الزبون :

هذه المرحلة كانت عام 2010م ، وهي مستمرة إلى يومنا هذا ، وفيها تم التركيز ولا زال على الزبون ، في جميع عمليات ضبط الجودة ، بدءاً من التخطيط للأنشطة والفعاليات اللازمة لضبط الجودة وإدارتها ، وصولاً إلى المخرجات النهائية ، أي تحقيق القيمة الشاملة للزبون .⁽⁴⁾ إذن فالجودة حتى وصلت إلى مفهومها المعاصر والحالي والمتمثل في تحسين مستوى المنتجات والخدمات المقدمة للعملاء ، وتحسين أداء العمال ، فقد مرت بعدة مراحل، كما ذكرت سابقاً ، أما الآن فقد أصبح الجانب المهم في الجودة هو تقديم المنتجات والخدمات حسب رغبات الزبائن وبالجودة التي يريدونها .

المطلب الثاني : تعريف جودة الخدمة :

يرجع مفهوم الجودة Quality إلى الكلمة اللاتينية *qualitas* ، والتي تعني طبيعة الشخص ، أو طبيعة الشيء ، ودرجة الصلابة .

قديماً كانت تعني الجودة الدقة والانتقان، من خلال القيام بتصنيع الآثار التاريخية ، والدينية ، من تماثيل وقلاع وقصور ، لأغراض التفاخر بها ، أو لأغراض الحماية .

حديثاً تغير مفهوم الجودة ، بعد تطور علم الإدارة ، وظهور الإنتاج الكبير ، والثورة الصناعية ، وظهور الشركات الكبرى ، وازدياد المنافسة ، إذ أصبح لمفهوم الجودة أبعاد جديدة ومتشعبة⁽⁵⁾

1 - عمر وصفي عقيلي : المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة - وجهة نظر-، ط 1 ، دار وائل ، عمان-الأردن-، 2001 ، ص : 24.

2 -عمروش نجوى : دور جودة الخدمة في تحقيق رضا العميل -دراسة حالة الشركة الجزائرية للتأمينات CAAT، مذكرة ماجستير ، تخصص علوم التسيير ، إشراف بديسي فهيمه ، جامعة منتوري قسنطينة -الجزائر- ، ص : 17.

³ -Philip Kotler and others,op.cit,P:423.

⁴ -علي السلمي : إدارة الجودة الشاملة و متطلبات التأهيل للإيزو "9000" ، دار الغريب للطباعة ، القاهرة-مصر-، 1995 ، ص : 10.

5 -سوسن شاكر مجيد ، محمد عواد الزيادات : إدارة الجودة الشاملة -تطبيقات في الصناعة و التعليم ، دار الصفاء للنشر ، عمان-الأردن، 2007 ، ص : 16.

الفرع الأول : تعريف الجودة :

أولاً : تعريف الجودة في اللغة :

عرف قاموس "أو كسفورد" الأمريكي الجودة بأنها: >> "درجة أو مستوى من التميز" <<
إذن فقد ركز هذا التعريف على كون الجودة هي التميز .

ثانياً : تعريف الجودة اصطلاحاً:

هناك عدة تعاريف للجودة وضعها عدة باحثين، ولكنها وإن اختلفت في التعبير والكلمات، إلا أنها تلتقي جميعها في معنى واحد، ومن بين هذه التعاريف ما يلي :
عرفت الجودة بأنها : >> "حالة ديناميكية مرتبطة بالمنتجات المادية والخدمات ، وبالأفراد والعمليات ، والبيئة المحيطة ، بحيث تنطبق هذه الحالة مع التوقعات" <<(1)
إذن فصاحب هذا التعريف ، ركز على أن الجودة تعني إنتاج منتجات وخدمات لها نفس المواصفات التي يطمح إليها الزبائن ، وأهمل كون الجودة كذلك تعني تقديم سلع وخدمات قد تفوق ما يطمح إليه الزبائن ، وأهمل ضرورة تميز هذه السلع والخدمات .

أيضاً عرف الباحث "Evans" الجودة بأنها : >> "تلبية وإشباع توقعات الزبون، أو تقديم ما يفوق هذه التوقعات" <<(2)
فهذا الباحث تعدى مفهوم الجودة من كونه تقديماً لسلع وخدمات كما يريد الزبون ، إلى كونها تقديم لسلع وخدمات تفوق ما يطمح إليه هذا الزبون ، ولكنه أهمل تميز هذه السلع والخدمات .
كذلك عرفت الجودة بأنها: >> "صنف السلعة المنتجة، أي: أنها تشير إلى الصنف المتميز من السلعة، فإذا قسمت السلعة إلى درجات حسب الترتيب التالي: (D-C-B-A)، فإن الجودة تعني الصنف A" <<(3)
إذن فمن خلال هذا التعريف، يتضح بأن الجودة تعني السلعة الأفضل، فهنا السلعة A هي الأفضل ثم السلعة B ، ثم السلعة C ، والأسوأ هي السلعة D ، ولكن هذا التعريف تحدث عن أن الجودة هي جودة السلع فقط وهذا غير صحيح، بل أيضاً هنالك جودة الخدمات، وكذلك ركز على التميز وأهمل رضا الزبون وتحقيق احتياجاته ، ولكنني أظن بأنه يقصد بكلمة التميز ، التميز من جميع النواحي ومنها رضا الزبائن ..

أما من وجهة نظر الباحث FICHER، فقد عرف الجودة بأنها: >> "هي درجة التألق والتميز، وكون الأداء ممتازاً، أو كون خصائص أو بعض خصائص السلعة أو الخدمة ممتازة، عند مقارنتها مع المعايير الموضوعية من منظور المنظمة أو من منظور الزبون" <<(4)
ما لاحظته على التعريف الذي جاء به الباحث FISHER هو أنه : ركز على مفهوم الجودة بكونه التميز في السلعة والخدمة من جميع جوانبها : من أداء وخصائص ، وأنا أوافق على هذا التعريف، وأرى بأنه الأجود من بين كل التعاريف السابقة.
إذن فيمكن وضع تعريف للجودة بأنها : هي قيام المؤسسة بإنتاج سلع وخدمات على درجة فائقة من التميز : شكلاً ومضموناً وفي طريقة تقديمها ، عن المؤسسات المنافسة الأخرى ، بحيث تحقق الإشباع لزبائنهم، وتلقى إعجابهم ورضاهم، وقد تكون حسب توقعاتهم، أو تفوق هذه التوقعات .

1 - عمروش نجوى ، مرجع سبق ذكره ، ص : 13.

2- مامون سليمان الدرادكة : إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء ، ط 1 ، دار صفاء للنشر ، عمان-الأردن ، 2008 م ، ص : 15.

3 - محمد عبد العال النعيمي و آخرون : إدارة الجودة المعاصرة ، دار اليازوري العلمية ، عمان -الأردن-، 2009 ، ص : 31.

4 - قاسم نايف علوان الحياوي ، مرجع سبق ذكره ، ص : 24.

الفرع الثاني : تعريف جودة الخدمة :

عرفت جودة الخدمة بأنها : >> هي انسجام و تطابق الخدمات المختلفة مع توقعات الزبون ، و مع المواصفات التي يحددها <<(1).

هذا التعريف ركز على كون جودة الخدمة هي إنتاج و تقديم خدمات متطابقة مع توقعات الزبائن ، و هذا صحيح ، و لكن جودة الخدمة كذلك يمكن أن تكون إنتاج خدمات تفوق توقعات الزبائن.

كذلك عرفت جودة الخدمة على أنها : >> احترام العميل و العمل على إرضائه و إشباع رغباته الممكنة و المفترضة ، من خلال تقديم خدمات ذات نوعية في الوقت الملائم ، بهدف تقليص معدلات شكاوي العملاء و التطوير المستمر <<(2).

صاحب هذا التعريف مشابه و متفق مع التعريف الذي قبله ، و أضاف الهدف من تقديم المؤسسة خدمة ذات جودة عالية. إذن فأنا أعرف جودة الخدمة بأنها إنتاج و تقديم المؤسسة لخدمات لها نوعية عالية و متميزة من جميع جوانبها شكلا و مضمونا ، و في طريقة تقديمها ، عن الخدمات الأخرى المقدمة من المؤسسات الأخرى ، و تلي حاجات الزبائن و تلقى رضاهم ، و تكون في مستوى أو أعلى من توقعاتهم.

المطلب الثالث : أوجه الجودة في الخدمات أهميتها و أهدافها.

الفرع الأول : أوجه جودة الخدمات

أقصد بأوجه الجودة هي أنواعها التي يجب أن تتوفر في الخدمات الصحية، و هناك ثلاثة أوجه لها و هي : (3)

أولا : جودة التصميم في الخدمات

يقصد بجودة التصميم في الخدمات هي : >> الخصائص المحددة للخدمات بكلفة معينة ، و لمؤسسة معينة << ، و هي كذلك : >> مقياس لمدى حسن ملائمة تصميم الخدمة للخصائص المحددة <<.

أهم جانب في التصميم و الذي يؤثر على مستوى جودة الخدمات هو : المواصفات ، و هذه الأخيرة لها نوعان هما : المواصفات الوظيفية ، و مواصفات الخدمة.

1-المواصفات الوظيفية للخدمات:

و تتعلق بالكيفية التي تعمل بها هذه الخدمات و تؤدي الوظيفة التي تطلب لأجلها.

2-مواصفات الخدمات:

و تتعلق بكيفية إنتاج الخدمة الصحية ، و يتم تصميم هذه الخدمات انطلاقا من استطلاع رغبات و توقعات المرضى ، فمستوى جودة التصميم لابد أن تحقق على الأقل الحد الأدنى من حاجات المرضى و بأقل كلفة . و قد ركز على جودة التصميم العاملون في الهندسة.

1 -صالح عمرو الجريري : قياس جودة الخدمات الصحية -دراسة ميدانية -للآراء عينة من الزبائن المرضى المتعاملين مع المستشفيات الخاصة في محافظة عدن ، مجلة العلوم الإدارية و الاقتصادية ، العدد الرابع ، ديسمبر 2009 ، ص:8.

2 -Bernard Clement : (Principes du Management de la Qualité?), at the site:www.cours.polymtl.ca,Iread it in:08/04/13

3 -رعد عبد الله الطائي : عيسى قداد : إدارة الجودة الشاملة ، ط 1 ، دار البازوري ، عمان -الأردن-، 2008 ، ص ، ص : 33 ، 35 ، 36.

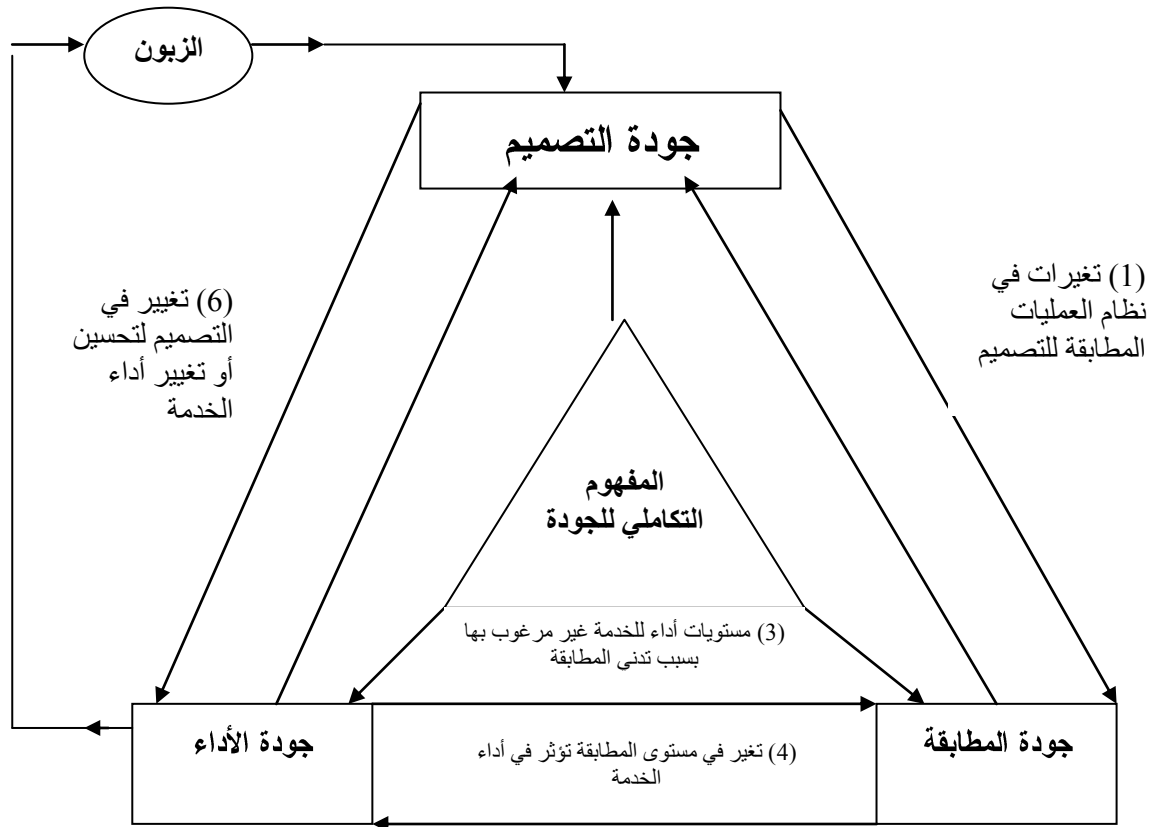
ثانيا : جودة المطابقة في الخدمات

تشير جودة المطابقة في الخدمات الصحية إلى مدى مماثلة هذه الخدمات المقدمة فعلا إلى المرضى مع خصائص تصميمها و من بينها كلفتها. و قد ركز على هذا الوجه من أوجه الجودة الباحث "Crosby" في عام: 1979 م و هي انعكاس لمدى ملائمة الخدمات الصحية المقدمة إلى المرضى لتحقيق المستوى المقرر من الجودة.

ثالثا : جودة الأداء في الخدمات

ركز على هذا النوع من الجودة الباحث "Juan" في عام 1974 م ، و تشير جودة الأداء في الخدمات الصحية إلى مدى قبول المرضى لهذه الخدمات ، عند حصولهم عليها ، و هي تعبير عن درجة رضاهم. تعتبر جودة الأداء دالة لكل من: جودة التصميم و جودة المطابقة، و قد ينتج عن جودة الأداء المدركة لدى المرضى بروز الحاجة إلى التطوير و التعديل في مستوى حوادث التصميم أو جودة المطابقة أو كلاهما. الاتجاه الحالي الحديث، هو المفهوم التكاملي للجودة «أي»: الجمع و الربط بين الأوجه الثلاثة السابقة الذكر ، و الشكل الموالي يوضح الأوجه الثلاثة للجودة كالتالي :

الشكل رقم (3): أوجه الجودة



المصدر : رعد عبد الله الطائي ، عيسى قدامة ، مرجع سبق ذكره ، ص : 31.
من الشكل السابق يلاحظ ما يلي :⁽¹⁾

¹ -رعد عبد الله الطائي و آخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص-ص: 31-32.

أولا : ينطلق تصميم الخدمة من استطلاع حاجات و توقعات الزبائن ، و قد يتناسب هذا التصميم مع طبيعة نظام الخدمات في المؤسسة الخدمية ، أولا يتناسب، وعندها :

- 1-يجري التغيير والتعديل في نظام الخدمات والعمليات ليتناسب مع متطلبات التصميم والسهم رقم (1) يبين ذلك .
- 2-أو يجري التعديل في التصميم ، ليلاءم مع قدرات نظام الخدمات والعمليات ، عندما لا يمكن إجراء التغيير الملائم في ذلك النظام ، أنظر السهم رقم (2) .

وخلال هذه التفاعلات ، فهناك تغييرات تحدث في مستويات جودة التصميم ، أي مدى تجسيد رغبات وتوقعات الزبائن في تصميم الخدمات ، وجودة المطابقة أي : مدى مطابقة الخدمات الفعلية للمواصفات التصميمية .

ثانيا : من جانب آخر ، عند حصول الزبون على الخدمة ، تظهر مستويات من جودة الأداء أي : مدى تلبية رغبات الزبون وتوقعاته حول الخدمة بعد تلقيه لها ، وقد يكون راضيا أو غير راضي وعندها :

- 1-يجري التعديل والتغيير في نظام الخدمات والعمليات لتحسين مستوى جودة الأداء، عندما يكون السبب هو تدني مستوى جودة المطابقة، والسهم (3) و(4) يوضحان ذلك.

- 2-أو يجري التغيير والتعديل في التصميم لتحسين مستوى جودة الأداء ، عندما يكون السبب هو تدني مستوى جودة التصميم، والسهم (5) و(6) يوضحان ذلك .

إذن يتضح من الشكل السابق ، أن هناك تفاعلا مستمرا بين أوجه الجودة الثلاثة لتقديم الخدمة إلى الزبون ، وهو ما أعطى الأهمية للمفهوم التكاملي للجودة (جودة التصميم، وجودة المطابقة ، وجودة الأداء) في العصر الحديث .

الفرع الثاني : أهمية الجودة في الخدمات :

للجودة أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات أو الزبائن ، إذ تعتبر أحد العوامل التي تحدد حجم الطلب على منتجات المؤسسة ، وتكمن هذه الأهمية فيما يلي : ⁽¹⁾

أولا : بالنسبة للمؤسسة :

تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة خدماتها ، ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع الموردين ، وخبرة العاملين ومهاراتهم ، ومحاولة تقديم منتجات تلبي رغبات وحاجات العملاء . فإذا كانت خدماتها ذات جودة منخفضة ، فيمكن تحسينها لكي تحقق الشهرة والسمعة الواسعة ، والتي تمكنها من التنافس مع المؤسسات المماثلة في نفس النشاط .

ثانيا : المسؤولية القانونية للجودة :

تزايد وباستمرار عدد المحاكم التي تتولى النظر في قضايا المؤسسات التي تقوم بتصميم منتجات أو تقديم خدمات غير جيدة ، في إنتاجها أو توزيعها . لذا فإن كل مؤسسة إنتاجية أو خدمية تكون مسؤولة قانونا ، عن كل ضرر يصيب الزبون من جراء استخدامه لهذه المنتجات أو الخدمات .

ثالثا : المنافسة العالمية :

إن التغيرات السياسية والاقتصادية تؤثر في كيفية وتوقيت تبادل الخدمات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي ، وفي عصر المعلومات والعولمة ، تكتسب الجودة أهمية متميزة ، إذ تسعى كل من المؤسسة والمجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكن من تحسين الاقتصاد بشكل عام ، والتوغل في الأسواق العالمية ، فكلما انخفض مستوى الجودة في خدمات المؤسسة أدى ذلك إلى إلحاق الضرر بأرباحها .

رابعا : حماية المستهلك :

تطبق الجودة في أنشطة المؤسسة ، ووضع مواصفات قياسية ومحددة تساهم في حماية الزبون من الغش التجاري ، وتعزيز الثقة في خدمات المؤسسة ، عندما يكون مستوى الجودة منخفضا ، يؤدي ذلك إلى إحجام الزبون عن شرائه لخدمات المؤسسة ، وعدم رضا الزبون هو فشل الخدمة التي يشتريها من القيام بالوظيفة التي يتوقعها الزبون منها .

خامسا : تكاليف وحصة السوق :

تنفيذ الجودة المطلوبة في جميع مراحل إنتاج وتقديم الخدمة ، يتيح الفرصة لاستكشاف الأخطاء وتجنبها ، وبالتالي تجنب تحمل تكاليف إضافية ، إضافة إلى الاستفادة القصوى من زمن المكائن والآلات عن طريق تقليل الزمن العاطل عن الإنتاج ، وبالتالي تخفيض التكلفة وزيادة ربح المؤسسة .

الفرع الثالث : أهداف جودة الخدمات :

بشكل عام هناك نوعان من أهداف الجودة وهما :

أولا : أهداف تخدم ضبط جودة الخدمة :

وهي المتعلقة بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها ، حيث تصاغ هذه المعايير على مستوى المؤسسة ككل ، وذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل : الأمان والضمان وإرضاء الزبائن .⁽¹⁾ إضافة إلى ذلك فالنوع الثاني من هذه الأهداف يتمثل في :

ثانيا : أهداف تحسين جودة الخدمة :

وهي غالبا ما تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير خدمات جديدة ، ترضي الزبائن بفعالية أكبر .

من هنا يمكن تصنيف أهداف جودة الخدمة بنوعيتها إلى خمسة فئات وهي:⁽²⁾

1- أهداف الأداء الخارجي للمؤسسة : ويتضمن الأسواق والبيئة والمجتمع .

2-أهداف الأداء للخدمة : ويتناول حاجات الزبون والمنافسة .

3-أهداف العمليات : و تتناول مقدرة العمليات و فاعليتها و قابليتها للضبط.

4-أهداف الأداء الداخلي : وتتناول مقدرة المؤسسة و فاعليتها ومدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل.

5-أهداف الأداء للعاملين : و تتناول المهارات و القدرات ، و التحفيز و تطوير العاملين.

المبحث الثالث : مستويات جودة الخدمة ، و قياسها في خدمات التأمين الصحي

سأتناول في هذا المبحث أربعة مطالب : فالمطلب الأول يضم مستويات جودة الخدمة ، أما المطلب الثاني فيضم مفاهيم حول قياس جودة الخدمات "SERVQUAL" ، أما المطلب الثالث فيحتوي على مفاهيم حول قياس الأداء الفعلي "SERVPERF" ، و في المطلب الأخير من هذا المبحث ، سأبرز قياس مستوى جودة خدمات التأمين الصحي.

¹ - مأمون السلطي، سهيل الياس : دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، ط1 ، دار الفكر المعاصر ، دمشق ، 1999 ، ص : 103.

2 Christopher Love Lock et autres:Marketing des services, edition Pearson education,Paris,2004,P:15.

المطلب الأول : مستويات جودة الخدمة

رتبت مستويات جودة الخدمة إلى ثلاث مراتب و هي : ⁽¹⁾

أولاً : جودة الخدمة المتوقعة

تمثل مستوى الجودة الذي يتمنى الزبون الحصول عليها ، و تعتمد على معايير مثل : النظافة و الاستقبال و توفير المعدات ، خبرات و تجارب الزبون السابقة ، و ثقافته و اتصاله بالآخرين.

ثانياً : جودة الخدمة المعطاة

و تتمثل في المستوى الفعلي لأداء الخدمة ، فهي الجودة التي يشعر بها الزبون أثناء حصوله الفعلي على الخدمة. إضافة إلى ذلك فالنوع الثالث من جودة الخدمة هو: ⁽²⁾

ثالثاً : جودة الخدمة المدركة

و هي الجودة التي يدركها الزبون عند قيامه بالمقارنة بين الجودة المتوقعة و الجودة الفعلية. إذن فمن خلال مستويات جودة الخدمة ، فيمكن استنتاج الفرق بينها ، فالجودة المتوقعة للخدمة هي : مستوى نوعية الخدمات التي يرغب الزبون بالحصول عليها أما الجودة المعطاة للخدمة فهي مستوى نوعية الخدمات التي يحصل عليها الزبون بالفعل ، أما الجودة المدركة للخدمة فهي : تقييم الزبون لمستوى جودة الخدمات التي حصل عليها . و كذلك فالاختلاف بينهم يكمن في أن النوعان الأولان من مستويات جودة الخدمة ، يعكسان مستوى أداء المؤسسة المقدمة للخدمة و يتعلقان بها، أما النوع الثالث منها ، فيعكس وجهة نظر الزبون و مستوى رضاه عن الخدمات التي حصل عليها.

المطلب الثاني: مفاهيم حول نموذج قياس جودة الخدمة "SERVQUAL"

لقد نالت مقاييس جودة الخدمة انتباه مجموعة من الباحثين ، منذ سبعينيات القرن الماضي ، حيث تركزت الجهود على محاولة إيجاد المنهجية المناسبة لقياس جودة الخدمة. و تجسدت أول محاولة لقياس جودة الخدمة في نموذج "SERVQUAL".

الفرع الأول : الأساس المفاهيمي ، و مكونات نموذج "SERVQUAL".

أولاً : تعريف نموذج "SERVQUAL"

كلمة "SERVQUAL" هي كلمة مركبة من كلمتين و هي اختصار لهما و هما : SERVICE و QUALITE ، أي أنها تعني جودة الخدمة. ⁽³⁾

فنموذج "SERVQUAL" هو مقياس حديث النشأة نسبياً ، استخدم على نطاق واسع لقياس مستويات تقييم الزبائن للخدمات التي يحصلون عليها . و هو ينطلق من فكرة أساسية ، و هي أهمية دور الزبون و تجاوبه في تحقيق جودة الخدمة ، و أهمية تحقيق توقعاته ، لكسب رضاه وولائه من هنا تأتي أهمية أن يبنى تقييم الجودة على شعور الزبون نفسه ، لتتمكن المؤسسة من أن توجه جهودها في الاتجاه الصحيح. ⁽⁴⁾

1 -نادية حريف : تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية ، مذكرة ماجستير ، تخصص علوم التسيير ، إشراف : ميلود تومي ، جامعة محمد خيضر -بسكرة- ، الجزائر ، 2008 ، ص : 76.

2 -عبد القادر بريش ، مرجع سبق ذكره ، ص : 258.

3 -صالح عمرو الجريري ، مرجع سبق ذكره ، ص : 3.

4 -سروان جمعة درويش : المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز -أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين ، معهد الإدارة العامة ، السعودية -الرياض-، 4 نوفمبر 2009م ، ص : 6.

ثانيا : محتويات نموذج "SERVQUAL"

لقد وضع نموذج "SERVQUAL" من قبل الثلاثي Berry و Parasurman و Zeithmal ، في عام 1985 م. و قد تضمن هذا النموذج على ما يلي : ⁽¹⁾

1- تقاس جودة الخدمة بالفرق بين الجودة المدركة و الجودة المتوقعة للزبون و ذلك من خلال القانون التالي :

$$\text{درجة جودة الخدمة} = \text{رضا الزبون} = \text{الجودة المدركة} - \text{الجودة المتوقعة}$$

فنموذج SERVQUAL هو نموذج لقياس الفجوات بين الخدمات المتوقعة من الزبون و الخدمات التي يدرکہا هؤلاء الزبائن فعليا.

2- جاء هذا النموذج بخمسة أنواع من الفجوات و هي :

أ- الفجوة بين توقع الزبون و إدراك الإدارة لهذه التوقعات

تحصل هذه الفجوة ، عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ، ما يرغبه الزبون ، إذ ربما تفكر بأن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل و لكن قد يكون يرغب بالحصول على عناية أفضل في المستشفيات.

ب- الفجوة بين إدراك الإدارة و جودة الخدمة المعيارية

و هنا تكون الإدارة مدركة و بصورة صحيحة لرغبات الزبون ، و لكنها لا تحدد معايير أداء واضحة . مثلا : عند إخبار الإدارة لفريق التمريض بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى ، إلا أنها لا تضع مقاييس معيارية لذلك الإجراء.

ج- الفجوة بين المعايير المحددة للجودة و بين الأداء الفعلي

قد يكون الأفراد القائمون على الخدمة غير مدربين بصورة صحيحة ، أو غير قادرين أو غير راغبين في الأداء ، بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة ، كما هو الحال مثلا في : ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كافي ، و من ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

د- الفجوة بين الأداء الفعلي و مستوى الجودة المروج

و تتمثل في الاختلافات بين الخدمة المتسلمة من طرف الزبون ، و ما تم الاتفاق عليه و عبر الاتصالات التي تمت بين مقدم الخدمة و الزبون كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض و إدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة أو أنيقة ، و أسرة مريحة في ضوء الاتصال بين الطرفين ، و لكن عند وصوله إلى المستشفى يجد عكس ذلك .

هـ - الفجوة بين الأداء الفعلي و الخدمة المتوقعة

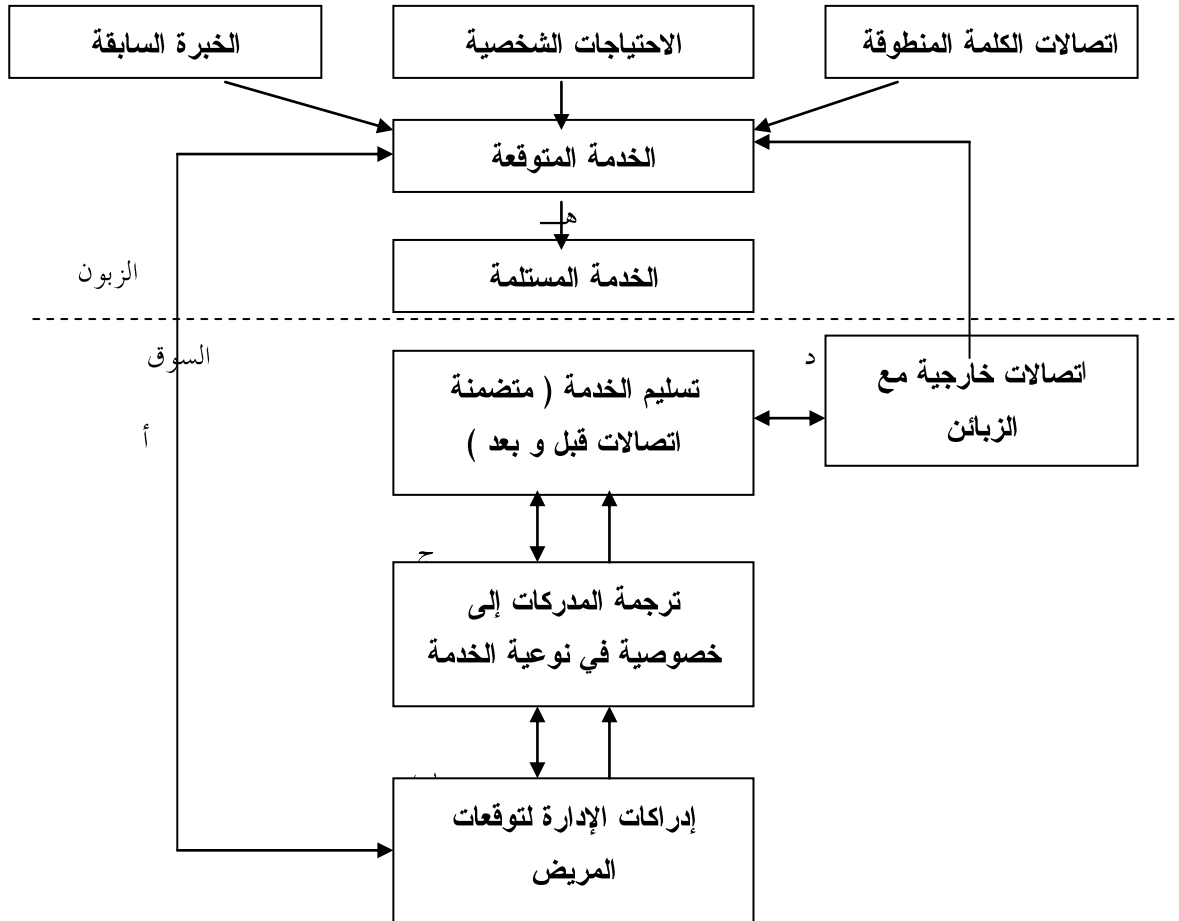
تحدث هذه الفجوة عندما لا يحصل الزبون على الخدمة بالجودة التي توقعها ، كما هو الحال في محاولة الطبيب الحفاظ على زيارة المريض باستمرار ، كجزء من واجبه ، و لكن المريض يفسر ذلك بان هناك شيء ما في حالته الصحية.

¹ - ثابت عبد الرحمن إدريس : قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات و التوقعات ، المجلة العربية للعلوم الإدارية ، العدد الاول ، المجلد الرابع ، مجلس النشر العلمي ، الكويت ، نوفمبر 1996 ، ص ، ص : 31 ، 32.

لا بد من الإشارة هنا إلى أن الفجوة تحصل أصلا بوجود طرفين ، فالإدارة المقدمة للخدمة تعمل قدر المستطاع على تقليص سعة الفجوة ، كلما كان ذلك ممكنا ، لأنها تعني ابتعاد واضح بين الطرفين ، مما يؤدي إلى حدوث تناقض ، و هو ما يؤثر على رضا المريض.

الشكل التالي يوضح نموذج جودة الخدمة SERVQUAL ، و الفجوات التي تكلمت عنها سابقا.

الشكل (4): نموذج قياس جودة الخدمة SERVQUAL-الفجوات-



La source: Philip Kotler: Marketing Management , 9th ed, New Jersey: Prentice Hall International, Inc , 1997, P:478.

3-أبعاد جودة الخدمات

حدد الباحث Parasurmam و زملاؤه في عام 1985 م عشرة أبعاد لقياس جودة الخدمات و هي : التجسيد ، و الأمانة، الاستجابة ، المنافسة ، المحاملة ، المصدقية ، الأمن ، الحرية ، الاتصال ، فهم الزبون . ثم تمكنوا بعدها بسنوات من تطوير المقياس ليشمل خمسة أبعاد في عام 1988 م ، و ذلك نظرا للانتقادات التي تعرض لها هذا النموذج و تتمثل هذه الأبعاد فيمايلي :⁽¹⁾

أ-بعد الملموسية:

و يتضمن هذا البعد أربعة متغيرات تقيس توافر ، حداثة الشكل في تجهيزات المؤسسة ، و الرؤية الجذابة للتسهيلات المادية ، و المظهر الأنيق لموظفيها ، تأثير المظهر العام للمؤسسة.

ب- بعد الاعتمادية

و يتضمن خمسة متغيرات ، تقيس وفاء المؤسسة بالتزاماتها التي وعدت بها الزبائن ، و اهتمامها بحل مشاكلهم ، و حرصها على تحري الدقة في أداء الخدمة ، و التزامها بتقديم خدماتها في الوقت الذي وعدت فيه بتقديمها للزبائن ، و احتفاظها بسجلات دقيقة خالية من الأخطاء ، و يقصد بها القدرة على تنفيذ الخدمة بدقة .بالإضافة إلى هذين البعدين ، فهناك البعدان التاليان :⁽²⁾

ج-بعد الاستجابة

و هو المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى الزبون ، و يتضمن أربعة متغيرات تقيس اهتمام المؤسسة بإعلام الزبائن بوقت تأدية الخدمات ، و حرص موظفيها على تقديم خدمات فورية لهم ، و الرغبة الدائمة لموظفيها في مساعدتهم ، و عدم انشغال الموظفين عن الاستجابة لهم ، و يقصد بهذا البعد ، درجة الاستجابة و مساعدة الزبائن.

د-بعد الأمان

و هي السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة و قدرة و ثقة في تقديم الخدمات و يحتوي هذا البعد على أربعة متغيرات تقيس: حرص الموظفين على زرع الثقة في نفوس الزبائن و شعور الزبائن بالأمان في تعاملهم مع الموظفين ، و تعامل الموظفين بلباقة معهم ، و إلمامهم بالمعرفة الكافية للإجابة عن أسئلتهم.

هـ-بعد التعاطف

ويقصد به درجة الرعاية و الاهتمام الشخصي بالزبون ، و يشمل على خمسة متغيرات تتعلق باهتمام موظفي المؤسسة بالزبائن اهتماما شخسيا ، و تفهمهم لحاجاتهم ، و ملاءمة ساعات عمل المؤسسة تناسب جميع الزبائن ، و حرص المؤسسة على مصلحتهم العليا ، و الدراية الكافية باحتياجاتهم.⁽³⁾

¹ مروان جمعة درويش ، مرجع سبق ذكره ، ص: 7.

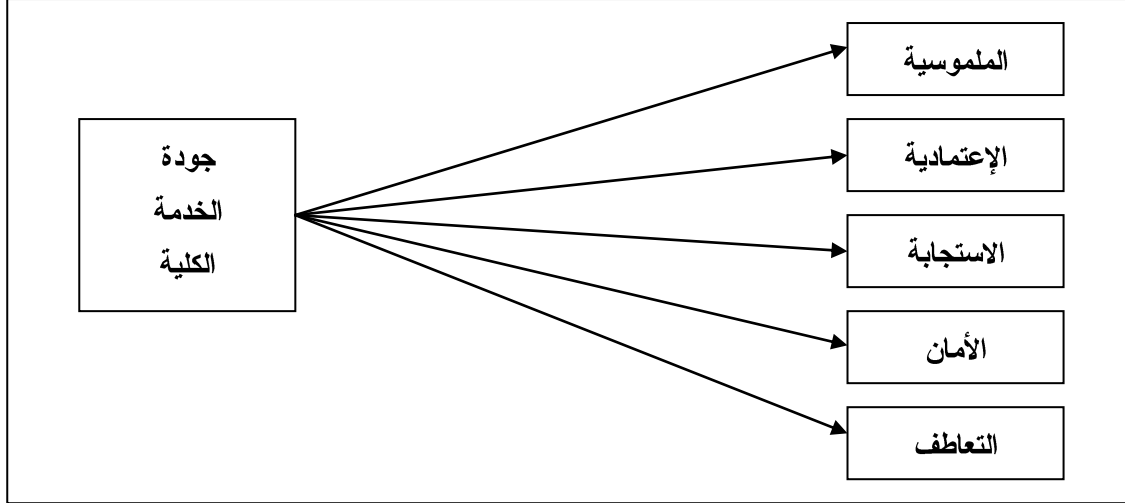
² صالح أبو عبد الله : (قياس أبعاد جودة الخدمة -دراسة تطبيقية على بريد الجزائر)، مخبر السياسات و الاستراتيجيات الاقتصادية في الجزائر ، جامعة محمد بوضياف ، ص : 93.

³ محمد أحمد عودة اللاغا : درجة توظيف الإدارة الإلكترونية في الجامعات الفلسطينية لمخافظات غزة و علاقتها بجودة الخدمة المقدمة للطلبة ، رسالة ماجستير ، تخصص أصول الشركة ، الجامعة الإسلامية غزة ، 2012 ، ص : 67.

الفصل الثاني: خدمات التأمين الصحي و قياسها

و الشكل التالي يوضح هذه الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة.

الشكل رقم (5) : أبعاد جودة الخدمة.



المصدر : صالح عمرو الجريري ، مرجع سبق ذكره ، ص : 2.

يمثل بعد الملموسية نسبة 16 % كأهمية نسبية مقارنة ببقية الأبعاد الخمسة الأخرى ، أما بعد الاعتمادية لديه نسبة 32 % ، وبعد الاستجابة يمثل 22 % و بعد الأمان له 19 % ، أما بعد التعاطف فله 16 % كأهمية نسبية ، إذن فالملاحظ هو أن بعد الاعتمادية هو الأهم ، ثم يأتي بعده بعد الاستجابة ثم بعد الأمان و بعدها كل من بعد الملموسية و بعد التعاطف.⁽¹⁾

الفرع الثاني : المزايا و الانتقادات الموجهة للنموذج SERVQUAL

أولاً: مزايا نموذج SERVQUAL

من بين أهم المزايا التي يتميز بها هذا النموذج ما يلي :⁽²⁾

1- يؤدي هذا المقياس دوراً أساسياً في التنبيه إلى نقاط القصور في الخدمة المقدمة من وجهة نظر الزبون ، كما يساعد في الوقوف على جوانب الضعف في إدارة المؤسسة ، التي تكمن في عدم تمكنها من التنبؤ و التفهم لتوقعات الزبائن ، و آمالهم نحو الخدمات المقدمة.

2- يهدف إلى قياس جودة الخدمات من وجهة نظر الزبائن ، بهدف الوقوف على مدى التوافق مع متطلباتهم.

3- يساعد إدارة المؤسسة على التمييز بين مستويات الجودة التي يدركها الزبائن إلى : منخفضة، متوسطة، مرتفعة.

4- يحسب له أنه أول مقياس متكامل، أثبت جدارته في مجال جودة الخدمات.

5- طرحه لامكانية قياس جودة الخدمات المقدمة من خلال الفجوات الخمس لجودة الخدمة . و بالرغم من أن فجوة توقعات /إدراكات الزبائن أكثر هذه الفجوات أهمية إلا أن بقية الفجوات يمكن دراستها ، و من ثم الوصول إلى فهم أعمق للنتائج .

6- تساعد الأبعاد الخمسة للجودة ، التي تقدمها المقياس إدارة المؤسسات الخدمية في الوصول لمستوى أفضل لتفهم احتياجات الزبائن و آمالهم في الخدمة المقدمة.

¹ -Philip Kotler and others,op.cit,P:478.

² محمد أحمد عودة الأغا ، مرجع سبق ذكره ، ص ، ص : 68 ، 69.

ثانيا : الانتقادات الموجهة لنموذج SERVQUAL

تعددت الانتقادات الموجهة إلى نموذج SERVQUAL من طرف عدة باحثين ، و ذلك بعد اختبارهم لهذا المقياس على قطاعات خدمية عدة ، و في بيئات اقتصادية مختلفة ، و يمكن إجمال هذه الانتقادات في قسمين كبيرين هما :

1-الانتقادات الموجهة لمكونات جودة الخدمات

و تتمثل فيما يلي :⁽¹⁾

أ-أكدت عدد من الدراسات على ضرورة مراعاة خصوصيات كل قطاع ، ومراعاة الخصوصيات الثقافية للبلد و الواقع الاقتصادي العام ، رغم ان هذا المقياس صممت أبعاده لتكون صالحة لكل قطاعات الخدمات.

ب-يركز على الجودة الوظيفية للخدمة على حساب الجودة التقنية ، حيث يعطي للجوانب النفسية و الاجتماعية في الخدمة و كيفية تقديمها قيمة أكبر من مضمون الخدمة ، و هذا بسبب سوء تفسير هذا النموذج من طرف البعض فمثلا : المعاملة الحسنة للطبيب لا تعوض قلة كفاءته.

ج-النظر إلى جودة الخدمة بأنها المزيد من خدمة الزبون ، و ذلك بدلا من خدمة أحسن للزبون.

د-بالإضافة إلى ذلك ، فهو يهمل بعدا مهما كان قد أكد عليه "Gronroos" في عام 1984 م ، و هو الصورة التي تبنيها المؤسسة لنفسها ، من خلال سلوك مسؤول و أخلاقي تجاه المجتمع ، و معاملة عادلة تجاه الزبون . فمن بين ما يرضي الزبون ، أن يرى بأن المؤسسة تهتم بالزبون الصغير مثل الكبير ، و لا تعني جودة الخدمة بالضرورة السعر الباهظ.⁽²⁾

2-الانتقادات الموجهة لاستخدام الفجوة بين التوقع والإدراك:

و تتمثل فيما يلي :⁽³⁾

أ-رأى "Teas" في عام 1993 م ، بان الفجوة الخامسة هي نقطة الضعف الأساسية في نموذج SERVQUAL ، إذ يميل الزبائن عند استجوابهم إلى رفع توقعاتهم بشأن جودة الخدمة ، و إعطاء تقييم متدني للأداء الفعلي : ما يؤدي إلى الانحراف في النتائج ، و يؤثر ذلك على مصداقية المقياس ، إذ يضخم ثباته.

ب-أكد كذلك "Teas" في عام 1993 م ، على تعدد تفسيرات المستجوبين لمفهوم التوقعات ، و اقترح تجاوز الإشكال من خلال مفهومي الأداء المقيم و الجودة المعيارية . و توصل إلى أن زيادة الفجوة بين الإدراك و التوقع ، لا يعني بالضرورة زيادة الجودة المدركة ، فهو قد ينتج عن انخفاض التوقعات ، فالزبائن الدائمون يميلون مع الوقت إلى تعديل توقعاتهم للخدمة ، متأثرين بإدراكهم لواقع هذه الأخيرة ، و هذا يؤثر على المصداقية النظرية لهذا النموذج.

ج-أكد العديد من الباحثين ، بأن كلا من نموذج SERVQUAL و المقياس المحوّل و هو مقياس لقياس جودة الخدمة ، أفضل من نموذج "SERVQUAL".

د-حسب "Taylor" و "Cromin" ، فهذا المقياس يقيس توقعات الزبون من الخدمة ، و يركز على الفجوات ، و لا يقيس جودة الخدمات المدركة و الفعلية . لذا اعتمد مقياس "SERVPERF" و كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة ، و اختير في العديد من الدراسات من قبل مجموعة من الباحثين.

لكن رغم كل هذه الانتقادات التي وجهت لنموذج "SERVQUAL" ، إلا أن الباحثين أوصوا بالإبقاء عليه و استخدامه ، نظرا لقدرته التشخيصية.

1 -صالح أبو عبد الله ، مرجع سبق ذكره ، ص : 94.

² -Karatepe Osman M,Babakus Yavas, Emin: (Measuring service quality of banks), 2005, P,P:373,383 at the site: www.QuSERV.Kr.Iread it in:09/04/2013.

³ -مروان جمعة درويش ، مرجع سبق ذكره ، ص ، ص : 6 ، 7.

المطلب الثالث : مفاهيم حول نموذج قياس الأداء الفعلي "SERVPERF"

نظرا للانتقادات التي تعرض لها نموذج "SERVQUAL"، فقد وضع نموذج ثاني سمي "SERVPERF" الذي جاء من أجل تغطية النقص الموجود في نموذج "SERVQUAL".

أولاً: تعريف نموذج "SERVPERF"

كلمة "SERVPERF" مركبة من كلمتين هما: SERVICE وتعني الخدمة، و "PERFORMANCE" ومعناها الأداء، إذن نموذج "SERVPERF" يعني "نموذج أداء الخدمة". أما الاسم الشهير له فهو "نموذج قياس الأداء الفعلي"، و يسمى أيضا "نموذج الاتجاه".⁽¹⁾ و هو أسلوب معدل لمقياس «SERVQUAL»، و يستبعد الفجوة بين الأداء و التوقعات، و يركز فقط على الأداء الفعلي في قياسه لجودة الخدمة.⁽²⁾

ثانياً: محتويات نموذج "SERVPERF"

لقد وضع نموذج "SERVPERF" في عام 1992 م، من طرف الباحثين "Taylor" و "Cromin"، و هما أبرز من انتقد نموذج "SERVQUAL" و قد تضمن هذا المقياس مايلي:⁽³⁾

1- تقاس جودة الخدمة من خلال الأداء الفعلي لها، أي من خلال الجودة المدركة فقط، و لا تستخدم الجودة المتوقعة، إذ تستبعد فكرة الفجوة بين الأداء و التوقعات. و ذلك من خلال القانون التالي:⁽⁴⁾

$$\text{درجة جودة الخدمة} = \text{درجة رضا الزبون} = \text{الأداء الفعلي} = \text{الجودة المدركة.}$$

2- يستند هذا المقياس على التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة، اعتمادا على الأبعاد الخمسة للجودة و هي: الملموسية، الاعتمادية، سرعة الاستجابة، الأمان، التعاطف.

ثالثاً: مزايا نموذج "SERVPERF"

تتمثل مزايا و مميزات نموذج "SERVPERF" فيمايلي:⁽⁵⁾

- 1- أكد "برادي" في عام 2002 م، على أفضلية هذا المقياس على غيره من المقاييس الأخرى، و من بينها نموذج "SERVQUAL"، حيث له قدرة على تحسين التباين في إدراك الزبائن لجودة الخدمة.
- 2- له قدرة أكبر على القياس، و زيادة درجة مصداقيته، لأنه يستبعد عمليات الطرح بين توقعات الزبون و إدراكه لمستوى جودة الخدمة.
- 3- يتميز عن مقياس "SERVQUAL" بسهولة تطبيقه و قدرته الكبيرة على التفسير.
- 4- يركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة، لذلك فهو يمتاز بالواقعية.

1 - مروان جمعة درويش، مرجع سبق ذكره، ص:7.

2 - مأمون السلطي و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 162.

3 - محمد أحمد عودة الآغا، مرجع سبق ذكره، ص: 69.

4 - المرجع نفسه، ص: 69.

5 - صالح أبو عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص: 96.

إذن فـنموذج "SERVPERF" لا يأخذ بعين الاعتبار ما يريد و يتوقع الزبون توفره في الخدمة المقدمة إليه ، بل يقيس مستوى جودة ما يحصل عليه فعلا من خدمات. فهذا النموذج يستبعد الفجوات. و لكن رغم كون هذا المقياس أفضل نموذج لقياس جودة الخدمة ، إلا انه لم يلقى العناية التي يستحقها من طرف كتاب التسويق.

رغم النقائص الموجودة في نموذج "SERVQUAL" ، و تفوق "SERVPERF" عليه ، إلا أن هذا لا ينفي حقيقة أنه لولا ظهور "SERVQUAL" لما أتى "SERVPERF" ، فالثاني بمثابة تعديل له فحسب ، أما أصل قياس جودة الخدمة فأتى به النموذج الاول . كذلك تلك النقائص لا تنقص من أهمية "SERVQUAL" و لا تعني عدم استخدامه في القياس ، إذ أنه لا زال يستخدم في القياس ، و هناك من الباحثين من يستخدم كلا من نموذج "SERVQUAL" و نموذج "SERVPERF" معا أو إحدهما في بحثه في جانبه التطبيقي . و يعتبر هذان النموذجان هما الأشهر ، و لكن هناك نماذج أخرى لقياس جودة الخدمات ، مثل : المقياس المحوّل ثلاثي الأعمدة.

المطلب الرابع: قياس مستوى جودة خدمات التأمين الصحي باستخدام

نموذج "SERVPERF"

تعتبر خدمة التأمين الصحي أحد أنواع الخدمات الصحية، إضافة إلى أنها الوسيلة التي تمكن المرضى من الحصول على الخدمات الصحية من: علاج و مصاريف الأدوية و غيرها. إذن فقياس جودتها أمر صعب جدا و معقد مثلما هو معقد في الخدمات الصحية لأن كلا منهما يتعلق بحياة الإنسان⁽¹⁾ ، فحياته غالية و لا تقدر بثمن ، فإذا فقد الإنسان صحته فلا تستطيع كنوز الدنيا جميعها إرجاعها له ، و لذلك فدوما يبقى الجدل قائما حول مدى جودة خدمات التأمين الصحي ، فليس من السهل إرضاء المرضى . و يتم قياس جودة هذه الخدمات باستخدام إحدى النموذجين: إما نموذج "SERVQUAL" أو نموذج "SERVPERF" أو غيرهما من النماذج الأخرى المستخدمة في قياس الجودة. و أنا اخترت أن أقيس مستوى جودة خدمات التأمين الصحي باستخدام نموذج "SERVPERF" لأنه الأفضل حيث يتم قياس جودة هذه الخدمات حسب هذا النموذج وفق الخطوات التالية:

أولا : تحديد أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي

أبعاد جودة التأمين الصحي هي نفسها الأبعاد الخمسة للجودة في الخدمات الأخرى، لكن مع بعض الاختلافات، و هي ممثلة في الجدول التالي:

(1) Hervé leteurtre : la qualité hospitalière, 2^{eme} Ed, Ed berger, leuraulte ,paris –France- 1999,p :279.

الجدول رقم (4) : أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي "SERVQUAL"

أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي	معايير التقييم	مستوى جودة خدمات التأمين الصحي
الملموسية	مدى توفر أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة للزبائن داخل صندوق la CNAS بعميلة.	كلما كانت أماكن الانتظار مريحة و متوفرة ، كلما دل ذلك على ان بعد الملموسية متوفر و مطبق بشكل جيد لدى هذه الوكالة ، و بالتالي زادت مستوى جودة هذه الخدمات و رضا الزبائن
الإعتمادية	مدى الثقة العالية للزبائن بالحصول على تعويض من هذه الوكالة ، بعد دفعهم لتكلفة الخدمات الصحية إلى مقدميها.	كلما التزمت الوكالة بدفع التعويض إلى الزبائن ، كلما دل ذلك على تطبيقها لهذا البعد و زاد ذلك من مستوى جودة خدماتها و زاد ذلك رضا الزبائن
الاستجابة	مدى احترام مواعيد تعويض كلفة الخدمات الصحية من علاج و غيرها إلى الزبائن، من طرف الوكالة	كلما كان دفع الوكالة للتعويض إلى الزبائن في الوقت المناسب، كلما دل ذلك على سرعة الاستجابة من قبلها، و زادت مستوى جودة خدماتها، و رضا زبائنها.
الأمان	سمعة و مكانة الوكالة عالية. الصفات الشخصية للعاملين في الوكالة	كلما زادت هذه المعايير ،زادت درجة بعد الأمان ، و دل ذلك على ان الوكالة تقدم خدمات تأمين عالية الجودة و زاد رضا الزبائن عنها.
التعاطف	الإصغاء الكامل لشكاوي الزبائن ، و مساعدتهم في الحصول على كل ما يحتاجونه و حل مشاكلهم ، و إرشادهم و توجيههم.	كلما زادت هذه المعايير ، دل ذلك على توفر و تطبيق بعد التعاطف في الوكالة بشكل جيد ، و بالتالي فخدماتها ذات جودة عالية و زاد ذلك من رضا زبائنها.

La source: par l'étudiante avec la source:

Bouget Jacques, Honnorat Charles: Démarche qualité en medecine, France, Mars 2004, P.P:17,18.

ثانيا: قياس جودة خدمات التأمين الصحي

بعد تحديد أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي، يتم حساب درجة جودة خدمات التأمين الصحي، استنادا إلى الأبعاد الخمسة السابقة الذكر لجودة هذه الخدمات، و ذلك من خلال تقييم الأداء الفعلي لها، أي الجودة المدركة لها.⁽¹⁾ و ذلك من خلال القانون التالي :⁽²⁾

$$\text{درجة جودة خدمات التأمين الصحي} = \text{درجة رضا الزبون} = \text{الأداء الفعلي} = \text{الجودة المدركة}$$

هذا النموذج لا يعتمد على قياس الفجوة الموجودة بين ما يريد الزبون الحصول عليه ، و ما يحصل عليه بالفعل ، كما في نموذج "SERVQUAL" ، بل يقوم على قياس الأداء الفعلي أي ما يحصل ما يحصل عليه الزبون فعلا ، و يستبعد توقعاته⁽¹⁾ فكلما زادت مستوى الجودة المدركة ، كلما زادت مستوى جودة خدمات التأمين الصحي و زاد رضا الزبائن عنها و عن الوكالة المقدمة لها ، و دل ذلك على أن هذه الوكالة لها سعة جيدة و أداء ممتاز و متميز ، و العكس صحيح كذلك.

إذن فما يمكن استنتاجه هو أن نموذج "SERVPERF" أفضل من "SERVQUAL" ، لأن الأول لا يأخذ بعين الاعتبار ما يريده المريض ، و ذلك ليس لعدم أهمية ذلك ، و لكن لأننا عند قياسنا لجودة خدمة ما ، فيجب علينا أن نحكم على الواقع الموجود أمامنا و ليس على ما يتمناه الزبائن ، أي نحكم على مدى جودة الخدمات التي حصل عليها ، لأن ذلك يكون له مصداقية أكبر لمعرفة أدق لمستوى جودة هذه الخدمات و أيضا درجة رضا الزبائن و مستوى أداء العمال الموجودين بالوكالة.

من خلال الاستبيان الذي سوف أجريه مع الزبائن في وكالة la CNAS. عميلة ، سأعرف تقييمهم لكل بعد من الأبعاد الخمسة السابقة ، و بذلك سأعرف مدى توفر و تطبيق كل منها في الوكالة ، و سأستنتج بذلك تقييم جودة خدمات التأمين الصحي ككل ، و كل ذلك سوف أعرض إليه من خلال الجانب التطبيقي في الفصل الثالث لهذه المذكرة.

¹ من إعداد الطالب بالاعتماد على المرجع التالي:

محمد أحمد عودة الآغا ، مرجع سبق ذكره ، ص : 69.

2 - مأمون السلطي و آخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص: 69.

خلاصة الفصل

سعت في هذا الفصل إلى توضيح مفهوم الخدمات الصحية، و إزالة الغموض عن العلاقة الموجودة بينها و بين خدمة التأمين الصحي، إضافة إلى تبيان كيفية قياس جودة الخدمات بصفة عامة، و قياسها في خدمات التأمين الصحي بصورة خاصة. اما أهميته فتنبع من أهمية معرفة مستوى جودة خدمات التأمين الصحي نظريا . و قد استنتجت بان التأمين الصحي هو نوع من أنواع الخدمات الصحية ، و بانه يغطي نفقات كافة انواع الخدمات الصحية ، و من الصعب قياس جودة خدماته مثلما هو صعب قياسها في الخدمات الصحية .أما الفصل اللاحق ، فسوف يكون عن الجانب التطبيقي ، و سأقيس من خلاله مدى جودة خدمات التأمين الصحي ميدانيا ، و ذلك باستخدام نموذج "SERVPERF" ، و ذلك لأنه أفضل من بقية المقاييس الاخرى ، و كذلك من المقياس "SERVQUAL".

الفصل الثالث

دراسة حالة صندوق الضمان الاجتماعي

للعامل الاجراء CNAS وكالة ميلة

تمهيد:

في هذا الفصل سأقوم بإسقاط ما تعرضت له في الجانب النظري على CNAS وكالة ميلة ، وذلك من خلال تتبع واقع جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة بها ، وذلك بالنظر إلى آراء الزبائن حولها .

حيث قسمت هذا الفصل إلى ثلاث مباحث، المبحث الأول يمثل تقديمًا عامًا لـ CNAS وكالة ميلة ، والمبحث الثاني يوضح تصميم الدراسة الميدانية ، والمبحث الثالث يضم مدى توفر أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي بالوكالة ، إضافة إلى إختبار الفرضيات .

المبحث الأول : تقديم عام لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء لولاية ميله :

سأنتظر في هذا المبحث إلى نشأة وكالة CNAS بالجزائر ثم أعرف بوكالة ميله ، ومهام و أهداف هذه الوكالة، وبعدها سأقوم بدراسة الهيكل التنظيمي لها و فيها سأوضح مخطط هذا الهيكل ثم وظائف و مهام مختلف مصالحه.

المطلب الأول : نشأة وتطور CNAS في الجزائر ثم في ولاية ميله

قبل أن أتطرق إلى نشأة صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء بولاية ميله ، سوف أبدأ أولا بنشأته في الجزائر بصفة عامة.

الفرع الأول: نشأة CNAS في الجزائر

إن فكرة إنشاء صندوق الضمان الاجتماعي في الجزائر قديمة، تعود إلى عهد الاستعمار، حيث كانت تعرف باسم GEBER NATMPL وذلك على مستوى الشرق الجزائري ، و أنشئت لهذا الغرض عدة فروع أهمها :⁽¹⁾

أولا : الصندوق الداخلي على المستوى العالي CASIC

ثانيا: الصندوق و الفروع التابعة لها CASIREC

و بعد الاستقلال ، بدا العمل في الجزائر يوم : 1 جانفي 1963 م ، في إطار الوحدة ، حيث أنشئت وحدة مركزية للضمان الاجتماعي مقرها الجزائر العاصمة يشمل الوحدات على مستوى القطر الجزائري ، حيث عرفت في :

أولا : الشرق باسم CASOREC

ثانيا : الوسط باسم CASOREL

ثالثا : الغرب باسم CASOROC

و بموجب المرسوم 223/83 المؤرخ في 20 أوت 1985 م ، المتضمن التنظيم الإداري للضمان الاجتماعي ، تم تأسيس الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية و حوادث العمل و الأمراض المهنية للعمال الأجراء.

La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et des Maladies Professionnelles (C.N.A.S.).

الذي تحولت تسميته إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

La Caisse Nationale de La Sécurité Sociale (C.N.A.S.).

و هي مؤسسة عمومية تستند في نصوصها على وزارة العمل و الشؤون الاجتماعية ، و تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية ، إذ لا تمويل من طرف الدولة ، بل تمويل نفسها عن طريق اشتراكات المؤمنين ، ثم تقوم بإرسال نسبة مئوية كل شهر إلى المديرية الولائية . لكن بعد مجيء المرسوم الوزاري المؤرخ في 02 جويلية و الذي يحث على لا مركزية الضمان ، تم إنشاء عدة وكالات على مستوى التراب الوطني تضم 18 ألف عامل موزعين على 48 مديرية ولائية مقسمون بحسب عدد المشتركين ، و حجم الدخل إلى ثلاث وكالات و هي :

¹ -الضمان الاجتماعي في الجزائر ، ص :1 اطلع عليه يوم : 2013/04/09 على الساعة : 14:39 على الموقع : www.cnas.dz

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

أولاً: وكالة من الدرجة الأولى ، تتمركز بالجزائر العاصمة ، وهران، قسنطينة ، عنابة.

ثانياً : وكالة من الدرجة الثانية ، تتمركز بجيجل ، سكيكدة ، بجاية ، البليدة.

ثالثاً : وكالة من الدرجة الثالثة ، كمثال على ذلك وكالة تمنراست ، وكالة ميله.

وكل هذه الوكالات ترجع في تسييرها إلى المديرية العامة التي تضم 11 مديرية.

الفرع الثاني : نشأة وكالة CNAS لولاية ميله

نشأت وكالة ميله لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء كسائر الوكالات الولائية عبر التراب الوطني ، بموجب المرسوم رقم 223/83 ، المؤرخ في 20 أوت 1985 م ، و المتضمن التنظيم الإداري للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ، و في 04/01/1992 م ، صدر المرسوم رقم 07/92 ، المتضمن للنظام القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء.

بدأ تشغيل الوكالة تدريجياً منذ جانفي 1986 م ، دون أن يكون لها مقر ثابت لأن المقر الأصلي المشيد حول إلى مقر للولاية ، ثم مقر للأمن الوطني ، و بعد ذلك شرعت الوكالة في بناء المقر الحالي الكائن بحي بالطوط في سنة 1993 م ليتم استلامه في سنة 1997 ، و تدشينه من طرف السيد الوزير المكلف بالإصلاح الإداري و الوظيف العمومي ، و قدرت تكلفة الإنجازات بـ: 35.923.376.888 دج ، دون المساحة الأرضية ، و تتربع على مساحة قدرها 1187 م² ، و عدد عمالها هو 460 عامل. و تقع هذه الوكالة في شمال غرب ولاية ميله ، و هي مصنفة في الدرجة الثالثة.⁽¹⁾

المطلب الثاني : مهام وأهداف وكالة CNAS لولاية ميله :

قبل أن أتطرق إلى أهم الأهداف التي تسعى هذه الوكالة إلى تحقيقها، فلا بد أولاً من تحديد أهم المهام والوظائف التي تقوم بها.

الفرع الأول: مهام وكالة C.N.A.S لولاية ميله

تتمثل النشاطات و الوظائف الرئيسية ل CNAS وكالة ميله في المهام التالية⁽²⁾ :

أولاً : تسيير أداوات التأمينات الاجتماعية في حالات : المرض ، والأمومة والعجز والوفاة ، وكذلك حوادث العمل والأمراض المهنية .

ثانياً: تسيير المنحة العائلية لحساب الدول.

ثالثاً: تحصيل الاشتراكات.

رابعاً : الرقابة والمنازعات المتعلقة بتحصيل الاشتراكات الموجهة لتمويل الأداوات .

خامساً: منح رقم تسجيل وطني للمؤمن لهم اجتماعياً وكذلك لأصحاب العمل.

سادساً: المساهمة في ترقية السياسة الرامية إلى الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.

سابعاً: تسيير الأداوات المتعلقة بالأشخاص المستفيدين من الاتفاقيات الثنائية للضمان الاجتماعي .

1 -مقابلة مع رئيسة خلية الإصغاء و الاتصال بوكالة CNAS ميله على الموقع: www.cnas.dz

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

ثامنا : إجراء الرقابة الطبية لفائدة المستفيدين

تاسعا: القيام بالنشاطات الرامية إلى تمكين العمال وذوي حقوقهم من الأداءات الجماعية ، على شكل إنجازات ذات طابع صحي واجتماعي .

عاشرا: تسيير صندوق المساعدة والنجدة، وإبرام اتفاقيات مع مقدمي العلاج، وكذلك إعلام المستفيدين وأصحاب العمل بحقوقهم والتزاماتهم.

الفرع الثاني: أهداف وكالة C.N.A.S لولاية ميلة

ويقصد بالأهداف هي الغايات التي تسعى هذه الوكالة إلى بلوغها والوصول إليها في المستقبل، وتمثل هذه الأهداف فيمايلي:⁽¹⁾

أولا: ضمان استمرارية أي نشاط تجاري أو صناعي، في حالة وقوع ضرر لهذا النشاط

ثانيا: منح تجسيد فعلي لإثبات الحق الوطني والشرعي لكل فرد.

ثالثا : المساهمة في ترقية مستوى معيشة العمال ، وعائلاتهم المتكفل بهم ، ومنح الحق في الأداءات ذات الطابع الصحي.

رابعا: ضمان حقوق العمال في المستقبل فيما يخص التقاعد، وذلك من خلال فرض عقوبات على المستخدمين في حالة التأخر وعدم دفع الاشتراكات إلى الوكالة.

خامسا : عصرنه تسيير هيئات الضمان الاجتماعي.

سادسا : تحسين نوعية الخدمات لفائدة المؤمنين اجتماعيا .

سابعاً: الحفاظ على التوازن المالي لمنظومة الضمان الاجتماعي .

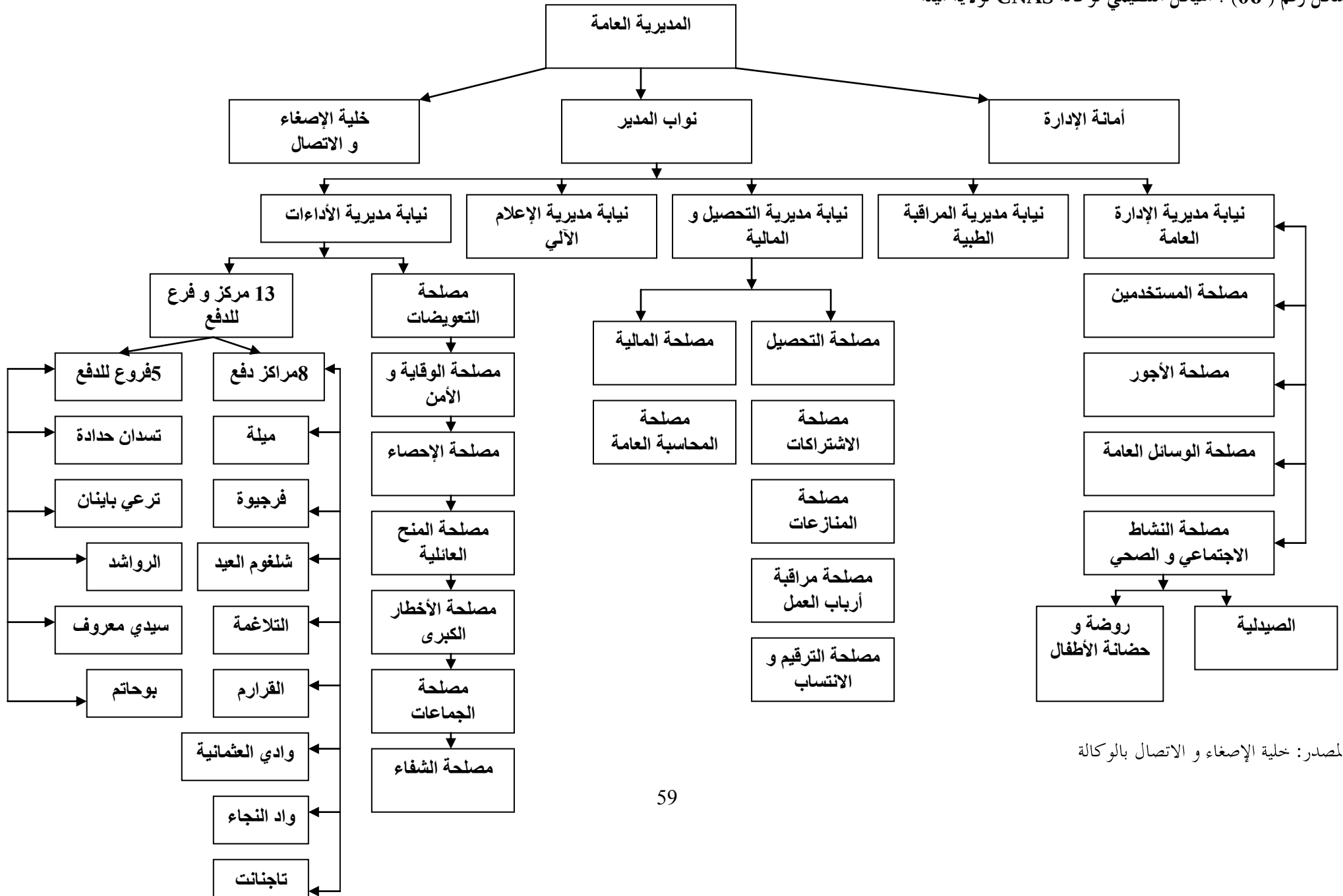
المطلب الثالث : دراسة الهيكل التنظيمي لوكالة C.N.A.S بميلة

قبل التعرض إلى مهام كل مصلحة في C.N.A.S لابد أولا من إبراز مخطط الهيكل التنظيمي لها.

أولا : مخطط الهيكل التنظيمي لوكالة C.N.A.S بميلة

1 - الضمان الاجتماعي الجزائري، مرجع سبق ذكره، ص: 2.

الشكل رقم (06) : الهيكل التنظيمي لوكالة CNAS لولاية ميلة



ثانيا: شرح وظائف ومصالح الوكالة:

من خلال الهيكل التنظيمي C.N.A.S وكالة ميله ، ألاحظ أنها تتكون من: ⁽¹⁾

1-المديرية العامة:

والتي تنقسم بدورها إلى:

أ- المدير :

وهو المسؤول الأول عن تسيير الوكالة ، والتنسيق بين مختلف فروعها. وتمثل صلاحياته فيما يلي :

-تحقيق الأهداف الرئيسية المسطرة من طرف الإدارة المركزية للوكالة .

-المسؤول المباشر والرئيسي عن جميع المصالح الموجودة .

-يترأس مجلس الإدارة ويصادق على قرارات أعضائه .

-يمثل الوكالة في الداخل والخارج.

- المصادقة على القوائم، والاجتماعات، والجداول المالية خلال السنة.

ب- أمانة المديرية :

تقوم بهذه المهمة سكرتيرة واحدة، مهمتها:

- استقبال الرسائل المرسلة إلى البريد الخاص بالمدير، ثم تحويلها إليه.

- أخذ المواعيد المقررة مع المدير .

- استقبال ضيوف المدير.

- تنظيم المستندات والملفات، وتقديم الوثائق والمراجع التي تطلب من رئيسها، وإرسال الإرسالات الصادرة عن

المدير باتجاهات مختلفة إلى المؤسسات الولائية ، المديرية العامة ، والوكالة الولائية للضمان الاجتماعي .

ج- خلية الإصغاء والاتصال:

تم استحداث هذه الخلية في سنة 2003م ،، وذلك في إطار الإصلاحات الشاملة التي شهدتها الوكالة ،لاسيما في شقها المتعلق

بأسس العلاقات بين مختلف هيكلها والمتعاملين معها من المستفيدين والشركاء الاجتماعيين .وبذلك باتت هذه الخلية جزءا لا

يتجزأ من التركيبة الشاملة لهذه الوكالة ، إذ استحسن المؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق التدخلات العديدة واليومية لأفرادها،

بفضل التكفل الأكيد والناجح بحقوقهم المشروعة في مجال التأمين الاجتماعي .

وقد أنشئت بغرض المشاركة الفعالة في تقديم خدمات راقية على مستوى كل هياكل الوكالة ، وإعادة الثقة بين الوكالة

والمعاملين معها .

¹ -مقابلة مع رئيسة خلية الإصغاء و الاتصال C.N.A.S ميله.

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

وتقوم هذه الخلية بالمهام والنشاطات التالية: ⁽¹⁾

- ج1- استقبال وتوجيه ومرافقة المتعاملين مع الوكالة، بغرض التسوية السريعة والنهائية لعرائضهم وتظلماتهم.
 - ج2- التقليل بما أمكن من التنقل غير المجدي للمؤمن لهم اجتماعيا، وذلك بتبسيط طرق حصولهم على حقوقهم، وكذلك تقليل أجال معالجة عرائض المؤمن لهم اجتماعيا.
 - ج3- تحسين نوعية العلاقات فيما بين الوكالة والمتعاملين معها، وذلك بالمشاركة في إيجاد حلول لأسباب الخلافات المحتملة بينهم، أو حالات النزاع المعقدة.
 - ج4- القيام بنشاطات إعلامية وتحسيسية لفائدة المتعاملين مع الوكالة، في إطار السنة العلاقات فيما بين الوكالة والمتعاملين معها.
 - ج5- المساهمة في إعداد المخطط الاتصالي الخاص بالوكالة، وذلك بغرض تحسين وإعلام المتعامل معها بحقوقه وواجباته إزاء الوكالة، وكذا تنظيم مختلف التظاهرات المدرجة في هذا الإطار وإعداد الدعامات الإعلامية المناسبة.
- وتتكون هذه الخلية من ثلاثة عمال بالوكالة، أحدهم رئيسة الخلية، والآخرون موظفان معها.
- كذلك من بين مهامها أنها تستقبل الطلبة الجامعيين والباحثين المترشحين بالوكالة، وتزودهم بكل المعلومات حول الوكالة ومهامها وأهدافها وكل مصالحها.

د- نواب المدير :

كذلك تتكون المديرية العامة من خمسة نيابات وهي :

د1- نيابة مديرية الإدارة العامة

ينحصر دورها في الاهتمام بالعمال وأحوالهم وتقديم التسهيلات لهم، وتشمل خمسة مصالح هي:

-مصلحة المستخدمين

تتكفل هذه المصلحة بشؤون المستخدمين وتسييرهم، ومتابعتهم على جميع المستويات، أي منذ دخولهم إلى غاية إحالتهم على التقاعد، وذلك من خلال ملف فردي، يتضمن جميع المعلومات المتعلقة بالعامل من حالته العائلية، والعطل المرضية، والعطل المدفوعة الأجر، الغيابات، الترقية السنوية حسب الأقدمية، العقوبات، قرارات الترسيم، تسوية الوضعية الإدارية للمستخدم.

-مصلحة الأجور

تقوم هذه المصلحة بإعداد الأجور للعمال، وتعمل هذه المصلحة بالتعاون مع مصلحة المستخدمين، كونها تمدها بالمعلومات اللازمة عن العمال مثل: الإجازات المرضية، فهذه المصلحة تعمل على اقتطاع مبلغ من المال من هذا الأجر.

¹ يمكن الاطلاع على هذه المعلومات أيضا على الموقع <http://www.cnas.dz/index.php?p=introcell>

–مصلحة الوسائل العامة

تقوم هذه المصلحة بتمويل جميع المصالح والفروع والمراكز التابعة للوكالة، وذلك من خلال تسيير المخزون، الذي يحتوي على المطبوعات، وحافظات الأرشفة، وتجهيزات المكاتب، وتجهيزات إلكترونية، وأدوات التنظيم.

–مصلحة النشاط الاجتماعي والصحي

وتتكون هذه المصلحة من فرعين هما:

• الصيدلية

وهي مصلحة تابعة للوكالة ، وظيفتها التكفل ببيع الأدوية ، وكذلك منحها لذوي الحقوق من أصحاب بطاقات الدفع من قبل الغير أي بطاقة الشفاء.

• روضة وحضانة الأطفال

هي مصلحة اجتماعية بالدرجة الأولى ، تتكفل برعاية أطفال العمال من مختلف المؤسسات، دورها مساعدة المرأة العاملة ، وتقوم الوكالة بتسييرها، ولها القدرة على إستيعاب 200 طفل .

د2- نيابة مديرية المراقبة الطبية

ودورها استشاري بالدرجة الأولى، فيما يخص علاقتها مع مراكز الدفع وفروعها ، إذ يلجأ عمال المراكز وفروع الدفع في أغلب الأحيان إلى طلب رأي الطبيب الاستشاري ، في حالة الشك أو من أجل الحصول على توضيح ، مثل : جراحة الأسنان، والمواصفات الطبية ، والأشعة . كما لها نشاط ثاني، يتمثل في مراقبة المؤمن لهم الموجودين في الحالات التالية : عطل مرضية ، أمراض عادية ، حوادث العمل ، أمراض المهنة .

د3- نيابة مديرية التحصيل والمالية

وتنقسم هذه النيابة إلى المصالح التالية :

–مصلحة التحصيل:

لها أهمية كبيرة تميزها عن غيرها ، وذلك راجع لنشاطاتها المتميزة ، وتمثل في تحصيل الأموال من أرباب العمل، سواء كانوا خواصا أو عموميين ، أو مصالح إدارية . وتتكون هي الأخرى من المصالح الآتية :

• مصلحة الاشتراكات :

رأس مال الوكالة مبني أساسا على مبدأ الاشتراك ، فأول مصلحة تبدأ بها هي مصلحة الاشتراكات، وهي المصلحة التي تقوم بالمتابعة الدائمة والمستمرة لمنفعة أرباب العمل وتعلق بالمبالغ الواجب دفعها شهريا أو بعد كل ثلاثي ، والتي ترتبط أساسا بعدد المستخدمين وأجورهم الشهرية ، بحيث تتلقى التصريحات، التكاليف، ودفع الاشتراكات .

• مصلحة المنازعات:

تعمل هذه المصلحة بالتنسيق مع مصلحة الاشتراكات، فيما يخص المشاكل المتعلقة بأرباب العمل المدنيين للوكالة، زد على ذلك المنازعات الخاصة بالمؤمنين أنفسهم وموازة مع هذه الأخيرة، تقوم هذه المصلحة بنفس النشاطات تقريبا مع مصلحة مراقبة أرباب العمل.

• مصلحة مراقبة أرباب العمل:

لهذه المصلحة دور هام في عملية تحصيل مستحقات الصندوق، كما تقوم بإحصاء عدد العمال في الورشات والإدارات، ومراقبة دفاتر رب العمل، للتأكد من صحة التصريحات بمبالغ الاشتراكات المقدمة لمصلحة الاشتراكات.

• مصلحة الترقيم والانتساب :

وتتكون هذه المصلحة من مصلحتين فرعيتين لها هما :

• مصلحة الترقيم :

تقوم هذه المصلحة بالتكفل بأرباب العمل أولا، وذلك بإعطائهم أرقاما فردية، وتصنيفهم بالكيفية المناسبة التي تحدد المبالغ المدفوعة لصالح تأمين العمال، ثم بعد ذلك يكون التكفل بالمؤمنين سواء كانوا عمالا أجراء، متربصين، فئات خاصة، معوقين، أرامل المتقاعدين، أرامل العمال. وذلك بإعطائهم بطاقات الترقيم، التي تعتبر وثيقة إجبارية لتعامل المؤمنين مع الصندوق. وهذا كله يتم بعد تكوين ملفات لتقديمها إلى هذه المصلحة، سواء بالنسبة لأرباب العمل أو للعمال المؤمنين.

• مصلحة الانتساب :

وهي مصلحة جديدة، أدخلت في شهر أكتوبر 1995م، تتكفل بانتساب جميع المؤمن لهم وذوي حقوقهم، بغية توحيد الجهود على المستويين، وتعويض مصاريف العلاج، ودفع منح عائلية، وتحسين الخدمات المقدمة إلى المؤمن لهم، وذلك بإدخال الإعلام الآلي.

- مصلحة المالية :

تتم هذه المصلحة بجميع الأمور المالية لدخول وخروج الأموال، استنادا إلى طلبات إلى طلبات التسديد الآتية من جميع المصالح، بعد التأكد من صحة الوثائق المرفقة، يكون التسديد عن طريق البنك بواسطة شيكات بنكية أو عن طريق الصندوق نقدا، أو عن طريق الحساب الجاري البريدي (CCP) ويتمثل دور هذه المصلحة فيما يلي :

- التسيير الحسن للمصلحة وتطبيق السياسة المالية، وإعداد الميزانية في نهاية كل دورة.
- محاسبة ومتابعة الحسابات وتحليلها وتوقيعها.
- مراقبة صحة المعلومات القادمة من كل المصالح، والتأكد من الأرقام، والقيام بالتسجيلات المحاسبية بوجود الوثائق التالية : مذكرة الإدخال، الإخراج والفوترة.

- مصلحة المحاسبة العامة :

لها وظائف أساسية تقوم بها ، حيث تسجل العمليات المحاسبية أول بأول ، وذلك بالاستناد إلى الفواتير الصادرة عن كل مصلحة ، وعن كل جهة خارجية ، وأهم ما تقوم به هو : إعداد القوائم المحاسبية ، والجداول المالية ، حسب ما نص عليه المخطط المحاسبي الوطني ، إلى جانب هذا فإنها تضمن أحسن استغلال للموارد المالية التي تتوفر عليها الوكالة ، كإظهار نتيجة الاستغلال عند نهاية كل سنة مالية.

د4- نيابة مديرية الإعلام الآلي :

تقوم هذه النيابة بالمهام التالية :

- تسيير شبكات الإعلام الآلي على مستوى مصالح الوكالة ، ومراكز الدفع وكذلك على مستوى نيابة مديرية المراقبة الطبية .
- صيانة وتصليح أجهزة الإعلام الآلي.
- التأكد من عمليات ترقيم المؤمن لهم اجتماعيا.
- تحويل ، نقل الملفات الخاصة بالمؤمن لهم اجتماعيا عبر الوكالة.
- إدخال قوائم الأدوية القابلة للتعويض للعمال الأجراء من طرف الوكالة ، والتصريح السنوي بالأجور ، فيما يخص المشتركين.
- توزيع نظام الإعلام الآلي فيما يخص لمنح العائلية ونوع حوادث العمل ، والأمراض المهنية ، والمحاسبة والتحصيل .

د5- نيابة مديرية الأداءات :

تتكون هذه النيابة من المصالح التالية :

- مصلحة التعويضات:

تقوم هذه المصلحة بتعويض مصاريف الخدمات الصحية المختلفة للمؤمن لهم ، ومن بينها أداءات التأمين الصحي وهي : ⁽¹⁾

● الأداءات العينية :

تسمح هذه الأداءات للمؤمن لهم وذوي حقوقهم بالاستفادة من التكفل بمصاريف العلاج الصحي ، وتغطي النفقات التالية : الطبية ، الجراحية ، الإستشفائية ، الأعمال الطبية ، الصيدلانية ، الأجهزة ، الأعضاء الاصطناعية ، إعادة التأهيل الوظيفي والتأهيل المهني ، العلاج والجراحة التجبيرية للأسنان ، وجراحة عظام الوجه ، العلاج بالمياه المعدنية ، النقل الصحي للمريض ، وأداءات مرتبطة بالتنظيم الأسري .

● الأداءات النقدية :

تسمح هذه الأداءات للمؤمن له بالاستفادة من دفع تعويضة يومية موجهة لتعويض الدخل المفقود ، عندما يضطر المؤمن له للتوقف المؤقت عن العمل بسبب المرض.

¹ - يمكن الاطلاع عليها كذلك على الموقع <http://www.cnas.dz/index.php?p=ASSMALD>

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

أما نسب التكفل بمصاريف الخدمات الصحية للمؤمن له، فكقاعدة عامة بنسبة 80% ، و 100% في بعض الحالات فقط ، في بعض الأمراض المزمنة ، المستفيدون من معاش التقاعد حيث يكون المبلغ أقل من الأجر الوطني الأدنى المضمون . وتتمثل قائمة الـ 26 مرضا التي تدرج ضمن الحق في تعويض الأداءات العينية بنسبة تكفل بـ 100% فيما يلي :

- مرض السل بكل أشكاله
- الأمراض العصبية الخطيرة
- الأمراض السرطانية
- أمراض الدم .
- داء الساركويد
- الضغط الدموي الشرياني الخبيث
- الأمراض القلبية الشريانية التالية:
- *الذبحة الصدرية ، الجلطة القلبية ، انحراف مسار الشريان التاجي ، استبدال الصمام بأخر اصطناعي ، أمراض الصمام المتقدمة ، أمراض تصلب الشرايين المتقدمة ، شرايين الأطراف السفلية ، السكتة الدماغية ، عدم انتظام ضربات القلب وتركيب جهاز تنظيم ضربات .
- الأمراض العصبية التالية :
- التصلب اللويحي ، متلازمات خارج الهرمية ، الشلل النصفي المسبب للفالج .
- الأمراض العضلية أو العضلية العصبية التالية :
- التهاب الأعصاب ، الضمور العضلي الشوكي التدريجي ، النسيج العضلي ، الوهن العضلي .
- الاعتدال الدماغي .
- أمراض الكلى .
- الأمراض الروماتيزمية المزمنة التالية :
- التهابات التصلبي للفقرات ، التهاب المفاصل الرثياني ، الفصال العظمي الحاد .
- التهاب الشرايين العقدي المتعددة.
- الذئبة الحمامية المجموعية .
- قصور الجهاز التنفسي المزمن الناتج عن الإنسداد .
- شلل الأطفال الحاد .
- الأمراض الاستقلابية التالية:
- داء السكري ، الفرط البروتيني ، الفرط في الليبيدات .
- أمراض القلب الخلقية
- اضطرابات الغدد الصماء

- الروماتيزم المفصلي الحاد

- التهاب العظم والنقي المزمن

- المضاعفات الحادة والمستدامة لمرض القرحة والاستئصالات المعدية .

- تليف الكبد.

- الالتهاب التريفي للقولون.

- الفقاع الخبيث و الصدي.

- داء الجذري و مضاعفاته.

تتكون نيابة مديرية الأداءات من :

- مصلحة الوقاية و الأمن.

تشكل هذه المصلحة من أعوان يسهرون بالتناوب على: متابعة المؤمن لهم في أماكن عملهم لمحاولة تحسين شروط عمل المؤمن لهم ، و تجنب حوادث العمل و كذا الأمراض المهنية ، بالتنسيق مع رب العمل . كذلك تقوم بمتابعة المؤمن لهم الذين تعرضوا لحوادث العمل من أجل تفادي تكرارها خصوصا أنها تستقبل يوميا عددا هائلا من الزوار من أرباب العمل و مؤمنين لهم.

- مصلحة الإحصاء

تقوم بإحصاء شامل و عام لجميع المصاريف و مداخيل الوكالة ، و تركز بالخصوص على مصاريف المواد و المنتجات الصيدلانية الخاصة بالوكالة ، فهذه المصلحة لها ارتباطات بجميع المصالح الأخرى للوكالة . يقوم كل فرع من هذه الفروع بإحصائيات لازمة وذلك من خلال أداءات التأمين الصحي ، و أداءات التأمين على الأمومة ، و أداءات التأمين على العجز ، و أداءات التأمين على الوفاة.

- مصلحة المنح العائلية :

تتكفل بتسيير المنح العائلية

- مصلحة الأخطار الكبرى

تتضمن تسيير الأداءات النقدية الخاصة بحوادث العمل و الأمراض المهنية.

- مصلحة الجماعات:

تختص بالتعويضات الجماعية، على سبيل المثال : موظفي مؤسسة التكوين للذين تسوى ملفاتهم الطبية جماعة.

- مصلحة الشفاء

هي مصلحة تقوم بعمل كل ما يخص بطاقة الشفاء ، أنشئت حديثا ، كون مشروع البطاقة الالكترونية مشروع جديد ، بحيث أن عمال هذه المصلحة يقومون بإرسال استدعاءات المؤمن لهم و ذوي الأمراض المزمنة ، و المتقاعدين قصد إنجاز البطاقة الالكترونية لهم ، كما تستقبل ملفات الولاية ، من جميع المراكز و الفروع المتواجدة في الولاية ، و عمل المصلحة هو عمل

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

المجموعة ككل ، أي كل فرد مكمل للآخر ، بحيث يقومون باستخراج طلبات البطاقة وإرسالها إلى المراكز التشخيصية المتواجدة بالجزائر العاصمة ، و هذا بعد إجراء التعديلات و العمليات عليها.

و بطاقة الشفاء هي بطاقة للتأمينات الاجتماعية ، تسمح بالتعرف على هوية المؤمن له ، و ذوي حقوقه ، و تسهل حصوله على مستحقاته في الضمان الاجتماعي ، و ذلك دون اللجوء إلى إيداع طلب لدى مركز الدفع يطلق عليها اسم البطاقة الالكترونية ، لاحتوائها على صفيحة مغناطيسية قابلة للتحميل.

كذلك تعرف بأنها : بطاقة مستطيلة الشكل ، طولها 8.50 سم ، و عرضها 05 سم ، صلبة الملمس ، و هذا من ضمن استراتيجيات الحفاظ على المنتج لمدة أطول.

يوجد على واجهة البطاقة المعلومات التالية: رمز الضمان الاجتماعي: ض إ، رقم التسجيل الخاص بالمؤمن له، صورة المؤمن له التي تخضع لمقاييس معينة، الاسم و اللقب، تاريخ الازدياد، الشريحة و التي تحتوي على معلومات مخفية غير ظاهرة، و التي سعتها: «32 Kilo/octes».

أما على خلفية البطاقة فيوجد : رمز الضمان الاجتماعي : ض إ ، خريطة الوطن التي تعبر على أن البطاقة سوف تعمم على كافة أنحاء الوطن و هذا ضمن آفاقها المستقبلية ، نصائح مقدمة للمؤمن لهم و مستعملي البطاقة بشأن طريقة استعمالها و كيفية التصرف عند ضياعها.

-13 مركز و فرع دفع

بالإضافة إلى هذه المصالح ، فهذه النيابة مراكز دفع و فروع دفع تابعة لها ، و عددها 13 ، و تتمثل فيما يلي : ⁽¹⁾

***مراكز الدفع**

لهذه النيابة 8 مراكز للدفع و هي : مراكز ميلة للدفع ، و فرجوة ، و شلغوم العيد ، و التلاغمة ، القارم قوقة ، وادي العثمانية ، واد النجاء ، تاجنانت.

***فروع الدفع**

لهذه النيابة 5 فروع للدفع و هي : فروع : تسدان حدادة ، ترعي باينان ، الرواشد ، سيدي معروف ، بوحاتم.

المبحث الثاني : تصميم الدراسة الميدانية

قسمت هذا المبحث الى اربع مطالب ، المطلب الأول حول تصميم الاستبيان ،و المطلب الثاني عن الصدق الظاهري ، أما الثالث فحول ثبات الاستبيان ، و اختبار طبيعة التوزيع ، اما الرابع فيضم الاختبارات الاحصائية المستخدمة في الدراسة .

المطلب الأول :تصميم الاستبيان

إستخدمت الإستبيان كأداة لجمع المعلومات اللازمة للدراسة ، وقد قمت بإعداده بالإطلاع على بعض كتب أساليب البحث العلمي و بعض إستبيانات مذكرات قياس الجودة ، وذلك وفق نموذج الإستبيان المغلق ، و الذي يتطلب تحديد الإجابة إزاء العبارات المختلفة التي تضمنتها محاور الدراسة و فق تدرج ليكارت الخماسي ، فبعدما ضبطت المحاور المكونة للإستبيان قمت

1 - يمكن الاطلاع عليها أيضا على الموقع الرسمي : www.cnas.dz

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

بكتابة الأسئلة المكونة لها في عبارات واضحة و مختصرة للإجابة عن تساؤلات الدراسة و تحقيق أهدافها ، وقد تضمن الإستبيان جزءا لتعريف موضوع الدراسة ، وحث أفراد عينة البحث على التعاون المدرك و الوعي ملء الإستبيان بدقة و موضوعية و تضمن كذلك معلومات تعريفية عن الأفراد المشمولين بالدراسة و ذلك من حيث الجنس و العمر و المستوى العلمي ، والمهنة ، ومدة إنتسابهم إلى نظام التأمين الصحي .

أما الجزء الثاني منه فقد تضمن متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة حيث قسمته إلى محورين ، فال محور الثاني من الإستبيان حول مدى ملائمة خدمات التأمين الصحي للزبائن ، وقيس بأربعة عبارات هي : 9-8-7-6 ، أما المحور الثالث منه فقد تضمن أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي المتوفرة بوكالة ميلة ، وقيست بـ 16 عبارة هي : 10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25 .

و قد تم تدريج الإجابة على عبارات الإستبيان تدريجيا خماسيا (تدرج ليكارت) ، حيث كانت أوزانه متدرجة بين (موافق بشدة + 5) و (غير موافق بشدة + 1)

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
5	4	3	2	1

المطلب الثاني : الصدق الظاهري للإستبيان

بعد حصولي على وثيقة تسهيل مهمة من معهد العلوم الاقتصادية تفيد بارتباطي ببرنامج الماجستير ، ولأجل تسهيل مهمتي البحثية قمت بتطوير إستبيان و تحكيمه لدى ثلاثة أساتذة . و قد دارت أهم تعليقاتهم حول وضع المحور الثاني في شكل عنوان ، حيث كان مصاغا في البداية بأسلوب أحاطب فيه المؤمن لهم ، كذلك حذف كلمة "بوكالة ميلة" من عنوان المحور الثالث ، لأن الدراسة معروفة بأنها بوكالة ميلة .

و كذلك كتابة الملموسة بدلا من الملموسية ، أيضا إستخدام جملة "الخدمة التأمينية" بدلا من خدمات التأمين الصحي حيث لا تكون العبارات طويلة ، وكذلك كتابة " أوافق بشدة ...غير موافق بشدة " في كل بعد من أبعاد الجودة لأن المؤمن له عندما يقلب الورقة و لا يجدها قد يخطيء في الإجابة أو يجيب عشوائيا و دون إهتمام ، ومن الأحسن إستبدال كلمة "الموسومة" الموجودة في تمهيد الإستبيان بـ " تحت عنوان " . و من الأفضل أن تكون أوراق الإستمارة مكتوبة على كلا الجهتين ، لأن كثرة الأوراق تزعج المبحوث و تقلل من تركيزه ، فتنقص من شفافية المعلومات التي يدلي بها ، كذلك حذف كلمة "سرية" لأنها تخيف المبحوث ، و أيضا حذف بعض العبارات لأنها متقاربة مثل : أشعر بالإطمئنان في التعامل مع مقدمي خدمات التأمين الصحي و عبارة " أثق في التعامل مع مقدمي خدمات التأمين الصحي " ، بحيث يجب حذف إحداها . و الملحق رقم (28) يوضح قائمة الأساتذة الذين قاموا بتحكيم الإستبيان .

المطلب الثالث: ثبات الإستبيان و اختبار طبيعة التوزيع

الفرع الأول : ثبات الإستبيان :

لقياس مدى ثبات الإستبيان من ناحية الإتساق الداخلي لعباراته ، قمت بحساب معامل ألفا كرونباخ لكل عبارة و ذلك باستخدام نظام الإحصاء spss ، و النتائج التي تحصلت عليها موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (05) : معامل ألفا كرونباخ للإستبيان :

الرقم	بيانات الاستبيان	كرونباخ ألفا
1	الجنس	0.820
2	العمر	0.819
3	المستوى العلمي	0.843
4	المهنة	0.817
5	مدة الانتساب	0.824
6	العبارة 06	0.804
7	العبارة 07	0.814
8	العبارة 08	0.812
9	العبارة 09	0.805
10	العبارة 10	0.812
11	العبارة 11	0.808
12	العبارة 12	0.799
13	العبارة 13	0.799
14	العبارة 14	0.808
15	العبارة 15	0.800
16	العبارة 16	0.795
17	العبارة 17	0.800
18	العبارة 18	0.804
19	العبارة 19	0.802
20	العبارة 20	0.799
21	العبارة 21	0.795
22	العبارة 22	0.810
23	العبارة 23	0.793
24	العبارة 24	0.801
25	العبارة 25	0.808
كرونباخ ألفا الإجمالية		0.657

المصدر: من نتائج تحليل برنامج spss

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

التعليق على الجدول :

نلاحظ من الجدول السابق بأن معاملات ألفا كرونباخ لكل عبارة من عبارات الإستبيان ، وكذلك معامل ألفا كرونباخ الإجمالي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 ، فهي مقبولة ، حيث بلغت 0.657 ، وبالتالي فأنا نستنتج بأن درجة الإتساق الداخلي لعبارات الإستبيان كبيرة ، وهذا يدل على ثبات الإستبيان ، وبأنه صالح لتحقيق أهداف الدراسة .

الفرع الثاني: طبيعة توزيع البيانات

هناك نوعان من التوزيع للبيانات هما : التوزيع الطبيعي ، و التوزيع غير الطبيعي ، و لمعرفة نوع التوزيع لبيانات عينة الدراسة، قمنا بإجراء اختبار kolmogrov- smirnov Test ، و الجدول التالي يوضح قيمة

kolmogrov-smirnov Z و مستوى المعنوية sig لها :

الجدول رقم (06): طبيعة توزيع عبارات الاستبيان

رقم العبارة	kolmogrov-smirnov Z	Asymp sig (2- Tailed)
العبارة 06	1.803	0.003
العبارة 07	1.236	0.096
العبارة 08	1.675	0.007
العبارة 09	1.981	0.001
العبارة 10	2.968	0.000
العبارة 11	2.810	0.000
العبارة 12	2.485	0.000
العبارة 13	2.442	0.000
العبارة 14	1.442	0.031
العبارة 15	1.357	0.050
العبارة 16	1.580	0.014
العبارة 17	2.096	0.000
العبارة 18	1.476	0.026
العبارة 19	2.327	0.000
العبارة 20	1.343	0.054
العبارة 21	2.467	0.000
العبارة 22	2.2042	0.000
العبارة 23	1.610	0.011
العبارة 24	1.859	0.002
العبارة 25	2.363	0.000

A Test distribution is normal

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

التعليق على الجدول :

الجدول السابق يوضح نتائج اختبار نوع توزيع بيانات الدراسة ،و ذلك باستخدام اختبار kolmogrov-smirnov Test ، حيث أظهر قيم kolmogrov-smirnov Z لكل عبارة من عبارات الإستبيان ، وهي ضمن المجال [1,3] ، و بما أن Test distribution is normal ، إذن فالبيانات تتبع التوزيع الطبيعي ، وبناء على ذلك فينتجه تحليلنا نحو تحليل الطرق المعلمية .

المطلب الرابع : الإختبارات الإحصائية

بما أن توزيع البيانات طبيعي ، إذن فالإختبارات الإحصائية التي سأستخدمها في دراستي هي المتوسط الحسابي للحكم على مستوى جودة خدمات التأمين الصحي و استعملت ألفا كرونباخ لقياس ثبات الإستبيان .

المبحث الثالث :مدى توفر أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي في الوكالة و إختبار الفرضيات

قسمت هذا المبحث إلى ثلاث مطالب، المطلب الأول يصف عينة الدراسة، والمطلب الثاني فيه عرض و تحليل لآراء أفراد العينة حول تقييمهم لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم من الوكالة، والثالث فيه اختبار الفرضيات.

المطلب الأول: وصف عينة الدراسة :

يشمل المجتمع الأصلي الذي أجريت عليه دراستي جميع زبائن CNAS بوكالة ميلة ، المنتسبين إلى نظام التأمين الصحي ، حيث يبلغ عددهم 241720 و نظرا لضيق الوقت ، واختصارا للجهد ، فقد إخترت أن تضم عينة الدراسة 100 من المؤمن لهم بالوكالة ، حيث قمت بتوزيع 100 إستمارة و لكنني استرجعت 93 فقط ، أما 7 المتبقية فلم أدخل بياناتها و اضطررت للاستغناء عنها لأن المؤمن لهم الذين أجابوا عليها لم يكملوا الإجابة على الأسئلة المتبقية ، بحجة أنهم لديهم انشغالات أخرى ، أو لأن وقت تلقيهم لخدمات التأمين الصحي قد حان ، وغيرها من الأعذار الأخرى . و بالتالي فقد نقصت حجم العينة من 100 إلى 94 مؤمنا له ، وقد استخدمت العينة العشوائية البسيطة ، حيث أن الإحتمال متساو أمام جميع أفراد العينة في الظهور ، و حيث اعتمدت الطريقة العشوائية في توزيع الإستمارة ، إذ وزعتها في أجل قدره ثلاثة أيام ، في اليوم الأول : وزعت عشرة منهما من الساعة 14:17 إلى الساعة 16:17 تقريبا ، وفي اليوم الموالي له ، وزعت 50 إستمارة و كان ذلك من الساعة 8:20 إلى 12:15 صباحا ، ثم من الساعة 14:02 إلى 16:12 مساءً من نفس اليوم ، وفي اليوم الثالث و الأخير وزعت 33 المتبقية و هذه العينة تضم المؤمن لهم المنتسبين إلى نظام التأمين الصحي بمختلف أجناسهم و أعمارهم ما عدا المستفيدين من التأمين الصحي مع أوليائهم أو غيرهم ، فلا تشملهم دراستي ، وقد إخترت هذه العينة من أجل معرفة تقييمها لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لها من CNAS بوكالة ميلة .

و فيما يلي جدول يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة :

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

جدول رقم (07) : خصائص أفراد عينة الدراسة

الجنس			العمر			المستوى العلمي			المهنة			مدة الإنتساب إلى نظام التأمين الصحي		
النسبة %	الذكور	الإناث	النسبة %	الذكور	الإناث	النسبة %	الذكور	الإناث	النسبة %	الذكور	الإناث	النسبة %	الذكور	الإناث
35.8	34	31-18	35.8	34	31-18	6.3	6	بدون مؤهل	74.7	71	عامل في القطاع العام	أقل من 5	34	35.8
27.4	26	45-32	38.9	37	45-32	3.2	3	ابتدائي	7.4	7	عامل في القطاع الخاص	10-5	26	27.4
6.3	6	59-46	20	19	59-46	10.5	10	متوسط	1.1	1	طالب جامعي	15-11	6	6.3
28.4	27	60 فأكثر	3.2	3	60 فأكثر	21.1	20	ثانوي	7.4	7	متقاعد	أكثر من 15	27	28.4
						4.2	4	تكوين مهني	7.4	7	مهنة أخرى			
						52.6	50	جامعي						

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

التعليق على الجدول :

الجدول السابق يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة المتمثلين في الزبائن المنتسبين إلى نظام التأمين الصحي بوكالة ميله ، حيث يظهر تكرارات و نسب البيانات الشخصية لكل من الجنس ، العمر ، المستوى العلمي ، المهنة ، ومدة الإنتساب إلى نظام التأمين الصحي ، حيث نلاحظ من الجدول بأن عدد الإناث في العينة أكبر من عدد الذكور حيث تمثل نسبة الذكور 31.6 % ، أما نسبة الإناث فتتمثل تقريبا ضعف عدد الذكور ، حيث بلغت نسبتها 66.3 % ، وربما يرجع ذلك إلى أن عدد الإناث العاملات أكبر من عدد الذكور العاملين ، أما بالنسبة للأعمار ، فأغلب أفراد العينة كهول ينتمون إلى الفئة الثانية ، أي بين 32 و 45 سنة ، حيث بلغت نسبتها 32.9 %، ثم تليها الفئة الأولى مباشرة بين 18 إلى 31 سنة، وهذه الفئة تمثل عادة فئة الشباب، حيث بلغت نسبتها 35.8 %، وبعد ذلك الفئة الثالثة من 46 إلى 59 سنة، حيث بلغت نسبتها 20 %، أما النسبة الضئيلة و المقدرة بـ 3.2 % فهي الفئة الرابعة، أي 60 سنة فأكثر .

كما أن نصف أفراد عينة الدراسة جامعيون ، حيث بلغت نسبتهم 52.6 % من النسبة الإجمالية ، ثم يليهم الثانويون بنسبة 21.1 %، و بعدها المنتمون إلى المستوى المتوسط ، ونسبتهم 10.5 % و يليهم غير المتعلمين بنسبة 6.3 % ، ليتبعهم في الأخير بنسبة ضئيلة كل من الحاصلين على التكوين المهني بنسبة 4.2 %، و المنتمون إلى المستوى الابتدائي بنسبة 3.2 % . كما وجدت أن أغلب أفراد العينة يعملون في القطاع العمومي ، حيث بلغت نسبتهم 74.7 % ، من النسب الإجمالية ، و يليها بعد ذلك نسبة ضئيلة من العاملين في كل من القطاع الخاص و المتقاعدين و المهن الأخرى ، بنسبة 7.4 % لكل منها ، و أما الطلبة الجامعيون فنسبتهم ضئيلة جدا حيث بلغت 1.1 % فقط .

أما فيما يخص مدة انتساب أفراد العينة إلى نظام التأمين الصحي فقد تركزت أكبر نسبة لأفراد العينة في الفئة الأولى أي أقل من 5 سنوات ، حيث بلغت 35.8 % و تليها الفئة الرابعة أكثر من 15 سنة بنسبة 28.4 %، و بعدها مباشرة الفئة الثانية من 5 إلى 10 سنوات بنسبة قدرها 27.4 % ، أما الفئة الثالثة أي من 11 إلى 15 سنة، فلا تضم سوى 6.3 %

من أفراد العينة .

المطلب الثاني : عرض و تحليل آراء أفراد عينة الدراسة حول تقييمهم لمستوى جودة

خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم من CNAS بوكالة ميله

سيتم فيما يلي عرض و تحليل آراء أفراد عينة الدراسة حول العبارات المتضمنة في كل محور من محاور الدراسة .

الفرع الأول :مستوى تطور خدمات التأمين الصحي

تضمن هذا المحور 4 عبارات رقم : 09،08،07،06 ، وبعد تفريغ و تحليل إجابات المبحوثين بنظام spss ، ظهرت النتائج الموضحة في الجدول رقم (08) و الجدول رقم (09) .

الجدول رقم (08) :المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لعبارات الاستبيان

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري δ
06	تغطية نفقات العلاج داخل المستشفى كافية جدا	3.26	1.316
07	تغطية نفقات العلاج في العيادات الخاصة كافية جدا	2.70	1.207
08	تغطية نفقات علاج الأسنان كافية جدا	2.55	1.097
09	تغطية نفقات علاج الأمراض المزمنة كافية جدا	3.77	1.354
10	مبنى الوكالة جذاب	3.72	0.934
11	التصميم الداخلي للوكالة منظم و متكامل	3.90	0.846
12	مقدمو الخدمة التأمينية على درجة عالية من النظافة	3.58	0.058
13	يستخدم مقدمو الخدمة التأمينية أحدث المعدات التقنية	3.66	1.099
14	يوفي مقدمو الخدمة التأمينية بوعودهم إلى الزبائن	2.97	1.046
15	تقدم الخدمة التأمينية في الوقت المحدد	3.12	1.186
16	يتعامل مقدمو الخدمة التأمينية مع شكاوي الزبائن بعناية ووفاء	2.84	1.081
17	تقدم الخدمة التأمينية بطريقة صحيحة من أول مرة	3.45	1.436
18	يتم إبلاغ الزبائن بموعد تقديم الخدمة التأمينية بدقة	2.94	1.381
19	فترة الإنتظار لتلقي الخدمة التأمينية قصيرة	3.08	1.212
20	يرغب مقدمو الخدمة التأمينية بمساعدة الزبائن دائما	2.95	1.170
21	الشعور بالإطمئنان في التعامل مع مقدمي الخدمة التأمينية	3.46	1.171
22	الرغبة الكبيرة في تجديد الإنتساب إلى نظام التأمين الصحي مستقبلا	3.98	1.333
23	يولي مقدمو الخدمة التأمينية اهتمام خاص بالزبون	3.12	1.216
24	يصغي مقدمو الخدمة التأمينية إلى شكاوي الزبائن بشكل كامل	3.40	1.124
25	قترات عمل الوكالة مناسبة للزبون	4.13	0.891

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

الجدول رقم (09) : تكرار عناصر سلم ليكارت لعبارات الاستبيان

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
06	تغطية نفقات العلاج داخل المستشفى كافية جدا	ت	18	33	6	27
		%	18.9	34.7	6.3	28.4
07	تغطية نفقات العلاج في العيادات الخاصة كافية جدا	ت	7	16	32	18
		%	7.4	16.8	33.7	18.9
08	تغطية نفقات علاج الأسنان كافية جدا	ت	6	7	37	25
		%	6.3	7.4	38.9	26.3
09	تغطية نفقات علاج الأمراض المزمنة كافية جدا	ت	39	20	18	6
		%	41.1	21.1	18.9	6.3
10	مبنى الوكالة جذاب	ت	12	61	5	12
		%	12.6	64.2	5.3	12.6
11	التصميم الداخلي للوكالة منظم و متكامل	ت	16	63	5	7
		%	16.8	66.3	5.3	7.4
12	مقدمو الخدمة التأمينية على درجة عالية من النظافة	ت	17	42	14	18
		%	17.2	44.2	14.7	18.9
13	يستخدم مقدمو الخدمة التأمينية أحدث المعدات التقنية	ت	21	43	6	22
		%	22.1	45.3	6.3	23.2
14	يوفي مقدمو الخدمة التأمينية بوعودهم إلى الزبائن	ت	9	17	34	28
		%	9.5	17.9	35.8	29.5
15	تقدم الخدمة التأمينية في الوقت المحدد	ت	14	24	20	29
		%	14.7	25.3	21.1	30.5
16	يتعامل مقدمو الخدمة التأمينية مع شكاوي الزبائن بعناية ووفاء	ت	6	19	32	26
		%	6.3	20.0	33.7	27.4
17	تقدم الخدمة التأمينية بطريقة صحيحة من أول مرة	ت	35	13	13	23
		%	35.8	13.7	13.7	24.2
18	يتم إبلاغ الزبائن بموعد تقديم الخدمة التأمينية بدقة	ت	13	28	10	24
		%	13.7	29.5	10.5	25.3
19	فترة الإنتظار لتلقي الخدمة التأمينية قصيرة	ت	10	33	13	28
		%	10.5	34.7	13.7	29.5
20	يرغب مقدمو الخدمة التأمينية بمساعدة الزبائن دائما	ت	7	29	20	26
		%	7.4	30.5	21.1	27.4
21	الشعور بالإطمئنان في التعامل مع مقدمي الخدمة التأمينية	ت	14	46	9	17
		%	14.7	48.4	9.5	17.9

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS ووكالة ميله

22	الرغبة الكبيرة في تحديد الإنتساب إلى نظام التأمين الصحي مستقبلا	ت	44	28	6	5	10
		%	46.3	29.5	6.3	5.3	10.5
23	يولي مقدمو الخدمة التأمينية اهتمام خاص بالزبون	ت	12	31	14	28	8
		%	12.6	32.6	14.7	29.5	8.4
24	يصغي مقدمو الخدمة التأمينية إلى شكاوي الزبائن بشكل كامل	ت	15	35	20	18	5
		%	15.3	36.8	21.1	18.9	5.3
25	قترات عمل الوكالة مناسبة للزبون	ت	35	48	1	5	4
		%	36.8	50.5	1.1	5.3	4.2

المصدر: من إعداد الطالبة باستخدام برنامج الإحصاء (SPSS)

و فيما يلي تحليل كل عبارة من عبارات هذا المحور على حدى :

أولا : العبارة رقم 06

نلاحظ من الجدول رقم (08) و الجدول رقم(09)، بأن نسبة الزبائن الموافقين على العبارة رقم (06) تمثل 53.6 % من النسبة الإجمالية، وهي أكبر من نسبة. عدم الموافقة، التي تمثل 37.9 % بينما بلغت نسبة المحايدة 6.3 %، من النسبة الإجمالية و المتوسط الحسابي لهذه العبارة هو 3.26 و هي أكبر من 3 و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على أن تغطية نفقات العلاج داخل المستشفى ملائمة.

ثانيا : العبارة رقم (07)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على العبارة رقم (07) تساوي 24.2 % و نسبة المعارضة هي 40 %، أما نسبة المحايدة فهي 33.7 % و المتوسط الحسابي لهذه العبارة هو 2.7 و هي أقل من 3 إذن فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة غير موافقون على هذه العبارة ،أي أنهم يرون بأن تغطية نفقات العلاج في العيادات الخاصة غير ملائمة .

ثالثا : العبارة رقم(08)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 13.7 %، ونسبة المعارضة لها هي 45.2 % و نسبة المحايدة هي 38.9 % و المتوسط الحسابي هو 2.55 أقل من 3 و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة غير موافقون على هذه العبارة أي أن تغطية نفقات علاج الأسنان غير ملائمة .

رابعا : العبارة رقم (09)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 62.2 % ، ونسبة المعارضة لها هي 16.8 %، ونسبة المحايدة لها هي 18.9 % و المتوسط الحسابي هو 3.77 و هو أكبر من 3 ، وبالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن تغطية نفقات علاج الأمراض المزمنة ملائمة لهم .

خامسا : العبارة رقم (10)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 76.8 % و نسبة المعارضة لها هي 15.8 % ، ونسبة المحايدة هي 5.3 % و المتوسط الحسابي لهذه العبارة هو 3.72 و هو أكبر من 3 و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة ، موافقون على هذه العبارة ، أي أن مبنى الوكالة جذاب .

سادسا : العبارة رقم (11)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 83.1 %، و نسبة المعارضة لها هي 9.5 %، ونسبة المحايدة هي 5.3 %، و المتوسط الحسابي هو 3.90 أي أكبر من 3 ، وبالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن التصميم الداخلي للوكالة منظم و متكامل .

سابعا: العبارة رقم (12)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 61.9 % و نسبة المعارضة لها هي 21 % و نسبة المحايدة هي 14.7 %، و المتوسط الحسابي هو 3.58 و هو أكبر من 3 ، و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن مقدمي خدمات التأمين الصحي على درجة عالية من النظافة و حسب الهندام .

ثامنا : العبارة رقم (13)

نلاحظ من نفس الجدولين بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 67.4 % و نسبة المعارضة لها هي 24.3 % و نسبة المحايدة هي 6.3 % ، والمتوسط الحسابي هو 3.66 و هي أكبر من 3 ، و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن مقدمي خدمات التأمين الصحي يستخدمون المعدات التقنية الحديثة في تقديمهم لخدماتهم .

تاسعا : العبارة رقم (14)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 27.4 %، و نسبة المعارضة لها هي 34.8 %، ونسبة المحايدة هي 35.8 % و المتوسط الحسابي هو 2.97 و هو قريب من 3 ، وبالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة محايدون لهذه العبارة أي أنهم لا يعرفون إذا كان مقدمو خدمات التأمين الصحي يوفون أولا يوفون بوعودهم لأنهم لم يجربوهم .

عاشرا : العبارة رقم (15)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 40 %، و نسبة المعارضة لها هي 36.8 % و نسبة المحايدة هي 21.1 %، و المتوسط الحسابي هو 3.12 ، وبالتالي فنستنتج بأن أكثر أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن خدمات التأمين الصحي تقدم لهم في الوقت المحدد .

إحدى عشر : العبارة رقم (16)

نلاحظ من نفس الجدولين، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 26.3 %، و نسبة المعارضة لها هي 37.9 %، ونسبة المحايدة هي 33.7 %، و المتوسط الحسابي هو 2.84 و هو أقل من 3 ، وبالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة غير موافقين على هذه العبارة ، أي أن التصميم الداخلي للوكالة ليس جذاب و لكنه مقبول فقط .

اثني عشر : العبارة رقم (17)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 49.5 % و نسبة المعارضة لها هي 33.7 % و نسبة المحايدة هي 13.7 %، و المتوسط الحسابي هو 3.45 و هو أكبر من 3 ، إذن فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن خدمات التأمين الصحي تقدم بطريقة صحيحة من أول مرة .

ثلاثة عشر : العبارة رقم (18)

نلاحظ من نفس الجدولين، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 43.2 %، ونسبة المعارضة لها هي 44.2 %، ونسبة المحايدة هي 10.5 % و المتوسط الحسابي هو 2.94 و هو تقريبا 3 ، و بالتالي نستنتج بأن أغلب أفراد العينة ، محايدون على هذه العبارة ، أي أنهم لا يعرفون إذا كان يتم إبلاغهم بموعد تقديم الخدمة في الوقت المحدد بدقة أم لا أو أنهم أحيانا يحصلون عليها في الوقت المحدد و أحيانا أخرى لا يحصلون عليها في الوقت المحدد .

أربعة عشر : العبارة رقم (19)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 45.2 % ، ونسبة المعارضة لها هي 39 % ، ونسبة المحايدة هي 13.7 % و المتوسط الحسابي هو 3.08 ، و بالتالي نستنتج بأن أغلب أفراد العينة محايدون لهذه العبارة ، أي أنهم أحيانا ينتظرون لفترة طويلة و أحيانا لفترة قصيرة حتى يحصلون على الخدمة ، و هذا حسب عدد الزبائن الموجودين في ذلك اليوم .

خمسة عشرة : العبارة رقم (20)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 37.9 % ، و نسبة المعارضة لها هي 39 % ، ونسبة المحايدة هي 21.1 % و المتوسط الحسابي هو 3.12 ، و بالتالي نستنتج بأن أغلب أفراد العينة محايدون لهذه العبارة ، فأحيانا فقط يرغب مقدمو الخدمة بمساعدتهم .

ستة عشر : العبارة رقم (21)

نلاحظ من نفس الجدولين، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 63.1 % ، ونسبة المعارضة لها هي 25.3 % ، ونسبة المحايدة هي 9.5 % و المتوسط الحسابي هو 3.46 و هو أكبر من 3 ، و بالتالي نستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة .

سبعة عشر : العبارة رقم (22)

نلاحظ من نفس الجدولين بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 75.8 % ، ونسبة المعارضة هي 15.8 % ، ونسبة المحايدة هي 6.3 % و المتوسط الحسابي هو 3.98 أكبر من 3 ، و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة .

ثمانية عشر : العبارة رقم (23)

نلاحظ من نفس الجدولين بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 45.2 % ، ونسبة المعارضة لها هي 37.9 % ، ونسبة المحايدة هي 14.7 % و المتوسط الحسابي هو 3.12 ، و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة محايدون هذه العبارة .

تسعة عشر : العبارة رقم (24)

نلاحظ من نفس الجدولين ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 52.7 % و نسبة المعارضة لها هي 24.2 % ، ونسبة المحايدة هي 21.1 % ، و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة .

عشرون : العبارة رقم (25)

نلاحظ من نفس الجدول ، بأن نسبة الموافقة على هذه العبارة هي 87.3 % و نسبة المعارضة لها هي 9.5 % ، ونسبة المحايدة هي 1.1 % ، و المتوسط هو 4.13 و هو أكبر من 3 ، و بالتالي فنستنتج بأن أغلب أفراد العينة موافقون على هذه العبارة ، أي أن فترات عمل الوكالة مناسبة للزبون .

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

المطلب الثالث : إختبار الفرضيات :

للإجابة على التساؤلات الرئيسية و الفرعية للدراسة سأقوم باختبار مدى صحة أو خطأ الفرضيات الرئيسية و الفرعية للدراسة .

أولا : إختبار الفرضية الرئيسية :

تنص هذه الفرضية على أن تقييم الزبائن لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لهم فعلا من CNAS و كالة ميلة بأنه منخفض و لأثبات أو نفي صحة هذه الفرضية ، قمت بتجزئتها إلى فرضيات فرعية و إختبار كل منها على حدة .

1-إختبار الفرضية الأولى :

تنص هذه الفرضية على أن تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الملموسية في CNAS و كالة ميلة منخفض و للتأكد من صحة أو عدم صحة هذه الفرضية ، قمت بحساب المتوسط الحسابي للانحراف المعياري δ ، لعبارات هذا البعد ، و النتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (10) : المتوسط و الانحراف المعياري لبعد الملموسية

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي x	الانحراف المعياري δ
10	مبنى الوكالة جذاب	3.26	1.316
11	التصميم الداخلي للوكالة منظم و متكامل	2.70	1.207
12	مقدمو الخدمة التأمينية على درجة عالية من النظافة و حسن الهندام	2.55	1.097
13	يستخدم مقدمو الخدمة التأمينية أحدث المعدات التقنية في تقديمهم لخدماتهم	3.77	1.354
الوسط الحسابي لبعد الملموسية		3.07	

المصدر : من نتائج تحليل الاستبيان

التعليق على الجدول :

بما أن المقياس المستخدم هو سلم ليكارت الخماسي ، فإن درجة 1 تدل على أن التقييم سلبي جدا ، و الدرجة 2 تدل على أن التقييم سيء ، و الدرجة 3 تعني أن التقييم متوسط ، و الدرجة 4 تعكس تقييم جيد ، و الدرجة 5 تعكس تقييم جيد جدا ، و بما أن الوسط الحسابي لبعد الملموسية هو 3.07 و هو أكبر من 3 إذن نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة أي أن تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الملموسية متوسط كذلك ألاحظ بأن جميع قيم الانحراف المعياري لبعد الملموسية أكبر من 1 ، وهذا معناه بأن هناك تشتت في إجابات الزبائن في هذا المحور .

2-إختبار الفرضية الثانية :

تنص هذه الفرضية على أن :

H_0 تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الاعتمادية منخفض.

لإثبات أو نفي صحة هذه الفرضية ، قمت بحساب الوسط الحسابي للانحراف المعياري δ لعبارات هذا البعد ، و النتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول التالي :

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميلة

الجدول رقم (11) : المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء الاعتمادية

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	δ
14	يوفي مقدمو خدمات التأمين الصحي بوعودهم	2.97	1.046
15	تقدم الخدمة التأمينية في الوقت المحدد	3.12	1.186
16	يتعامل مقدمو الخدمة التأمينية مع شكاوي الزبائن بعناية ووفاء	2.84	1.081
17	تقدم الخدمة التأمينية بطريقة صحيحة من أول مرة	3.45	1.436
	المتوسط الحسابي لبعء الاعتمادية	3.095	

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

التعليق على الجدول :

نلاحظ بأن قيم المتوسط الحسابي لبعء الاعتمادية تساوي 3 ، إذن فأرفض الفرضية الصفرية و أقبل البديلة ، أي أن تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الاعتمادية متوسط .
و ألاحظ كذلك من الجدول بأن قيم الانحراف المعياري لبعء الاعتمادية أكبر من 1 ، و هذا معناه أن هناك تشتت في إجابات العينة عن عبارات هذا البعد .

3- اختبار الفرضية الثالثة :

تنص هذه الفرضية على أن :

الفرضية الصفرية H_0 : تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد سرعة الإستجابة منخفض .

الفرضية البديلة H_1 : تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد سرعة الإستجابة مرتفع .

من أجل معرفة أي الفرضيتين السابقتين هو الصحيح ، قمت بحساب الوسط الحسابي و الانحراف المعياري δ لعبارات هذا البعد و النتائج موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (12): قيم المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لعبارات بعد الاستجابة

الرقم	العبارة	X	δ
18	يتم إبلاغ الزبائن بموعد تقديم الخدمة التأمينية بدقة	2.94	1.381
19	فترة الإنتظار لتلقي الخدمة التأمينية قصير	3.08	1.212
20	يرغب مقدمو الخدمة التأمينية بمساعدة الزبائن دائما	2.95	1.170
	X لبعء سرعة الإستجابة	2.29	

المصدر من نتائج تحليل الاستبيان

التعليق على الجدول :

نلاحظ بأن قيم الوسط الحسابي أقل من 3 إذن فأقبل الفرضية H_0 و أرفض الفرضية البديلة أي أن تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد سرعة الإستجابة بالوكالة منخفض، أما δ فهو أكبر من 1 فهناك تشتت بين الإجابات .

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

4- إختبار الفرضية الرابعة

تنص هذه الفرضية على أن :

Ho : تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الكياسة منخفض

H1 :تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الكياسة مرتفع

من أجل معرفة أي الفرضيتين هي الصحيحة ، قمت بحساب الوسط الحسابي لعبارات بعد الكياسة و كذلك الانحراف المعياري ، والنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (13) : قيم المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء الكياسة

الرقم	العبارة	x	δ
21	الشعور بالإطمئنان في التعامل مع مقدمي الخدمة التأمينية	3.46	1.171
22	الرغبة الكبيرة في تجديد الإنتساب إلى نظام التأمين الصحي مستقبلا	3.98	1.333
	المتوسط الحسابي لبعء الكياسة	3.72	

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان بالاعتماد على برنامج الإحصاء (spss)

التعليق على الجدول :

نلاحظ أن قيم المتوسط الحسابي لبعء الكياسة كلها أكبر من 3 إذن فأقبل الفرضية البديلة القائلة بأن تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد الكياسة مرتفع ، و أرفض الفرضية الصفرية Ho .

5- إختبار الفرضية الخامسة :

تنص هذه الفرضية على أن تقييم الزبائن لمستوى جودة بعد التعاطف منخفض لإثبات أو نفي صحة الفرضية قمت بحساب الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لعبارات هذا البعد ، والنتائج المتوصل إليها ممثلة في الجدول التالي :

الجدول رقم (14) : المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء التعاطف :

الرقم	العبارة	x	δ
23	يولي مقدمو الخدمة التأمينية اهتماما خاصا بالزبون	3.12	1.216
24	يصغي مقدمو الخدمة التأمينية إلى شكاوي الزبائن بشكل كامل	3.40	1.124
25	فترات عمل الوكالة مناسبة للزبون	4.13	0.891
	الوسط الحسابي لبعء التعاطف	3.55	

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان بالاعتماد على برنامج الإحصاء (spss)

التعليق على الجدول :

نلاحظ بأن قيم المتوسط الحسابي لعبارات بعد التعاطف أكبر من 3 ، إذن فأرفض الفرضية الصفرية ، وأقبل الفرضية البديلة، إذن فتقييم الزبائن لمستوى جودة بعد التعاطف مرتفع ، أما δ فهو أكبر من 1 إذن فهناك تشتت في إجابات الزبائن .

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

انطلاقاً من نتائج إختبار الفرضيات الفرعية السابقة ، فاستنتج بأن تقييم الزبائن لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي متوسط ، لأن هناك فرضيتان نتيجتهما متوسطة وهما : بعد الملموسية وبعد الاعتمادية ، وفرضيتان كان فيهما المستوى مرتفع ويتعلقان بعدد الكياسة والتعاطف ، والفرضية الثالثة لبعدها الاستجابة كانت نتيجتها المستوى منخفض .

ثانياً : إختبار الفرضيات الفرعية :

بعد اختبار الفرضية الرئيسية ، نأتي الآن إلى اختبار الفرضية الفرعية للدراسة .
تنص هذه الفرضية على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مدى توفر أبعاد الجودة في خدمات التأمين الصحي المقدمة للزبائن من الوكالة و مستوى جودة هذه الخدمات .
من أجل إثبات أو نفي صحة هذه الفرضية سأقوم بحساب كل من معامل الارتباط R و معامل التحديد R^2 . و ذلك لمعرفة مدى ارتباط كل بعد من أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي بالمستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي .
و الجدول التالي يوضح معامل الارتباط ، و معامل التحديد ، ومستوى المعنوية sig لكل بعد من أبعاد الجودة مع المستوى الكلي للجودة في خدمات التأمين الصحي .

الجدول رقم (15) : معامل الارتباط ، ومعامل التحديد و مستوى المعنوية بين أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي و

المستوى الكلي لجودة هذه الخدمات .

الأبعاد المعاملات	بعد الملموسية	بعد الاعتمادية	بعد الإستجابة	بعد الكياسة	بعد التعاطف
معامل الارتباط R	0.747	0.860	0.766	0.674	0.827
معامل التحديد R^2	0.558	0.739	0.587	0.455	0.684
Sig	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان باستخدام برنامج الإحصاء (spss)

التعليق على الجدول :

نلاحظ من الجدول بأن معامل الارتباط بين مستوى جودة بعد الملموسية و المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي هو 0.747 ، و هو أكبر من 0.01 ، إذن فهو مرتفع ، أي أن هناك علاقة قوية جدا و طردية بين بعد الملموسية و المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي تقدر ب 74.7 % لأن الارتباط موجب ، وهذا معناه أنه إذا زادت مستوى جودة الملموسية في خدمات التأمين الصحي زادت مستوى الجودة الكلية لخدمات التأمين الصحي المقدمة من الوكالة .

كذلك ألاحظ بالنسبة لمعامل الارتباط بين كل من بعد الاعتمادية و بعد الإستجابة و بعد الكياسة و بعد التعاطف مع المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي على حد سواء ، فهو مرتفع و أكبر من 0.01 ، و هذا يدل على وجود علاقة قوية جدا تربط بين أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي و المستوى الكلي لجودة هذه الخدمات ، وكذلك يلاحظ بأنه موجب، و هذا يعني بأن العلاقة طردية بين هذه الأبعاد و المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي .

كما بلغ معامل التحديد في بعد الملموسية 0.558 ، وهذا يعني أن 55.8 % من التغير في المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي يعود إلى التغير في بعد الملموسية .

أيضا بالنسبة لبعدها الاعتمادية ، فقد بلغ معامل التحديد 0.739 و هذا معناه أن 73.9 % من التغير في المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي يعود إلى التغير في بعد الاعتمادية .

الفصل الثالث : دراسة حالة صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء CNAS وكالة ميله

و كذلك بالنسبة لبعء الإستجابة حيث بلغ معامل التحديد له 0.587 ، و هذا معناه أن 58.7 % من التغير في المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي يعود إلى التغير في بعء الإستجابة .

و معامل التحديد في بعء الكياسة ، بلغ 0.455 ، وهذا معناه أن 45.5 % من التغير في المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي يعود إلى التغير في بعء الكياسة .

و بلغ معامل التحديد في بعء التعاطف ، 0.684 ، وهذا معناه أن 68.4 % من التغير في المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي يعود إلى التغير في بعء التعاطف .

انطلاقا مما سبق ، فأرفض الفرضية الفرعية القائلة بأنه لا توجد علاقة بين مدى توفر أبعاد الجودة في خدمات التأمين الصحي و المقدمة للزبائن من الوكالة و بين مستوى الجودة الكلية لخدمات التأمين الصحي ، أي أن هناك علاقة قوية و طردية بينهما ، وذلك لأن معاملات الارتباط بين هذه الأبعاد و المستوى الكلي لجودة خدمات التأمين الصحي أكبر بكثير من 0.01 و هي مرتفعة جدا ، وكذلك مستوى المعنوية هو 0.00 و هو أكبر من 0.05 .

الخاتمة

تتضمن الخاتمة مجموعة من النتائج و التوصيات التالية:

أولاً : النتائج :

يمكن تقسيم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة إلى مجموعتين ، نتائج خاصة بالجانب النظري ، و نتائج خاصة بالجانب التطبيقي.

1-نتائج خاصة بالجانب النظري

و تتمثل فيما يلي :

أ-أن نظام التأمين الصحي مهم جدا بالنسبة للفرد ، و للمجتمع و للوطن ككل.

ب-التأمين الصحي هو نوع من أنواع الخدمات الصحية ، ووسيلة للحصول على الخدمات الصحية و دفع نفقاتها.

ج-حقن نظام التأمين الصحي كل الأهداف التي كان يرغب بالوصول إليها.

د-يتم تمويل نفقات الحصول على الخدمات الصحية من مصادر تمويل خدمات التأمين الصحي.

هـ-نظام التأمين الصحي يشمل جميع أفراد المجتمع باختلاف شرائحهم و أعمارهم و أجناسهم.

و-تقاس جودة خدمات التأمين الصحي بنفس طريقة قياس جودة الخدمات الصحية.

2-نتائج خاصة بالجانب التطبيقي

و يمكن حصرها فيما يلي :

أ-مستوى جودة الخدمات المقدمة من CNAS بوكالة ميلة أحسن من مستوى جودة الخدمات المقدمة من طرف الوكالات المتواجدة بضواحي ميلة.

ب-خدمات التأمين الصحي المقدمة من CNAS وكالة ميلة لها جودة متوسطة ، إذن فأرفض الفرضية الرئيسية لأنها خاطئة.

ج-أرفض الفرضية الفرعية ، بحث هناك اختلاف بين مدى توفر أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة للزبائن من CNAS وكالة ميلة ، و مستوى جودة هذه الخدمات.

د-قلة حالات شكاوي الزبائن حول الخدمات المقدمة لهم بالوكالة.

هـ-قلة الأخطاء المرتكبة من العمال بـCNAS وكالة ميلة عند تقديمهم لخدماتهم.

ثانياً: الاقتراحات

1-من الأفضل أن تعمل الوكالة يوم السبت بدل يوم الخميس.

2-تحسين معاملة الأطباء للمؤمن لهم.

3-زيادة نسبة تعويض خدمات العلاج داخل المستشفى و في العيادات الخاصة.

4-وضع تعليمات في أماكن الاستقبال بالوكالة، تشرح فيها كيفية الحصول على خدمات التأمين الصحي و غيرها من المعلومات الأخرى عنه.

5-بما أن خدمات التأمين الصحي المقدمة من CNAS وكالة ميلة متوسطة ، فعلى الوكالة أن تعمل باستمرار من أجل الوصول إلى مستوى مرتفع من الجودة.

و في الأخير آمل أن تأخذ وكالة ميلة هذه الاقتراحات بعين الاعتبار، وذلك لتحسين جودة خدماتها من الحسن الى الأحسن.

قائمة المراجع باللغة العربية

أولاً: الكتب

- 1- حسين عبد اللطيف حمدان ، الضمان الاجتماعي —دراسة تحليلية شاملة —منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت - لبنان-، 2007.
- 2- محمود الكيلالي ، الموسوعة التجارية والمصرفية ، المجلد السادس —عقود التأمين من الناحية القانونية ، دار الثقافة ، عمان -الأردن -2008.
- 3- محمد أحمد شحاتة حسين ، مشروعية التأمين وأنواعه ومسؤوليته عن الدية باعتباره عاقلة ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية -مصر .
- 4- محمد جودت ناصر : إدارة أعمال التأمين بين النظرية والتطبيق ، ط1، دار المجدلاوي ، الأردن -عمان -1994، ص:20
- 5- معراج جديدي : مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري ، ط6، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ، 2010.
- 6- محمد الهلالي ، عبد الرزاق شحادة ، محاسبة المؤسسات المالية ، البنوك التجارية وشركات التأمين ، ط1، دار المناهج ، الأردن -عمان-2009.
- 7- عبد الهادي السيد : عقد التأمين حقيقته ومشروعيته ، منشورات الحلبي ، بيروت -لبنان
- 8- أسامة عزمي سلام ، شقيري نوري موسى: إدارة الخطر والتأمين، دار الحامد ، عمان -الأردن - 2007 .
- 9- أميرة متصور يوسف : المدخل الاجتماعي : المجالات : المجالات الطبية و الصحية و النفسية ، دار المعرفة الاجتماعية ، الإسكندرية ، - مصر - ، 2007.
- 10- عوني محمود عبيدات : شرح قانون الضمان الاجتماعي ، دار وائل ، عمان ، -الأردن - ، 1998 .
- 11- محمد حسن قاسم : قانون التأمين الاجتماعي ، دار الجامعة الجديدة ، الإسكندرية -، مصر -، 2003.
- 12- عز الدين فلاح : التأمين - مبادئ و أنواعه -، دار اسامة ، عمان -الأردن -2011.
- 13- حربي محم عريقات : التأمين و إدارة الخطر ، دار وائل -، الأردن ، 2008.
- 14- محمود جاسم الصميدعي ، ردينة عثمان يوسف ، تسويق الخدمات ؟، دار المسيرة ، عمان - الأردن - ، 2010.
- 15- أسامة حامد ، سامية البطمة ، صناديق التقاعد و التأمين الصحي في أماكن العمل في الضفة الغربية و قطاع غزة ، فلسطين ، 1997.
- 16- طلعت الدمرداش ابراهيم : اقتصاديات الخدمات الصحية ، ط ح ، مكتبة القدس ، مصر - ، 1998 .
- 17- فوزي شعبان مذكور : تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر ، القاهرة ، -مصر -، 1998.
- 18- تامر ياسر البكري ، التسويق الصحي ، اليازوري ، عمان -الأردن-، 2005.
- 19- تامر ياسر البكري : إدارة المستشفيات ، دار اليازوري ، عمان -الأردن-، 2009.
- 20- مأمون السلطي ، سهيل إلياس : دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000 ، دار الفكر المعاصر ، دمشق ، 1999.
- 21- طلال بن عايد الاحمدي : إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 2004.
- 22- عواطف ابراهيم الحداد : إدارة الجودة الشاملة ، دار الفكر ، عمان -الأردن -.

- 23- قاسم تايق علوان الحياوي : إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 2001 : 2000 : دار الثقافة ، عمان - الأردن - ، 2005.
 - 24- فريد عبد الفتاح زين الدين : تخطيط و مراقبة الإنتاج - مدخل : إدارة الجودة الشاملة - ، دار الكتب ، 1997.
 - 25- عمر وصفي عقيلي ، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة - وجهة نظر - ، دار وائل ، عمان - الأردن - ، 2001 .
 - 26- علي السلمي : إدارة الجودة الشاملة و متطلبات التأهيل للإيزو 9000 ، دار الغريب ، القاهرة - مصر - ، 1995.
 - 27- سوسن شاكر مجيد ، محمد عواد الزيادات : إدارة الجودة الشاملة - تطبيقات في الصناعة و التعليم ، دار الصفاء ، عمان - الأردن - ، 2007.
 - 28- مأمون سليمان الدارذكة : إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء ، دار الصفاء ، عمان - الأردن - ، 2008.
 - 29- محمد عبد العال التميمي و آخرون : إدارة الجودة المعاصرة ، دار اليازوري العلمية ، عمان - الأردن ، 2009.
 - 30- رعد عبد الله الطائي ، عيسى قدامة : إدارة الجودة الشاملة ، دار اليازوري ، عمان - الأردن - ، 2008 .
 - 31- جمال الدين لعويصات : إدارة الجودة الشاملة ، دار هومة ، الجزائر ، 2003.
- ثانيا : المجالات و المنتقيات و المنشورات باللغة العربية :
- 1- عادل أحمد العماد : (مزايا التأمين الصحي) ، مقالة نشرت في مجلة الصحة و السكان ، العدد 4 و 5 على الموقع .
WWW.eduqatar.Com/modules.Php?option:com-content.View:article.
 - 2- إبراهيم القديمي : (التأمين الصحي) ، مقال على الموقع :
www.eduqatar.Com/Portal/index.Pp?Option:com-content.view:article.
 - 3- الإتحاد الأردني لشركات التأمين : (التأمين الصحي) ، مقال على الموقع :
<http://www.joif.org/defaut.aspx?tapis:58>.
 - 4- ميد ريجان ، عثمان احمد عثمان و شركاؤه من المركز الطبي للمقاولين العرب : (التسويق الخدمة الرعاية الصحية) على الموقع :
 - UNPAN 7 .UN.ORG/intradoc /groups /public/documents/arado/unpano 2075.Pdf.
 - 5- اللغة المؤقتة لدراسة تحسين الخدمات الصحية بشركة سيرت لانتاج و تصنيع النفط و الغاز : (وصف الخدمات الصحية التي ترغب الشركة بتوفيره لمستخدميها و عائلاتهم) ، مقال على الموقع :
Sirteoil.com.Ly/Pdf/ooqni uw gx2.LQC 3rmofp.
 - 6- أحمد مصطفى : محور العميل - الخدمة : مؤثرات المريض على جودة الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية على مستشفيات عامة و خاصة ، مجلة الإدارة ، العدد الثالث ، يناير 1984 .
 - 7- متولي السيد متولي : تقويم الفعالية التنظيمية للمستشفيات السعودية - دراسة ميدانية على مستشفيات المنطقة الغربية ، المجلة العلمية ، المجلد الثالث ، العدد 2 ، 1989
 - 8- مروان جمعة درويش : المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز .
 - أثر الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رهن المستفيدين ، معهد الإدارة العامة ، السعودية ، الرياض - 4 نوفمبر 2009.

- 9- ثابت عبد الرحمان : دريس : قياس جودة الخدمة بإستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات و التوقعات ، المجلة العربية للعلوم الإدارية ، العدد الأول ، المجلد الرابع ، مجلس النشر العلمي ، الكويت ، نوفمبر 1996.
 - 10- صالح أبو عبد الله : (قياس أبعاد جودة الخدمة - دراسة تطبيقية على بريد الجزائر ، مخبر السياسات و الإستراتيجيات الاقتصادية في الجزائر ، جامعة محمد بوضياف.
 - 11- عبد الله بن مبارك آل سيف : (أحكام التأمين الصحي التعاوني الفقهي) ، شبكة الألوكة ، جامعة الرياض ، 1431 هـ ، على الموقع WWW.a hukah.Net
 - 12- صالح عمر و الجريبي : قياس جودة الخدمات الصحية ، مجلة العلوم الإدارية ، العدد 4 ، 2009 .
 - 13 - القرضاوي : (التأمين الصحي)، مقال على الموقع: www.garadaghi.com
- ثالثا : المذكرات
- 1- رزان أحمد : التأمين الصحي - دراسة تطبيقية للشركة المتخذة للتأمين ، مذكرة ماجستير تخصص : إدارة أعمال جامعة دمشق ، سوريا.
 - 2- خديجة حسين نصر : نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية - سلسلة تقارير رقم (68) ، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن ، رام الله - فلسطين .
 - 3- سليمان سلامة : التأمين الصحي و دوره في عملية التنمية الاقتصادية و الإجتماعية ، مذكرة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، جامعة دمشق - سوريا .
 - 4- بربيش عبد القادر : التحرير المصرفي و متطلبات تطوير الخدمات المصرفية و زيادة القدرة التنافسية للبنوك الجزائرية ، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير ، جامعة الجزائر ، 2006.
 - 5- فاتن أحمد أبو بكر ، تقييم جهود تطوير الجهاز الإداري في قطاع الصحة ، رسالة ماجستير ، كلية التجارة ، جامعة عين دمشق ، 1993.
 - 6- سنوسي علي : تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر ، مذكرة دكتوراه ، تخصص علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2010.
 - 7- عمروش نحوى : دور جودة الخدمة في تحقيق زمن العميل - دراسة حالة الشركة الجزائرية للتأمينات CAAT ، مذكرة ماجستير ، تخصص علوم التسيير ، جامعة منتوري قسنطينة - الجزائر ،
 - 8- نادية خريف : تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية ، مذكرة ماجستير تخصص علوم التسيير ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة - الجزائر ، 2008.
 - 9- محمد أحمد عودة الآغا : درجة توظيف الإدارة الإلكترونية في الجامعات الفلسطينية لحافظات غزة و علاقتها بجودة الخدمة المقدمة للطلبة ، رسالة ماجستير ، تخصص أصول الشركة ، الجامعة الإسلامية غزة - فلسطين -، 2012.
- رابعا: المواقع الالكترونية

- 1- www.cnas.dz
- 2- www.cnas.dz/index.php?

قائمة المراجع باللغة الأجنبية
أولاً: الكتب

- 1-American council of life insurers , financial security , USA,2011.
- 2-Philip Kotler , Kevin Keller, Delphine manceau : Marketing management , 14^é edition , pearson france , paris .
- 3-Alfred marshall , principles of economics , ed 8 , the Macmillan press LTD , London , 1911.
- 4-Pilip Kotler : Marketing , Management , 9Th ed , New jersey , prentice hall international , Inc , 1997 .
- 5-CLOVELOCK , J.WIRTY , DL APERT , AMM NOS : Marketing des services , 6 édition , edition pearson , France 2008.
- 6-J TEBoul : Le temps des services , 4^é tirage , édition d'organisation , Paris – France , 2002.
- 7-Faridah Djellal et autres : L'hôpital innovation médicale à l'innovation de service , MASSON , Paris , 2004.
- 8-Chrispher LOVE LOCK et autre : Marketing des services , edition pearson education , Paris , 2004 .
- 9-Hervé leteutre : la qualité hospitalière , 2^éme ed , ed Berger , Leuraulte , Paris –France -, 1999.

ثانياً : مجلات و الملتقيات و المنشورات الأجنبية :

- 1-Randall R.Boubjerg , Jack Madley : (Why Mealth insurance is important) , The URB AN Institute , D.C-SPG n 0.1 November 2007.
- 2-Francesca Colombo , Nicole Tapay : (Private Mealth insurance in australia) , case study ; oecd mealth working parers N0.8 andre pascal , 75 775 Paris , CEDEX 16.Frabce , Comyright OCED 2003.
- 3-Karatepe osman M.Babakus Yavas , Emin : (Measuring service quality of banks) , 2005 , at the site : WWW.quSERV.KR.
- 4-Bernard clement : (principes) du Management de la qualité et the site : WWW.cours.Polynth.ca.

ثالثاً:المذكرات

- 69- Youssef Mahyaoui ; Etude Juridico économique de la contractualisation dans le système de soins, Doctorat , Université paris , 2003

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الفروق الأساسية بين أنظمة التأمين الصحي	11
2	الفروق الأساسية بين التأمين الصحي الفردي والتأمين الصحي الجماعي	13
3	الفروق الجوهرية بين السلع والخدمات	17
4	أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي.	51
5	معامل ألفا كرونباخ للإستبيان .	72
6	طبيعة توزيع عبارات الاستبيان	73
7	خصائص أفراد عينة الدراسة	75
8	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لعبارات الاستبيان	76
9	تكرار عناصر سلم ليكارت لعبارات الاستبيان	77
10	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء الملموسية	81
11	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء الاعتمادية	82
12	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء الاستجابة	82
13	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء الكياسة	83
14	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء التعاطف	83
15	معامل الارتباط و معامل التحديد و مستوى المعنوية بين أبعاد جودة خدمات التأمين الصحي و المستوى الكلي لجودة هذه الخدمات.	84

فهرس الأشكال :

الرقم	العنوان	الصفحة
1	أنواع التأمين الصحي	15
2	مفهوم الخدمة كنظام	17
3	أوجه الجودة	40
4	نموذج قياس جودة الخدمة SERVQUAL	45
5	أبعاد جودة الخدمة	47
6	الهيكل التنظيمي CNAS لوكالة ميله	59

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الاستبيان	91
2	المتوسط الحسابي لبيانات الدراسة	95
3	جدول تكرارات الجنس	96
4	جدول تكرارات العمر	96
5	جدول تكرار المستوى العلمي	96
6	جدول تكرار المهنة	96
7	جدول تكرار مدة الانتساب الى نظام التأمين الصحي	97
8	جدول تكرار العبارة رقم(6)	97
9	جدول تكرار العبارة رقم(7)	97
10	جدول تكرار العبارة رقم(8)	98
11	جدول تكرار العبارة رقم(9)	98
12	جدول تكرار العبارة رقم(10)	98
13	جدول تكرار العبارة رقم(11)	98
14	جدول تكرار العبارة رقم(12)	99

99	جدول تكرار العبارة رقم(13)	15
99	جدول تكرار العبارة رقم(14)	16
99	جدول تكرار العبارة رقم(15)	17
100	جدول تكرار العبارة رقم(16)	18
100	جدول تكرار العبارة رقم(17)	19
100	جدول تكرار العبارة رقم(18)	20
100	جدول تكرار العبارة رقم(19)	21
101	جدول تكرار العبارة رقم(20)	22
101	جدول تكرار العبارة رقم(21)	23
101	جدول تكرار العبارة رقم(22)	24
101	جدول تكرار العبارة رقم(23)	25
102	جدول تكرار العبارة رقم(24)	26
102	جدول تكرار العبارة رقم(25)	27
102	قائمة الاساتذة المحكمين للاستبيان	28



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

المركز الجامعي ميلة

معهد العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير

تخصص: مالية و بنوك

الإستبيان

تحية طيبة وبعد،،،

في إطار إعداد مذكرة التخرج ماستر في علوم التسيير ، تحت عنوان : "تقييم جودة خدمات التأمين الصحي ، دراسة حالة CNAS وكالة ميلة"، من خلال التعرف على آرائكم حول الموضوع ، وعليه فأرجو من سيادتكم التكرم بالإجابة على جميع فقرات الاستبيان المرفقة بكل صدق وموضوعية، علما بأن المعلومات التي ستدلون بها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وأخيرا تقبلوا مني فائق الاحترام والتقدير.

إشراف الأستاذ

إعداد الطالبة

قرين الربيع

مقهول حنان

السنة الجامعية: 2012/2013

الرجاء الإجابة على الأسئلة الآتية بوضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة:

المحور الأول: المعلومات الشخصية

- 1- الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐
- 2-العمر : من 18 إلى 31 سنة ☐ من 32 إلى 45 سنة ☐ من 46 إلى 59 سنة ☐ من 60 سنة فأكثر ☐

- 2- المستوى العلمي: بدون مؤهل ☐ ثانوي ☐
- ابتدائي ☐ تكوين مهني ☐
- متوسط ☐ جامعي ☐

- 3-المهنة: عامل في القطاع العمومي ☐ عامل في القطاع الخاص ☐
- طالب جامعي ☐ متقاعد ☐
- مهنة أخرى ☐

4-مدة الانتساب إلى نظام التأمين الصحي:

- أقل من 5 سنوات ☐ من 5 إلى 10 سنوات ☐
- من 11 إلى 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة ☐

المحور الثاني: مدى ملائمة خدمات التأمين الصحي للزبائن

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
06	تغطية نفقات العلاج داخل المستشفى ملائمة جدا.					
07	تغطية نفقات العلاج في العيادات الخاصة ملائمة جدا.					
08	تغطية نفقات علاج الأسنان ملائمة جدا .					
09	تغطية نفقات علاج الامراض المزمنة ملائمة جدا.					

المحور الثالث: مدى توفر ابعاد جودة خدمات التأمين الصحي

اولا: الملموسية						
10	مبنى الوكالة جذاب					
11	التصميم الداخلي للوكالة منظم و متكامل					
12	مقدمو الخدمة التأمينية على درجة عالية من النظافة و حسن الهندام					
13	يستخدم مقدمو الخدمة التأمينية احدث المعدات التقنية في تقديمهم لخدماتهم					
ثانيا: الاعتمادية						
14	يوفي مقدمو خدمات التأمين الصحي بوعودهم الى زبائنهم					
15	تقدم الخدمة التأمينية في الوقت المحدد.					
16	يتعامل مقدمو الخدمة التأمينية مع شكاوي الزبائن بعناية ووفاء.					
17	تقدم الخدمة التأمينية بطريقة صحيحة من أول مرة.					

ثالثا: سرعة الاستجابة					
				يتم إبلاغ الزبائن بموعد تقديم الخدمة التأمينية بدقة .	18
				فترة الإنتظار لتلقي الخدمة التأمينية قصيرة	19
				يرغب مقدمو الخدمة التأمينية بمساعدة الزبائن دائما.	20
رابعا: الكياسة					
				الشعور بالاطمئنان اثناء التعامل مع مقدمي الخدمة التأمينية.	21
				الرغبة الكبيرة في تجديد الانتساب إلى نظام التأمين الصحي مستقبلا.	22
خامسا: التعاطف					
				يولي مقدمو الخدمة التأمينية إهتماما خاصا بالزبون.	23
				يصغي مقدمو الخدمة التأمينية إلى شكاوي الزبائن بشكل كامل.	24
				فترات عمل الوكالة مناسبة للزبون.	25

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
الجنس	53	1.00	2.00	1.6038	.49379	.244
العمر	53	1.00	4.00	1.9245	.82855	.687
المستوى العلمي	53	1.00	6.00	4.7547	1.57999	2.496
المهنة	53	1.00	5.00	1.6604	1.32931	1.767
مدة الانتساب	53	1.00	4.00	2.1321	1.25633	1.578
العبارة 1	53	1.00	5.00	3.2830	1.36406	1.861
العبارة 2	53	1.00	5.00	2.7170	1.32109	1.745
العبارة 3	53	1.00	5.00	2.7736	1.10317	1.217
العبارة 4	53	1.00	5.00	3.7925	1.43257	2.052
العبارة 5	53	1.00	5.00	3.6981	1.03003	1.061
العبارة 6	53	1.00	5.00	3.8679	.94131	.886
العبارة 7	53	1.00	5.00	3.7925	.94784	.898
العبارة 8	53	1.00	5.00	3.8491	.96867	.938
العبارة 9	53	1.00	5.00	3.0000	1.03775	1.077
العبارة 10	53	1.00	5.00	3.0755	1.15773	1.340
العبارة 11	53	1.00	5.00	3.0000	1.01905	1.038
العبارة 12	53	1.00	5.00	3.6415	1.50760	2.273
العبارة 13	53	1.00	5.00	3.0377	1.42724	2.037
العبارة 14	53	1.00	5.00	3.3962	1.30590	1.705
العبارة 15	53	1.00	5.00	3.1132	1.20353	1.448
العبارة 16	53	1.00	5.00	3.6792	1.03354	1.068
العبارة 17	53	1.00	5.00	4.0377	1.25518	1.575
العبارة 18	53	1.00	5.00	3.3962	1.19839	1.436
العبارة 19	53	1.00	5.00	3.7925	1.08057	1.168
العبارة 20	53	1.00	5.00	4.2453	1.17515	1.381
Valid N (listwise)	53					

المصدر : من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (03): جداول تكرارات الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mal	21	38.9	39.6	39.6
	fem	32	59.3	60.4	100.0
	Total	53	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
	Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (4) : جدول تكرارات العمر

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 to 31	18	33.3	34.0	34.0
	32 to 45	23	42.6	43.4	77.4
	46 to 59	10	18.5	18.9	96.2
	sup 60	2	3.7	3.8	100.0
	Total	53	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
	Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم(5) : جدول تكرار المستوى العلمي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	non	3	5.6	5.7	5.7
	pri	3	5.6	5.7	11.3
	med	5	9.3	9.4	20.8
	sec	10	18.5	18.9	39.6
	tra	4	7.4	7.5	47.2
	uni	28	51.9	52.8	100.0
	Total	53	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
	Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم(6) : جدول تكرار المهنة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	wps	40	74.1	75.5	75.5
	wpp	4	7.4	7.5	83.0
	ue	1	1.9	1.9	84.9
	ret	3	5.6	5.7	90.6
	oth	5	9.3	9.4	100.0
	Total	53	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
	Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم(7) : جدول تكرار مدة الانتساب الى نظام التأمين الصحي

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid inf5	24	44.4	45.3	45.3
5 to 10	12	22.2	22.6	67.9
11to 15	3	5.6	5.7	73.6
sup 15	14	25.9	26.4	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم(8) : جدول تكرار العبارة رقم (6)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	5	9.3	9.4	9.4
d	16	29.6	30.2	39.6
neut	3	5.6	5.7	45.3
a	17	31.5	32.1	77.4
ta	12	22.2	22.6	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (9) : جدول تكرار العبارة رقم (7)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	14	25.9	26.4	26.4
d	8	14.8	15.1	41.5
neut	15	27.8	28.3	69.8
a	11	20.4	20.8	90.6
ta	5	9.3	9.4	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (10) : جدول تكرار العبارة رقم (8)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	7	13.0	13.2	13.2
d	13	24.1	24.5	37.7
neut	23	42.6	43.4	81.1
a	5	9.3	9.4	90.6
ta	5	9.3	9.4	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (11) : جدول تكرار العبارة رقم (9)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	7	13.0	13.2	13.2
d	3	5.6	5.7	18.9
neut	9	16.7	17.0	35.8
a	9	16.7	17.0	52.8
ta	25	46.3	47.2	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (12) : جدول تكرار العبارة رقم (10)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	3	5.6	5.7	5.7
d	6	11.1	11.3	17.0
neut	2	3.7	3.8	20.8
a	35	64.8	66.0	86.8
ta	7	13.0	13.2	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (13) : جدول تكرار العبارة رقم (11)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	2	3.7	3.8	3.8
d	4	7.4	7.5	11.3
neut	3	5.6	5.7	17.0
a	34	63.0	64.2	81.1
ta	10	18.5	18.9	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم(14) : جدول تكرار العبارة رقم (12)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	1	1.9	1.9	1.9
d	6	11.1	11.3	13.2
neut	6	11.1	11.3	24.5
a	30	55.6	56.6	81.1
ta	10	18.5	18.9	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (15) : جدول تكرار العبارة رقم (13)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	1	1.9	1.9	1.9
d	6	11.1	11.3	13.2
neut	5	9.3	9.4	22.6
a	29	53.7	54.7	77.4
ta	12	22.2	22.6	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (16) : جدول تكرار العبارة رقم (14)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	4	7.4	7.5	7.5
d	12	22.2	22.6	30.2
neut	21	38.9	39.6	69.8
a	12	22.2	22.6	92.5
ta	4	7.4	7.5	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (17) : جدول تكرار العبارة رقم(15)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	3	5.6	5.7	5.7
d	16	29.6	30.2	35.8
neut	16	29.6	30.2	66.0
a	10	18.5	18.9	84.9
ta	8	14.8	15.1	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (18) : جدول تكرار العبارة رقم(16)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	4	7.4	7.5	7.5
d	11	20.4	20.8	28.3
neut	23	42.6	43.4	71.7
a	11	20.4	20.8	92.5
ta	4	7.4	7.5	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (19) : جدول تكرار العبارة رقم(17)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	6	11.1	11.3	11.3
d	10	18.5	18.9	30.2
neut	6	11.1	11.3	41.5
a	6	11.1	11.3	52.8
ta	25	46.3	47.2	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (20) : جدول تكرار العبارة رقم(18)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	10	18.5	18.9	18.9
d	12	22.2	22.6	41.5
neut	7	13.0	13.2	54.7
a	14	25.9	26.4	81.1
ta	10	18.5	18.9	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (21) : جدول تكرار العبارة رقم(19)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	7	13.0	13.2	13.2
d	8	14.8	15.1	28.3
neut	4	7.4	7.5	35.8
a	25	46.3	47.2	83.0
ta	9	16.7	17.0	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (22) : جدول تكرار العبارة رقم(20)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	5	9.3	9.4	9.4
d	13	24.1	24.5	34.0
neut	13	24.1	24.5	58.5
a	15	27.8	28.3	86.8
ta	7	13.0	13.2	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (23) : جدول تكرار العبارة رقم(21)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	2	3.7	3.8	3.8
d	7	13.0	13.2	17.0
neut	6	11.1	11.3	28.3
a	29	53.7	54.7	83.0
ta	9	16.7	17.0	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (24) : جدول تكرار العبارة رقم(22)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	5	9.3	9.4	9.4
d	2	3.7	3.8	13.2
neut	4	7.4	7.5	20.8
a	17	31.5	32.1	52.8
ta	25	46.3	47.2	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (25) : جدول تكرار العبارة رقم(23)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	2	3.7	3.8	3.8
d	14	25.9	26.4	30.2
neut	9	16.7	17.0	47.2
a	17	31.5	32.1	79.2
ta	11	20.4	20.8	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (26) : جدول تكرار العبارة رقم: (24)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	2	3.7	3.8	3.8
d	5	9.3	9.4	13.2
neut	10	18.5	18.9	32.1
a	21	38.9	39.6	71.7
ta	15	27.8	28.3	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل الاستبيان

الملحق رقم (27) : جدول تكرار العبارة رقم(25)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid td	3	5.6	5.7	5.7
d	4	7.4	7.5	13.2
neut	1	1.9	1.9	15.1
a	14	25.9	26.4	41.5
ta	31	57.4	58.5	100.0
Total	53	98.1	100.0	
Missing System	1	1.9		
Total	54	100.0		

المصدر: من نتائج تحليل برنامج SPSS

الملحق رقم(28) : قائمة الأساتذة المحكمين للإستبيان :

اسم الأستاذ	تخصص
لمزاودة رياض	علوم إقتصادية
بوبة سعاد	علوم إقتصادية
دوفي	علوم إقتصادية

المصدر: من إعداد الطالبة.

ملخص

أولا : ملخص باللغة العربية :

بلغ الاهتمام بتطوير خدمات التأمين الصحي ذروته في الوقت الحاضر، حيث يعتبر التأمين الصحي ملاذ الافراد في حصولهم على الخدمات الصحية الباهظة التكاليف . و من الصعب قياس مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة للزبائن من طرف صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء CNAS بوكالة ميله ، كما يصعب على هذا الأخير الوصول إلى مستوى عال من جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة بها . و بغرض إيجاد حل ناجع لهذه المشكلة ، فقد اجريت دراسة على عينة قدرها 94 منتسبا إلى نظام التأمين الصحي بهذه الوكالة ، لمعرفة آرائهم حول مستوى جودة خدماتها ، و ذلك بالاعتماد على إجاباتهم عن أسئلة الاستبيان الذي صممه وفق نموذج قياس الأداء الفعلي SERVPERF، و حصلت على نتائجه بواسطة برنامج الإحصاء SPSS، و التي بعد تحليلها توصلت إلى أن مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة من هذه الوكالة متوسطة، فعليها القيام بتطويرها اكثر لتصل الى مستوى مرتفع جدا .

الكلمات المفتاحية : تقييم ، الجودة، خدمات التأمين الصحي

Abstract

Total interest in developing quality health insurance services peaked, at the present time, where health insurance is a haven of individuals in access to health services, exorbitant costs. It is difficult to measure the level of quality health insurance services provided to customers by the Social Security Fund for workers move vacuuming Mila, as it is difficult for the latter to reach a high level of quality health insurance services .And the purpose of finding available solution to this dilemma , the study was conducted on a sample of 94 affiliated to the health insurance system this fund , to find out their views about the level of quality of service , depending on their answers to questions from which designed according to the model of performance measurement actual exchange SERVPERF and got results by the census space program, which after analysis concluded that level of quality health insurance services provided by this agency median, it has developed to do more to live up to the very high level of quality.

Keywords: evaluation, quality, health insurance services