



جامعة بنغازى

كلية الاقتصاد

قسم الاقتصاد

محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة

" دراسة ميدانية بمدينة بنغازي "

إعداد:

نعيمة أحمد عمر الشامى

بكالوريوس اقتصاد - كلية الاقتصاد

جامعة بنغازي - خريف 1996م

إشراف:

الدكتور ابراهيم صالح الرفادى

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الاجازة العالية
(الماجستير) في الاقتصاد بتاريخ 2013/12/11م بقسم الاقتصاد كلية
الاقتصاد جامعة بنغازى .

فصل الخريف/2013م

فصل الخريف 2013



University

Faculty of economics

Department of economics

By:

Naeema Ahmad Omer AL shame

Bachelor (economy)-economy faculty

Thesis submitted to Department of Economics in partial

Fulfillment of The Requirements for the Master's
Degree in Economics

Autumn - 2013



جامعة بنغازي

كلية الاقتصاد

قسم الاقتصاد

محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة

" دراسة ميدانية بمدينة بنغازي "

إعداد/نعيمة أحمد عمر الشامي

بكالوريوس اقتصاد - كلية الاقتصاد

جامعة بنغازي - خريف 1996م

لجنة المناقشة

1. د. إبراهيم صالح الرفادي مشرفاً.....

2. د. فتحي صالح بوسدره ممتحناً داخلياً.....

3. د. مجيب حسن محمد ممتحناً خارجياً.....

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الاجازة العالية

" الماجستير " في الاقتصاد بتاريخ 2013/12/11م.

يعتمد/عميد كلية الاقتصاد.....



جامعة بنغازى

كلية الاقتصاد

قسم الاقتصاد

محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة

" دراسة ميدانية بمدينة بنغازى "

إعداد/نعيمة أحمد عمر الشامى

بكالوريوس اقتصاد - كلية الاقتصاد

جامعة بنغازى - خريف 1996م

لجنة المناقشة

1. د. إبراهيم صالح الرفادى مشرفاً.....

2. د. فتحى صالح بوسدره ممتحناً داخلياً.....

3. د. مجيب محمد حسن ممتحناً خارجياً.....

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الاجازة العالية

" الماجستير " فى الاقتصاد بتاريخ 2013/12/11م.

يعتمد/عميد كلية الاقتصاد.....

يعتمد/عميد كلية الاقتصاد.....

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿أَوْفُوا الْكَيْلَ وَلَا تَكُونُوا مِنَ الْمُخْسِرِينَ﴾ (181) وَزِنُوا بِالْقِسْطَاسِ
الْمُسْتَقِيمِ (182) وَلَا تَبْخَسُوا النَّاسَ أَشْيَاءَهُمْ وَلَا تَعْتُوا فِي الْأَرْضِ
مُفْسِدِينَ (183) وَاتَّقُوا الَّذِي خَلَقَكُمْ وَالْجِبِلَّةَ الْأُولَىٰ ﴿﴾

صَدَقَ اللهُ الْعَظِيمُ

سورة الشعراء، الآيات (181-184)

الإهداء

إلى سر الوجود

أمي الغالية حفظها الله ورعاها

وإلى روح والدي

رحمه الله وأدخله فسيح جناته

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنزل القرآن من فيض رحمته، والصلاة والسلام على رسول العالمين محمد صلى الله عليه وسلم نور الوجود وخيرته، وعلى آله وصحابه إلى يوم الدين وبعد: فالشكر لله أولاً وأخيراً، والحمد له على توفيقه لإكمال هذه الدراسة، متمنية من الله العلي القدير أن يكون الانتفاع بها بأكثر مما أنفقت عليه من جهد و زمن. أتقدم بالشكر إلى الإخوة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة، الدكتور إبراهيم صالح الرفادي، لما قدمه من ملاحظات قيمة كان لها الأثر في استكمال هذه الدراسة، والدكتور فتحي صالح بوسدره والدكتور مجيب محمد حسن ولموافقتهم بقبول تقييم هذه الدراسة. كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم في مراجعته للبحث من ناحية اللغوية والإملائية.

كما أتوجه إلى بعض الإخوة العاملين بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي والذين كانوا يمثلون مجتمع الدراسة في هذا البحث والإخوة بمكتب الطب أنتشاركي التابع لوزارة الصحة بنغازي، والأخوة العاملين بمكتبة كلية الاقتصاد، والمكتبة الوطنية، ومكتبة مركز البحوث الاقتصادية، ومكتبة أكاديمية الدراسات العليا، ومكتبة كلية الصحة العامة بجامعة العرب الطبية وإلى كل من قدم لي العون في توفير المراجع اللازمة لاستكمال هذه الدراسة وتقديم المعلومات والبيانات التي تحتاجها هذه الدراسة .

الباحثة

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع	م
أ	..... الآية القرآنية	-
ب	..... الإهداء	-
ج	..... شكر وتقدير	-
د	..... قائمة المحتويات	-
ط	..... قائمة الجداول	-
ل	..... قائمة الأشكال	-
م	..... ملخص الدراسة	-

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة

2	..... التمهيد	1.1
2	..... هدف وأهمية الدراسة	2.1
3	..... المشكلة التي تناولتها الدراسة	3.1
5	..... منهجية الدراسة	4.1
6	..... مجتمع الدراسة	5.1
6	..... فرضيات الدراسة	6.1
7	..... أسلوب تحليل البيانات	7.1
7	..... تقسيم الدراسة	8.1
7	..... دراسات سابقة	9.1

الفصل الثاني: محددات السياسة السعرية

16	..... تمهيد	1.2
16	..... تعريف السياسة السعرية	2.2
16	..... أهداف السياسة السعرية	3.2
17	..... محددات السياسة السعرية	4.2
18	..... أشكال السياسة السعرية	5.2
21	..... مرونة الطلب السعرية ودورها في رسم السياسة السعرية	6.2
24	..... تحديد أسعار الخدمات الصحية	7.2

27	..... آلية السعر فى اسواق الخدمات الصحية	8.2
27	..... أثر القيود السعرية	9.2
29	..... آلية السعر فى اسواق الخدمات الصحية	10.2

الفصل الثالث: المستشفيات الخاصة وطبيعة نشاطها

60	..... تمهيد	1.3
60	..... تعريف المستشفيات	2.3
61	..... تصنيف المستشفيات	3.3
64	..... الوظائف الاساسية للمستشفى	4.3
64	..... مميزات المستشفيات	5.3
66	..... الهيكل التنظيمى للمستشفيات	6.3
67	..... الاقسام التنظيمية للمستشفى	7.3
69	..... أستعمال مؤشرات الخدمات الصحية	8.3
73	..... الجمع بين فن الإدارة والمهارة لمدير المستشفى	9.3
74	..... التحديات التى تواجهها الخدمات الصحية	10.3
75	..... أهم مشاكل المستشفيات الخاصة	11.3

الفصل الرابع: التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية

81	..... تمهيد	1.4
82	..... أدوات الدراسة	2.4
83	..... الصفات والخصائص الشخصية والعامة لمجتمع الدراسة	3.4
99	..... التحليل الأحصائي للمتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لتوزيعات العينة	4.4
99	..... توزيع أفراد العينة حسب الهدف من سياسة التسعير بالمركز الصحى / المستشفى الخاص	1.4.4
101	..... توزيع أفراد العينة حسب الأسس التى توضع بها اسعار الخدمات الصحية بالمركز الصحى / المستشفى الخاص	2.4.4
103	..... توزيع أفراد العينة حسب الأسباب ارتفاع المصروفات بالمركز الصحى / المستشفى الخاص	3.4.4
105	..... توزيع أفراد العينة حسب خصائص التطور التكنولوجى والعلمى بالمركز الصحى / المستشفى الخاص	4.4.4

107	5.4.4	توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الإدارية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص
109	6.4.4	توزيع افراد العينة حسب وجود وعى لدى مدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بأهمية تسعير للخدمات الصحية
111	7.4.4	توزيع أفراد العينة حسب تميز الإجراءات الطبية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص
113	8.4.4	توزيع أفراد العينة حسب أسباب أذخال المريض للمركز الصحي / المستشفى الخاص
115	9.4.4	توزيع أفراد العينة حسب مدى اثر ظاهرة التضخم على اسعار الخدمات الصحية
117	10.4.4	توزيع افراد العينة حسب خصائص سوق الخدمات الصحية بمدينة بنغازى
119	11.4.4	توزيع أفراد العينة حسب ماهى خصائص الطلب على الخدمات الصحية
121	12.4.4	توزيع أفراد العينة حسب العراقيل والمشاكل التى تواجهها المراكز الصحة و المستشفى
123	5.4	علاقة الطلب على الخدمات الصحية ببعض العناصر المؤثرة فيه
123	1.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والهدف من سياسة التسعير
123	2.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وخصائص الادارية
124	3.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والوعى لدى الاطباء و الاجراءات الطبية
124	4.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وأسواق الخدمات الصحية
125	5.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية واسباب ادخال المريض للمستشفى والاجراءات الطبية
125	6.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وظاهرة التضخم
126	7.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والاساس الذى توضع بناء عليه اسعار الخدمات الصحية
126	8.5.4	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات والمشاكل التى تواجهها المراكز والمستشفيات الخاصة
127	9.5.4	النوع ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية
127	10.5.4	المستوى العلمى ومدى تأثيره علي طلب الخدمات الصحية

128	..... سنوات الخبرة ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	11.5.4
128	..... المصروفات ومدى تأثيرها على طلب الخدمات الصحية	13.5.4
129	..... عدد المؤسسين ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	13.5.4

الفصل الخامس: خاتمة الدراسة

131	..... تمهيد	1.5
131	..... نتائج الدراسة	2.5
133	..... توصيات الدراسة	3.5
139	..... - قائمة المراجع	
142	..... - قائمة الملاحق	

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
5	القيمة المنوالية لسعر الخدمة الصحية.....	1.1
24	معامل مرونة الوسط.....	1.2
83	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الجنس.....	1.4
83	توزيع أفراد الدراسة حسب سنة الميلاد.....	2.4
84	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المؤهل العلمي.....	3.4
85	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب التخرج.....	4.4
85	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المهنة.....	5.4
86	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب نوع التخصص العلمي.....	6.4
86	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب سنوات الخبرة.....	7.4
87	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب مدي اجتياز أي برنامج للتدريب.....	8.4
88	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب تاريخ الانشاء.....	9.4
88	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب نوع العقار.....	10.4
89	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب عددالمؤسسي بالمراكزالصحيةوالمستشفى الخاص.....	11.4
89	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب نوع التخصصات المركز الصحي او المستشفى الخاص.....	12.4
90	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب اسعار الخدمات الصحية.....	13.4
90	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب سعر المبيت بدون مرافق.....	14.4
91	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب سعر المبيت بمرافق.....	15.4
92	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب عدد الاسره.....	16.4
92	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب اسعار العمليات الصغيرة.....	17.4
93	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب اسعار العمليات الكبيرة.....	18.4
94	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب ساعات العمل.....	19.4
94	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب العمالة الوطنية.....	20.4
95	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب العمالة الغير الوطنية.....	21.4
96	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المؤهلات العلمية للعاملين.....	22.4
96	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب فروع المستشفى.....	23.4
97	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حجم الإيرادات.....	24.4
97	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حجم المصروفات.....	25.4

100	توزيع أفراد العينة حسب الهدف من سياسة التسعير بالمركز الصحى / المستشفى الخاص.....	26.4
102	توزيع أفراد العينة حسب الأسس التى توضعها اسعار الخدمات الصحية بالمركز الصحى / المستشفى الخاص.....	27.4
104	توزيع أفراد العينة حسب الأسباب ارتفاع المصروفات بالمركز الصحى/المستشفى الخاص	28.4
106	توزيع أفراد العينة حسب خصائص التطور التكنولوجى والعلمى بالمركز الصحى/ المستشفى الخاص.....	29.4
108	توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الإدارية بالمركز الصحى / المستشفى الخاص.....	30.4
110	توزيع افراد العينة حسب وجود وعى لدى مدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بأهمية تسعير للخدمات الصحية	31.4
112	توزيع أفراد العينة حسب تميز الإجراءات الطبية بالمركز الصحى / المستشفى الخاص	32.4
114	توزيع أفراد العينة حسب أسباب أذخال المريض للمركز الصحى / المستشفى الخاص	33.4
116	توزيع أفراد العينة حسب مدى اثر ظاهرة التضخم على اسعار الخدمات الصحية ..	34.4
118	توزيع افراد العينة حسب خصائص سوق الخدمات الصحية بمدينة بنغازى.....	35.4
120	توزيع أفراد العينة حسب ماهى خصائص الطلب على الخدمات الصحية.....	36.4
122	توزيع أفراد العينة حسب العراقيل والمشاكل التى تواجهها المراكز الصحة و المستشفى	37.4
123	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والهدف من سياسة التسعير....	38.4
123	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وخصائص الادارية	39.4
124	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والوعى لدى الاطباء والاجراءات الطبية	40.4
124	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات واسواق الخدمات الصحية	41.4
125	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية واسباب ادخال المريض للمستشفى والاجراءات الطبية	42.4
125	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وظاهرة التضخم	43.4
126	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والاساس الذى توضع بناء عليه اسعار الخدمات الصحية	44.4
126	معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والمشاكل بالمستشفيات	45.4

127	.....النوع ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	46.4
127	.....المستوى العلمى ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	47.4
128	.....سنوات الخبرة ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	48.4
128	.....المصروفات ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	49.4
129	.....عدد المؤسسين ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية	50.4

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
22	العلاقة الرياضية لمرونة الطلب السعرية	1.2
24	تحديد السعر التوازني للخدمات الصحية.....	2.2
25	تأثير فائض العرض	3.2
26	تأثير فائض الطلب	4.2
28	تأثير سياسة الحد الأقصى لسعر الخدمات الصحية	5.2
29	تأثير سياسة الحد الأدنى لسعر الخدمات الصحية	6.2
30	تحديد السعر	7.2
38	التقسيم النظري للأسواق	8.2
41	سياسات الانتاج والاسعار لمستشفى يستهدف الربح.....	9.2
44	سياسات الانتاج والاسعار لمستشفى يستهدف المنفعة	10.2

الفصل الأول

الإطار النظري للدراسة

الإطار النظري للدراسة

1.1 تمهيد:

يعتبر موضوع التسعيرة من القضايا الرئيسية التي نالت ومازالت تتال اهتمام العديد من كتاب الاقتصاد والمالية والإدارة والسياسة، ويمكن القول أن كثيراً من المشكلات التي تعاني منها الوحدات والمؤسسات الإنتاجية سواء في مجال إنتاج السلع أو الخدمات يرجع جزء كبير منها إلى القرارات الخاطئة المتعلقة بالتسعير، فالتسعير الخاطئ للموارد ينجم عنه تصميم سياسات تسعيرية خاطئة للمنتجات، ومن ثم سياسات بيعية وتسويقية خاطئة وغير فعالة في تحقيق المستهدف⁽¹⁾.

ومن هنا كان الدور المهم الذي يمكن أن تمارسه القرارات والسياسات التسعيرية في التأثير على القرارات والسياسات الإدارية في أي مؤسسة، فالسياسات التسعيرية لها تأثيرها الفعال على نمط تخصيص الموارد والكفاءة التشغيلية ورفاهية أفراد المجتمع ونمط توزيع الدخل.

وبما أن توفير الصحة مطلب لجميع الأفراد، ولتحقيق هذا الطلب الذي تطمح إليه أي دولة - بغض النظر عن نموها وتقدمها أو تخلفها - كان لابد من مواجهة المشاكل الصحية من خلال تغيير النظم الصحية التقليدية، وكذلك الإجراءات الاقتصادية والإدارية القديمة⁽²⁾. وعليه فإن ذلك يتطلب الأخذ بمنهج جديد في توزيع الموارد وفي تغطية السكان بالخدمات الصحية تغطية شاملة، وبالتالي فإن ضرورة الترشيد في الإنفاق للقطاعات الصحية وتسعير الخدمات الصحية بطريقة مناسبة وملائمة للجانبين (الطلب والعرض) هي السبيل لإنجاح توفير الخدمات الصحية، حيث تكاليف الرعاية الصحية متزايدة في بعض المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة ومنخفضة في أخرى، مما جعل أسعار تقديم الخدمات الصحية متفاوتة من مؤسسة صحية إلى أخرى. ومع ذلك يمكن التأكيد على أن جميع المراكز والمستشفيات الخاصة تقريبا تحتاج إلى سياسة سعريه وإلى مراقبة تكاليفها.

2.1 هدف الدراسة وأهميتها :

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على محددات تسعير الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي، وأسباب تباين هذا السعر، بالإضافة إلى بيان العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بها والتعرف على طرق

(1) سعيد عبدالعزيز عثمان، السياسة التسعيرية لقطاع الخدمات العامة، قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة- دراسات نظرية، تطبيقية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص104.

(2) أحمد عبد الحليم، اديب العمرى، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الاسلامي، مجلة دراسات العلوم الإدارية، الأردن، المجلد 31، العدد1، 2004، ص 107.

معالجتها، كما تهدف هذه الدراسة كأداة إلى رفع مستوى الكفاءة لهذه المراكز والمستشفيات من خلال السياسة التسعيرية للخدمات الصحية.

وتأتى أهمية هذا الدراسة من الأهمية النسبية للخدمات الصحية التي تقدمها هذه المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة، فقد تساهم هذه الدراسة من خلال التوصيات التي يمكن أن تقدمها في زيادة فعالية هذا القطاع الحيوي ووضع سياسة سعرية مناسبة للمراكز والمستشفيات الخاصة، وذلك فيما يتعلق بموضوع الدراسة، وهى الكيفية التي توضع بها الأسعار مقابل تقديم الخدمات الصحية.

ولعل أهمية هذه الدراسة تكمن أيضاً في أنه حسب علم الباحثة - لا توجد أي دراسة ميدانية تطبيقية على المراكز و المستشفيات الخاصة في مجال التسعيرة بمدينة بنغازي.

3.1 المشكلة التي تتناولها الدراسة:

تعتبر مشكلة تباين أسعار السلع أو الخدمات ذات النوعية الواحدة في القطاع الاقتصادي الواحد من المشاكل الاقتصادية الهامة، والتي يعانى منها مجتمعنا في الوقت الحاضر، وهى إحدى علامات التخلف الاقتصادي ونوع من أنواع الازدواجية المنتشرة في الدول النامية⁽¹⁾، حيث أن أسعار تقديم الخدمات الصحية في المراكز والمستشفيات الخاصة هي من أهم المقاييس المالية لنشاطها، إذ على أساسها تحسب الإيرادات . لذا فإن عملية التسعير بصفة أساسية تهدف إلى محاولة الوصول إلى أقساط مناسبة، فإذا ما تمت عملية التسعير بطريقة لا تتوفر فيها الأسس أو لا تعتمد على البيانات الحقيقية والكافية فإن الأقساط الناتجة عادة ما تكون غير مناسبة، وغالبا ما تكون مبالغاً فيها⁽²⁾، ولذلك تعد السياسة السعرية من أهم وسائل نجاح هذه المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة ووسيلة من وسائل تحقيق أهدافها.

ونلاحظ في مجتمعنا وجود ظاهرة تباين أسعار تقديم الخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة، لكن إذا كان التباين بين أسعار الخدمات الصحية مرتفعاً ، بحيث إن السعر في مستشفى ما يساوى ضعفين أو أكثر في مستشفى آخر فإن ذلك يدل دلالة واضحة على وجود عوامل مختلفة تلعب دورها في تحديد الأسعار في سوق الخدمات الصحية.

ويمكننا أن نوضح بعضاً من هذه العوامل وهى نوعان⁽³⁾، نوع لا يمكن السيطرة

عليه، مثل:

(1) عجم، ميثم صاحب ، تباين أسعار السلع فى الأسواق الزراعية وأثرها على التنمية ،مجلة الإنماء العربي للعلوم والتنمية ، معهد الإنماء العربي، مجلد 1 ، العدد 2 ، 1978، ص 15.

(2) مهدي ، إبراهيم محمد ، منهج كمي مقترح لتسعير تأمين أخطار النقل ، المجلة العلمية كلية الإدارة والتجارة ، دار الكتب القطرية، العدد 3 ، 1992 ص 57 .

(3) أحمد عبد الحليم ،أديب العمري ،_ العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامى مرجع سبق ذكره - ص 108 .

- 1- تغيرات ديموغرافية تنتج فئات سكانية أكثر تقدماً في السن بوجه عام.
- 2- تحول نسق المعالجة نحو العلل المزمنة وحالات التعويق الملازمة للشيخوخة، والتي تتفاقم غالباً بعوامل تتعلق بنمط الحياة.
- 3- تقدم التقنية الطبية التي أدخلت أنماطاً من التشخيص والرعاية أكثر تطوراً ووسع ميدان الرعاية الطبية.
- 4- ارتفاع مستوى التطلعات الشعبية والمهنية التي يبعث عليها التقدم التقني، وتزايد الاعتماد على الخدمات الصحية الرسمية، طلباً للتسكين والوقاية بدلاً من الاعتماد على آليات الصبر على المرض واللجوء إلى العون الذي توفره العائلة والمجتمع.
- 5- التحول عن تمويل الرعاية الصحية مباشرة من قبل الأفراد إلى تمويلها من قبل نظم التأمين الصحي والتمويل الحكومي.
- 6- التزايد المستمر في أعداد السكان.

أما النوع الثاني وهو الذي يمكن السيطرة عليه، مثل:

- 1- الهدر وسوء استخدام المصادر الطبية والعلاجية المتاحة، مثل الإجراءات الطبية غير الضرورية، وحالات الإدخال غير الضرورية.
- 2- قلة إدراك الأطباء بأهمية وضع التسعيرة الملائمة.
- 3- النقص في تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة في التخطيط والرقابة على استخدام الموارد المتاحة، وكذلك عدم الرقابة على المصروفات.
- 4- الاعتماد على الأدوية باهظة الثمن من المصدر نفسه، وهذا يؤثر على الناتج المحلي، وأخيراً يؤدي إلى زيادة الإنفاق على التكاليف الصحية والذي يؤدي إلى ارتفاع أسعار الخدمات الصحية.
- 5- تزايد أعداد المستشفيات الخاصة التي غالباً ما تملك الأجهزة الحديثة جداً والمتطورة، وذلك حتى تدخل سوق المنافسة لتحقيق نسبة أعلى من الأرباح، الذي يؤدي إلى زيادة الإنفاق على التكاليف الصحية بالتالي ارتفاع أسعار الخدمات الصحية.

وقد لوحظ أن تباين أسعار الخدمات الصحية ذات النوعية الواحدة فعلى سبيل المثال في الجدول (1-1) تم استنتاجه من واقع عينة الدراسة أن عدد (38) مستشفى خاص تحدد سعر الكشف المبدئي بقيمة 15.00 دينار وهي تمثل القيمة المنوالية، وكذلك نجد أن عدد (16) مستشفى خاص تحدد سعر العملية الصغيرة بقيمة 90.00 دينار وهي أيضاً تمثل القيمة

المنوالية ، بالتالى نلاحظ أن الأسعار تختلف فى المراكز والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازى .

جدول (1.1)

القيمة المنوالية لسعر الخدمة الصحية

نوع الخدمة	سعر الخدمة بالدينار	التكرار	القيمة المنوالية
الكشف المبدئ	15.00	38	15.00
	13.00	2	
	7.00	1	
	5.00	13	
	3.00	1	
العملية الصغيرة	150.00-10.00	16	90.000
	290.00-150.00	4	
	430.00-290.00	13	
	570.00-430.00	4	

وهنا تكمن مشكلة البحث فى محاولة التعرف على محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية بهذه المراكز والمستشفيات الخاصة، وذلك من خلال بيان العوامل المؤثرة على أسعار الخدمات الصحية دون التقليل من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وأسباب ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاصة.

4.1 منهجية الدراسة:

تقوم هذه الدراسة على جانبين هما:

1- الجانب النظري:

يمكن تغطية الأساس النظري لموضوع الدراسة ومراجعة أدبياته من خلال الرجوع إلى المصادر العلمية من كتب ودوريات وتقارير ودراسات و بحوث متعلقة بموضوع الدراسة، وبصفة خاصة ما يرتبط بالخدمات الصحية وأسعارها.

2- الجانب العملي:

يركز هذا الجانب من الدراسة على تجميع البيانات والمعلومات المتعلقة، بموضوع الدراسة من الواقع العملي، وذلك عن طريق استخدام استمارة استبيان تتضمن الأسئلة

والاستفسارات اللازمة، لتقصى الآراء حول موضوع الدراسة، وكذلك تساعد على اختبار فرضياتها.

وتعرض وتحلل البيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة لتحليل البيانات المجمعة، من استمارات الاستبيان الموزعة على المدراء والمسؤولين بالمراكز والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي.

5.1 مجتمع الدراسة:

يقع في مدينة بنغازي عددٌ كبيرٌ من الشركات والتشاريكات والصيدليات والمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة، ونظراً لأن المراكز والمستشفيات الخاصة، وهي تمثل أكبر عدد لذا سوف ينصب اهتمام دراستنا حولها، ولذلك يمكن القول أن مجتمع الدراسة هو عبارة عن المدراء والمسؤولين بالمراكز والمستشفيات الخاصة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي . وبعد مراجعة مكتب الطب التشاركي التابع لوزارة الصحة بنغازي حصلت على قائمة بأسماء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة خلال سنة 2009 حيث يبلغ عددها نحو (115) مركز صحيا ومستشفى خاص⁽¹⁾، كما هي مدونة بالملحق رقم (1). وتم تحديد حجم العينة وفقا لجدول مرجان والذي سنتطرق له في الفصل الرابع .

6.1 فرضيات الدراسة :

- 1- وجود علاقة طردية موجبة بين المستوى التقني والعلمي والتخصصات العلمية للأطباء والفنيين مع أسعار الخدمات الصحية.
- 2- وجود علاقة ارتباط طردية موجبة، بين استعمال الأساليب الحديثة الاقتصادية والإدارية مع أسعار الخدمات الصحية.
- 3- وجود علاقة ارتباط موجبة، بين إدراك الأطباء ومدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة لأهمية التكاليف والإجراءات غير ضرورية مع أسعار الخدمات الصحية .
- 4- وجود علاقة ارتباط موجبة، بين الإدخالات (المبيت بالمستشفى) غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية وبين أسعار الخدمات الصحية .
- 5- وجود علاقة طردية موجبة، بين تضخم الأسعار في مدينة بنغازي وأسعار الخدمات الصحية .
- 6- وجود علاقة طردية موجبة، بين نوعية سوق الخدمات الصحية وأسعار الخدمات الصحية .

(1) مصدر غير منشور : وزارة الصحة ، مكتب الطب التشاركي ، سنة 2009 .

- 7- وجود علاقة طردية موجبة، بين الطلب على الخدمات الصحية بالمراكز والمستشفيات الخاص والخاصة والأساس الذي توضع به أسعار الخدمات الصحية .
- 8- وجود دلالة إحصائية في اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة، نحو العوامل المؤثرة في أسعار الخدمات الصحية تعزى إلي متغيرات شخصية مثل (الجنس - المؤهل العلمي - سنوات الخبرة - الدخل).

7.1 أسلوب تحليل البيانات :

استخدم أسلوب التحليل الإحصائي الوصفي لتحليل بيانات إجابات أفراد العينة على الفقرات الواردة في استمارة الاستبيان، وكذلك استخدم أسلوب التحليل الإحصائي الاستدلالي لإجراء اختبارات الفروض والوصول إلى نتائج الدراسة.

8.1 تقسيم الدراسة :

يشتمل هذا البحث على الفصول التالية:

- الفصل الأول: ويشمل الإطار النظري للدراسة -الهدف -الأهمية -المشكلة التي تتناولها الدراسة -المنهجية - تقسيم الدراسة - دراسات سابقة .
- الفصل الثاني: يشمل تعريف السياسة السعرية - أهدافها - محدداتها - مرونة الطلب السعرية- الأسواق واتجاهات السياسة السعرية - السياسة السعرية وتحديد أفضل الأسعار .
- الفصل الثالث: المستشفيات الخاصة وطبيعة نشاطها.
- الفصل الرابع: يشمل التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية، وتحليل مناقشة الفرضيات القائمة عليها الدراسة.
- الفصل الخامس: يشمل الملخص والنتائج والتوصيات التي توصلت لها الدراسة.

9.1 دراسات سابقة :

تناولت العديد من الدراسات موضوع أسعار تقديم الخدمات الصحية من عدة جوانب، سواء من ناحية الإجراءات التي تتم أو في الشؤون الإدارية أو سوء استخدام المصادر المتاحة، ويمكننا سرد بعضها حسب الترتيب الزمني على النحو التالي:

1.9.1 دراسة أحمد عبد الحليم و أديب العمرى (2002) :

فقد قدما بحثاً بعنوان (العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية)⁽¹⁾.

(1) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامى مرجع سبق ذكره، ص 109.

تكمن مشكلة وأهمية الدراسة في محاولة كشف أهم طرق ضبط تكاليف تقديم الخدمات الصحية، وذلك من خلال بيان العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف دون التقليل من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، ومن أهدافها:

- 1- بيان مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية المقدمة.
- 2- التعرف على طرق معالجة ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية.
- 3- رفع مستوى إدارة موارد قطاع المستشفيات العامة واستغلالها والحد من الزيادة المطردة في التكاليف.
- 4- رفع مستوى كفاءة إدارة مختلف المستشفيات، وذلك، ورفع معدلات الكفاءة والفعالية لها ووضع السياسات المناسبة لها.

وقامت الدراسة بإختبار الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، قطاع العمل، المؤهل العلمي، مكان التخرج، الدخل).
- توجد علاقة ارتباط موجبة بين الادخالات غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية وبين ارتفاع التكاليف.
- توجد علاقة ارتباط موجبة بين إدراك الأطباء لأهمية التكاليف والادخالات غير الضرورية وبين ارتفاع التكاليف.
- توجد علاقة ارتباط موجبة بين تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة وبين انخفاض التكاليف.

وينكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص، إما عينة الدراسة فتشمل مستشفى واحدا ممثلا عن القطاع العام، والمستشفى واحد ممثلا للقطاع الخاص.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان أهمها: تطبيق الأساليب الاقتصادية والإدارية شبه غائب عن ساحة المستشفيات، ويعود ذلك إلى الاهتمام الكبير بالأمور الفنية، وهذا من أهم أسباب ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية.

هناك علاقة موجبة قوية بين حالات الإدخال غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية، عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف سبب رئيسي في حالات الإدخال إلى المستشفى ممن لا تستدعي حالتهم ذلك، وبالتالي فهي إجراءات غير ضرورية.

وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف الخدمة الصحية تعزى لقطاع المستشفى (عام، خاص).

وأوصت الدراسة بالعمل على: تعزيز تطبيق الأساليب الإدارية والاقتصادية الحديثة ، وضغط النفقات عن طريق الرقابة الفعالة على موارد المستشفى، ووضع سياسة جيدة، تحدد من خلالها الحالات التي تستدعي الدخول إلى المستشفى وتلك التي تعالج في المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة الخارجية. وضرورة عقد دورات للأطباء والعاملين في المستشفيات، ليدرکوا أهمية هذه التكاليف وطرق الحد منها .

2.9.1 دراسة سالم فرج العبيدي (2002):

تمثل هذه الدراسة بحثاً بعنوان محددات الانتفاع بالخدمات الصحية لعيادة العقورية الخارجية ، وكان الهدف الاساسى من هذه الدراسة هو تجميع وتحليل بيانات عن مدى توفر خدمات الرعاية الصحية ، وتحاول هذه الدراسة تحديد العوامل المؤثرة فى عملية الانتفاع بهذه الخدمات والاستفادة المثلى من الموارد المالية المتاحة ، وعدم تبديدها في سياسات تنموية صحية فاشلة.

ولاحظ الباحث أن هناك مشكلة التردد غير المنظم للمرضى على الخدمات الصحية بالعيادة ، والذي غالباً ما يتبعه استعمال غير ضروري للخدمات الصحية وتراكم ذلك سوف يؤدي إلى ضياع وقت المرضى و تبديد موارد العيادة ، والذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بالعيادة⁽¹⁾.

3.9.1 دراسة عبد الحلیم (1996):

قدم دراسة بعنوان (العوامل المؤثرة في طول مدة الإقامة في المستشفيات الأردنية) فقد حاولت أن تتحرى العوامل المؤثرة في طول مدة الإقامة في المستشفيات الأردنية، وقد اعتمدت الدراسة بشكل رئيسي على افتراض وجود علاقة بين طول مدة الإقامة في المستشفيات وعوامل مختلفة مثل: وجود تأمين صحي للمريض، عمر المريض، مستوى الدخل، درجة حدة المرض، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن التأمين الصحي يؤثر نسبياً في طول مدة الإقامة⁽²⁾.

4.9.1 دراسة سعيد عبد العزيز عثمان (1994):

قدم بحثاً بعنوان استكشاف العوامل المحددة للنفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية بمحافظة الإسكندرية، حيث يتبلور هدف هذه الدراسة في استكشاف العوامل المؤثرة والمحددة للنفقة الحكومية في قطاع الخدمات الصحية بمحافظة الاسكندرية

(1) العبيدي ، سالم فرج ، محددات الانتفاع بالخدمات الصحية لعيادة العقورية الخارجية، دراسات تطبيقية في جغرافية ليبيا البشرية، جامعة قار يونس، 2002، ص 155 .

(2) أحمد عبد الحلیم، أديب العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الاسلامى، مرجع سبق ذكره، ص 110.

واستند الباحث في تحليله على عدد من النماذج القياسية البسيطة لتحليل البيانات والمعلومات المتاحة ، وتوصلت الدراسة إلى أن محددات النفقة الحكومية و إنتاجيتها في قطاع الخدمات الصحية بالإسكندرية بأن عدد السكان هو العامل الرئيسي المؤثر في حجم النفقة الحكومية ، كما أن المكون الوسيط للنفقة الحكومية يعد من أكثر العوامل المؤثرة على إنتاجية النفقة الحكومية⁽¹⁾.

5.9.1 دراسة عبد السلام عبد الهادي (1992) :

قدم دراسة بعنوان آراء بعض العاملين حول تسعيرة الأدوية ، فقد أجريت هذه الدراسة على عينة مختارة من العاملين في مجال تسويق الأدوية وبيعها بمدينة الرياض بالسعودية ، وكان هدف هذه الدراسة⁽²⁾:

1- إلقاء الضوء على موضوع تسعير الأدوية ، من حيث النظم واللوائح والإجراءات التي تتضمن عملية التسعير في المملكة.

2- التعرف على إيجابيات نظام التسعير الحالي للأدوية و سلبياته من وجهة نظر المسؤولين والمهتمين بأمور الدواء.

3- اقتراح السياسات والإجراءات المناسبة لمواجهة السلبيات القائمة.

وركزت الدراسة على عدة أسئلة حيث إلى أن توصلت للنتائج التالية :

1- تعكس البيانات الشخصية لأفراد العينة صورة واقعية لأوضاع القوى العاملة، حيث يقوم القطاع الخاص بالدور الأكبر في هذا الميدان من خلال عدد كبير من الصيدليات ومستودعات الأدوية والمكاتب العلمية لشركات الأدوية الأجنبية.

وتتميز هذه العمالة بأنها عمالة مهنية ، إذ يمثل الصيادلة الجامعيون أكثر من ثلاثة أرباع العاملين فيها، كما أن نسبة الوطنيين فيها تعتبر عالية بالمقارنة مع الفئات الصحية الأخرى، مثل الأطباء وهيئة التمريض.

2- أكبر أغلبية أفراد العينة أن هناك ارتفاع في أسعار الأدوية ، ويعود ذلك إلى عدة

أسباب نذكر منها:

- تحكم شركات الدواء العالمية في الأسعار و قلة الإنتاج المحلي من الأدوية.
- تذبذب أسعار العملات الأجنبية وارتفاع الأسعار بصفة عامة في أغلب دول العالم.
- تقييد المنافسة الحرة في مجال استيراد الأدوية.

(1) سعيد عبدالعزيز عثمان ، السياسة التسعيرية لقطاع الخدمات العامة ، قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة-دراسات نظرية، تطبيقية مرجع سبق ذكره ، ص 104 .

(2) عبد الهادي عبد السلام ، آراء العاملين في مجال التسويق وتوزيع الأدوية بمدينة الرياض حول تسعيرة الأدوية ، مجلة الإدارة العامة، العدد 82، 1994، ص 92.

- عدم توفر معلومات كافية عن مصادر الدواء والأسعار والمواصفات لدى الدول المنتجة.

بالنسبة لنظام التسعير للأدوية - فبالرغم من السلبيات التي تشوبه من حيث كثرة المستندات المطلوبة، وطول الإجراءات وتعقدها، وارتفاع تكلفتها - فإن أغلبية أفراد العينة قد تمسكوا باستمرار قيام وزارة الصحة بمهمة التسعير وليس وزارة التجارة أو أي لجنة مشتركة.

أوصت الدراسة بالآتي:

- ضرورة التدقيق في البدائل المتاحة لتوفير الدواء مع إعطاء أولوية للإنتاج الوطني.
- دراسة أسباب ارتفاع أسعار الأدوية حسب ما توصلت إليها الدراسة، لاسيما تلك التي تدخل في نطاق سيطرة الدولة، ووضع ما يناسبها من حلول.
- اقتراح إجراءات وخطوات تبسيط تسعير الأدوية.
- دراسة مقسم التسعير بوزارة الصحة بالإمكانات التي تساعد على القيام بمهامه في أقل وقت ممكن.

6.9.1 دراسة محمود مطر (1992) :

قدم دراسة بعنوان (استراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات)، فقد أوضحت أهمية وجود نظام معلومات متكامل يحتوى على عدد من النظم الفرعية، التي من أهمها نظم السجلات الطبية ونظم المعلومات المحاسبية⁽¹⁾.

7.9.1 دراسة رونستين (1991) Ronstein :

وقد استعرض فيها العوامل البيئية التي تؤثر في القطاع الصحي بصفة عامة والمستشفيات بصفة خاصة، وقد بين الكاتب أن هناك فجوة بين الأطباء وإدارة المستشفى نتيجة لرغبة الإدارة في تعظيم الكفاءة عن طريق ضغط النفقات، إذ يرغب الأطباء في تعظيم جودة الخدمة المقدمة رغم ما يتبع ذلك من ارتفاع في التكلفة كما اقترح أن تخفيض تكاليف تشغيل المستشفى: يكون في الانكماش في حجم تخفيض المصروفات الصناعية غير المباشرة، ثم تحسين كفاءة التشغيل عن طريق نظم الرقابة المالية والإدارية خاصة ما يتعلق منها بالقوى العاملة والمشتريات⁽²⁾.

8.9.1 دراسة روزنسيشن (1991) Ronsishn :

(1) أحمد عبد الحليم، أدبى العمرى، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامى، مرجع سبق ذكره، ص 109.

(2) أحمد عبد الحليم، أدبى العمرى، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامى، مرجع سبق ذكره، ص 109.

انطلقت فكرة هذه الدراسة من أن أحد الأسباب الهامة لارتفاع تكلفة خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات هو وجود فجوة في كثير من الحالات بين الأطباء من جهة ، وإدارة المستشفى من جهة أخرى ، مرجعها تعارض رغبات وأهداف كل فريق منهما، فإدارة المستشفى ترغب في تعظيم وإثبات الكفاءة عن طريق خفض الإنفاق وخفض التكاليف، دون تفهم كامل لأثر ذلك على كفاءة الخدمة الطبية المقدمة⁽¹⁾.

9.9.1 دراسة عبدالاله جعفر (1988) :

قدم دراسة بعنوان (أهمية بيانات التكاليف في ترشيد قرارات الاستثمار بقطاع الخدمات الصحية)، هدفت إلى إيجاد المبررات المنطقية لتنفيذ أي قرار خاص بالتخطيط للمستقبل لتطوير أداء المستشفيات، وذلك عن طريق تقييم إجمالي التكلفة والعائد من كل بديل من بدائل الإنفاق أو التكلفة الخاصة بتطوير أداء النشاط الصحي للمستشفيات نحو الأفضل في المجتمع⁽²⁾.

10.9.1 دراسة محمود مطر (1988) :

قدم دراسة بعنوان (محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي) - وهي دراسة ميدانية في المملكة العربية السعودية - بينت الدراسة أن العوامل الرئيسية المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية هي حسب درجة أهميتها: الرغبة في زيادة معدلات الاستخدام، عدم وجود سياسية تنويم جيدة إرضاء المرضى ووفرة الأسرة والموارد⁽³⁾.

11.9.1 دراسة إيفانس (1987) Evans :

حيث يشير إلى أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في سعر أي سلعة⁽⁴⁾، منها: العوامل المالية مثل: عائد الاستثمار المرغوب تحقيقه، ومصاريف التشغيل، ومعدل دوران رأس المال (البضاعة)، قنوات التوزيع، والظروف الاقتصادية السائدة في المجتمع، وغيرها، ومنها العوامل الإدارية. كأهداف وسياسات الشركة المنتجة، واستراتيجيات البيع، وأوضاع المنافسة، وتقاليد البائع والمستهلك .

ويؤكد أن السعر الجيد للدواء هو السعر الواقعي التنافسي العادل للمستهلك والمريض والمناسب لأصحاب رأس المال في نهاية الأمر، كما يذكر عدة أهداف للتسعير من بينها :

(1) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامي، مرجع سبق ذكره، ص 110.

(2) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامي، مرجع سبق ذكره، ص 110.

(3) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامي، مرجع سبق ذكره، ص 110 .

(4) عبدالسلام عبدالهادي ، آراء العاملين في مجال التسويق وتوزيع الأدوية بمدينة الرياض حول تسعيرة الأدوية مرجع سبق ذكره ، ص 99 .

إيجاد الطلب على السلعة والاحتفاظ به عند المستوى الذي تحقق وتحقيق العائد الذي يساعد على النمو والتطوير، والتوصل إلى المرونة التنافسية التي تؤدي إلى الاحتفاظ بالعملاء ولا تشجع المنافسين على تخفيض أسعارهم، فضلا عن تحقيق أعلى عائد على الاستثمار، أما من حيث سياسات التسعير فيذكر ست سياسات هي:

- **التسعير التقليدي:** إضافة نسبة الربح المعتادة من خلال الخبرة والممارسة.
- **التسعير التنافسي:** بدراسة سلوك وأسعار المنافسين، والمرونة الكافية لأحدث التغيير المناسب في السعر.
- **السعر القيادي:** الوصول إلى أقل سعر في السوق.
- **السعر الذي يتحمله السوق:** تحديد أسعار مختلفة لنفس السلعة حسب اختلاف ظروف السوق والعملاء.
- **التسعير غير النظامي:** كاستخدام سعر للسلعة 1.99 دينار بدلا من دينارين.
- **الخصم المهني على السعر المحدد:** عمل خصم لبعض الفئات المهنية التي تصف الدواء كالأطباء، وبعض الفئات الأخرى كرجال الشرطة وطواقم التمريض. والملاحظ أن هذه السياسات تركز على أنشطة التسعير في الصيدليات ومخازن الأدوية والخدمات الصحية الأخرى .

12.9.1 دراسة ماكفي (1984) Mcveign:

ويعتقد "ماكفي" إن برامج تعليم الأطباء ربما لا تحقق وفورات كثيرة في التكاليف، إلا أنها تغرس الشعور والإدراك لدى الأطباء بضرورة مراعاة تكاليف الإجراءات الطبية عند التوصية أو طلب إجراء طبي معين، مثل عمل التحاليل، أو الأشعة⁽¹⁾.

13.9.1 دراسة رانكين (1983) Rankin:

وهي دراسة تتعلق بالأجور والمرتبات للعاملين بقطاع الصحة، فقد أكد فيها أن الرواتب والأجور تمثل أكبر نسبة من تكاليف تشغيل أي مستشفى، ولذلك فإن برامج احتواء التكاليف يجب أن توجه إلى هذا البند⁽²⁾.

14.9.1 دراسة سكونين (1977) Sconin:

قد أكد أن فشل العديد من برامج احتواء التكاليف يعود إلى عدم كفاءة نظم حسابات التكاليف وقصورها، نظرا لأنها لا توضح التكلفة الحقيقية أو مدى فاعلية طرق العلاج المختلفة، مما انعكس سلبيا في عدم مساهمة الأطباء في هذه البرامج⁽¹⁾.

(1) أحمد عبد الحليم، أدبى العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامى، مرجع سبق ذكره، ص 110 .

(2) أحمد عبد الحليم، أدبى العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامى، مرجع سبق ذكره، ص 110 .

15.9.1 دراسة وليام (1978) William:

وهي دراسة تتعلق بالأدوية فقام بدراسة إمكانية تحقيق وفرة في تكلفة المضادات الحيوية إذ تحول إلى استخدام أنواع رخيصة بدلا من الأنواع الباهظة التكلفة ،دون أن يصاحب ذلك آثار عكسية على جودة الرعاية الصحية المقدمة ، وقد خلصت الدراسة إلى إن بالإمكان تخفيض تكاليف الأدوية بنسبة 38%⁽²⁾.

16.9.1 دراسة الجالودي والزاعبي (1970):

قدما دراسة بعنوان (محددات النفقات الصحية في الأردن) وأشارت النتائج إلى أن جميع العوامل: الناتج المحلي الإجمالي للفرد ، ودرجة التحضر، والإنفاق الصحي للفرد على الخدمات الصحية (بتباطؤ زمني لمدة سنة) ، لها تأثير إيجابي وذات دلالة معنوية إحصائيا على معدل إنفاق الفرد على الخدمات الصحية في الأردن⁽³⁾.

17.9.1 خلاصة الدراسات السابقة :

أكدت معظم الدراسات السابقة أن هناك ارتفاعاً في الأسعار يكاد يكون عالميا في تقديم الخدمات الصحية وخاصة في المستشفيات، ويعود سبب الارتفاع إلى الهدر في استخدام الموارد المتاحة للمستشفيات في القطاع العام والخاص، وسوء استخدام تلك الموارد أيضا، والذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع أسعار الخدمات الصحية وخاصة بالقطاع الخاص. كما أكدت هذه الدراسات أن حالات الإدخال إلى المستشفى وما يتبعها من إجراءات، وعدم وضع سياسة جيدة للإدخال إلى المستشفى، كانت وراء هذا الارتفاع المطرد في تكاليف تشغيل المستشفيات.

(1) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى ، ال عوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى

الإسلامي، مرجع سبق ذكره، ص 110 .

(2) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى

الإسلامي، مرجع سبق ذكره، ص 110 .

(3) أحمد عبد الحليم، أديب العمرى ، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى

الإسلامي، مرجع سبق ذكره، ص 110 .

الفصل الثاني

محددات السياسة السعرية

محددات السياسة السعرية

1.2 تمهيد :

يلقى موضوع التسعير اهتماما خاص في الكتابات الإدارية والمحاسبية والاقتصادية. ويعتبر قرار التسعير من أعقد القرارات وأهمها التي يتخذها رجال الأعمال و المديرون في مشروعاتهم، ويرجع التعقيد إلى عدم توافر بيانات كاملة تسهل اتخاذ القرار بالتسعير، حتى أنه في ظل توافر هذه البيانات قد يصعب توفيرها كلها بشكل كمي، وتلعب البيانات الكيفية دورها في تعقيد عملية التسعير.

وترجع أهمية عملية التسعير في أن سعر السلع والخدمات مضروبا في كمية المبيعات هو الذي يحقق إيرادات المشروع، وهذه الإيرادات تحدد الأرباح، ولا يمكن أن تغفل أهمية الربح كهدف أساسي من أهداف أي مشروع، فبناء على الربح يتحدد مدى بقاء المشروع في السوق، وبجانب تحقيق الربح، تسعى بعض المشروعات إلى تحقيق أهداف أخرى من عملية التسعير مثل تكوين سمعة طيبة لدى المستهلك والرأي العام.

2.2 تعريف السياسة السعرية :

يقصد بالسياسة السعرية (مجموعة المبادئ والإجراءات التي من خلالها أو في ضوئها تقوم الدولة بتخطيط الأسعار وبنائها ومراقبتها وتغييرها والسياسة السعرية جزء لا يتجزأ ، هنا نجد تحقيقها من ضمن نظام سعري ملائم، والذي -أي النظام- يتضمن مبادئ وطرق بناء السعر وأدواته وتغييراته في كل قطاعات الاقتصاد الوطني كما يتضمن النشاط التحليلي والتنبؤ والتخطيطي إضافة إلى عملية تصحيح السعر ومراقبته⁽¹⁾.

3.2 أهداف السياسة السعرية:

يتركز هدف السياسة السعرية في الوصول إلى السعر المناسب الذي يحقق أهداف المشروع، سواء هدف تحقيق أقصى ربح ممكن أو أي أهداف أخرى، وبذلك فإن السياسة السعرية والتسعير يلعبان دورا أساسيا في تخطيط الربحية للمشروع، وعلى كل مشروع أن يكون لديه الآلية التي يعمل من خلالها على التوفيق بين السعر وحجم الطلب وحجم الإنتاج، وبالتالي الوصول بالتكاليف إلى الصورة التي تحقق أقصى ربح ممكن، وتحقيق أهداف المشروع الأخرى.

والسعر المناسب هو الذي لا يكون مرتفعا لدرجة قد تؤدي إلى انخفاض الطلب (المبيعات)، بحيث لا يجد المشروع مشترين لما يعرضه من إنتاج، وقد يترتب على ذلك عدم الاستغلال الكامل للطاقة الإنتاجية للمشروع، وبالتالي ترتفع تكاليف الإنتاج، بسبب وجود طاقة

⁽¹⁾ كونه ، أمين رشيد ، السياسة السعرية في قطاع الصناعات التحويلية في العراق ، مجلة الإدارة والاقتصاد ، الجامعة المستنصرية ، العدد 10 ، 1989 ، ص 39 .

إنتاجية عاطلة متزايدة، وليس السعر المنخفض للغاية لدرجة لا يستطيع معها المشروع تغطية تكاليفه.

ولا يعنى السعر المناسب الجمود والثبات، بل هو قابل للمراجعة، وإعادة النظر من فترة إلى أخرى، بسبب وجود عوامل كثيرة مؤثرة على السعر والسياسة السعرية⁽¹⁾.

ويمكن تلخيص أهداف التسعير في النقاط التالية⁽²⁾:

- 1- تعظيم الربح.
- 2- توفير عائد مناسب يحقق التوازن بين الأسعار و كمية الإنتاج.
- 3- تحقيق حصة سوق معينة.
- 4- مواجهة المنافسة.

4.2 محددات السياسة السعرية:

توجد مجموعة من المحددات التي تؤثر على صياغة السياسة السعرية للمشروع يضعها القائمون على تحديد الأسعار ، ونذكر أهمها الأتي⁽³⁾:

- 1- مرونة الطلب وعلاقتها بالإيراد الكلي والسعر المتوقع ، تحدد أهمية السلعة أو الخدمة التي يقدمها المشروع للمستهلك، وتحدد توجهات المشروع السعرية، وعموما هذا المحدد هو مكمل لدراسة الطلب وتحليله والتنبؤ به.
- 2- السوق التي يعمل في ظلها أو إطارها المشروع ،فالسياسة السعرية في حالة المنافسة الكاملة تختلف عنها في حالة الاحتكار بأنواعه، والسوق وحجم السوق يحددان درجة المنافسة التي تؤثر بشكل مباشر على السياسة السعرية.
- 3- تكاليف إنتاج السلعة المباشرة أو الغير مباشرة ، إن السعر الذي تعرض به السلعة أو الخدمة لا بد أن يغطي تكاليف الإنتاج في الأجل الطويل على الأقل ، وبالطبع تبنى تكاليف الإنتاج على حجم الإنتاج الذي يبنى بدوره على حجم الطلب المتوقع وتتأثر التكاليف بأسعار مستلزمات الإنتاج وأسعار عوامل الإنتاج.
- 4- الأسلوب المناسب للتسعير الذي يؤدي إلى تعظيم الربح أو تحقيق أهداف المشروع، فالربح المطلوب تحقيقه على رأس المال المستثمر، يختلف معدله من سلعة أو خدمة إلى أخرى، ومن فترة إلى أخرى ومن مشروع إلى آخر.

(1) عبدالمطلب عبد الحميد، السياسات الاقتصادية- تحليل جزئي - مجموعة النيل العربية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2003 ، الطبعة الأولى، ص106.

(2) على شريف، أحمد ماهر، اقتصاديات الإدارة، المكتبة الإدارية، الدار الجامعية، 1987، ص220.

(3) عبد المطلب عبد الحميد، السياسات الاقتصادية على مستوى المشروع -تحليل جزئي، مرجع سبق ذكره ، ص 105.

5- السياسات السعرية الأخرى التي تتبعها المشروعات الأخرى أو الدولة في سعيها للمحافظة على الأسعار، مثل: دعم الأسعار، أو فرض ضرائب غير مباشرة على المنتجات المختلفة.

6- مقدار الموازنة المستهدفة لتحقيق مستوى معين من الربحية: في ظل سعر معين.

5.2 أشكال السياسة السعرية:

تختلف السياسة السعرية في تحديد أفضل الأسعار لمنتجات المشروع باختلاف الهدف من التسعير، والذي يرتبط بدوره بالهدف (أو الأهداف) الذي يسعى المشروع إلى تحقيقه، ومن هنا تنوعت السياسة السعرية في مجال البحث وتحديد أفضل الأسعار لمنتجات المشروع، حسب الهدف من عملية التسعير لتحديد الأسعار وظروف أوضاع المشروعات، وفيما يلي أهم أشكال السياسة السعرية⁽¹⁾:

1 - السياسة السعرية في حالة تعظيم الربح باستخدام التحليل الحدي:

تتجه السياسة السعرية إلى الأسلوب الحدي في تحديد السعر الذي يحدد أقصى ربح

وهنا نجد:

- أن المسألة في سوق المنافسة الكاملة لا تحتاج إلا إلى تحديد التكلفة الحدية - مع الاتجاه إلى الترشيد وتخفيض التكاليف كلما أمكن - التي تتساوى مع الإيراد الحدي، والأخير يساوى سعر آخر وحدة مباعه، ويساوى أيضا التكاليف المتوسطة.

- يستخدم هذا الأسلوب أيضا في حالات المنافسة الاحتكارية .

حيث ان سعر المنتج = التكلفة الحدية = الإيراد الحدي

(لتحقيق أقصى ربح ممكن)

- يستخدم في حالة الاحتكار حيث يكون سعر المنتج = سعر التكلفة الحدية، وكذلك الإيراد الحدي (لتحقيق أقصى ربح ممكن).

ومن الضروري الإشارة إلى أن هناك جدلاً حول مبدأ تحقيق أقصى ربح ممكن عند

رسم السياسة السعرية.

هل تحقق في الأجل القصير - وهناك من يفضل ذلك - أم تحقق في الأجل الطويل

فقط - وهذا ما تتجه إليه المشروعات الكبيرة بعد انفصال الملكية عن الإدارة؟ وانتهت الآراء إلى أنه في المشروعات الكبيرة يمكن تحقيق أقصى ربح عملي ممكن في الأجل الطويل، والذي يسمح بتحقيق ربحية معينة مع تحقيق أهداف أخرى مثل تعظيم المبيعات وغيرها.

(1) عبد المطلب، عبد الحميد، السياسات الاقتصادية على مستوى المشروع - تحليل جزئي، مرجع سبق ذكره، ص 120.

وفي كل الأحوال تلعب دراسة مروّات الطلب وخاصة المرونة السعرية دوراً هاماً في هذا المجال، وتتجه المشروعات التي تكون في مركز احتكاري إلى تطبيق الأسلوب الحدي في رسم السياسة السعرية لمعرفة الربحية القصوى الممكنة في ظل تعظيم الطلب (المبيعات)، أو إتباع سياسة التمييز السعري الاحتكاري.

وتبقى الإشارة إلى الأسلوب الحدي رغم أنه من الأساليب النظرية، إلا أنه يحظى بالتطبيق من جانب بعض المشروعات الناجحة في الولايات المتحدة الأمريكية، لإمكانياتها الكبيرة في توفير بيانات دقيقة وسليمة ونظام تكاليف سليم ونظام محاسبي كفؤ، وعلى العكس من ذلك عرفت عنه وأهمته معظم المشروعات الأخرى، لعدم توفر تلك الإمكانيات، وخاصة المشروعات الموجودة في الدول النامية.

2- السياسة السعرية وتحقيق عائد معين على رأس المال المستثمر⁽¹⁾:

حيث تقوم السياسة السعرية وضع السعر على الأساس الذي يمكن للمشروع من تحقيق عائد على رأس المال يساوي معدل العائد السائد في الاقتصاد .

وفي الغالب، فإن ذلك العائد يساوي العائد الذي يحصل عليه المنتج الذي يعمل في المنافسة التامة. ويساوي هذا السعر تكلفة الفرصة البديلة لو أن هذا المال استثمر في مشروع آخر، أو وضع في حساب استثماري يدر عائداً.

ومن ثم فهو يمثل في الواقع تكلفة رأس المال على اعتبار إن هذا المال قد يكون مقترضاً من القطاع المالي. أو ما يماثله لو كان المال ملكاً للمستثمر، وهذه الطريقة تحتاج إلى الكثير من المعلومات عن تكاليف الإنتاج بجميع أشكالها و التغير في التكاليف، وكذلك الطلب على الإنتاج ومقدار النمو المتوقع في الطلب للمستقبل .

وطبقت هذه السياسة في شركات الهاتف في كلفورنيا و نيوجرسي و غيرها.

3- السياسة السعرية وتغطية التكاليف⁽²⁾ :

حيث تقوم السياسة السعرية على أساس تحديد سعر بيع المنتج الذي يغطي كافة تكاليفه، بالإضافة إلى هامش ربح معين كعائد على رأس المال المستثمر في الإنتاج على النحو التالي:-

$$ع = م ت ث + م ت م + ه ح \quad (1)$$

حيث أن:

(1) زين العابدين عبدالله بري، خصصة الشروعات العامة - منظور اقتصادي، جامعة الملك سعود، إدارة النشر العلمي والمطابع، المملكة العربية السعودية، الرياض، 2005، ص39.

(2) عبد المطلب، عبد الحميد، السياسات الاقتصادية على مستوى المشروع - تحليل جزئي، مرجع سبق ذكره، ص122..

ع = سعر بيع الوحدة المنتجة.

م ت ث = متوسط التكلفة الثابتة للوحدة.

م ت م = متوسط التكلفة المتغيرة للوحدة.

هـ ح = هامش الربح المطلوب.

وهذا الأسلوب من أكثر الأساليب شيوعاً في الحياة العملية، ويسمى أحياناً بأسلوب تحليل التكاليف، حيث يتم تغطية كافة تكاليف الإنتاج مع إضافة هامش للربح يمثل العائد العادل على رأس المال المستثمر في الإنتاج، وفي هذه الحالة تؤخذ كافة التكاليف الثابتة والمتغيرة في الحساب.

وقد ذهب الاقتصاديون إلى الاتجاه نحو الأخذ بأفضلية تحديد السعر على أساس التكلفة المتوسطة كما هو موضح من المعادلة (1)، على أساس أن تحديد سعر البيع على أساس التكلفة الكلية يعنى تحقيق فائض كبير للمشروعات التي تعمل بكفاءة أقل، ونظراً لانخفاض سعر البيع في هذه الحالة عن التكاليف الإنتاجية، أما في اتباع أسلوب التكلفة المتوسطة ففيه ما يمكن بواسطته تحديد أسعار السلع التي تعمل في نشاط مماثل، مع العمل على رفع إنتاجية المشروعات.

ومن مزايا هذه الطريقة⁽¹⁾:

- 1- السهولة والبساطة في حساب السعر.
- 2- يمكن حساب السعر بالشكل المقبول حتى في حالة عدم التأكد الكامل بحجم طلب المبيعات.
- 3- لا يتأثر حساب السعر بالتغيرات الطارئة على المبيعات.
- 4- لا تؤثر على نظرة المستهلك وأجهزة الرقابة للمشروع، حيث أنهما سيقبلان زيادة الأسعار الناجمة من زيادة التكاليف.

ويعيب هذه الطريقة ما يلي:

- 1- تفشل هذه الطريقة في علاج تأثير التغير في طلب المستهلك على الأسعار.
 - 2- لا تأخذ في الحساب مفاهيم أخرى للتكاليف، مثل: تكلفة الفرص الضائعة والتكاليف الإضافية للإنتاج.
 - 3- تفشل في أن تعكس أثر المنافسة وردود أفعال المنافسين على السعر.
- وهناك بعض الشروط الواجب توافرها حتى يمكن للمشروع أن يتبع مثل هذه الطريقة بنجاح كما يلي:

(1) شريف، على، أحمد ماهر، اقتصاديات الإدارة، مرجع سبق ذكره، ص 228.

- 1- أن يكون المشروع قادرا على حساب التكاليف بشكل دقيق.
- 2- أن يكون المشروع قادرا على حساب نسبة الإضافة هامش الربح بشكل دقيق.
- 3- أن يكون المشروع قادرا على تغيير السعر بشكل دقيق.
- 4- أن يكون قادرا على تقدير أثر أسعاره على ردود أفعال المنافسين.
- 5- أن لا يكون هامش الربح والسعر عاليين بالشكل الذي يؤدي إلى تحول المستهلكين إلى سلع المنافسين، فكلما كان السعر شائعا ومقبولا لدى المستهلك كلما كان أفضل.

4- السياسة السعرية والأخذ بمعدلات الأسعار السائدة⁽¹⁾:

حيث تتخذ السياسة السعرية من الأسعار المعلنة للمنتجات بواسطة المشروعات الكبيرة أو السائدة في السوق أساسا للتسعير، وبالطبع هذه الطريقة تكون أكثر نجاحا في حالة وجود السعر القائد ، حيث يؤخذ به ويعفي المشروع من الدخول في حرب الأسعار كما يحدث في احتكار القلة، ومشكلة هذا الأسلوب هو اختيار الوقت المناسب للتطبيق.

5- السياسة السعرية والتميز السعري :

وتتجه السياسة السعرية هنا إلى تحديد أكثر من سعر للمنتج الواحد وفقاً لدرجة جودة السلعة أو الخدمة ، أو تفاوت بعض الميزات المقدمة للعملاء عند شراء أنواع مختلفة من السلع أو الاستفادة من بعض الخدمات، ويستخدمها المنتج المحتكر أحيانا لتجزئة السوق التي تباع فيها السلعة، وينتشر التمييز السعري في الحياة العملية في العديد من المجالات، مثل: أسعار تذاكر السينما، والطائرات، والسكك الحديدية، نلاحظه أيضا في بعض المنتجات الاستهلاكية.

والهدف من اتباع سياسة التمييز السعرية هو إرضاء الرغبات والأذواق، ومراعاة مستوى الدخول بالنسبة لمختلف فئات المستهلكين، ناهيك عن محاولة تثبيت المشروع في السوق أو تجزئة السوق لكسب المزيد من العملاء والمستهلكين، بالإضافة إلى تعويض السلعة الرابحة للخسائر الناجمة عن بعض السلع الأخرى، أو انخفاض معدلات الأرباح منها.

6.2 مرونة الطلب السعرية ودورها في رسم السياسة السعرية:

تلعب مرونة الطلب السعرية دورا هاما في رسم اتجاهات السياسة السعرية، واتخاذ قرار بسعر معين يتم البيع به من عدمه، لوجود علاقة معينة تربط مرونة الطلب السعرية بالإيراد الكلى، الذي هو حاصل ضرب الكمية المباعة والمطلوبة في السعر، وتشمل هذه العلاقة السعر الذي تباع به السلعة ويمكن تمثيل هذه العلاقة بالصيغة الرياضية التالية⁽²⁾:

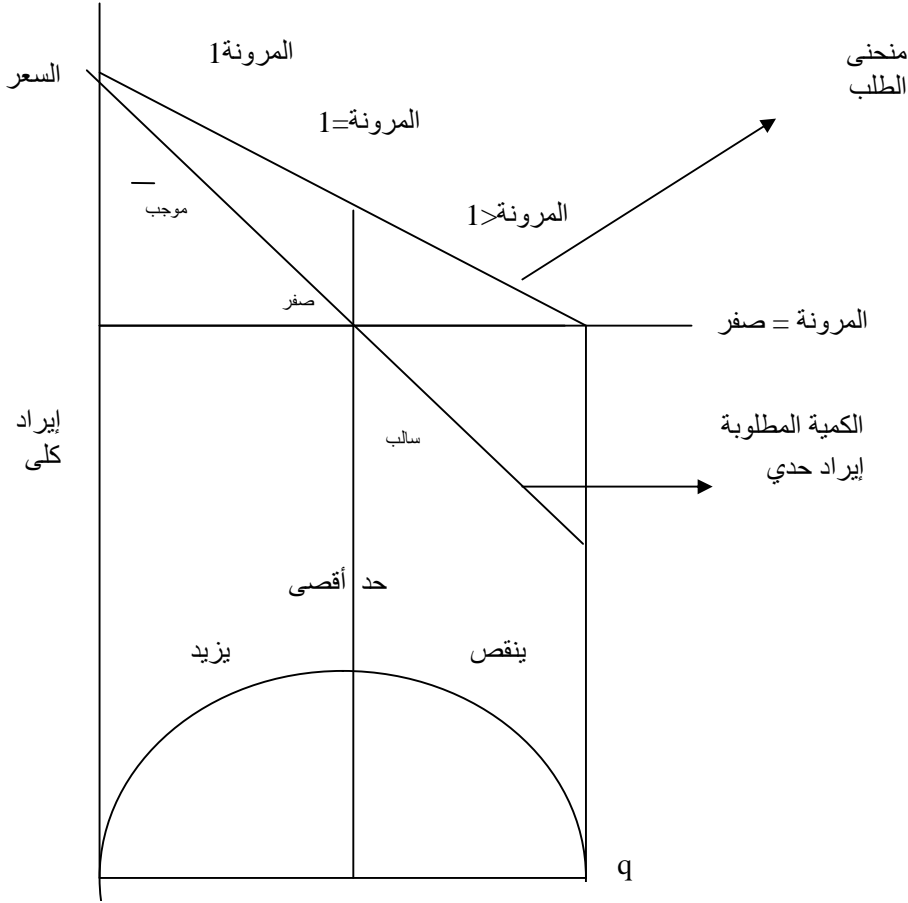
(1) عبد الحميد، عبد المطلب، السياسات الاقتصادية، مرجع سبق ذكره، ص 105.
(2) عبد القادر، محمد عبد القادر، التحليل الاقتصادي الجزئي بين النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص 53

$$\text{الإيراد الحدي} = \text{السعر} \times (-1 - \text{-----})$$

مرونة الطلب السعرية

مع اهمال إشارة مرونة الطلب السعرية . والشكل رقم (1-2) يوضح العلاقة

الرياضية أعلاه ،



شكل رقم (1.2) العلاقة الرياضية ومرونة الطلب السعرية

ويمكن ان نوضح العلاقة بين مرونة الطلب السعرية والإيراد الكلي والسعر وآثارها على السياسة السعرية من خلال التحليل التالي⁽¹⁾:

(1) عبد الحميد، عبد المطلب، دراسات الجدوى الاقتصادية لاتخاذ القرارات الاستثمارية، مرجع سبق ذكره ، ص116.

حيث توجد لتلك العلاقة ثلاثة حالات تتوقف كل واحدة على حالة مرونة الطلب السعرية نذكرها بحالات تطبيقية على النحو التالي:

أ- إذا كان الطلب مرنا نسبيا (كبير المرونة):
فإن العلاقة بين التغير في السعر والتغير في الإيراد الكلي الناتج عن بيع السلعة هي علاقة عكسية، فإذا ارتفع السعر انخفض الإيراد الكلي وإذا انخفض السعر زاد الإيراد الكلي. ولعل إدراك اتجاهات تلك العلاقة بين الإيراد الكلي والسعر في حالات مرونة الطلب المختلفة يؤدي إلى وضع سياسة سعرية سليمة، تؤدي إلى تعظيم أرباح المشروع، أو الأهداف الأخرى، أو تجنب اتخاذ قرارات واتجاهات خاطئة في هذا المجال.

ب - إذا كان الطلب غير مرنا نسبيا (قليل المرونة) :
فإن العلاقة بين التغير في السعر والتغير في الإيراد الكلي ، علاقة طردية فإذا ارتفع السعر ارتفع الإيراد الكلي وإذا انخفض السعر انخفض الإيراد الكلي .

ج - إذا كان الطلب متكافئ المرونة :
فإن العلاقة بين التغير في الإيراد الكلي تكون ثابتة لا تتغير ، فإذا ارتفع السعر فإن ذلك لن يؤدي إلى انخفاض السعر، فإن ذلك أيضا لن يؤدي إلى تغير في الإيراد الكلي

- استخدام مرونة الطلب السعرية في اختيار أفضل الأسعار في المستقبل⁽¹⁾:
حيث تستخدم مرونة الطلب السعرية أيضا في مجال السياسة السعرية، للتوصل إلى أفضل الأسعار التي يمكن تحديدها لبيع منتجات المشروع في المستقبل، إذا أمكن تقدير أفضل الأسعار تقدير متوسطات الكميات ومتوسطات الأسعار حسابها ، خلال سلسلة معينة، وحساب معامل مرونة نقطة الوسط، واختيار السعر الذي عنده يكون معامل المرونة قريبا من الواحد الصحيح . والجدول رقم (2-1) يوضح ذلك ، وبالنظر الى العمود الثالث بحساب مرونة الوسط وبالتالي فإن أفضل الأسعار طبقا لهذه الحالة تتحد عند السعر 2 دينار .

الجدول (1.2)

السعر بالدينار	الكمية المطلوبة بألف وحدة	معامل مرونة نقطة الوسط
5	0	-

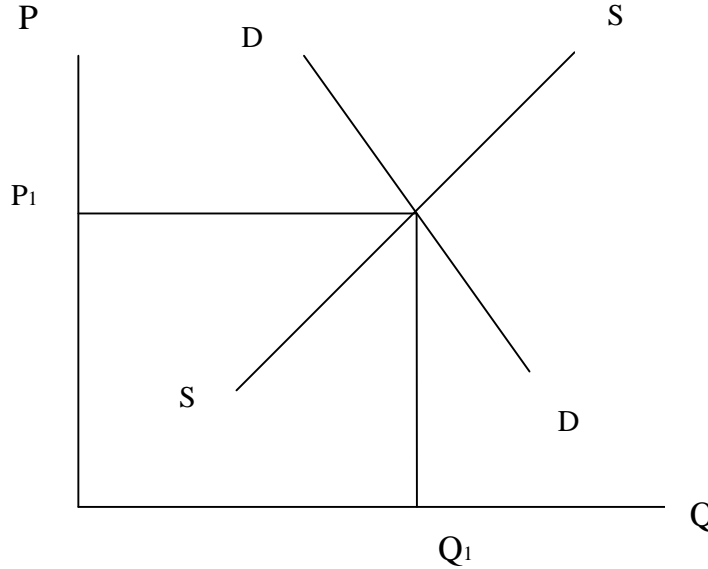
(1) عبد الحميد، عبد المطلب، دراسات الجدوى الاقتصادية لاتخاذ القرارات الاستثمارية، مرجع سبق ذكره ، ص116.

9	10	4
2.33	20	3
1	30	2
0.43	40	1
0.11	50	0

بالإضافة إلى مسابق ذكره ، يمكن الاستفادة من مرونة الطلب السعرية في تسعير المنتجات المتصلة كالقطن، وبذر القطن، والقمح، والصوف ، وكذلك يمكن استعمالها في رسم سياسة ضريبية ملائمة .

7.2 تحديد أسعار الخدمات الصحية:

يتحدد سعر السوق⁽¹⁾ عن طريق تفاعل طلب السوق للخدمات الصحية وعرضه، فإذا وضع منحى طلب السوق (D) مع منحى عرض السوق (S) كما في شكل (2-2) يمكن أن



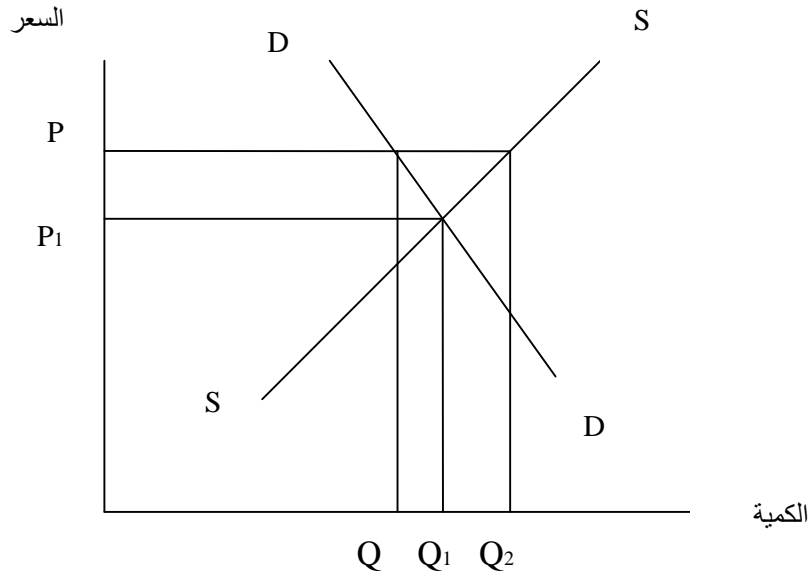
شكل (2.2) تحديد السعر التوازني للخدمات الصحية

يكون هناك سعر تتساوى عنده الكمية التي يرغب المشترون في شرائها مع الكمية التي يرغب العارضون في عرضها، ويتحدد عند المستوى السعري الذي تتقاطع عنده المنحنيات، ويعرف هذا السعر بسعر التوازن (P_1)، وتعرف الكمية المقابلة له بكمية التوازن (Q_1) .

⁽¹⁾ ابراهيم ، طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، كلية التجارة ، جامعة الزقايق، مكتبة المدينة ، 2000 ص 128 .

إذا كانت الأسعار حرة في نظام السوق، فإن أسعار الخدمات ستتحدد بقوى العرض والطلب، ولن يكون هناك فائض عرض أو فائض طلب، وهذا لا يعني أنه لن تكون هناك حاجة لم تلبية، لا تتحول الحاجة إلى طلب إلا إذا ساندتها القوة الشرائية المطلوبة. ويمكن تحليل الألية التي يتحقق بها التوازن في السوق بالتفكير، فيما يمكن أن يحدث إذا كان السعر المبدئي في السوق أعلى أو أدنى من سعر التوازن.

أولاً: إذا كان السعر المبدئي أعلى من سعر التوازن كما في شكل (2-3)، فعند السعر المرتفع P تكون الكمية المطلوبة Q ، ولكن الكمية التي يرغب المنتجون في عرضها تكون أكبر عند Q_2 ، ويكون هناك فائض عرض عند هذا السعر، ولذلك يجب على العارضين تخفيض أسعارهم للتخلص من المخزون الفائض، ويميل السعر إلى الانخفاض إلى أن يعود مرة أخرى لسعر التوازن، ونلاحظ في الواقع أن الاتجاه نحو التوازن قد لا يحدث بسرعة، فعندما يواجه العارضون زيادة العرض وتراكم مخزون السلع قد يرفضون تخفيض السعر بداية، ويفضلون زيادة الإعلانات أو تقديم حوافز غير سعرية للمشتريين، ومع ذلك فإنه إذا استمر العرض الزائد، ستدفع المنافسة بين العارضين للسعر إلى أسفل، بافتراض أن الأسعار حرة الحركة.

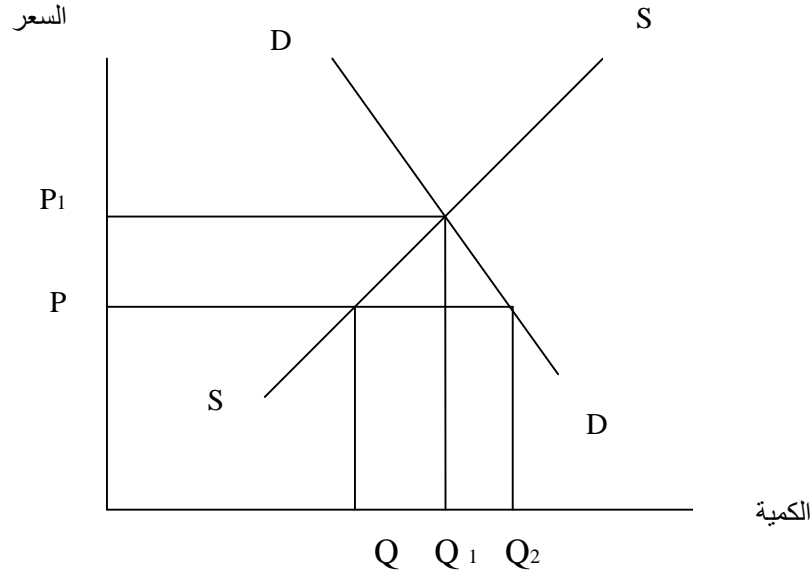


شكل (3.2) تأثير فائض العرض

ثانياً: إذا كان السعر أقل من سعر التوازن، سيزيد الطلب على العرض، وستقرض المنافسة على السلعة النادرة ضغطاً صعودياً على الأسعار.

وننظر الآن ما يمكن أن يحدث إذا كان السعر المبدئي منخفضاً جداً، كما يتضح من (2-4) ففي هذه الحالة سيرغب العارضون عند السعر المنخفض P في عرض الكمية Q

فقط في السوق، بينما سيرغب المشترون في شراء كمية أكبر من Q_2 ، وهنا نجد أن هناك طلبا زائدا في السوق، ولكن المنافسة بين المشتريين على السلعة النادرة ستدفع السعر أعلى إلى أن يعود مرة أخرى لسعر التوازن. وبمجرد أن تعود السوق مرة أخرى إلى وضع التوازن، لن يكون هناك اتجاه للابتعاد عنه، طالما أن ظروف الطلب والعرض لا تتغير.



شكل (4.2) تأثير فائض الطب

8.2 آلية الأسعار وتخصيص الموارد⁽¹⁾:

في اقتصاد السوق الحر حيث لا يوجد تدخل في عمل الطلب والعرض، تتخذ قرارات التخصيص الخاصة بما يجب إنتاجه، وكيفية إنتاجه، ولمن سينتج من خلال آلية السعر وكما رأينا الوصول لسعر التوازن من خلال تفاعل الطلب والعرض وذلك يحدد الكمية المنتجة،

⁽¹⁾ ابراهيم، طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره ص 130 .

وكذلك توزيع المنتج على المشتريين، من خلال رغباتهم في دفع ذلك الثمن، وعندما تحدث نفس العملية في كل الأسواق، فإن قرار ما سيتم إنتاجه وتوزيع المنتجات يتحقق من خلال تحديد الأسعار النسبية في الأسواق المختلفة.

وعندما تكون الموارد نادرة ترتفع أسعارها ، وبالتالي ينخفض استخدام المنتجين والمستهلكين منها ، فإذا ظهرت زيادة في الطلب على السلعة، فإن الطلب الزائد سيؤدي إلى ارتفاع سعرها، مما يدفع العارضين إلى الرغبة في عرض المزيد منها. وسوف تتجذب الموارد إلى أنتاج السلع والخدمات التي يرتفع الطلب عليها، وسوف تبتعد عن السلع التي ينخفض الطلب عليها.

وهكذا تبدو آلية السعر مؤدية إلى تخصيص الموارد استجابة لطلب المشتري، وهذه هي " اليد الخفية " التي توجه عمل اقتصاد السوق.

فإذا كان عارضوا (منتجي) الخدمات الصحية يحاولون تعظيم منافع المريض في ظل ميزانياتهم المحدودة ، وتقدم المنتجات باستخدام توليفة المدخلات " الأقل تكلفة " فإن الموارد ستخصص بكفاية في ظل هذا النظام طالما أن كل الأسواق تنافسية ولا يوجد مظاهر للخلل أو الفشل في الأسواق.

9.2 أثر القيود السعرية⁽¹⁾:

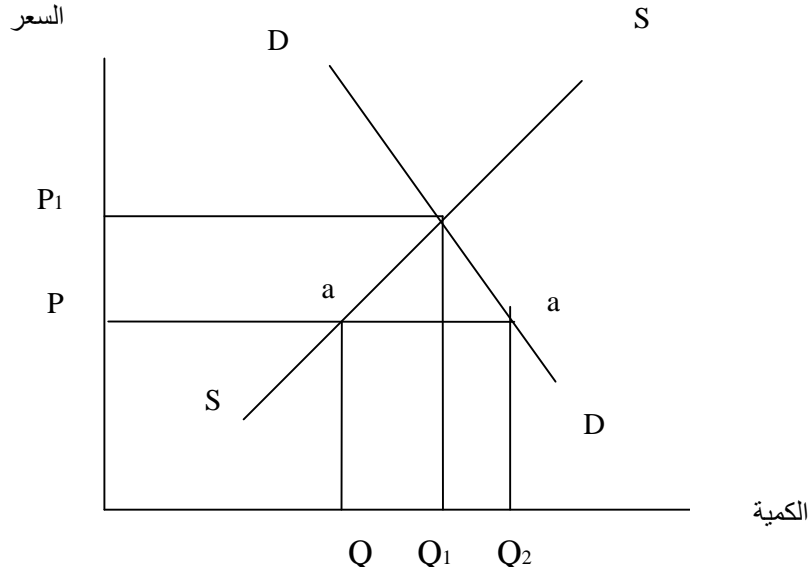
يفترض التحليل السابق أن الأسعار تتمتع بحرية الحركة نحو التوازن، أي أن سوق الخدمة الصحية تسيورها قواعد السوق الحر والمنافسة، ولكن ماذا سيحدث إذا لم يكن الأمر كذلك ؟ فقد يكون هناك تدخل من جانب الحكومة بوضع قيود على حرية السوق، سواء بتحديد حد أقصى للسعر أو حد أدنى للسعر بحسب ماذا كانت تتدخل لتعديل ظروف السوق لصالح المنتجين أو المستهلكين.

1 - تأثير سياسة الحد الأقصى للسعر :

لنفترض أن الحكومة حددت سعرا أقصى لسلعة أو خدمة، وأن هذا السعر الأقصى أقل من السعر التوازن، ونظرا لأن هذا السعر منخفض، ستكون الكمية المطلوبة مرتفعة، ومع ذلك نجد عند هذا السعر المنخفض، أن العارضين ليس لديهم دافع كبير لزيادة الكمية المعروضة في السوق وسيكون هناك طلب فائض يعادل المسافة (a a) في الشكل (2-5)، ومع ذلك لا تستطيع الأسعار أن ترتفع وبالتالي يستمر الطلب الزائد، وستظهر الطوابير، وسيحدث ترشيد للمنتج، وقد يظهر نوع من السوق السوداء.

(1) ابراهيم، طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ص 131 .

عندما يثبت السعر الأقصى تحت السعر التوازن، سيكون هناك طلب زائد باستمرار، لأن السعر لا يستطيع أن يرتفع.



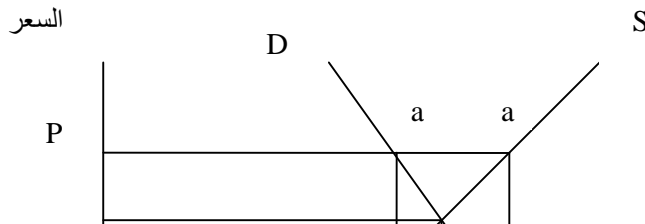
شكل (5.2) تأثير سياسة الحد الأقصى للخدمات الصحية

2- تأثير سياسة الحد الأدنى للسعر:

لنفترض أنه تم تحديد سعر أدنى لمنتج أو خدمة وأن هذا السعر الأدنى أعلى من سعر توازن السوق، ويؤدي السعر المرتفع إلى تشجيع العارضين على زيادة الكمية المعروضة في السوق، ولكن في المقابل تنخفض الكمية المطلوبة وهنا يوجد فائض عرض المسافة (a a) كما في الشكل (6-2) .

وهنا نجد أن العارضين حددوا سعرهم خارج السوق، ونظراً لأن السعر لا يمكن أن ينخفض، سيوجد فائض عرض، ولا يمكن تطهير السوق.

وبالطبع فإنه إذا استطاع العارضون خلق طلب إضافي -أي طلب يستحدثه العارضون من خلال سياسات غير سعرية من الإعلان أو الترويج (فإن منحنى الطلب سينتقل إلى اليمين وسوف يختفي فائض العرض

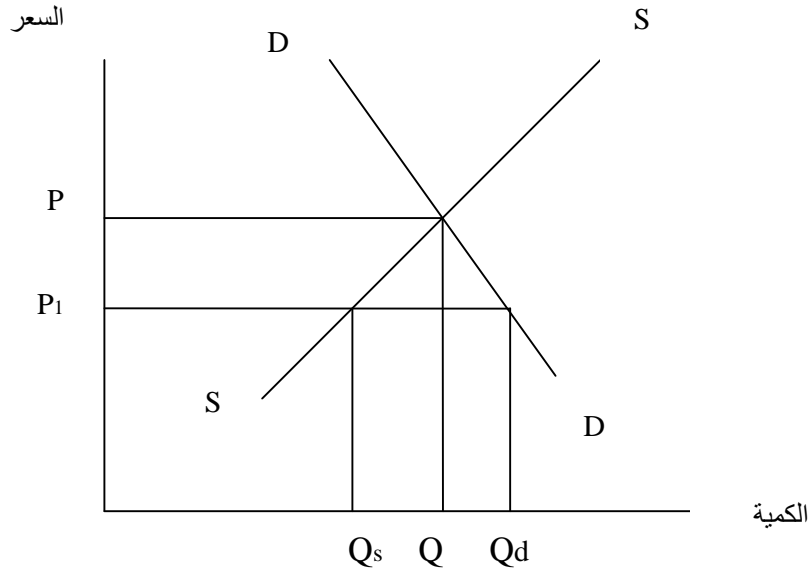


شكل (6.2) تأثير سياسة الحد الأدنى لسعر الخدمات الصحية

10.2 آلية السعر في أسواق الخدمات الصحية⁽¹⁾:

تخضع أسعار الخدمات الصحية كثيراً لبعض أنواع التنظيمات الحكومية ، وعندما يكون هناك قصور في عرض أحد الموارد، أو عندما يكون العارض قادراً على تقييد الكميات المعروضة سيكون السعر مرتفعاً، ويمكن أن نرى أن تقييد الأسعار يتم للصالح العام. ولا يستطيع الأطباء ممارسة المهنة إلا إذا حصلوا على تصاريح المنظمات المهنية (نقابة الأطباء، وزارة الصحة)، وهكذا تتحكم المنظمات في الدخول إلى المهنة. ولما كان الطلب على خدمات الأطباء في الدول المتقدمة مرتفع، وبالتالي يؤدي تقييد العرض مع ارتفاع الطلب إلى ارتفاع أسعار خدمات الأطباء، إن وجود توليفة من العرض المقيد والطلب المرتفع سيؤدي إلى ارتفاع السعر فإذا فرضت الدولة سعر أقصى وليكن p_1 ، سيزيد الطلب عن العرض، وسيظهر هناك عجز في العرض كما هو موضح بالشكل رقم (7-2) .

(1) إبراهيم، طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ص 145 .



شكل (7.2) تحديد السعر

وبالطبع فإنه إذا كانت الحكومة أو الدولة هي المستخدم الوحيد لخدمات الأطباء، فإنها ستنتمتع بقوة السوق التي تمكنها من فرض الحد الأقصى للأجر، وقد يحدث عجز في عدد الأطباء، إذا بحث بعضهم عن العمل في دول أخرى تدفع مرتبات أعلى.

11.2 الخطوات الأساسية في وضع أفضل الأسعار للخدمات الصحية:

إن الخطوات الأساسية في وضع أفضل الأسعار يفترض أن تكون مبنية على الاستراتيجية التي تتبعها مؤسسة الخدمات الطبية في التسعير، مع الاهتمام والتنسيق مع الأقسام الأخرى، وضمن الحدود العامة لأهداف المستشفى وهي⁽¹⁾:

- 1- تكلفة الإنتاج أو تكلفة الخدمة الصحية، وكيف ينظر أو يقيم المستهلك الخدمة التي يقدمها المركز الصحي أو المستشفى الخاص مقارنة بما يقدمه المنافسون، لذلك تعتبر بحوث السوق أحد الطرق التي تساعد الإدارة بالاحتكاك المباشر بالزبائن، وأخذ المعلومات حول تقييم المستهلك لسعر الخدمة التي يقدمها المستشفى.
- 2- بالنظر إلى الاختلافات في تقييم المستهلكين للخدمات الصحية وحتى يستطيع المستشفى أن تربح الكثير - وخاصة على المدى البعيد - بدلا من أن تعتمد على نظرة أحادية في سياسة وضع الأسعار، مثلا: كلفة المنتج، أو الخدمة، ويمكن أن تقدم

(1) أبو نبعه، عبد العزيز، تسويق الخدمة الطبية، الدراسات المالية والتجارية، كلية التجارة بنى سويف، القاهرة، العدد 3، 2000، ص 268.

خدمات إضافية للذين يرغبون بذلك، ووضع السعر بالشكل الذي يتناسب مع مستويات دخل المستهلك وتقييمه للخدمة الصحية .

3- إن حساسية الزبون أو المستهلك اتجاه أسعار المستشفيات الخاصة من الأمور التي يجب الاهتمام بها ومن الطرق المستخدمة في قياس حساسية المستهلك اتجاه الأسعار هي بحوث السوق، التي تربط من خلال تحليلاتها قياس مرونة الطلب على الخدمة الصحية عند تغير أسعارها في الارتفاع أو الانخفاض ، ومن العوامل التي تؤثر في الحساسية المستهلكة ، وبما أن الخدمة الصحية سلعة غير مرنة بحكم حاجة الإنسان إليها ، فعلى واضعي الأسعار أن يراعوا الوضع الإقتصادي والاجتماعي لشريحة المستهلكين الذين تستهدفهم المستشفى في تقديم خدماتها .

4- الاهتمام بردود أفعال المنافسين : فعلى المستشفى أن تسأل نفسها إلى أي مدى يؤثر تغير أسعار منتجاتها أو الخدمات الصحية التي تقدمها على المنافسين ؟

5- تحليل إذا كان العائد يعادل تكلفة الخدمة :فالتكلفة العالية للخدمة الصحية إذا كانت تقابل بسعر عال فذلك جيد ويشجع المستشفى على الاستمرار أما إذا كان السعر الذي يدفع لا يساوي التكلفة، فعلى المستشفى أن يعيد النظر بالخدمة الصحية وتكاليفها بشكل كامل .

12.2 ظاهرة تزايد الإنفاق والطلب على الخدمات الصحية :

تواجه الخدمات الصحية في العالم المتقدم مشكلة تزايد الطلب وارتفاع التكلفة، ومن ثم الضغط على الموارد المتاحة لتقديم الخدمات الصحية، ويرجع ذلك إلى مصادر عديدة منها⁽¹⁾:

- 1- التقدم الطبي، مثل زرع الأعضاء والعلاج بالجينات، أدى إلى ظهور علاجات جديدة، مما خلق حاجات جديدة وتوقعات أكبر.
- 2- يترتب على تحسن مستويات المعيشية تزايد توقع الحياة، ومن ثم تزايد الحاجة إلى مزيد من الموارد المطلوبة للعلاج الطبي واستمرار رعاية المسنين.
- 3- يترتب على تغير هيكل الأسرة في الدول المتقدمة أن المسنين لن يحصلوا على رعاية أفراد أسرهم ، حيث أن معظم الأفراد لا يرغبون في تكوين أسر وإنجاب أطفال يعولهم عند كبير السن، مما سيزيد من الأعباء على الخدمات الصحية الحكومية.

(1) طلعت الدمرداش ابراهيم ، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية واثارها الاقتصادية، دراسة حالة مصر، مجلة البحوث التجارية - كلية التجارة - جامعة الزقايق - الجز الاول، المجلد 22، 2000، ص36.

- 4- أن لدى سكان الدول المتقدمة توقعات عالية بالنسبة لمستويات الصحة، ولذلك يطلبون الخدمات الصحية الأكثر و الأحسن.
- 5- يؤدي عدم توفر المعلومات عن الخدمات الصحية لمستهلكي تلك الخدمات إلى تزايد الإنفاق على الخدمات الصحية، بينما يترتب على توافر نظام معلومات جيد عن الخدمات الصحية إلى اختصار خطوات العلاج وتكاليفه ومراحله .
- 6- أدى انتشار التعليم وتزايد الاهتمام ببرامج إلا علام الصحي إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية، ومن ثم التوسع في مخصصات الخدمات الصحية في برامج الإنفاق العام إلى الموازنة العامة للدولة.
- 7- أدى التقدم الصناعي المتسارع في الدول المتقدمة وسعى الدول النامية إلى إحداث تنمية صناعية إلى تزايد مشاكل التلوث البيئي ، وما يتبعه من تدهور الحالة الصحية العامة للسكان، ويترتب على ذلك زيادة مخصصات الإنفاق العام على برامج الخدمات الصحية الوقائية الصحية البيئية.
- 8- ترتب على تزايد الاهتمام بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن الماضي، تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية والتعليمية ، حيث تشكل الصحة والتعليم أهم أشكال رأس المال البشري ويرتبط هذا المفهوم ارتباطا وثيقا بالمهارات المكتسبة من خلال التعليم الرسمي، وكذلك خبرات العمل ، ويمثل ذلك المفهوم الضيق لرأس المال البشري، وقد اتسع هذا المفهوم ليشمل الاستثمار في الصحة والتغذية، ويمثل ذلك المفهوم الواسع لرأس المال البشري.
- 9- تفرض زيادة عدد السكان على الحكومات ضرورة تخصيص موارد متزايدة لقطاع الصحة سواء تم توجيه تلك المخصصات إلى برامج الخدمات الصحية أو إلى برامج بديلة تهدف إلى تحسين الصحة ، ولعل هذا العامل يكون أكثر وضوحا في الدول النامية، إذ أن معظم هذه الدول ، وبرغم ما تنفذه من برامج تنظيم الأسرة ،فإنها مازالت تعاني من معدلات نمو سكاني مرتفعة.
- 10- التوجهات السياسية للحكومات لزيادة مخصصات الإنفاق العام الاجتماعي كأهداف انتخابية.
- 11- أدى ظهور التقنيات الطبية إلى تسابق الحكومات لاقتنائها بحجة مسايرة العصر، دون مراعاة لأعبائها المالية أو فرص احتمالات الاستفادة منها، ومن ثم أصبح الجانب الأكبر من المكون الرأسمالي للإنفاق العام على الخدمات الصحية يستخدم في إنشاء وتجهيز مستشفيات تخصصية على درجة عالية من التكنولوجيا باهظة التكاليف، بالإضافة إلى توجيهات بعض المستشفيات الحكومية لاقتناء أجهزة طبية على درجة

عالية من التكنولوجيا ربما لا تستخدم على الإطلاق ، وحتى لو استخدمت بأقل من طاقة تشغيلها المثلى كثيرا.

12- المشاكل الأخلاقية لكل من مستهلكي ومقدمي الخدمات الصحية: بالنسبة للتمويل الحكومي، حيث تنخفض تكلفة العلاج التي يتحملها المريض ، وبالتالي لا يوجد ضغط تمويلي مباشر على مستهلكي الخدمات الصحية للحد من طلبهم، كما كان يمكن أن يحدث لو أنهم يدفعون مقابل هذه الخدمات بصورة مباشرة وكاملة، ومن ثم يفرط المستهلكون في استخدام الخدمة لأسباب وأغراض تافهة ، كان يمكن أن يتجاهلها أو يعالجها بأنفسهم في الظروف الأخرى . وقد يشجع ذلك الأفراد على تبني أنماط حياة غير صحية يمكن أن تؤدي إلى الحاجة إلى علاجات. كذلك مقدمي الخدمات الصحية الحكومية قد لا يكون لديهم إحساس سليم بالاقتصاد واستخدامهم للأموال العامة .

13.2 خصائص الطلب على الخدمات الصحية:

1- أن طلب وعرض الخدمات الصحية لا يوجد بينهما فصل تام بل إنهما متداخلان⁽¹⁾. حيث تفترض النظرية الاقتصادية استقلال الطلب عن العرض في حالة السلع العادية ، أي العوامل التي تؤثر في الطلب تختلف عن العوامل التي تؤثر في العرض في أغلب الحالات ، ولكن في حالة الخدمات الصحية يوجد تداخل بين الطلب والعرض ، فالمريض غالبا ما تتقصه المعلومات حيث قد لا يعرف طبيعة مرضه وأنواع العلاج اللازمة لتخفيف المرض أو إزالته ، ولا مدى فاعلية أنواع الأدوية أو العمليات المختلفة اللازمة لعلاج حالته، ولذا قد لا يستطيع أن يتخذ قرارا بشأن ما يطلبه من خدمات صحية من نوع ما ، ومن ثم فإن المعلومات ، التي يقدمها الطبيب كمنتج للخدمات الصحية على جانب العرض تؤثر في طلب المستهلك للخدمات الصحية وفي معظم الحالات يوكل المريض للطبيب مهمة طلب تحديد الخدمات الصحية اللازمة نظرا لعدم مقدرته على اتخاذ القرار، وهذا يعنى انهما متداخلان.

2- الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة⁽²⁾: تفترض نظرية طلب المستهلك التقليدية أن المستهلكين يشترون السلع والخدمات من أجل المنفعة التي يتحصلون عليها من مشترياتهم. غير أن صياغة حديثة لطلب المستهلك تفرق بين سلع وخدمات تشتري من السوق وأشياء أساسية يتم الاختيار منها، ويشار إليها بالبضائع، وحسبما يرى ميخائيل قروسمان يطلب المستهلكون الصحة لسببين:

(1) عبد القادر، محمد عبد القادر ، التحليل الاقتصادي الجزئي بين النظرية والتطبيق ،كلية التجارة ،جامعة الاسكندرية ،2002، ص43.

(2) فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، الجزء الأول، ترجمة محمد حامد عبدالله ، ص132.

- أنها سلعة استهلاكية: أي أنها تجعل المستهلك يحس بإحساس أفضل.
- لأنها سلعة استثمارية: يحدد مستوى الصحة مقدار الزمن المتاح للمستهلك ، فانخفاض عدد أيام المرض يزيد الزمن المتاح للعمل والأنشطة الترويحية، وعائد الاستثمار في الصحة في هذه الحالة هو القيمة المالية ، لانخفاض عدد أيام المرض. وتتضمن النظرة إلى الطلب على الخدمات الصحية كطلب مشتق من الطلب على السلع والخدمات ما يلي:

أولاً: تؤدي الزيادة في عمر الإنسان إلى زيادة معدل استهلاك مخزون الفرد من الصحة، ويحاول الناس عبر دورة الحياة تعويض جزء من معدل الزيادة في استهلاك صحتهم بزيادة الإنفاق على الخدمات الصحية.

ثانياً: يزداد الطلب على الخدمات الصحية بتزايد أجر الفرد، وذلك لأنه كلما ارتفع الأجر ازدادت قيمة الزيادة في عدد أيام الصحة الجيدة، ويحل المستهلك الذي يتحصل على أجر أعلى مشترياته من الخدمات الصحية محل وقته عندما ينتج سلعة الصحة، ولذا تكون هناك علاقة طردية بين زيادة الأجر وزيادة الإنفاق على طلب الخدمات الصحية.

ثالثاً: يفترض أن للتعليم أثراً عكسياً على طلب الخدمات الصحية، فالناس الأكثر تعليماً يفترض أن ينتجوا الصحة بكفاءة أكثر وعليه يحتمل أن يشتروا خدمات صحية أقل.

3- أن الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض عنها بالنسبة للطبيب المعالج ، فبينما نجد المريض يرى التوقف عن العلاج بعد بداية تحسن صحته نجد الطبيب المعالج يرى عكس ذلك .

4- أن طالبا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي المنتجات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة وكيفية إشباعها لحاجاتهم حيث تتأثر الحاجة والطلب على الخدمة بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي لمستفدى الخدمات .

5- أن المريض لا يعرف مراحل العلاج وأساليبه المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه، الذي يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب .

6- أن الخدمات الصحية غير ملموسة ، وهذا يجعل اختيار المستهلك صعب لأنه لا يتذوقها ولا يلمسها ولكن يشعر بها.

7- تتميز بعض الخدمات الصحية كونها شخصية، أي أنها تقدم لشخص واحد حيث:

- أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية .

- أن الطبيب لا يستطيع أن يعالج أكثر من مريض واحد في وقت واحد وبنفس تخصصه ، وهذا ليست قاعدة ، لا تنطبق على كافة الخدمات الصحية .
- 8- أن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء ، لأنها غير قابلة للتأجيل أو ما يطلق عليه تزامن الإنتاج والاستهلاك .
- 9- أن تقديم الخدمة الصحية يتطلب وجود علاقة دائمة ومستمرة ومباشرة بين الطبيب والمريض ، لمعالجة الحالة وتتبعها والإشراف عليها على فترات زمنية مختلفة من حالة لأخرى .
- 10- هناك صعوبة في وجود الخدمة الصحية وتقييمها وقياسها بالرغم من وجود ما يطلق عليه المراجعة الطبية للأداء الطبي .
- 11- تتكون الخدمة الصحية من عناصر تكمل بعضها حيث نجد خدمات الفحص والتشخيص والخدمات العلاجية والوقائية والتمريض والفندقة والخدمات الإدارية خدمات مكملة لبعضها البعض .
- 12- تقلبات الطلب على الخدمات الصحية المختلفة على مدار السنة .
- 13- عدم القابلية للتخزين حيث لا يمكن تخزين الخدمة في حالة عدم الاستفادة منها ومن ثم فإن المنظمات التي تقدمها قد تحقق خسائر كبيرة نتيجة عدم الاستفادة من إمكانيتها في كل مرة تقدم فيها الخدمة وعدم القابلية للتخزين .
- 14- تقلبات مخرجات الخدمات الصحية ، وذلك بسبب الطبيعة غير الملموسة للخدمة والحاجة إلى العنصر الإنساني لتوصيل الخدمة و أحوالها وجود مستهلك⁽¹⁾ .

14.2 تطبيق تأثير زيادة الطلب على الأسعار في أسواق الخدمات الصحية⁽²⁾:

يمكن التنبؤ بآثار السياسات العامة المختلفة على السوق النهائية، أي على سعر الخدمات الصحية وتوافرها على أساس فهم أسواق الخدمات الصحية المختلفة والعلاقة القائمة فيما بينها، نتيجة لزيادة التأمين الصحي على السكان، نتوقع أن نجد زيادة في الطلب على الخدمات الصحية ، ويعتمد مقدار زيادة الطلب على الخدمات الصحية جزئياً على أهمية السعر بالنسبة لزيادة المنفعة -أي مرونة الطلب السعرية على الخدمات الصحية - وبناء على الزيادة في الطلب، وعلى أوضاع العرض في الخدمات الصحية يمكن توقع مقدار زيادة الأسعار ومقدار زيادة الانتفاع بالخدمات الصحية، وللتنبؤ بما سيحدث للأسعار والمنفعة بالنسبة

(1) فوزى مذکور ، تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر والتوزيع ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة ، الطبعة الأولى ، 1998 ، ص 184 .

(2) ابراهيم، طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ص 146 .

لكل مكون من مكونات الخدمات الصحية، يجب أن ندرس كيف تنتقل هذه الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية إلى كل الأسواق الأخرى، ونتيجة لانخفاض الأسعار التي يدفعها المرضى مقابل الخدمات، بسبب اتساع الغطاء التأميني، سيزيد الطلب على مختلف الأوضاع المؤسسية، وبعض الأوضاع المؤسسية ستواجه زيادة أكبر من غيرها في الطلب عليها، حيث ستعتمد ذلك جزئيا على المجموعة السكانية التي سيزيد طلبها وأنواع العلاج الطبي التي ستطلب، ومدى أهمية السعر بالنسبة للمنفعة في كل سوق، ونتيجة لزيادة الطلب المؤسسي، ستزيد الأسعار في هذه الأوضاع وستحسن نوعية الخدمات المقدمة، وبالتالي ستقوم المؤسسات المتأثرة بذلك بطلب المزيد من المدخلات حتى تتمكن من زيادة العرض لمقابلة الزيادة في الطلب.

ولذلك تواجه مهن مختلفة زيادة في الطلب على خدماتها، وفي كل سوق عمالة صحية يتأثر طلب المؤسسات على مهنة صحية معينة بالأجور التي يجب أن تدفعها، والأجور النسبية لمجموعات العمل الأخرى التي يمكن أن تحل محلها وإنتاجيتها النسبية، وسعر المدخلات، وأية قيود قانونية قد تحول دون استخدام أشخاص معينين في أداء مهام معينة، ومع زيادة الطلب على العمالة الصحية في ظل الرصيد الحالي (المهنيين المدربين حاليا)، ستتزايد الأجور ومعدلات التشغيل في كل أسواق العمالة الصحية، ولكن مقدار الزيادة في كل منها سيعتمد على ظروف العرض (المرونة)، وأداء كل سوق عمالة صحية وسيؤدي ارتفاع الدخل إلى زيادة الطلب على التعليم الذي يؤدي إلى الالتحاق بالمهنة المعنية، وهكذا فإن تخفيض الحواجز الاقتصادية التي تحول دون استخدام الخدمات الصحية بتقديم التأمين الصحي أدى إلى زيادة الطلب على مختلف الأوضاع المؤسسية، وكذلك على المهن الصحية، وأيضا على تعليم المهن الصحية، ويترتب على زيادة الطلب في كل هذه الأسواق حدوث زيادات في الأسعار والنتائج، ويعتمد حجم زيادات الأسعار والنتائج في كل سوق نتيجة للزيادة المبدئية في الطلب على حجم زيادة الطلب، واستجابة العرض (مرونة العرض) في كل سوق، فكلما انخفضت مرونة العرض، كلما كانت الزيادة السعرية كبيرة والزيادة في الناتج صغيرة. وبسبب هذا التأثير على السعر والناتج أصبح تحليل كفاءة جانب العرض في كل أسواق الخدمات الصحية هاما، فإذا كان جانب العرض في سوق غير مرن نسبيا - أي أنه إذا كان الأمر يتطلب زيادة سعرية كبيرة نسبيا لتحقيق زيادة الإنتاج - فإن برامج الطلب ستؤدي إلى زيادة سعرية كبيرة وزيادة صغيرة في الناتج، وبالتالي سيكلف الأمر الكثير من الأموال لتحقيق زيادة في الناتج.

15.2 تطبيق تأثير سياسة دعم جانب العرض على الأسعار في أسواق الخدمات الصحية⁽¹⁾:

يعتبر هذا النموذج لقطاع الخدمات الصحية مفيدا أيضا في تفسير كيف تعمل إعانات العرض، إذ أن إعانات العرض الحكومية التقليدية تقدم التمويل للمؤسسات التعليمية لزيادة عدد المهنيين الصحيين، ويؤدي مثل هذا البرنامج إلى انتقال منحنى العرض جهة اليمين وزيادة قدرة المدارس والمعاهد الطبية والصحية على استيعاب الدارسين ويتمثل الأثر في زيادة عدد الخريجين في سوق التعليم، ومع زيادة عدد الخريجين (كالأطباء أو الممرضات) وانتقال عرض هذه المهن الصحية في سوق العمالة الصحية جهة اليمين، تصبح أجور أو دخول المهن الصحية المدعمة أقل مما كان يمكن أن تكون عليه، وكلما زاد عدد العاملين في المهن الصحية (المدعمة) وانخفضت أجورها النسبية، ستحدث زيادة في الطلب عليها في السوق المؤسسي، وذلك لأنها ستحل محل المهن الصحية الأخرى التي لم تتأثر أجورها وإعدادها بدعم العرض ، ويتمثل تأثير القطاع المؤسسي في انتقال منحنى العرض جهة اليمين، لأنه يمكن إنتاج نفس الناتج من الخدمات بأسعار أقل (أو كميات أكبر من الخدمات بنفس السعر) ويرجع ذلك إلى أن سعر أحد المدخلات انخفض نتيجة للدعم. وتتأثر المؤسسات الصحية بهذا الدعم بصورة مختلفة، وذلك لأن بعض المؤسسات تستخدم الكثير من المدخلات المدعمة بالمقارنة بالبعض الآخر - حيث تميل المستشفيات إلى استخدام الممرضات المسجلات - ويختلف الأثر النهائي لبرنامج الدعم على السعر النهائي وكمية الخدمات الصحية ، وذلك بناء على مقدار زيادة المدخل الناتجة عن دعم العرض، ومقدار النقص في سعر ذلك المنتج، ومقدار المدخل المدعم المستخدم في إنتاج الخدمات الصحية ، ويساعد النموذج المحدد تحديدا كاملا لقطاع الخدمات الصحية، على تتبع آثار برنامج دعم العرض من خلال مختلف أسواق الخدمات الصحية. وبعد ذلك يمكن مقارنة برامج دعم العرض المختلفة على أساس تكلفة تحقيق التغير في سعر وكمية خدمات الخدمات الصحية.

وهكذا يسمح لنا نموذج قطاع الخدمات الصحية بمقارنة مختلف برامج دعم العرض الحكومية، حيث إن كلا منها مصمم لزيادة توفير الخدمات الصحية، ولا يجب توجيه برامج الدعم هذه إلى فئة العمالة فقط حيث يمكن توجيهها إلى أي عدد من المدخلات ، مثل: الأفراد الأقل تدريباً الذين يزيدون إنتاجية المهن الأكثر تدريباً، ويمكن تقديم دعم لبناء المستشفيات أيضا ، وهكذا يسمح النموذج العام للرعاية الطبية بتقييم أي عدد من برامج دعم العرض على أساس تكلفة الدعم وأثره النهائي على السعر وتوفير الخدمات الصحية.

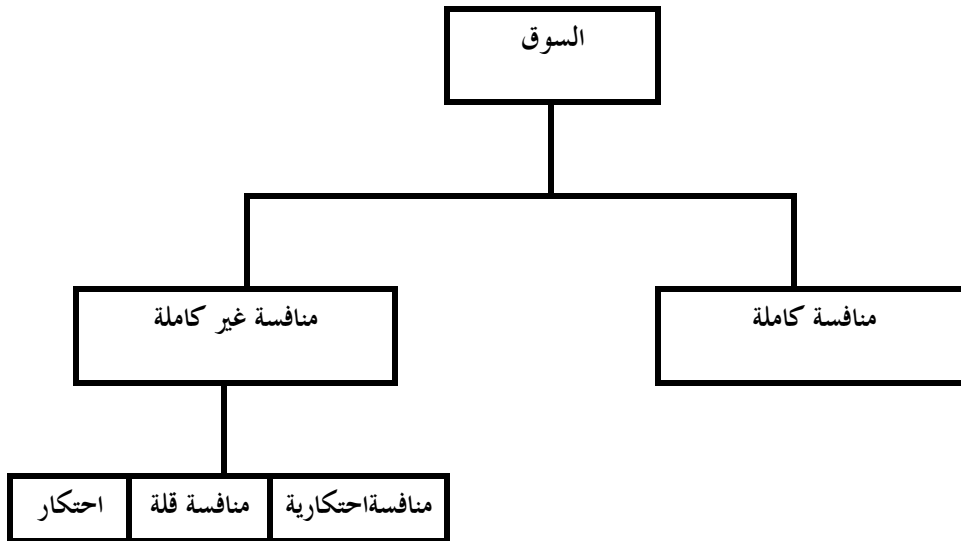
(1) إبراهيم، طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ص 150 .

16.2 التقسيم النظري للأسواق واتجاهات السياسة السعرية :

تعتبر الأسواق إحدى المحددات الرئيسية لاتجاهات السياسة السعرية على مستوى المشروع، فهناك أربعة أنواع من الأسواق من حيث درجة المنافسة التي تسود في كل سوق، وكل سوق له خصائصه التي تحدد مدى قدرة المشروع على التأثير على الأسعار وكيف تتكون الأسعار، ومدى الاختلاف في الأسعار، وكلها تحدد السياسة السعرية لكل مشروع في كل سوق ويمكن أن نوضحها⁽¹⁾ بالشكل (2-8).
وتتلخص خصائصها وشروطها⁽²⁾:

1 - سوق المنافسة الكاملة :

وهو ذلك السوق الذي يضم عددا كبيرا جدا من المتعاملين، بائعين ومشتريين، يتعامل كل منهم في حجم محدود جدا من إجمالي حجم السلع المنتجة والمباعة والمتجانسة، وبالتالي لا يمكن لأحد منهم أن يؤثر على سعر السوق السائد، وبالتالي فإن سعر السلعة في هذا السوق معطى والربح المحقق في الأجل الطويل هو الربح العادي، ذلك لأن المنافسة تبلغ أقصى درجاتها.



شكل (8.2) التقسيم النظري للأسواق

(1) على شريف ، أحمد ماهر ، إقتصاديات الإدارة، مرجع سبق ذكره ، ص214.

(2) عبد المنطلب عبد الحميد، دراسات الجدوى الاقتصادية لاتخاذ القرارات الاستثمارية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2002 ، ص116.

2- سوق المنافسة الاحتكارية :

وهو سوق يتنافس فيه عدد كبير من المشروعات بحرية تامة على إنتاج سلعة أو خدمة واحدة معينة، إلا أن كل مشروع يعرض نوعا مميزا خاصا به من هذه السلعة أو الخدمة، وبالتالي لم تعد المنتجات متجانسة، وبقدر درجة التميز وعدم التجانس بقدر ما تختلف الأسعار في السوق، والأسعار التي تسود في هذه السوق في الأجل الطويل أعلى من التي تسود في المنافسة الكاملة في ظل ظروف متشابهة.

3- سوق احتكار القلة :

هو تلك التركيبية السوقية التي تتميز بوجود عدد قليل من المنتجين الذين يقومون بإنتاج معظم سلع صناعة معينة، ويمكن أن نجد احتكار قلة متميزاً، واحتكار قلة غير متميز (أي هناك سلع غير متجانسة)، ويتميز احتكار القلة بأنه يتيح الإتفاق على أسعار البيع واضطرار بقية المحتكرين إلى تعديل أسعار بيعهم، لتكون في نفس المستوى اضطرورا إلى الخروج من السوق، وبالتالي فإن تغيير الأسعار يأتي من خلال ردود الأفعال المتماثلة أو المختلفة بحسب الأحوال، حيث تتسم قرارات المتعاملين في هذه السوق بحذر شديد، وبالتالي لا بد من الإتفاق بين أطراف السوق في النهاية على أسعار غالبا تميل إلى الجمود أو التغيير البطيء.

4- سوق الاحتكار التام:

وهو السوق التي تقوم فيه مؤسسة بمفردها (أو مشروع) بإنتاج سلعة ليس لها بدائل قريبة تتنافس معها حيث يكون المنتج الوحيد، وعلى ذلك فليس هناك تميز بين المؤسسة أو

المشروع في سوق الاحتكار الكامل، حيث أن المؤسسة أو المشروع هي الصناعة بأكملها، فليس لها منافسون ويستطيع المحتكر أن يتحكم في الكمية التي ينتجها تاركا تحديد السعر للسوق، ويستطيع تحديد السعر ويترك للمستهلكين تحديد الكمية، إلا أنه لا يستطيع أن يتحكم في السعر والكمية معا في وقت واحد ، ويمكن للمحتكر تجزئة السوق الواحدة إلى عدة أسواق ذات مرونة مختلفة الطلب بشرط عدم اتصالها، ويمكن أيضا أن يميز السلعة المنتجة ويحصل على أسعار مختلفة.

17.2 سلوك المستشفيات⁽¹⁾:

لكي نتفهم ونتمكن من تقييم أداء صناعة المستشفيات، من المهم التعرف على ثلاثة جوانب لهذا القطاع: محددات هيكل الصناعة ونظم الدفع وحوافزها، وأهداف متخذي القرارات في المستشفيات، فمدى توافر اقتصاديات الحجم في إنتاج خدمات المستشفى والقيود القانونية والتنظيمية المفروضة على الدخول في هذا السوق، ومحددات هامة لعدد المستشفيات المتنافسة في سوق ما يمكن تصنيف المستشفى كمنافس أو محتكر اعتماداً على عدد المتنافسين كما أنها تحدد درجة المنافسة أو الاحتكار ونوعية المنافسة بين المنشآت ومستوى أداء الصناعة، وتتأثر نوعية المنافسة بين المستشفيات -وبالتالي أدائها- بحوافز الدفع وأهداف المستشفى.

1.17.2 نظريات سلوك المستشفى:

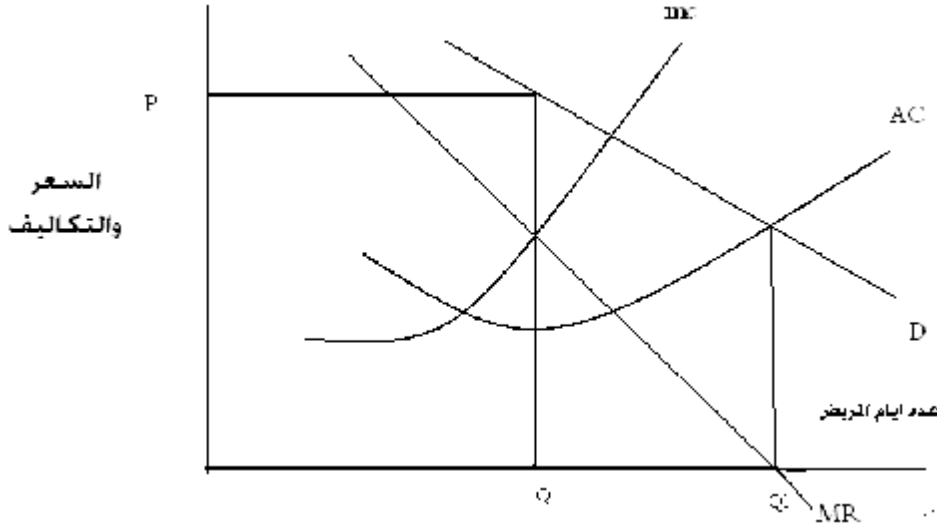
في نظام تنافسي، فإن الافتراض بأن المنشآت تحاول تعظيم أرباحها يمكن من توقع استجابة العرض للتغيرات في الطلب أو التغيرات في أسعار مدخلات الإنتاج، مع افتراض حرية الدخول، نتوقع من المنشآت تخفيض تكاليفها للحد الأدنى، كما نتوقع أيضاً أن تعكس الأسعار تكاليف الإنتاج، ولن يكون هناك دعم متبادل بين المرض أو مستخدمي الخدمات المختلفة، وإذا لم ترتبط الأسعار بالتكلفة، ستدخل منشآت جديدة في السوق لتبيع خدماتها بأسعار أقل، ونتيجة لافتراض تعظيم الأرباح وحرية الدخول، نتوقع أن تتساوى الأسعار والتكلفة (في الأجل الطويل)، وأن مزيج الخدمات المختلفة التي تقدم تعكس ما يرغب الناس في دفعه ثمناً لهذه الخدمات، والذي هو بدوره انعكاس لتكلفتها الكاملة، وتسعى جميع المنشآت المتنافسة إلى تخفيض تكاليفها للحد الأدنى وستكون القرارات الخاصة بالاستثمارات مبنية على أساس الربحية - أي بناء على ظروف الطلب والتكلفة - وعندما تكون المستشفيات من النوع الذي لا يسعى إلى الربح، فما مضمون هذا الاختلاف في الملكية بالنسبة لأداء صناعة المستشفيات؟ هل يعني ذلك - حسب رأي البعض - انخفاض تكاليف الإنتاج، حيث أن المستشفى لا يسعى إلى الربح ولا يوزع أرباحاً لمالكيه؟ أو هل الحوافز التي تواجه متخذي القرار في المستشفيات التي لا تسعى للربح، تؤدي إلى ضعف أدائها هناك حاجة لتطوير نموذج للمستشفيات التي لا تسعى للربح لنتمكن من تفسير أدائها في الماضي وحالياً. ولقد تم تطوير عدد من النظريات لتفسير سلوك المستشفيات، التي سنقوم بدراستها وتلخيص توقعاتها .

(1) فلديتين، بول، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 408.

1 - نموذج سلوك تعظيم الربح في المستشفيات:

يفترض أبسط النماذج لسلوك المستشفيات غير الربحية أنها تعمل وكأنها منشأة ربحية ولكنها تعيد أرباحها للمجتمع، وهذا النموذج لتعظيم الأرباح التي تعاد إلى المجتمع، يمكن النظر إليه إلى المنشآت التي تعمل للمصلحة العامة.

وسندرس كيف تحدد هذه المستشفيات غير الربحية أسعارها وإنتاجها وسياساتها الاستثمارية، مما سيمهد الطريق لتغيير افتراض سلوك الربحية من بل المستشفيات. ومن المفترض أن للمستشفيات منحنى طلب ينحدر إلى أسفل، حيث أن لكل منها إنتاجاً مختلفاً نوعاً ما، وذلك لأنه ليس لجميع أطبائها ارتباط عمل بالمستشفيات الأخرى، وقد يختلف مزيج خدماتها ومواقعها وسمعتها، ولتعظيم أرباحه يختار المستشفى سعره على منحنى الطلب عندما يتقاطع منحنى التكلفة الحدية مع منحنى الإيراد الحدي، كما هو موضح بالشكل (2-9) .



شكل (9.2) سياسات الانتاج والاسعار لمستشفى يستهدف الربح

فالسعر الذي يعظم الأرباح هو $P1$ والكمية التوازنية هي $Q1$ ، والفرق بين السعر $P1$

ومنحنى التكاليف المتوسطة عند ذلك السعر مضروباً في الكمية $Q1$ هو مقدار الربح.

ولأن المستشفى هو منشأة متعددة المنتجات ويكثر من يدفعون تكلفتها، ويمكنها زيادة ربحها بالتميز في الأسعار حسب مرونة الطلب لكل فئة من فئات المرضى ولكل نوع من أنواع الخدمة، وتتضمن مقدرة المنشأة على التميز في السعر أن لديها قوة في السوق، ويعتقد أن المرونة السعرية للطلب على غرفة المستشفى أكثر من مرونة طلب الخدمات المساندة لأن المرضى أو أطبائهم قد يفضلون العلاج خارج مستشفى آخر إذا كان سعر الغرفة مرتفعاً بالمقارنة مع البدائل الأخرى. وتعتبر رسوم الخدمات المساندة قليلة بالنسبة لسعر الغرفة على وجه العموم، ولهذا يعتبر الطلب غير مرناً نسبياً، وإذا أراد المستشفى تعظيم ربحه سيفرض

أسعار أعلى (مقارنة بالتكلفة) لهذه الخدمات ولمجموعة المرضى الذين يتصف طلبهم بقلّة المرونة السعرية.

ويتوقع هذا النموذج البسيط لسلوك تعظيم الربح أن المستشفيات ترفع أسعارها إذا زاد الطلب أو أصبح أقل مرونة أو إذا ارتفعت أسعار مدخلات إنتاجها ، وهذا النموذج السلوكي يمكنه أن يتوقع أيضاً بأن المستشفيات تسعى نحو تدنية كلفتها، فإذا حققت المستشفيات ربحاً فسوف تستثمر كل أرباحها في المجالات الأعلى عائداً، كمثال على ذلك يمكنها زيادة الأسيرة إذا ازدادت نسبة إشغالها، وتزيد استخدام التقنية التي تؤدي إلى تخفيض التكلفة، أو تضيف مرافق وخدمات أخرى، وهذه الخدمات والمرافق الجديدة ستكون مربحة في حد ذاتها، وستزيد عدد الأطباء الذين يلتحقون بالهيئة الطبية في المستشفى، مما يؤدي إلى زيادة الطلب على أسيرة المستشفى بشكل غير مباشر، وأهم جانب لهذا النموذج هو أن المستشفى يحدد أسعاره كالمنشأة التي تعظم أرباحها، ويخفض تكاليفها للحد الأدنى (حيث أن التكلفة المرتفعة تمثل ربحاً مفقوداً) ويستثمر في المشروعات المربحة فقط.

إذا كان الدخول حراً في سوق المستشفيات وهناك تمييز بين مستهلكيها، فلن تستمر زيادة الأسعار عن التكلفة المتوسطة ولن تكون هناك أرباح زائدة عن الأرباح العادية في الأجل الطويل ، وسيكون أداء هذه الصناعة مشابهاً للصناعة تعمل في ظل المنافسة الاحتكارية وما يرافق ذلك من تنافس في الأسعار وتنافس على الأطباء، وتسعى المستشفيات إلى إيجاد فروق بينها وبين المستشفيات الأخرى، وستعكس أسعار خدماتها ومجموعات مرضاها تكاليفها في الأجل الطويل، أما إذا كانت هناك موانع للدخول في هذه السوق فتستكون هناك أرباح فوق الاعتيادية لأن الأسعار ستزيد عن التكاليف المتوسطة.

غير مطلوب من المستشفى الغير ربحي أن يدفع ضرائب أو يوزع أرباحاً على المساهمين في إنشائه، مما يمنح مثل هذه المستشفيات ميزة نسبية على المستشفيات الربحية، والمستشفى غير الربحي، الذي يعمل كأنه ربحي يستخدم الأرباح والتبرعات التي تحصل عليها من المجتمع لتقديم رعاية مدعومة للفقراء أو لتخفيض أسعاره للجميع، وعليه سيكون المستفيد منه المجتمع ، لأن أرباحه تستخدم لتحقيق رغبة المجتمع في معالجة الفقراء، أو تخفيض أسعاره للمجتمع كله. فإذا سلكت المستشفيات الربحية مثل هذا السلوك وكانت بمستوى الكفاءة نفسها، وكان الفرق الوحيد بين هذين النوعين من المستشفيات هو أن المستشفى الربحي يجب أن يدفع الضرائب ويوزع أرباحاً على المساهمين فسيطرده المستشفى غير الربحي منافسيه الربحيين من السوق.

وكيف يعكس المستشفى غير الربحي الذي يعمل كمنشأة تعظم أرباحها سلوك

المستشفيات المشاهد في الماضي والحاضر؟

فبالنسبة لسياسات المستشفى في التسعير هناك ما يدل على أن المستشفيات غير الربحية تحدد أسعارها حسب مرونة الطلب السعرية، فقد كانت أسعار خدمات قليلة المرونة أعلى بكثير من تكاليفها الحدية - كالخدمات المساندة- بينما كانت قريبة من التكاليف الحدية بالنسبة للخدمات ذات المرونة السعرية المرتفعة (كسر الغرفة العادية وغرفة الولادة).

2- نماذج سلوك تعظيم المنفعة في المستشفيات:

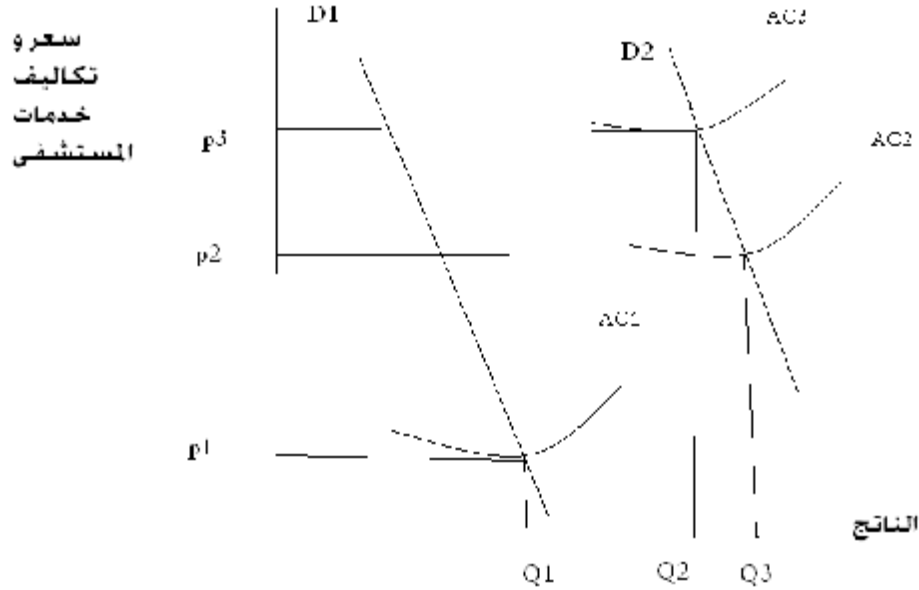
يفترض هذا النموذج أن المستشفيات تتصرف وكأنها تعظم إنتاجها أو إيراداتها في الأجل القصير، بوضع الأسعار وتحديد الإنتاج لتحقيق هذا الهدف، وبالاستثمار إما في توسيع طاقتها الإنتاجية أو في التقنية الموفرة للتكاليف، أو في مرافق وخدمات ينتج عنها أكبر زيادات في الإنتاج، وتعظيم تلك المستشفيات وأرباحها وتدني تكلفتها، لأنها بدون ذلك ستفقد جزءاً من إيراداتها التي تستطيع أن تزيد بها إنتاجها، فكما هو موضح بالشكل (2-10) فإن من يعظم أرباحه سيزيد إنتاجه إلى Q_2 ، التي تمثل نقطة على منحنى الطلب يتساوى عندها السعر مع التكاليف المتوسطة.

وهذا لا يعني أنه بالنسبة لكل خدمة أو لكل مجموعة معينة من المرضى أن السعر يساوي التكاليف المتوسطة، ولكن بالنسبة للمجموع الكلي للخدمات المرضى.

والنموذج أكثر واقعية للافتراض القائل بأن المنافع المستشفيات غير الربحية تذهب لمتخذي القرار في المستشفيات وهيئته الإدارية وأعضاء مجلس إدارته، يفترض أن لصانعي القرار دالة منفعة تشمل على نوعية وحجم المؤسسة التي يديرونها، ونوعية المستشفى ليست متغير دقيق التعرف، فقد تشمل النوعية على أنواع المرافق والخدمات التي تقدمها المؤسسة ونوعية هيئة الأطباء والأخصائيين ، وكذلك مستوى مؤهلات غيرهم من العاملين فيها وضمن هذا الإطار من (الكيفية والكمية) للنماذج السلوكية، يظل المستشفى يسعى لتعظيم أرباحه على المدى القصير من خلال استراتيجية التسعيرية، ولكنه يحاول استثمار ذلك الربح سواء في زيادة الكمية ، أو الطاقة، أو في التقنية المخفضة للتكاليف ، أو في المرافق والخدمات التي تؤدي إلى زيادة عدد المرضى، أو في استثمارات تدل على الهيبة والتميز المرتبط بالجودة والنوعية الراقية، وحيث أن النوعية والكمية بديلان لبعضهما في دالة المنفعة إلى حد ما، فإن على المديرين المفاضلة بينهما حسب الزيادة الحدية في المنفعة الناجمة عن زيادة النوعية أو زيادة الكمية.

إن نتيجة إضافة النوعية إلى أهداف المستشفى هي ازدياد التكاليف، كما هو موضح في الشكل رقم (2-10) فلنفرض ابتداءً، أن المستشفى يعمل على منحنى التكاليف المتوسطة، وحيث أنه لا يمكن المحافظة على أية أرباح فإن سعره في الأجل الطويل

سيكون $P_1 Q_1$ على التوالي، فإذا استثمر المستشفى في زيادة نوعية خدماته فإن ذلك سيؤدي إلى زيادة في تكاليفه، مما يرفع منحنى تكاليف المتوسطة T_2 . إلا أن زيادة نوعية الخدمات ستؤدي أيضاً إلى زيادة في الطلب على المستشفى مما يرفع منحنى طلبه إلى D_2 .



شكل (10.2) أثر زيادة النوعية على تكاليف المستشفى

وهذه الزيادة في الطلب قد تحدث كنتيجة لجذب أطباء إضافيين إليه وبعد حد معين فإن ازدياد الإنفاق على النوعية سيؤدي إلى زيادات قليلة أو طفيفة في الطلب. وعند ذلك فإن الزيادة النوعية قد تزيد العائدات الإضافية الناتجة عن الزيادات القليلة الطلب. ولكن بالإصرار على المزيد من نوعية الخدمات إلى ما بعد تلك النقطة، سيستمر منحنى التكاليف المتوسطة في الارتفاع ليصل إلى AC_2 ، ولكنها لا تؤدي إلى المزيد من الانزياح لمنحنى الطلب، وحيث أن الأموال التي تستخدم لزيادة النوعية يمكن استخدامها لزيادة الكمية بزيادة الطاقة الإنتاجية، فإن على مدير المستشفى أن يحدد الأوزان النسبية للعلاقة التبادلية بين الكمية والنوعية.

وتأثير نموذج المنفعة لمستشفى يحاول تعظيم كل من الكمية والنوعية، على الكفاءة الاقتصادية، هو أن أسعار الرعاية في المستشفى ستكون أعلى مما لو أن النوعية لم تتزايد باستمرار، فالزيادات المتواصلة في النوعية بدون تزايد في الطلب، سترفع منحنى التكاليف المتوسطة إلى أعلى وستؤدي بالتالي إلى نقص في الكمية وارتفاع في السعر، ثم إن المستشفيات ستقدم منتجات ذات نوعية أعلى من تلك التي يرغب المستهلكون في دفع قيمتها، ومثل هذا النموذج السلوكي يمكن أن يكون دقيقاً فقط عندما يكون هناك بعض العوائق للدخول في السوق، كالتكاليف المتدنية والنوعية المنخفضة أو أن يكون طلب المستهلكين على نوع

طلب المستهلكين على نوعية المستشفى مرناً وأسعار رعايتها مدعومة، فمع رية الدخول والمنافسة السعرية، ويمكن للمستهلكين اختيار مزيج السعر والنوعية الذي يعادل ما يرغبون في دفعه بدلاً من تفضيلات مدير المستشفى لمزيج النوعية والكمية، وستزداد نوعية الخدمات في مثل هذه الحالة استجابة لطلبات المستهلكين والجانب الآخر، إذا وجدت عوائق للدخول في السوق، أو أنه لا يجب على المستهلكين دفع سعر الرعاية في المستشفى بالكامل، فإن المستويات العليا من النوعية قد تنتج وستحدد حسب تفضيلات صناعي القرار في المستشفيات.

إلى أي مدى يتفق نموذج النوعية والكمية مع السلوك المشاهد؟

يظل هذا النموذج يتطلب استراتيجية تسعيرية لتعظيم الربح ولتخفيض التكاليف للحد الأدنى لأن العائدات المفقودة يمكن استخدامها لزيادة النوعية أو الكمية، وهذا النموذج يفسر أسباب قيام المستشفيات باستثمارات غير مربحة، أو تحافظ على خدمات غير مربحة طالما أن هذه الخدمات تضيف مكانة وهيبة على المستشفى أو المؤسسة، كما أنه يوحي بأن المستشفى سوف يستثمر في تقنية جديدة بمجرد ظهورها، وليس بالضرورة بسبب تأثيراتها على الطلب، بل بسبب تأثيرها على مركز المستشفى المرموق.

ويوحي نموذج الكمية والنوعية أيضاً بأن المستشفيات التي لها مثل تلك الأهداف ستعمل ضد دخول المستشفيات التي تستهدف الربح في مجتمعها، وتستخدم المستشفيات غير القائمة على الربح طريقة الدعم الداخلي المتبادل لخدماتها، وذلك لتغطية الخسائر المتعلقة بمكانة وهيبة المستشفى.

أما المستشفيات القائمة على الربح والتي ليس لها أهداف تتعلق بالمكانة وهيبة فهي لا تحتاج للدعم الداخلي لخدماتها، وبالتالي لا تلجأ لرفع أسعار خدماتها كما تفعل المستشفيات القائمة على الربح.

وتحاول المستشفيات القائمة على الربح التنافس مع المستشفيات اللاربحية بتخفيض أسعار الخدمات الأكثر ربحية إلى ما دون الأسعار التي تفرضها المستشفيات غير الربحية على هذه الخدمات نفسها، وتدعى المستشفيات اللاربحية بأن الخدمات الخاسرة ضرورية لتلبية احتياجات اجتماعية، وأن المستشفيات الربحية لا تنتجها خوفاً من تقليل أرباحها، ويرى آخرون أن إنتاج الخدمات الخاسرة من قبل العديد من المستشفيات الموجودة في موقع واحد يعتبر تكرار لا مبرر له، وتعتبر كثرة عدد المستشفيات التي تجري عمليات القلب المفتوح مثالاً على تكرار استثمارات تستهدف الهيبة فقط.

بالإضافة إلى ماسبق يمكننا وباختصار أن نضيف نوع آخر من النماذج وهو نموذج سلوك المستشفى الذى يسيطر عليه الأطباء، ويفترض هذا النموذج تعظيم الربح الطيب، أي أن الهيئة الطبية تسيطر على المستشفى ، كما يفترض أن القرارات التى يتخذها المستشفى تعكس أهداف الأطباء المستديمين وأنهم هم المستفيدون من المستشفيات غير الربحية .

2.17.2 المنافسة بين المستشفيات⁽¹⁾:

إذا كانت المستشفيات تعمل تحت ظل المنافسة التامة ، فلا بد أن يكون للمشتريين لخدماتها معلومات كاملة وحساسين للأسعار، وسيكون لدى المستشفيات الحافز لتقليل تكاليفها للحد الأدنى، وستتحدد نوعية الخدمات التى تقدمها على أساس تفضيلات المشتريين الذين يطلبون خدمات وتسهيلات مختلفة ويدركون المنافع الإضافية التى يحصلون عليها من النوعية المرتفعة أو الخدمات الأكثر تخصصا ، والسعر الإضافي الذى يجب أن يدفعوه لهذه الخدمات، وتعكس الفروق في أسعار نوعية الخدمات المختلفة ، تكلفة المستويات المختلفة النوعية ، ويستخدم المنتجون بدورهم اختلاف الأسعار لتحديد الخدمات التى ينتجونها ومستوى نوعيتها. وفي هذا السوق التنافسي المثالي ستؤدي المنافسة السعرية بين المستشفيات إلى أسعار تتساوى مع تكاليف الخدمات ، وسيحدد طلب المستهلكين مزيج الخدمات ونوعيتها .

فإذا انخفض عدد المستشفيات (أي ازداد تركزها) فسيكون في أماكنها رفع أسعارها، وما لم تنفذ قوانين مكافحة الاحتكار سيؤدي ازدياد التركيز بالاندماج إلى قوة احتكارية أكبر، مما يؤدي إلى أسعار أعلى، غير أن أسواق المستشفيات لم تعرف بالمنافسة السعرية، فمعلومات المشتريين لرعاية المستشفى عن الأسعار والنوعية قليلة، ولم يكن المرضى حساسين للأسعار لتزايد التغطية التأمينية لمتطلبات المستشفيات التى كانت تعوض على أساس تكلفتها ، ولم تكن الأسعار تعكس مختلف المستويات نوعية الخدمات ، ولأن ما ينفقه المرضى من جيوبهم كان قليلا جدا، فقد ازداد الطلب على الرعاية بقدر أكبر مما يجب ، بمعنى أن التكاليف الحدية تفوق المنافع الحدية للمريض من تلك الخدمات الإضافية .

وكان ينظر للنوعية أيضا على أساس مقاييس العملية الإنتاجية والهيكلية ، كآخر ماتوصلت إليه التقنية، وذلك بدلا من النظر إلى نتائج الخدمات الطبية .

وكلما ازداد عدد المستشفيات المتنافسة على عدد محدد من الأطباء ازدادت قوة الأطباء التفاوضية (قوة المساومة) ، وكان من السهل على الأطباء تحويل مرضاهم لمستشفى آخر . وباعتبار اهتمام المرضى بسعر الخدمات وتعويض المستشفيات على أسس غير سعرية، وتأخذ المنافسة الغير سعرية أشكالا متعددة ،

⁽¹⁾ فلديتين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 433 .

فالمستشفيات في أسواق أكثر تنافسا تحتفظ بفائض في طاقتها أكثر من المستشفيات في أسواق أقل تنافسا (أكثر تركزا) .

وعليه ، فالأطباء يضمنون بالارتباط مع مستشفى معين حصول مرضاهم على الأسرة اللازمة عند الحاجة، وتزداد التسهيلات التي يحصل عليها المرضى والأطباء - كالحصول على مكتب بالقرب من المستشفى بإيجار يقل عن سعر السوق - ولزيادة إنتاجية أطبائها تقدم لهم المستشفيات مساعدين، كالأطباء المتدربين، و المقيمين ، ونسبة أكبر من الممرضين المسجلين في وحداتهم التمريضية .

واشترت المستشفيات أيضا آخر ما توصلت إليه التقنية الطبية وزادت خدماتها ومرافقها، ولذا لا يجد الأطباء سببا لإحالة مرضاهم -مع احتمال أن يفقدوهم - إلى مستشفى آخر، كما قدمت المستشفيات الخدمات ذات التقنية الرفيعة كوسيلة لأفناع المرضى المحتملين بأنها مؤسسات ذات نوعية عالية .

ونتيجة للمنافسة غير السعرية ازدادت تكاليف المستشفيات، وذلك لأنها قدمت خدمات متخصصة، ولكنها لم تتوجها بمستوى كفاءة مرتفعة ، أي أنها لم تستفد من اقتصاديات الحجم ، وترفض المستشفيات التنافسية الانشغال بقضية احتواء التكاليف خوفاً من أن تفقد المرضى الذين يحيلهم لها الأطباء ، والنتيجة التي توصل إليها الباحثون وهي ارتفاع تكاليف المستشفيات في الاسواق الاكثر تنافسا (أقل تركيزا) هي عكس توقعات النظرية الاقتصادية التقليدية القائلة بأن الصناعات الأكثر تنافسا هي الأكثر كفاءة ، فإلإستفادة من اقتصاديات الحجم وإزالة المنافسة التي تؤدي إلى الهدر ، حسب مايرى مؤيدوا زيادة التركيز ، لا بد من تشجيع احتكار صناعة المستشفيات ، ثم إنهم يرون أن تشجيع الاندماجات يزيد النوعية لأن المستشفيات التي تجرى عمليات جراحية كثيرة تحقق نتائج أفضل من تلك التي تجرى عمليات قليلة . وبالرغم من ذلك فإن قوانين مكافحة الاحتكار مبنية على نظرية أن دمج المستشفيات الذي يقلل المنافسة سيزيد الاسعار .

18.2 محددات هيكل السوق⁽¹⁾:

مدى توافر اقتصاديات الحجم في المستشفيات بالنسبة لحجم السوق : أحد المحددات المهمة لهيكل السوق وبالتالي للمنافسة بين المستشفيات ، هو مدى توافر اقتصاديات الحجم وعلاقتها بحجم السوق، فتوافر اقتصاديات الحجم يعنى كلما ازداد إنتاج المنشآت ، قلت تكاليفها المتوسطة وفي حالة المنافسة السعرية ، فإن المنشآت ذات التكاليف الأعلى ، لن تستطيع البقاء في السوق وعند حجم معين للسوق ، تستطيع المزيد من المنشآت البقاء عندما

⁽¹⁾ فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص384.

يكون حجم الإنتاج الأقل تكلفة هو الأصغر ، أى عند حجم صغير من الإنتاج . فكلما كبر الحجم المطلوب لكي تصل المنشأة لنقطة أدنى تكلفة ، قل عدد المنشآت التي تستطيع المنافسة . والسبب المهم لتحديد مدى توافر اقتصاديات الحجم إذن هو التأكد مما إذا كان هيكل سوق المستشفيات هو احتكار طبيعي ، وبالتالي لا تستطيع إلا المستشفيات الكبيرة جدا تحقيق حجم التشغيل الأكثر كفاءة ، وأنه احتكار قلة وبالتالي تتنافس مستشفيات قليلة في السوق ، وأخيرا هل المستشفيات عبارة عن صناعة منافسة احتكارية ؟ وهل المستشفيات شبيهة بغيرها من الصناعات الأخرى؟ بحيث يمكن الاستفادة من العمليات الانتاجية ذات الحجم الكبير في مؤسسات صغيرة بالقدر الكافي الذي يسمح لعدد كبير من المنشآت بالبقاء معا في منطقة حضرية معينة ، بالإضافة إلى تحديد فائدتها في تحديد هيكل سوق المستشفيات ، فإن معرفة اقتصاديات الحجم المفيدة أيضا في تخطيطها، وذلك لأن مخططي المستشفيات يحتاجون للمعلومات نفسها المتعلقة باقتصاديات الحجم وتكاليف الانتقال للمستشفيات، وغيرها من التكاليف المستخدمة في نظام تنافسي لتحقيق الكفاءة الاقتصادية .

ومعرفة اقتصاديات الحجم لخدمة علاجية معينة ، لا تكفي لوحدها لتحديد هيكل سوق تلك الخدمة فالأمر يحتاج لعنصرين إضافيين، معلومات عن جودة البديل للخدمة، المعينة والسوق الجغرافية التي تشملها، فهيكل السوق يمكن أن يكون احتكاريا أو تنافسيا اعتماداً على تعريف السوق ولأي حجم من أحجام المستشفيات الأقل تكلفة ، كلما كبر حجم السوق ، كبر عدد المستشفيات القادرة على المنافسة في ذلك السوق .

وتعرف قوة المنشأة في السوق عموماً بأنها مقدرة المنشأة على التصرف بدون التعرض لأي ضرر اقتصادي كنتيجة لتصرفاتها، وهذا يعنى أن هذه المنشأة لن تخسر قدر كبيراً من مبيعاتها إذا رفعت سعرها بمقدار 5% مثلاً .

وتحديد هيكل السوق وتوافر قوة السوق في قطاع المستشفيات أصبحا أمرين مهمين جدا في السنوات الأخيرة، وذلك لتزايد عمليات دمج المستشفيات.

19.2 إعداد الرقم القياسي الطبي⁽¹⁾:

في الواقع أن الوحدات التي تقاس بها الخدمات الصحية تقليدياً، كالبنود التي تظهر في فاتورة المريض عند خروجه من المستشفى مثلاً، بعيدة جداً من المؤشرات المثالية لتكاليف العلاج والكفاءة، وبعض تلك الوحدات القياسية غير منسجمة لدرجة أنها لا تصلح لقياس أي شيء وأن وحدات القياس التقليدية المستخدمة لأغراض الدفع لا يبديون أنها وحدات قياس إنتاج حقيقة إذا عرفنا الإنتاج بأنه كل ما يمنح المستهلكين الرضا أو الإشباع أو المنفعة.

⁽¹⁾ فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 79 .

من المفيد قياس تكاليف أو أسعار الخدمات الصحية بالمنتج النهائي بدلاً من مدخلات إنتاج العلاج، إذا كان ذلك ممكناً، وهذه الطريقة تعكس أثر زيادة أو انخفاض إنتاجية مدخل الإنتاج أو التغيير في التقدم التقني على الخدمات الصحية وبالمثل يجب أن تركز دراسات الكفاءة والسياسات التي تقترح لتحسين الكفاءة. ويمكن أيضاً قياس سعر الخدمات الصحية بمرور الزمن ولتقييم كفاءة الطرق البديلة لتقديم الخدمات الصحية ولتفسير الاختلافات في استخدام خدمات صحية معينة، غير أن الاقتصاد الطبي لم يضع بعد مثل هذا المقياس بطريقة مرضية. وسوف ننقاش قياس الأسعار في مجال الخدمات الصحية ابتداءً من وصف وظائف ومحددات الرقم القياسي لأسعار المستهلكين ثم نتبعه بالرقم القياسي الطبي.

1.19.2 الرقم القياسي لأسعار المستهلكين:

ينظر للرقم القياسي لأسعار المستهلكين بصفة المقياس لتكاليف المعيشة، فالتغيير النسبي المئوي في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين من عام لآخر يؤخذ كمقياس لمعدل التضخم، أي المعدل الذي يجب أن يزيد به دخل الأسرة ليواكب الزيادة في الأسعار فقط، وتحتوي الكثير من عقود اتحادات العمل على بنود تزيد الأجور تلقائياً بالقدر نفسه الذي يزداد به الرقم القياسي لأسعار المستهلكين، وترتبط به كذلك مستويات منافع الضمان الاجتماعي ومعاشات التقاعد في بعض الدول، غير أنه يندر أن تتأثر معاشات التقاعد الخاصة بالتغيير في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين. وينظر إليه واضعوا السياسات المالية والنقدية كمؤشر هام لمعدل التضخم المالي في أغلب الدول، ويهدف الرقم القياسي إلى قياس ما تنفقه الأسرة المتوسطة في العام الحالي لشراء السلع نفسها التي اشترتها في سنة الأساس ويسمى هذا بمؤشر لاسبيرس⁽¹⁾.

وهناك صعوبات وجود أعداد مؤشر أسعار المستهلكين مثل:

- 1- تغطية السكان.
- 2- مشكلات اختيار العينة.
- 3- تغييرات النوعية والمنتجات الجديدة.
- 4- مكون الرعاية الطبية في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين

2.19.2 خلفية عن الرقم القياسي لأسعار الرعاية الطبية:

في عام 1990 كان وزن الرعاية الطبية في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين 6.5% متزايداً من 4.7% في عام 1981 في أمريكا.

(1) فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص78.

زيادة مكون الرعاية الطبية بحوالي 16.2% ترفع بمفردها الرقم القياسي لأسعار المستهلكين، فإن أثر مكون الرعاية الطبية لا يتوقف على الأجور وغيرها من المدفوعات لجزء كبير من السكان فحسب، بل ويؤثر أيضاً على تصور عامة الناس للتضخم المالي في الاقتصاد. وكمؤثر رئيسي وحيد لأسعار الرعاية الطبية فهو دائماً يستشهد به على التضخم المالي في ذلك القطاع، وينظر مكتب إحصاءات العمل لمكون الرعاية الطبية، كما ينظر للرقم القياسي لأسعار المستهلكين، كمؤشر لأسعار مجموعة ثابتة من السلع والخامات، وتقدم المسوحات الدورية لإنفاق المستهلكين، وهي المصدر الأساسي للمعلومات التي يتحدد على أساسها أوزان مكونات السوق الطبية للمجموعة السكانية الملائمة، فأسعار هذه السلعة هي التي يحاول مكون الرعاية الطبية في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين⁽¹⁾.

3.19.2 أعداد الرقم القياسي الطبي⁽²⁾:

1- تغطية السكان:

السكان الذين يغطيهم الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي هم بالطبع السكان أنفسهم الذين يغطيهم الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الشامل وهو مؤشر للخدمات التي تشتريها تلك المجموعة. لأسعار المستهلكين كمؤشر لأسعار خدمات الرعاية الطبية التي تستهلكها المجموعة السكانية

2- اختبار العينة والمكون الطبي:

هناك التحيزات النمطية بين الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي المحسوب والحقيقي، فلم تسعر في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي في الواقع إلا عينة صغيرة من السلع والخدمات الطبية الكثيرة والمتعددة الأنواع التي يشتريها المستهلكون. ولم يختبر مكتب إحصاءات العمل في الولايات المتحدة البنود المسعرة بطريقة الاحتمالات، بل اختارها بمساعدة من الجمعيات المهنية المعنية، فمن الواضح أن السلع والخدمات البسيطة نسبياً والرخيصة الثمن والتي تشتري غالباً هي التي اختيرت للتسعير، بينما لم تسعر تلك الأقل انتشاراً والأعلى ثمناً، ولا يعرف مدى تحيز هذه الطريقة في اختيار عينة المؤشر كما أن اتجاه التحيز ليس واضحاً. فمن الواضح أن السلع والخدمات المحذوفة هي الأعلى سعراً في المتوسط، ولكن المؤشر يقيس معدل التغير في السعر. أيضاً مشكلة تسجيل رسوم الأطباء وكيفية اختيارها ضمن عينة المؤشر.

(1) فلديتين، بول، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص79.

(2) فلديتين، بول، اقتصاديات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص93.

عموما الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي لا يزال مبنياً على أساس أسعار المستشفيات المعلنة في قوائمها.

3- تغيرات النوعية والمنتجات الجديدة:

يحاول الرقم القياسي الطبي تتبع حركة أسعار نوعية ثابتة من سلع وخدمات السوق، كما يحدث ذلك للرقم القياسي لأسعار المستهلكين العام. غير أن قياس نوعية السلع والخدمات الطبية تواجه صعوبات مثلاً كيف يمكن فصل التغيرات النوعية من تغيرات الأسعار عندما تتغير رسوم زيارة الطبيب وغرفة المستشفى أو قسط التأمين؟ فمن الصعب معرفة متى وكيف يدخل التغير في الإنتاج والنوعية في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي؟

4- الأدوية والوصفات:

من المنفق عليه على نطاق واسع أنه نسبة نموها وتبينها سريع ولكن مكتب إحصاءات العمل بالولايات المتحدة الأمريكية كان بطيئاً في إدخال الأدوية الجديدة في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي، ويتفق الاقتصاديون أن سرعة إدخال المنتجات الجديدة في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي يجعله أكثر تماثلاً لسلة السوق التي تشتري فعلاً. 5- خدمات المستشفى:

من الصعوبة عزل التغيرات في السعر عن التغيرات في النوعية في خدمات المستشفى، حددت خدمات المستشفى في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي بالرسوم اليومية، وكذلك بمؤشر رسوم غرف المستشفى شبه الخاصة كمؤشر لأسعار الخدمات الصحية، وهذا الاستخدام لرسوم غرف المستشفى شبه الخاصة لم يهمل مشكلات تغير النوعية فقط ولكنه افتراض أيضاً أن أسعار الخدمات الأخرى غير مشمولة في الرسوم الأساسية للغرفة تتغير بالمعدل نفسه وكذلك مؤشر موسع لرسوم خدمات المستشفى الذي ضم رسوم الغرفة الخاصة وغرفة العمليات وثمانى خدمات مساندة معينة.

وبالرغم من كل ذلك، فإن المكون الأكثر أهمية في مؤشرة رسوم خدمة المستشفى هو الرسم الأساسي لغرفة المستشفى، والتي تتغير نوعياً أي أنها غير ثابتة النوعية، فتعديل نوعية الخدمات المقدمة على أساس الرسوم اليومية للغرف يبدو متوافقاً مع محاولة تسعير سلة سوق ذات نوعية ثابتة.

6- التأمين الصحي:

معاملة التأمين الصحي في الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي تعد مثلاً آخر للمشكلات المتعلقة بالمفاهيم المتضمنة في تعديل النوعية.

7- الخدمات المهنية:

إن الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي يتجاوز أحياناً التقديرات المعدلة التي تزيد به أسعارهم، لأنه لا يأخذ في الاعتبار تحسينات النوعية.

مما سبق يجب التركيز على ثلاث نقاط وهي:

1- لم يصمم الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي كمؤشر أسعار شامل لكل الخدمات الصحية الطبية.

2- طريقة اختيار العينة أكثر دقة وعناية، بحيث أصبح من المحتمل أن يشبه الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي المؤشر الذي يمكن أن نتحصل عليه إذا ما تم أخذ كل البيانات الملائمة بدلاً من العينات في الحساب.

3- صعوبة أخذ التغير في النوعية والمنتجات الجديدة في الاعتبار تثير أسئلة حول ماذا

يجب أن يقيس الرقم القياسي لأسعار المستهلكين الطبي؟

وبناءً على النقاط السابقة ظهر بديل للرقم القياسي الطبي مثل⁽¹⁾:

1- مؤشر تكاليف علاج عينة ممثلة لمجموعة من الأمراض:

قدمت آن اسكيتوفسكي مشروعاً مفصلاً عام 1962 لمؤشر يجمع مؤشرات منفصلة لتكاليف علاج مرض معين، وذلك في مؤشر مركب يزن كل مكون بالنسبة المئوية للإنفاق على ذلك المرض المعينة من إجمالي ما أنفق على الخدمات الصحية خلال سنة ما، ويعتبر هذا المؤشر أكثر تكلفة في حساباته. ويواجه هذا المؤشر بعض الصعوبات.

2- أقساط التأمين:

الطريقة البديلة الأخرى التي اقترحها بعض الاقتصاديين لتقييم سعر الخدمات الصحية هي قياسه بأقساط التأمين، ويعلل ملفن ردر ذلك بأنه إذا كانت الخدمات الصحية يمكن شراؤها بالتأمين الصحي إذاً فسعرها يتناسب مع سعر ذلك التأمين ومن أهم مميزات هذه الطريقة هي بساطتها، وحقيقية التغيرات في الإنتاجية التي تؤثر على تكاليف تقديم الخدمات الصحية، غير أن مستخدمي هذه الطريقة سيواجهون مشكلات التصور المعتادة المتعلقة بقضية التغيرات النوعية.

20.2 التضخم :

مفهوم التضخم⁽²⁾ : يقصد به ارتفاع المعدل العام للأسعار خلال فترة زمنية محددة التي تكون عادة سنة واحدة أو أكثر ، وليس كل ارتفاع في الأسعار يعني تضخماً ، فقد يحصل

(1) فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 108 .
(2) نزار سعد الدين العيسى ، إبراهيم سليمان قطف، الاقتصاد الكلي مبادئ وتطبيقات ، دار مكتبة الحامد للنشر والتوزيع ، عمان الطبعة الأولى ص 257 .

ارتفاع أسعار سلعة معينة أو مجموعة سلع كالمنتجات الزراعية مثلا لأسباب تسويقية أو إنتاجية محصورة بتلك السلع كتأثير العوامل المنافسة على الإنتاج أو قد تكون الأسباب موسمية كارتفاع الطلب على السلع والخدمات الاستهلاكية خلال مواسم معينة مثلا هذه التغيرات لا تعتبر تضخما لأن مفهوم التضخم يتصف بالاستمرارية والشمول فهو من جهة يعنى ارتفاع في المتوسط العام لأسعار جميع السلع والخدمات المنتجة وبذلك تتحقق صفة الشمولية ، ومن جهة أخرى يعنى ارتفاع الأسعار هو ليس مؤقت بموسم معين أو عوامل طارئة وإنما هو ظاهرة مستمرة لسنة أو أكثر لأسباب اقتصادية كلية ، ويمكن قياسه بعدة طرق :

1- الرقم القياسي البسيط

2- الرقم القياسي المرجح

3- الرقم القياسي العام للأسعار المستهلك .

والتي سبق أن تطرقنا لها فى السابق .

21.2 التكامل الرأسي⁽¹⁾:

تغير هيكل سوق المستشفيات بمرور الزمن، فحتى أواخر السبعينات كانت المستشفيات في أغلب دول العالم المتقدمة مؤسسات غير ربحية ومستقلة وتنافس في الأسواق المحلية بصفة عامة، وتقدم خدماتها للمرضى المنومين. أما التوجه الحالي فهو يسير نحو أن يكون المستشفى جزءاً من منظومة كبيرة، تضم عدة مستشفيات وتكامل رأسياً، أي أنها تقدم خدمات متعددة المجالات ، كالعيادات الإسعافية، والتنويم، والجراحة الخارجية، والرعاية المنزلية، والرعاية المريضية في المنازل، وأصبح لدى بعض منظمات الرعاية الصحية مراكز للمتقاعدين، فانتماء المستشفيات المتعددة جعل هذه الصناعة أكثر تركزاً، وتختلف منظومات المستشفيات المتعددة كثيراً عن بعضها، ففي بعض الأحيان تكون اتفاقيات الانتماء للمنظمة ضعيفة نسبياً بحيث يحافظ المستشفى وموظفوه على سلطاتهم في اتخاذ قرارات الاتفاق والاستثمارات، والسبب في ضعف الانتماء هو أن المستشفى يود أن يستفيد من اقتصاديات الحجم كالاستفادة من المشتريات المشتركة، وفي الجانب المتطرف الآخر هو أن تندمج المستشفيات كلية مع بعضها، بحيث يفقد كل منها سيطرته الذاتية على نفسه، وعادة ما يكون السبب لمثل هذا النوع من التنظيمات هو أيضاً أن المستشفيات تود الاستفادة من اقتصاديات الحجم، كفوائد القروض المنخفضة، وسهولة الوصول إلى أسواق رأس المال وكذلك لتحسين إدارة أموالها، وتخفيض أقساط التأمين على سوء الممارسات الطبية، وأي من

⁽¹⁾ فلدستين ، بول ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 401 .

هذه الأسباب يتطلب أن يرتبط كل مستشفى مع المستشفيات الأخرى المشتركة معه في المنظمة ارتباطاً وثيقاً، والمستشفيات التي تعاني من انخفاض في معدلات شغل أسرتها وخدماتها الأخرى تواجه سياسات تعويضية متشددة، وأرباحها تتجه نحو الانخفاض، وتكون على استعداد أكثر للتخلي عن استقلاليتها لكي تبقى وتستمر في السوق. تغير دور المستشفيات وخطوط إنتاجها أيضاً، فبالإضافة إلى التكامل الأفقي بدأت المستشفيات تتكامل رأسياً في الدول المتقدمة، وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية، ففي سوق تنافسية فإن الهيكل التنظيمي الذي يتبلور هو ذلك الذي يستطيع وضع تكاليف الإنتاج عند حدها الأدنى في الوقت يفي بطلبات المشترين خدماته، وأدى وجود اقتصاديات الحجم وتعدد منتجات المستشفيات إلى قيام منظومات متعددة المستشفيات، ويمكن التكامل الأفقي أيضاً نظام المستشفيات من زيادة نصيبه في السوق في منطقة ما، وبالإضافة إلى ذلك يحاول النظام أن يكون لديه مستشفى تخصصي ليكون مركزاً تحول إليه المستشفيات المنتسبة إليه في داخل الإقليم مرضاها، غير أنه من الظواهر الحديثة تنويع خدمات المستشفيات المرتبطة ببعضها كالعلاجات الجراحية التي تجرى في العيادات الخارجية والمعدات الطبية المعمرة وبيوت التمريض، كما تسهم في منتجات التأمين الصحي حيث تشترك في المخاطرة، وذلك بالاتفاق مع منظمات المحافظة على الصحة وشركات التأمين. وكان الجمع بين مراحل الإنتاج المتتابعة وتوزيع الخدمات الصحية في منظومة واحدة نتيجة لتغيرات كثيرة في بيئة المستشفيات التنافسية، فالموظفون وبالتالي الشركات المؤمنة عليهم أبدوا اهتماماً كبيراً بتزايد أقساط التأمين الصحي، ونتج عن ذلك تغير كبير في حوافز مقدمي الخدمات وتحويل العمليات إلى خارج المستشفيات. وقد أسهمت التقنية الطبية في ذلك لأنها جعلت من الممكن تقديم خدمات التشخيص والعلاج في الخارج المستشفيات بما في ذلك المنازل، وبالإضافة إلى الاتجاه نحو الأسعار الثابتة والأسعار المحددة، إذ أن الموظفين، وشركات التأمين يركزون أكثر على إجمالي تكاليف الخدمات الطبية للموظفين وليس فقط على مجرد السعر المدفوع لمقدمي الخدمات الطبية كل على حدة، ونتيجة لهذه التغيرات في طريقة الدفع ازداد اعتماد مقدمي الخدمات على بعضهم، فازداد الحافز للتكامل الرأسي. وإذا حدث التكامل الرأسي أو لم يحدث، وإلى أي مدى حدث، فهو يتأثر بطبيعة تكاليف الخدمات الصحية، فتكاليف المعاملات الخاصة بالمستشفيات، أي تكاليف الإدارة والتنسيق المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية تشمل جمع المعلومات عن مختلف مقدمي كل من مكونات الخدمات الصحية والمفاوضات الخاصة بكل عقد، وعلى كل مجموعة من مقدمي الخدمات مراقبة الالتزام بالعقود، ومقدرة كل مستشفى على تنفيذها،

كما ترتبط تكاليف المعاملات بتنظيم، فمثلاً يمكن أن ينتج مستشفى خدمة معينة بنفسه أو يشتريها من مستشفى آخر، فمن المهم بالنسبة لقرارات المستشفى المتعلقة بالقيام بالخدمة أو

بشرائها توافر اقتصاديات الحجم في إنتاج الخدمة، والفرق في تكاليف المعاملات بين الخيارات المتاحة، وتكاليف المعاملات هذه بالإضافة إلى الأسعار التي تدفع للمواد الخام والعمل، هي جزء من تكاليف إنتاج الخدمة، فلكي تكون كفاءة لا بد للمنشأة من تخفيض تكاليف المعاملات، فإذا ازدادت تكاليف المعاملات الخاصة بالتعامل مع الموردين عن تكاليف المعاملات الخاصة بإنتاج السلعة، وظل كل العوامل الأخرى على حالها، فمن المحتمل أن تدخل المنشأة في عملية تكامل رأسي بالنسبة لعرض مدخل الإنتاج المعني، وعندما كانت طرق الدفع مبنية على أساس التكلفة، وكان كل مقدم خدمة يعوض بمفرده، كان هناك حافز ضئيل لمقدم الخدمة لكي يهتم باقتصاديات الحجم أو تكاليف المعاملات، فلم يكن مقدم الخدمة عرضة للمخاطرة نتيجة لسلوكه الخاص أو لسلوك غير.

22.2 تجارب في السياسة السعرية للخدمات الصحية :

1- تجربة أستراليا :

يعد واحد من أنجح برامج الخدمات الصحية الممولة من قبل الدولة في العالم ، في الوقت نفسه يسمح فيه بقيام القطاع الخاص بدور مهم في تقديم الخدمات الصحية ، ففي أستراليا تقدم الخدمات الصحية من خلال برنامجي دعم حكوميين⁽¹⁾: الأول لتقديم خدمات العلاج، ويسمى مدي كير Over the kerr يحدث من خلال تأمين العلاج المجاني لمواطني أستراليا في المستشفيات العامة الأخر، وتحمل معظم تكاليف علاجهم في العيادات والمستشفيات الخاصة .

والبرنامج الثاني هو نظام الصيدلانية Pharmaceutical Benefits Scheme Or PBS الذي تقوم بموجبه الحكومة الأسترالية بتحمل معظم تكاليف الأدوية التي يحتاج إليها المريض ، سواء كانت الوصفة الطبية صادرة من مستشفى حكومي أو خاص .

برنامج مديكير بدأ تطبيقه سنة 1975 ، وتقوم فكرته على تعويض مقدمي الخدمة الصحية في القطاع الخاص عن الخدمات التي يقدمونها للمستفيدين من البرنامج على أساس رسم محدد سلفاً لكل نوع من أنواع الخدمات الصحية ، ويمكن إجمال أهم مكونات البرنامج في التالي:

1- يتحمل البرنامج تكلفة مراجعة عيادات الأطباء العاميين في العيادات الخاصة ، و 85

% من تكلفة مراجعة الأطباء الاستشاريين ، والباقي يتحمله التأمين الصحي الخاص بالمستفيد أو المستفيد نفسه ، لذا فمعظم - إن لم يكن كل - خدمات العيادات الخارجية تقدم في أستراليا من خلال العيادات الخاصة .

⁽¹⁾ <http://www.aleqt.com/articie.php?do=show&id=5751>

2- يتحمل البرنامج كامل التكلفة العلاج في المستشفيات الحكومية ، التي تشكل معظمي المستشفيات، وفيها ثلاثة أرباع الأسرة الطبية في أستراليا ، ويحق لكل أسترالي العلاج في هذه المستشفيات مجانا .

3- يتحمل البرنامج 75% من تكاليف العلاج والتتويج في المستشفيات الخاصة ، وما زاد على ذلك يتحمله التأمين الطبي الخاص بالمستفيد أو المستفيد نفسه .

بالنسبة إلى نظام الإعانات الصيدلانية PBS فتعود بدايته إلى عام 1948 ، وتقوم فكرته على تقديم الحكومة الأسترالية دعما كبيرا لأسعار الأدوية ، فبعد الاتفاق بين الحكومة وموردي الأدوية على سعر دواء معين ، يوضع الدواء في قائمة الأدوية المدعومة ، بالتالي لا يدفع المواطن الإجزاء يسيرا من ثمنه وتتحمل الدولة باقي التكلفة، أيضا يحدد النظام سقفا أعلى لما يتحمله المواطن من تكلفة كل فاتورة دواء حيث حدد هذا السقف بمبلغ 4.9 دولار أسترالي لمحدودي الدخل ومستفيدي الضمان الاجتماعي ومن في حكمهم ، ولسواهم حدد السقف بمبلغ 30.7 دولار ، كما وضع النظام حدين أعلىين لإجمالي تكلفة الدواء التي يمكن أن يتحملها المواطن سنويا ، أحدهما لمحدودي الدخل والآخر لغيرهم ، وفي حال الوصول إلى الحد الأعلى الدواء إلى 4.9 دولار بدلا من 30.7 دولار وتبلغ التكلفة السنوية لنظام الإعانات الصيدلانية على الحكومة الأسترالية حاليا نحو خمسة مليارات دولار ، ويتحمل المستفيدون نحو 900 مليون دولار، مايعنى أن الحكومة الأسترالية تتحمل نحو 85 % من تكلفة الدواء عن المواطن الأسترالي .

هذا التنظيم الشامل مكنّ الحكومة الأسترالية من تقديم خدمات صحية راقية مجانية ، أو بتكلفة متدنية في الوقت الذي أتاحت فيه للقطاع الخاص لعب دور مهم في تقديم الخدمات الصحية، وفقا أسلوب يشجع هذا القطاع على التنافس لرفع جودة الخدمة وخفض تكلفتها على المواطن ، ونجاح هذا التنظيم وشعبيته الكبيرة بين الأستراليين قد يكون مؤشرا على امكانية نجاحه لدينا ومناسبته لقطاعنا الصحي، ودون أدنى شك هو أفضل من خيار التخصيص الكامل للمستشفيات .

2- مشروع الشراكة بين القطاعين العام والخاص :

يوفر مفهوم " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " الآلية اللازمة لتدعيم ركائز كلا القطاعين بهدف تأمين المجتمع بالخدمات التي تنسم بالتكلفة المنخفضة والجودة العالية ، ويتضمن هذا المفهوم إبرام اتفاقيات بين الجهات الحكومية والقطاع الخاص بهدف تصميم وإنشاء تمويل وتشغيل البني التحتية التي تطورها الحكومات عادة، وبالمقابل يحصل مشغل القطاع الخاص على جزء من العائدات المتحققة من التعرف الذي يدفعها مستخدموا هذه البني

، أو مدفوعات الخدمات الدورية التي تقدمها الحكومة ،أو خليط من الاثنين، ويستمر هذا النوع من الاتفاقيات عادة على مدى 25 إلى 30 سنة⁽¹⁾.

ومن المبادئ الرئيسية لهذا المفهوم هو تركيز الحكومة على تطوير سياسات تعتمد على متطلبات واحتياجات الخدمات ، بينما يتمثل هدف القطاع الخاص بتقديم الخدمات بأقل تكلفة وتوفير آليات لنقل المخاطرة .

ومن أهم مقومات نجاح هيكله وتطبيق هذا المفهوم أن يتم تحديد مهام كل طرف وهي كالتالي:

حيث من مهام القطاع الخاص زيادة عوائد الاستثمارات، وإدارة مخاطر المشروع ، وإنشاء الجدوى، وتحديد مجموعات تقديم المناقصات، وتوزيع الموارد وإدارة مخاطر الإنشاءات، والتجهيز، والعمليات والتمويل ، وتحديد المناقصة التنافسية والمربحة، وتحديد الاستراتيجية التمويلية، ومتطلبات استثمار الملكية .

أما القطاع الحكومي فعليه أن يختار المشاريع الملائمة لضمان أعلى مستويات القيمة، وتحديد الأهداف، وهيكله المشروع ، والمباشرة بتسليم الممتلكات ، والتفاوض في نقل المخاطر، وتحديد القيمة المالية، وآلية التسعير، وقياس الأداء وتحديد القيمة المالية للمشروع ، بالإضافة إلى هذه الاعتبارات الهيكلية ، هناك خمسة متطلبات رئيسية لإنجاح تنفيذ عملية " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " وهي الدعم السياسي والدعم العام ، والتشريعات الداعمة والخبرة وتحديد أولوية المشروع .

أما بالنسبة لحجم الاستثمارات التي تتطلبها عادة ما تكون كبيرة جدا فمثل هذا المشروع في قطاع الخدمات الصحية قد تصل الاستثمارات إلى مبلغ 3 مليار دولار أمريكي.

وتقوم مجموعة متنوعة من المساهمين بالتنسيق فيما بينها للتوصل إلى هدف مشترك من وراء تأسيس " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " :

- الأهداف من وراء تأسيس " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " مع أخذ تطلعات المجتمع بعين الاعتبار .

- توعية المجتمع حول مزايا تأسيس " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " .

- المناخ القانوني والتنظيمي الملائم لنمو " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " .

لقد انتشر نجاح مفهوم " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " على الصعيد الدولي بشكل كبير في ضوء ملائم لمختلف أنواع المشاريع، ومن أهم القطاعات التي نجحت فيها

(1) موقع الخبرات – النشرة العامة – 11-6-2007 نزار الهاشم إنجازات كابيتال " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " الرابط الإلكتروني http://www.injazatcapital.com/templates_ar/bulletinoverview.asp?categ=bulletin&id=54

هذا المفهوم خاصة بالمملكة المتحدة وأوروبا وأستراليا تشمل :- الطيران - النقل البرى-
السكك الحديدية - الصحة - الطاقة - المياه - الاتصالات - التعليم - الدفاع - الخدمات
البحرية .

مما سبق نستطيع تطبيق هذا المفهوم على قطاع الخدمات الصحية بمدينة بنغازي
كتجربة يمكن الاستفادة منها لدفع قطاع الخدمات الصحية للأمام .

الفصل الثالث

المستشفيات الخاصة وطبيعة نشاطها

الفصل الثالث المستشفيات الخاصة وطبيعة نشاطها

1.3 تمهيد:

تهدف الدول الحديثة في خططها التنموية الاجتماعية والاقتصادية إلى أهداف عديدة يأتي في مقدمتها الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين، الأمر الذي دعا البعض إلى القول بأن الإنسان وأن كان هو المستهدف بهذه الخطط هو في الوقت نفسه أدواتها، ولما كان المستشفى وسيلة مهمة التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية، فقد ازداد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها، ويتم ذلك عن طريق القطاع الحكومي في معظم الدول، وقد يتم في دول أخرى عن طريق إسهام الهيئات والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص في هذا المجال.

2.3 تعريف المستشفيات:

ويمكن تعريف المستشفيات - عامة أو خاصة - بأنها "منظمات مسؤولة عن تقديم خدمات صحية متكاملة تشخيصية وعلاجية وتعليمية وبحثية، والمستشفى كنظام إداري يستخدم موارد بشرية وفنية ومادية ومالية، تتزايد أحجامها وقيمها تواكبا مع التقدم التكنولوجي الصحي".
ويمكن تعريف المستشفى كما عرفته الهيئة الأمريكية للمستشفيات بأنه مؤسسة تحتوى على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتتويج، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين.

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفته من منظور وظيفي بأنه : " جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية". وقد رأت منظمة الصحة العالمية أن التعريف السابق لا ينطبق على واقع كثير من مستشفيات البلدان النامية، لذلك فقد عرفته بأنه " مؤسسة تكفل للمريض مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض"⁽¹⁾.

3.3 تصنيف المستشفيات :

(1) هيفاء بونعامه ، تطبيق محاسبة ال تكاليف في المستشفيات الخاصة بليبيا ، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة قاربونس، 2002، ص12.

يمكن تصنيف المستشفيات أو تقسيمها على أساس عدة معايير، من أهمها معيار الملكية والتبعية الإدارية، و معيار التخصص أو نوع الخدمة التي تقدمها المستشفى، كما يمكن تقسيمها على أساس الحجم أو الطاقة الاستيعابية للمرضي، بالإضافة إلي بعض المعايير الأخرى مثل موقع المستشفى، ومتوسط فترة، الإقامة، وغيرها، ويعتبر تصنيف المستشفيات على أساس الملكية و التبعية الإدارية و أيضا على أساس التخصص و نوع الخدمة هما الأكثر شيوعا، ويمكننا سردها على النحو الآتي (1) :

أولاً - التصنيف على أساس الملكية و التبعية الإدارية:

تصنف المستشفيات وفقا لمعيار الملكية و التبعية الإدارية إلي مجموعتين هما:

أ- المستشفيات الحكومية .
ب- المستشفيات الخاصة.

وفيما يلي نتناول بشيء من التفصيل كلا من هاتين المجموعتين:

أ- المستشفيات الحكومية:

يقصد بالمستشفيات الحكومية المستشفيات التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة، من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفق نظم ولوائح حكومية، تحكم سير وإجراءات العمل بهذه المستشفيات، وتأخذ المستشفيات الحكوميات عدة أشكال من أهمها ما يلي:

1- المستشفيات الحكومية العامة:

يطلق على هذا النوع من المستشفيات مسميات مختلفة في معظم الدول العربية منها وأيا كانت المسميات التي تطلق على هذه المستشفيات فإن أهم الخصائص المميزة لها تتلخص في أنها تكون مملوكة للدولة أو احدي الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها و تنظيم العمل بها وما تقدمه من خدمات وفق نظم و لوائح حكومية محددة، كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات تقديم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددتها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات، حيث أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع، كما تتميز هذه المستشفيات بأنها تضم بداخلها مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية المختلفة، بمعنى أنها مستشفيات تحتوي على تخصصات متعددة وغالبا تتبع وزارات الصحة.

2- المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة:

(1) عبدالعزيز ختمر، محمد الطعانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003، ص 11.

ويطلق علي هذا النوع من المستشفيات في كثير من الأحيان مسمى المستشفيات الحكومية الفئوية، ويتسم هذا النوع من المستشفيات بجميع خصائص ومواصفات المستشفيات الحكومية العامة من حيث الملكية و الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها، و لكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة في إنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية بذاتها ، وتقتصر في تقديم خدماتها علي العاملين في هذه الجهات وأسرهم، ومن هنا جاءت تسميتها بالمستشفيات الفئوية حيث تقتصر خدماتها علي فئات محددة من المواطنين، ومن أمثلة هذا النوع من المستشفيات في الدول العربية المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة والمستشفيات التابعة لشركات ومؤسسات القطاع العام.

3- المستشفيات الحكومية التخصصية:

وتتشابه هذه المستشفيات مع باقي أنواع المستشفيات الحكومية من حيث ملكيتها للدولة أو بعض الهيئات والمؤسسات الرسمية، ولكنها تختلف مع المستشفيات العامة في أنها تخصص في تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة، ومن أمثلتها مستشفيات العيون، والأطفال، والصدر والسرطان، وغيرها من الحالات المرضية، مثل مستشفى النهر الصناعي للعيون، ومستشفى الأمراض النفسية بالقوارشة، ومستشفى الأمراض الصدرية بالكوفية .

4- الوحدات العلاجية أو المستوصفات:

وتمثل هذه الوحدات العلاجية أو المستوصفات مستشفيات صغيرة الحجم، محدودة الإمكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، ولا تحتوي علي غرف أو أسرة لإيواء المرضى، وتنتشر في القرى والمناطق الريفية المختلفة، وتهدف إلي خدمات المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها علي الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض، أو إحالته إلي المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية.

5- المستشفيات الجامعية و التعليمية:

وهي مستشفيات حكومية من حيث الملكية ولكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة و التخصصية من حيث التبعية الإدارية، حيث تتبع هذه المستشفيات الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها، وفي معظم الأحيان يختلف نمط إدارتها عن المستشفيات العامة حيث غالبا ما يشكل لها مجلس إدارة من أعضاء هيئة التدريس بكليات الطب والصيدلة و بعض الشخصيات العامة، كما توضع لها بعض النظم واللوائح الداخلية الخاصة بها حيث تعتبر ضمن منشآت الجامعة التابعة لها. وتقدم هذه المستشفيات نفس خدمات المستشفيات العامة والتخصصية، كما أنها قد تحتوي علي بعض الأقسام التعليمية مثل: المشرحة والحوادث

والمعامل، والسموم، وغيرها من الأقسام التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العملي لدارسي العلوم الطبية علي الحالات و الأمراض والإصابات التي يقوم بعلاجها أعضاء هيئة التدريس.

ب - المستشفيات الخاصة:

تختلف المستشفيات الخاصة عن المستشفيات الحكومية في أنها تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، وتدار وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة. وتأخذ المستشفيات الخاصة شكلا أو أكثر من الأشكال التالية:

1 - مستشفيات بأسماء أصحابها:

وهي مستشفيات غير حكومية يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والاتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض، ويعتمد هذا النوع من المستشفيات علي خبرة وأصحابها ومهارتهم وسمعتهم وجودة الخدمة والرعاية التي تقدمها للمرضى.

2 - مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:

عادة ما تنشأ هذه المستشفيات بواسطة جمعيات أهلية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والجمعيات الخيرية، من خلال التبرعات والهبات والهدايا، وتقدم هذه المستشفيات خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم محدودة نسبيا تستخدم في تغطية النفقات المتعلقة بتطوير خدمات هذه المستشفيات وتشغيلها، ومن ثم فهذه المستشفيات لا تسعى إلي الربح و لكن العلاج فيها ليس بالمجان، ويتم إدارتها من خلال مجلس إدارة يضع النظم والقواعد المنظمة لمختلف مجالات العمل بها، وقد تأخذ مستشفيات الجمعيات الأهلية غير الحكومية شكل المستشفى العام أو المستشفى التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها مثل مستشفى جمعية الكفيف بنغازي .

3 - مستشفيات استثمارية:

وهي المستشفيات التي يملكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة، تهدف إلى تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور، وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة أو معظمها، طبقا لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي يحتويها، وغالبا ما تأخذ هذه الشركات شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محددة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنبا إلي جنب مع غيرهم من المساهمين، والذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين، و هذا النوع منتشر الآن في مدينة بنغازي .

ثانياً - التصنيف علي أساس التخصص ونوع الخدمة:

يمكن تصنيف المستشفيات الحكومية والخاصة علي السواء وفقا لمعيار التخصص ونوع الخدمة المقدمة إلي مجموعتين هما:

- مستشفيات عامة. - مستشفيات تخصصية.

وتتمثل الاختلافات الأساسية بين المجموعتين في أن المستشفيات العامة الحكومية منها والخاصة كما سبق أن أوضحنا مستشفيات متعددة التخصصات، تتوفر فيها الإمكانيات والتجهيزات والكوادر البشرية المتخصصة لتشخيص ومعالجة مختلف الحالات المرضية، وقد بدأ ظهور المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة الحكومية أو الخاصة استجابة للتوجهات العملية والتقنية، نحو التخصص في معالجة بعض الحالات المرضية أو إجراء بعض العمليات الجراحية المعقدة، أو توجيه عناية خاصة لبعض الحالات أو الأمراض، ونتيجة الميل إلي التخصص في المجالات الطبية ظهرت العديد من المستشفيات المتخصصة، ونذكر منها علي سبيل المثال: مستشفيات أمراض القلب، والأمراض الباطنة، والحميات، والأمراض العصبية والكلية والمسالك البولية، والنساء والولادة، والعظام، والأطفال، والعيون والعلاج الطبيعي ومصحات مدمني المخدرات، وغيرها من المستشفيات التي تعمل في فرع أو أكثر من التخصصات الطبية، ففي بنغازي مستشفى الأمراض النفسية، ومستشفى الجلاء للحوادث، ومستشفى الاطفال .

4.3 الوظائف الأساسية للمستشفى:

قد تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها، إلا أن هنالك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم، وهي باختصار كما يلي⁽¹⁾:

- تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية للمريض والمصاب.
- تعليم العاملين وتدريبهم في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية المساعدة.
- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة.
- توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة لتعزيز صحة المجتمع.

5.3 مميزات المستشفيات :

تتميز المستشفيات ببعض السمات التي تجعلها تختلف عن منشآت الأعمال الأخرى فيما يلي⁽²⁾:

(1) هيفاء بونعامة ، مرجع سبق ذكره ص 18 .
(2) هيفاء بونعامة ، مرجع سبق ذكره ص 19 .

- 1- أثر العرض والطلب: من المعروف أن المشروعات التجارية يزيد الطلب على منتجاتها بنقص السعر، ويزيد العرض بزيادة السعر، ولكن بالنسبة للمستشفيات كمنشآت متخصصة فإن العلاقة بين الطلب على الخدمة التي تقدمها وبين تكلفتها ليست طردية، وكذلك العلاقة بين العرض والتكلفة ليست عكسية بالضرورة.
- 2- درجة المنافسة: تتميز المستشفيات بقلة المنافسة بينها أو انعدام هذه المنافسة أحياناً، بخلاف ما يحدث في الأنشطة الأخرى.
- 3- حجم الأرباح: ففي حين نجد عرض المشروعات التجارية والصناعية هو تحقيق أكبر ربح ممكن، نجد أن هدف إنشاء المستشفيات تقديم خدمة صحية للمجتمع، وعن طريق الخدمة يمكن الحصول على عائد معين.
- 4- حجم الاستثمار: إن حجم الاستثمار في المستشفى غالباً ما يكون ضخماً الأمر الذي يتطلب إنشاء المستشفى من تجهيزات ومعدات مرتفعة القيمة، وقوى شبه متخصصة وعالية الكفاءة بالإضافة إلى الاشتراطات الصحية اللازمة سواء كان في البناء أو المعدات أو الأفراد.
- 5- طبيعة الخدمة: المستشفى هو مشروع يقدم خدمة العلاج ورجل الإنتاج الأول في المستشفى هو الطبيب.
- 6- التكاثر: من صفات المستشفيات إنها تتمتع بخاصية (التكاثر) فهي تنتشر في كل مكان وخاصة في الأماكن المزدهمة.

بالإضافة إلى ما سبق فإن هناك خصائص تتميز بها المستشفيات الحديثة⁽¹⁾:

- 1- يستلزم العمل بالمستشفى درجة عالية من التخصص .
- 2- وجود طوائف متباينة في اتجاهاتها وتخصصاتها ومستوياتها الاقتصادية والاجتماعية من المهنيين . وكل أصحاب مهنة واحدة يكون ولاؤهم الأول تجاه المهنة وليس المنظمة .
- 3- تعتمد الأنشطة المؤداه في المستشفى على بعضها البعض ، مما يتطلب درجة عالية من التنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة .
- 4- إن طبيعة العمل لا تتحمل الخطأ .
- 5- إن الأعمال أكثرها متغير ومعقد مقارنة بأي تنظيم آخر .
- 6- وجود رقابة إدارية محدودة على المجموعة المحددة لمستوى الإنفاق وهم الأطباء نظراً لصعوبة ترميط أعمالهم أو السيطرة على مراكز الأنفاق التي يعملون بها .

(1) مذکور ، فوزي ، تسويق الخدمات الصحية ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة ، إيتراك للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، سنة 1998 ، ص 194 .

- 7- صعوبة تحديد وقياس المخرجات .
- 8- إن الجزء الأكبر من العمل يحمل صفة الأستعجال أو الطوارئ وطبيعته لا تحتمل التأجيل .
- 9- ازدواج خطوط السلطة مما يخلق مشاكل تتعلق بالتنسيق.
- 10-تعمل المستشفى بصورة مستمرة ولمدة 24 ساعة يوميا ، مما يؤدي إلى العديد من المشاكل المتصلة بالجدولة والتكاليف و الرقابة .

6.3 الهيكل التنظيمي للمستشفيات :

يوضح الهيكل التنظيمي المستويات التنظيمية للجهازين الطبي الإداري في المستشفيات والوحدات التنظيمية المتدرجة تحت هذه المستويات، للقيام بتنفيذ النشاطات المرسومة لها لتحقيق أهداف المستشفى، فضلا عن تدفق المعلومات الرأسية والأفقية بين هذه الوحدات ويحقق الهيكل التنظيمي الجيد ما يلي⁽¹⁾:

- ضمان التنسيق بين النشاطات المختلفة: إذ يساعد بين مختلف أوجه النشاطات بالمستشفى في تلافي التكرار أو الازدواجية، وفي سد الاحتياجات المشتركة بين مختلف النشاطات، فضلا عن ربط النشاطات بعضها ببعض.
- الاهتمام بالنشاطات الرئيسية: وذلك بفصلها عن النشاطات الأخرى وتجميعها في وحدة تنظيمية منفصلة، حتى يتسنى إعطاؤها ما تستحقه من اهتمام، فعلى سبيل المثال يعتبر نشاط المعلومات الذي يمثل جميع المعلومات المتدفقة من الوحدات التنظيمية المختلفة من النشاطات الهامة ، التي تساعد إدارة المستشفى في اتخاذ القرارات الخاصة بأداء العمل وتطويره. من هذا المنطق يميل كثير من المتخصصين في التنظيم إلى أن تقوم بهذا النشاط وحدة تنظيمية منفصلة عن باقي الوحدات الأخرى.
- تسهيل الرقابة: وذلك بتجميع النشاطات المتقاربة في هدفها تحت إشراف مسئول واحد.
- الاستفادة القصوى من الخبرات المتخصصة: فتجميع الخبرات المتخصصة في مجال الجراحة مثلا في وحدة تنظيمية يتيح تحقيق فوائد عديدة المستشفى.
- تخفيض التكاليف: بإنشاء وحدات تنظيمية لكل نشاط من نشاطات المستشفى يزيد من تكاليفه التشغيلية، ولهذا قد يسهم تجميع أوجه بعض النشاطات المتشابهة نوعا ما بعضها مع بعض في تخفيض التكاليف، ويتضح ذلك جليا في المستشفيات صغيرة الحجم نسبيا .

(1) ثامر ياس البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، شارع الملك حسين الطبعة العربية 2005، ص 155.

عندما يتم دمج نشاط الإحصاء في نشاط السجلات والتقارير الطبية في وحدة تنظيمية واحدة، هو أمر يؤدي إلى توفير نفقات تعيين رؤساء لهذه النشاطات في حالة ممارستها من خلال وحدات تنظيمية منفصلة.

7.3 الأقسام التنظيمية للمستشفى:

من أهم الأقسام التنظيمية للمستشفى هي⁽¹⁾:

1- الأقسام الطبية:

وتمثل هذه الأقسام القطاع الرئيسي في المستشفى حيث تقدم الخدمة الطبية ومن أمثلتها: قسم أمراض الباطنة - قسم أمراض القلب - قسم العيون.

2- الأقسام الخاصة بالمستشفى:

والمقصود بالأقسام الخاصة تلك الأقسام التي تتميز بأهمية رئيسية في نشاط المستشفى والخدمة الطبية المقدمة ونجد أن بعض المستشفيات تهتم بهذه الأقسام وتخصص لها ميزانية كبيرة ومن بعض أمثلتها:

- غرف العمليات الجراحية.
- قسم العناية المركزة.
- قسم الأشعة.

3- الأقسام الإدارية والفندقية والخدمية:

ومن أبرز هذه الأقسام هي⁽²⁾:

أ- قسم الشؤون الإدارية والمالية :

يتكون هذا القسم من مجموعة من الوحدات الفرعية التي تكون الهيكل الإداري للمستشفى، ويرأسه في الغالب معاون الإداري لمدير المستشفى، والذي تتحصر مهمته وصلاحياته بالآتي:

- يشارك في تخطيط وتنظيم وتوجيه أعمال وفعاليات وأنشطة الأمور المالية والإدارية.
- يقترح ويشارك في إعداد الأنظمة والتعليمات التي تنظم العمل الإداري وشؤون الخدمات والصيانة.
- يقوم بتطبيق القوانين والأنظمة وقواعد وتعليمات الخدمة والعمل الإداري وتأمين مستلزمات وتنفيذها، وتنفيذ الأوامر والتوجيهات الصادرة من مدير المستشفى .
- يشارك في معالجة معوقات واختناقات العمل على مستوى المستشفى.

(1) هيفاء بونعامة ، مرجع سبق ذكره، ص 18.

(2) ثامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات ، مرجع سبق ذكره ص 157.

- يراجع نتائج أعمال الانشطة المرتبطة به للتأكد من سلامة سير العمل.
- يشارك في إعداد الميزانية ومناقشة الخطط .

وينقسم هذا القسم إلى شعبتين:

- شعبة الشؤون الإدارية وتشمل وحدة الإدارة الذاتية، ووحدة الإحصاء، ووحدة الخدمات العامة.
- شعبة الشؤون المالية ومن أهم أعمالها: تنظيم قوائم الرواتب، وإعداد الموازنات ، واحتساب الإيرادات، وغيرها من الأعمال المحاسبية.

ب- قسم إدارة الموارد (المشتريات والمخازن):

وهذا القسم يلعب دوراً هاماً وذلك بسبب:

- المواد التي يحتاجها المريض لا تخضع لاعتبارات الرغبة (كما هو الحال لدى المستهلك في السوق الاعتيادي)، بل تخضع لاعتبارات التشخيص والعلاج التي يحددها الطبيب، مما يستوجب توفيرها على وفق تلك المواصفات الطبية المناسبة.
- القرار المتخذ في وصف المادة لأغراض العلاج أو الرعاية الصحية يتم من الطبيب ، وليس للمريض دخل في تحديد مواصفاتها وشكلها.
- لا توجد معايير ثابتة للعمل الطبي في المستشفى لذلك يستوجب توفير المواد اللازمة لكل الحالات المحتملة.

عليه يمكننا تعريف إدارة المواد بالمستشفى بأنها "نظام متكامل من الوظائف والأقسام والمسئول عن توفير المواد من نقطة التجهيز إلى نقطة الاستعمال" ويمكن تحديد أهدافها كالآتي:

- المحافظة على استمرار العمل بالمستشفى من خلال توفير المواد اللازمة لذلك.
- اعتماد أساليب الرقابة المحكمة والدقيقة على المخزون من المواد الطبية والغير طبية.
- الاقتصاد في استعمال المواد الطبية بالشكل الذي يضمن تلبية كل طلب وحاجه لها، وعدم الامتناع عن التجهيز بحجة النفاذ.
- شراء المادة المناسبة بحيث تكون هي أفضل ما يمكن الحصول عليه ضمن الامكانيات المالية المتاحة.
- شراء الكمية المناسبة وبالسعر المناسب ومن المصدر المناسب وتسليمها في الوقت المناسب.

ج- قسم الخدمات الفندقية ويشمل المغسلة والتغذية.

د- قسم الهندسة والصيانة ومن أهم واجباته صيانة المعدات والتجهيزات الفنية والغير فنية .

8.3 استعمال مؤشرات الخدمات الصحية:

من أهداف هذه الدراسة رفع مستوى الكفاءة لهذه المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة، من خلال السياسة التسعيرية للخدمات الصحية، وهي تدرك أن هذه المراكز والمستشفيات تسير في طريق صحيح وسليم، وأن سياستها التسعيرية مناسبة، ويتضح لها ذلك من خلال استعمال بعض المقاييس والمؤشرات للخدمات الصحية، وهي متعددة تتعلق بالكفاءة والإنتاجية والفاعلية والأداء بالنسبة للخدمات الصحية ولكن سوف نذكر هنا ما هو أكثر أهمية وتحتاجه المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة، وهو مؤشرات تقويم الأداء للمستشفى نظرا لأن عملية الأداء تحتل اهتماما كبيرا لدى القائمين على إدارة المستشفيات الخاصة، ولما لها من أهمية وحيث أن الهدف الرئيسي من عملية تقويم الأداء ينصب نحو تطوير الأداء في العمل من خلال الطرق الآتية⁽¹⁾:

- وضع مقاييس معيارية خاصة بأداء العاملين، ويمكنهم الوصول إليها واستخدام هذه المعايير لقياس مستوى الأداء.
- قياس مستوى الأداء المتحقق لدى العاملين، لإعادة وضع مقاييس معيارية جديدة بهدف الارتقاء بمستوى الأداء الأعلى .
- العمل باتجاه أحداث تطوير مشترك يتقبله العاملين مع وضع خطة للمعدات المستعملة باتجاه استثمار الطاقات الإنتاجية المتاحة فيها لأقصى حد ممكن، وتعزيز نقاط القوة لهذه المراكز والمستشفيات الصحية.
- قياس ردود الأفعال المختلفة والمتحققة من وراء عملية التقويم وذلك لمعرفة فيما إذا كانت الأهداف المخططة أنجزت أم لا .

وتحتاج المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة إلى مؤشرات محددة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المتحقق ومعرفته، والتقدم الحاصل في عملها، وأن تعطى هذه المؤشرات دلالات واضحة ودقيقة عن مستوى ذلك الأداء، من دون أن تحدث اللبس أو الغموض لذلك. فإن هذه المؤشرات يجب أن تحتوى المتضمنات الشمولية التي يمكن من خلالها إعطاء تصور كامل عن مختلف الأنشطة والفعاليات التي تؤدي من قبل المراكز والمستشفيات الخاصة، ويمكن إجمال هذه المؤشرات وفقا للآتي⁽²⁾:

- 1- مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية : ويتمثل هذا المؤشر بعدد من التخصصات التي تتضمن: الأطباء، الملاك التمريضي، ذو المهن الصحية ، الإداريون والخدميون .

(1) ثامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات ، ص 202

(2) البكري ، ثامر ياسرى ، ص 204 .

يمكن اعتماد المقاييس الأتية في تحديد مستوى أدائهم ومنها:

عدد العمليات الجراحية خلال السنة

$$(1) \text{-----} = \text{عملية} / \text{طبيب}$$

عدد الأطباء الجراحين خلال السنة

عدد المراجعين للعيادة الخارجية

$$(2) \text{-----} = \text{مراجع} / \text{طبيب}$$

عدد الأطباء

عدد الأطباء المقيمين

$$(3) \text{-----} = \text{طبيب مقيم} / \text{إجمالي الأطباء}$$

عدد الكلي للأطباء

الأطباء الأختصاصيون

$$(4) \text{-----} = \text{اختصاص} / \text{طبيب}$$

مجموع الأطباء الكلي

2- المؤشرات الخاصة بالملاك التمريضي:

عدد الممرضات

$$(1) \text{-----} = \text{ممرضة} / \text{طبيب}$$

عدد الأطباء

عدد الممرضات

$$(2) \text{-----} = \text{ممرضة} / \text{مريض}$$

عدد الراقدين في المستشفى

عدد الأسرة خلال السنة

$$(3) \text{-----} = \text{سرير} / \text{ملاك تمريضي}$$

عدد الملاك التمريضي خلال السنة

$$(4) \text{-----} = \frac{\text{عدد الممرضين الجامعيين}}{\text{ممرض جامعي} / \text{ملاك تمريضي}} \text{مجموع الملاك التمريضي}$$

$$(5) \text{-----} = \frac{\text{عدد الإداريين}}{\text{إداري} / \text{ملاك المستشفى}} \text{مجموع الملاك الكلي للمستشفى}$$

3- مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية:

$$(1) \text{-----} = \frac{\text{عدد الأسرة في المستشفى} \times 360 \text{ يوم} - \text{مجموع أيام البقاء في المستشفى}}{\text{عدد الأيام التي يخلو السرير من المرضى}} \text{عدد المرضى المقيمين في المستشفى}$$

يقيس هذا المؤشر كفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية محددة .

$$(2) \text{-----} = \frac{\text{عدد المرضى المقيمين بالمستشفى}}{\text{عدد الأسرة المهيأة للمنامة}} \text{عدد المرضى المقيمين بالمستشفى}$$

$$(3) \text{-----} = \frac{\text{عدد الأجهزة الطبية العاطلة}}{\text{نسبة الأجهزة الطبية العاطلة}} \text{العدد الكلي للأجهزة الطبية}$$

$$(4) \text{-----} = \frac{\text{مجموع ساعات التوقفات والعطلات للأجهزة الطبية}}{\text{نسبة عدد ساعات التوقفات لساعات التشغيل}} \text{مجموع ساعات التشغيل الفعلية}$$

$$(5) \text{-----} = \frac{\text{كلفة الأدوية المستخدمة}}{\text{معدل حصة المريض من الأدوية}} \text{عدد المرضى الكلي}$$

خزين أول المدة - تخزين آخر المدة

$$(6) \text{-----} = \text{متوسط مخزون الأدوية} \\ 2$$

مجموع تكاليف الفحص المختبري أو الأشعة

$$(7) \text{-----} = \text{كلية كل حالة}$$

مجموع حالات الفحص المختبري أو الأشعة

مصاريف الصيانة الفعلية

$$(8) \text{-----} = \text{نسبة مصاريف الصيانة}$$

مجموع المبالغ المخصصة للصيانة

4- مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية :

عدد الوفيات من المرضى المقيمين

$$(1) \text{-----} = \text{نسبة الوفيات المقيمين}$$

عدد المرضى المقيمين

عدد الشكاوى بالمستشفى

$$(2) \text{-----} = \text{نسبة الشكاوى للمراجعين}$$

عدد المراجعين

5- مؤشرات تتعلق بالإنتاجية :

مخرجات المنظمة ككل

$$(1) \text{-----} = \text{الإنتاجية}$$

المدخلات الكلية المستعملة

6- مؤشرات تتعلق بالكفاءة:

المخرجات الفعلية

$$(1) \text{-----} = \text{الكفاءة}$$

المخرجات المخططة (المعيارية)

وأخيرا يمكننا أن نقول أن استعمال المؤشرات الخدمات الصحية يساعد من الارتقاء

بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة وينميتها .

ولكن لوحظ من عينة الدراسة أن نسبة (30%) فقط من المراكز والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي توافق على استعمال مثل هذه المؤشرات والتي لها مردودا ايجابيا على تقديم الخدمات الصحية .

9.3 الجمع بين فن الإدارة والمهارة لمدير المستشفى :

هناك سؤال يطرح نفسه ،وهو إلى من يعهد بإدارة المؤسسات العلاجية في المستشفيات سواء كانت عامة أم خاصة؟⁽¹⁾

بداية يرى د. سامي محمد داوود مدير مستشفى الملك عبد العزيز ومركز الأورام أنه من الأفضل أن يكون مدير المستشفى طبيبا، ولكن بشرط وهو أن يكون مؤهلا في هذا الجانب، بمعنى أن يكون متدربا في الشؤون الإدارية وملما بأعمال إدارة المستشفيات، ويسانده ويدعمه فريق عمل متكامل من أطباء المستشفى، و يقول : " من وجهة نظري أنه عندما يكون مدير المستشفى إداريا متخصصا وليس طبيبا فإنه تكون هناك حلقة مفقودة بين الإدارة والأطباء، ويحدث نوع من الحساسية في التعامل إضافة إلى أن الطبيب (المدير) يكون أكثر إماما وقربا لمشاكل الأطباء واحتياجات المستشفى لأنه يتعامل مع فريق عمله بصفة يومية وعن قرب بصفته طبيبا قبل أن يكون أداريا "

ويضيف د. داوود قائلا: "هناك تجارب عالمية عديدة أثبتت أن الطبيب الإداري أفضل وأنجح في إدارة المستشفيات، ويكفي أن هارفارد يديرها استشاري وجراح متخصص في القلب " .

ويشير د. داوود إلى النمط الإداري الصحيح الذي يجب أن ينفذ وهو عدم المركزية من قبل المدير الإداري، حيث يجب أن تكون هناك مسؤوليات وصلاحيات لجميع المديرين المسؤولين عن الشؤون المالية والقانونية والطبية والهندسية في نفس المركز الطبي، على أن يمارس مدير المستشفى دوره كإشراف عام وتوجيه، وفي هذا النمط شفافية في التعامل وتعاون أكبر أقرب للتفاهم .

واعتبر د. عبد المنعم حسن الشيخ مدير مستشفى الملك فهد العام أن الطبيب الإداري أقرب للتفاهم مع أطباء المستشفى من المدير الإداري، حيث أن الطبيب الإداري لا تقتصر إدارته على النحو الإدارية فقط، بل تقع على عاتقه مسؤوليات وهي التعرف على كل الإشكاليات الموجودة، ومطالب الأطباء ، واحتياجات المستشفى، وطبعا الجانب الإنساني الذي يتمثل في زيارة المرضى بصفة يومية كجزء من برنامج عمله، وأيضا حضور بعض الاجتماعات الصباحية مع مختلف الأقسام الطبية .

⁽¹⁾ موقع على شبكة المعلومات الدولية الإنترنت ، الرابط الإلكتروني:

10.3 التحديات التي تواجهها الخدمات الصحية :

تواجه المراكز والمستشفيات الصحية الخاصة عدة تحديات، وان الأهمية النسبية لكل من تحديات المستشفى تتباين كثيراً من مستشفى إلى آخر أو من وحدة داخل المستشفى إلى أخرى تبعاً لعوامل كثيرة مثل حجم المستشفيات وبيئتها ومجال تخصصها. ويمكن تلخيص التحديات المشتركة التي تواجهها إدارات المستشفيات في كل أنحاء العالم بما يأتي⁽¹⁾:

1- التغيير في البيئة :

وتعني التغيير في البيئة المادية التي يوجد فيها المستشفى، وتؤثر في المستشفى بصورة مباشرة وغير مباشرة، فمثلاً زيادة التلوث يسبب زيادة في أمراض معينة كالربو.. من جانب، كما أن ارتفاع تكاليف إدارة البيئة تؤثر في كلفة الرعاية الصحية، وهذا يعني أن الموارد الخاصة بالرعاية المباشرة للمريض ستقل.. من جانب آخر. فعلى سبيل المثال فإن تنظيم التخلص من مخلفات ونفايات المستشفى بصورة غير ضارة بالبيئة يتطلب كلفاً إضافياً. فضلاً عن عوامل بيئية أخرى تتمثل بالتغير في القوانين واللوائح الصحية، فضلاً عن الضغوط المالية المتنوعة ومحدودية الموارد.

2- التغيير في التركيبة العمرية للسكان :

ازدياد أعداد المعمرين نتيجة التطور والاستمرار بالبحوث الطبية التي أدت إلى زيادة المعدل والمدى للأمراض التي يمكن معالجتها، والسيطرة إلى حد ما على الأسباب الفسلجية للموت المبكر، مما أدى إلى ازدياد أشكال وحالات الأمراض المزمنة كالضغط والسكر.. الخ والمتزامنة مع التغيير في التركيبة العمرية للمجتمع، مما دفع إلى أن يكون مراجع الخدمة الصحية مستهلكاً للخدمة أكثر من كونه زبوناً، مما يضيف تحدياً آخر لإدارة المستشفى.

3- التطورات التقنية والتكنولوجية:

زيادة البحوث والابتكارات والتقنيات أدت إلى ظهور مبتكرات تكنولوجية جديدة في خدمات معينة كجراحة الناظور مثلاً، وتكون مثل هذه المبتكرات التكنولوجية بمثابة تهديدات للمستشفيات المبتعدة عنها، وفرصاً للمستشفيات التي تحاول إن تعشق معها. كما إن هذه البحوث والتطورات لا تقف عند حد معين مما يسبب تحدياً كبيراً للمستشفيات إذ تتولد الحاجة إلى اتخاذ القرارات حول تقليص أو إلغاء بعض الخدمات الحالية، أو حول كيفية توزيع الموارد المالية على الخدمات الحالية والجديدة، وكذلك الحاجة إلى ملاك أكثر تدريباً وأكثر دافعية للعمل، فضلاً عن أن التطورات التكنولوجية والمصحوبة بدخول الحوسبة والحاجة إلى

(1)، تامر ياسر البكري ، غسان عبد الرزاق العبيدي ، التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة ، بحث مقدم إلى المؤتمر الأول لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية ، جامعة العلوم التطبيقية ، الأردن ، ص 3

بيانات ومعلومات مواكبة للتطور، برزت أهمية إيجاد نظام للاتصالات داخل وخارج المستشفى وبكفاءة وفاعلية أكثر من السابق.

4- زيادة وتباين توقعات المرضى والجمهور:

زيادة الوعي واتساع مدارك الجمهور بطبيعة عمل المستشفيات ومنتسب نتيجة لزيادة المعرفة والثقافة العامة للمجتمع، فضلاً عن تعدد مصادر المعرفة مثل المجالات الطبية والصحف وبرامج التلفزيون والانترنت.. الخ، كل ذلك أدى إلى زيادة في توقعات الأفراد مصحوبة برغبة في الشكوى، فهم يريدون المشاركة في القرارات المتعلقة بكيفية علاجهم ومعرفة الخيارات والبدائل المتاحة لخطوات العلاج، ويرغبون في المشاركة في وضع اللوائح الصحية، مما قوى الحاجة للانتباه أكثر للصورة التي تريد أن تكون عليها المستشفى. كما إن زيادة التوقعات لدى المرضى والجمهور يتطلب تقديم خدمة صحية ذات نوعية أعلى لملافاة تلك التوقعات، هذا فضلاً عن زيادة الخيارات المتاحة لدى المرضى والتغير في التركيبة المكانية للسوق الصحي، برزت الحاجة لتبني فلسفة ذات رؤية تنافسية أكثر والبحث عن تلك الميزات التنافسية التي تميز المستشفى من غيرها.

5- زيادة معدلات الإصابة والانتشار لأمراض معينة :

زيادة أشكال الأمراض المزمنة المتزامنة مع التغير في التركيبة العمرية للسكان وازدياد عادات صحية سيئة كالتدخين واحتساء الكحول أدى إلى زيادة في الأشكال الحادة للأمراض كأمراض القلب والشرابين. وان كل ذلك يتطلب العمل بكفاءة أكثر لمواجهة هذه الزيادة في الطلب على الخدمة الصحية، فضلاً عن الحاجة لتقليل الكلف المتأتبة عن تصحيح الأشياء الخاطئة والعمل ضمن مفهوم التلف الصفري ، مما يشكل تحدياً قوياً أخراً لإدارة المستشفى، فضلاً عن انتشار أمراض لم تكن موجودة من قبل كالإيدز، مما يشكل تحدياً مضافاً يتمثل في فحص كل قناني الدم وقبل إعطائها للمرضى للتحري عن فيروس العوز المناعي أو التأكد من أن تلك القناني قد تم فحصها مختبريها، فضلاً عن اتخاذ سلسلة من الإجراءات الوقائية كالتعقيم والكفوف الجراحية المزروجة عند إجراء التداخلات الجراحية.

11.3 أهم مشاكل المستشفيات الخاصة:

لاشك في أن أي منشأة خاصة (في مجتمع نامي أو لم يستكمل جميع جوانب التحضر) سوف تواجه العديد من المشاكل.و لكن الإدارة الواعية و المدركة لجميع ما يحيط بها تستطيع أن تجد الحلول الملائمة أما سوء الإدارة و ضعفها هو في حد ذاته مشكلة يجب مواجهتها و

التغلب عليها بإبعادها عن مركز اتخاذ القرارات وهذه المشكلة يترتب عليها العديد من المشاكل التي يمكن اعتبارها متغيرات تابعة يحتم أن تقل أو تتلاشى إذا انتهت المشكلة الأصلية. وسوف نستعرض بعض هذه المشاكل⁽¹⁾، ونوضح طبيعتها :

1- سوء الإدارة:

أي مستشفى خاص يحتاج إلي مهارة وعدم التهاون مع العاملين في المستشفى، وطبقا لما يتحدث عنه الأطباء أنفسهم أن المشكلة الرئيسية في إدارة المستشفى الخاص عدم القدرة علي الاستمرار علي المستوي المطلوب ، ولكن الواقع أن المشكلة الرئيسية في منشأة سواء كانت مستشفى أو غيرها تكمن في إدارتها ومهارة المدير وأعوانه.

2- خفض طاقة التشغيل تدريجيا:

على افتراض مضي مدة من نجاح المستشفى الخاص و اجتذابها لعدد ملائم من المرضى، تحاول إدارة المستشفى تخفيض طاقة التشغيل سعيا وراء مكاسب وقتية غير محسوبة قد تؤثر بعد ذلك علي مستوي الخدمة، و من أمثلة خفض طاقة التشغيل، الاستغناء عن بعض العمالة، أو الإقلال من أجهزة التكيف إن وجدت في التصميم الهندسي للمبني. و من أمثلة مشاكل خفض طاقة التشغيل إهمال الصيانة وعدم سرعة الإصلاح أو عدم تطبيق الاستبدال للأجهزة التالفة أو الاستحداث المستمر، وتحسين مستوي التجهيز الآلي بالمستشفى، وتكون النتيجة تحول جزء من مرضاهم إلي الحديث، ومن أمثلة ذلك استخدام أجهزة الكمبيوتر المتطورة، أو استخدام أجهزة الليزر والمناظير وغيرها من الأجهزة المتطورة لفترات قصيرة للغاية كمحاولة لإطالة عمر تلك الأجهزة.

3- انخفاض مستوي الخدمات:

من المشاهد في كثير من المنشآت الخاصة عدم المحافظة علي المستوي الجيد من الخدمات اعتقادا من القائمين عليها بأن الخدمات الأقل لن يدركها العميل أو المريض. فقد يرى البعض أن انخفاض مستوي الخدمات يجذب العملاء و المترددين و لكن أصبحت السمعة جيدة يعمل بها تلقائيا و يمكن الاستمرار دون ملاحظة التخفيض. و واضح أن مثل هذه الآراء بعيدة عن الصواب، لان العميل أو المريض يهمل بالدرجة الأولى ما يقدم له من خدمات و إذا كان هناك البعض الذي يحافظ علي مستوي خدماته فهو أولي بالتعامل. ولا ينصح أصحاب المستشفيات الخاصة بمحاولة تخفيض مستوي الخدمات بل زيادتها.

(1) أحمد محمد المصري ، إدارة الأعمال الطبية المستشفيات - الصيدليات ، كلية التجارة جامعة الأزهر ، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية ، 2005 ص 89 .

4- عدم الرقابة الجادة من قبل الإدارة:

كثير من الدول النامية والمتخلفة لا تضع للرقابة مكانها في العملية الإدارية، ولكن الرقابة ليست تشدداً أو تهديداً ولكن يلزم توفرها باستمرار علي جميع الأعمال داخل المستشفى، ولا سيما التفتيش والمراجعة المستمرة حتى لا يستغل بعض العاملين الفرصة للتلاعب والإهمال والأضرار بسمعة المستشفى.

والرقابة الجادة يعني إثابة المجتهد ومكافأته ، وعقاب المهمل ومجازاته ماديا بالخصم و ربما الاستغناء عن خدماته حتى يكون عبرة للآخرين.

وفي هذه الحالات التي تكون فيها الإدارة واعية ومدركة لكل ما يحدث تحت إدارتها ما يدفع المرؤوسين إلي الاهتمام والإتقان للعمل وعدم الإهمال.

5- تسيب جهاز التمريض:

الشكوى الدائمة والمنتشرة في كثير من المستشفيات الخاصة والمراكز العلاجية وعدم دقة الرعاية الطبية المقدمة من جهاز أوطاقم التمريض وعدم الاهتمام بالتمريض سواء في معاملة المرضى أو ذويهم المرافقين لهم، إلا في حالات خاصة عندما يكون العطاء المستمر و السخاء.

وفي بعض المستشفيات الخاصة، لا يجد المريض ومرافقيه العناية الملائمة بدون هذا المقابل النقدي، وإدارة المستشفى التي لا تدقق في اختيار جهاز التمريض والأعضاء المنضمين إليه وتراقب تصرفاتهم تفقد السمعة الطبية وقد يفضل المرضى الذهاب إلي مستشفيات خاصة أكثر حزماً مع جهاز التمريض وأعضاؤه.

6- محاولة خفض التكلفة علي حساب الجودة:

الجودة في الأداء والخدمة والوصول إلي مستوي مرتفع في المستشفى الخاص يتطلب من الإدارة اهتماماً زائداً وعدم التنازل عن مواصفات الجودة والمشكلة التي تواجه إدارة المستشفى الخاص هي محاولتها خفض التكاليف الجارية للمستشفى علي حساب جودة الأداء لأن المريض أو النزير في المستشفى سرعان ما يكتشف هذه المحاولة والتي تظهر في حجم الرعاية والدواء والطعام وخدمة الغرف وغيرها.

والنصيحة التي نقدمها إلي إدارة المستشفى الخاص عدم الدخول في هذه المحاولة لأنها سوف تولد لها الكثير من المشاكل التي هي في غني عنها.

والمستوي اللائق لخدمات المستشفى الخاص مقياسا تقاس بها الجودة والوفاء بتعهدات الإدارة أمام عملائها.

7- تدخل الجهات الرسمية:

كثيرا ما تكون الجهات الرسمية تفرض نفسها علي المستشفى الخاص عن طريق القوانين والقرارات التي تصدر من السلطة الرسمية لحماية مصالح المواطنين. والإدارة الواعية هي التي تقي نفسها الدخول في نقد من الجهات الرسمية التي تستطيع سحب الترخيص أو حجب من المستشفى أوفي بعض الحالات الغلق الإداري الذي لا يسهل إزالة آثاره.

8- الضرائب و إجراءات الحصر الضريبي:

كثيرا ما نسمع عن قفل أو إغلاق مستشفى خاص بسبب مطالبتها بضرائب باهظة أو استخدام مصلحة الضرائب لأسلوب التقدير الجرافي الذي يعني أن مصلحة الضرائب لم تجد ما يثبت انتظام الحسابات وتوفر المستندات الصحيحة وهذه المشكلة سببها الأصلي عدم إتباع الأسلوب المحاسبي السليم وإجراء القيود في الدفاتر المحاسبية طبقا للأصول المتعارف عليها.

9- الشكاوى الكيدية:

الشكاوى الكيدية يجب إلا يلتفت إليها ، ولكن هناك من الصحف والمجلات التي تحاول الاستفادة من الشكاوى الكيدية لكسب صحفي أو كما يقولون الحصول علي سبق صحفي غير مسبوق، وهذه المشكلة يجب التصرف فيها بأحدي طريقتين: أولها: التجاهل التام و تركها للسقوط لأنها لا تستند إلي حقائق. وثانيها: التصدي الفوري وكشف أسرارها طالما هناك ضرورة لكشفها حتى تكون الشكاوى الكيدية مردودة إلي أصحابها، وعندما يتأثر الرأي العام يجب التعامل مع الجمهور بعقل واقتناع.

10- رفض حالات لعدم القدرة على الدفع من قبل المريض:

وهذه المشكلة يرددها بعض أصحاب المستشفى الخاص ويعلمون بأن المستشفى، لا تعمل في الخدمات المجانية، ولان بعض مديري المستشفيات الخاصة لا يمكنهم قبول مبدأ إعفاء المريض من تكلفة العلاج إلا في حالات خاصة جدا. وهناك بعض المستشفيات الخاصة التي تقبل حالات علاج مجاني محدودة بهدف الدعاية أو إبراز العنصر الإنساني أو لأسباب خاصة، وذلك بدلا من رفض حالات العجز عن دفع النفقات أو الامتناع عن قبول الحالة قبل سداد مقدم كبير بصرف النظر عن قدرة المريض علي الدفع.

11- خلاف الشركاء:

عندما يكون المستشفى مكون في شكل شركة تضامن أو شركة توصية بسيطة، يثور الخلاف بين الشركاء، ولا تلبث الشركة أن تتحل ويخرج منها البعض لأسباب شخصية، ولهذا نجد أن المستشفيات الخاصة التي تتم بين عدد من الأطباء أو من غير الأطباء تكون فترة بقائها في العمل محدودة.

ويلاحظ أحيانا أن مثل هؤلاء الشركاء إذا لم يعترفوا بأن هناك من هو أقدر أو أكثر قدره علي الإدارة وهو الأولي لتولي المسؤولية وفي مقابل عادل ومتعارف عليه فيما بينهم فان النزاع والخلاف هو الشيء المتوقع لهم.

12- التوقعات غير الصحيحة:

هناك بعض المستشفيات أو المراكز الطبية التي تبنى علي أساس توقعات غير صحيحة من قبل أصحابها، وعندما يستند أصحاب المستشفى علي نجاح سبق أن حققه مستشفى في منطقة معينة دون دراسة أسباب هذا النجاح، فقد يكون هذا النجاح لأسباب غير ظاهرة، و بناء فكرة إنشاء مستشفى علي احتمال تحقيق نفس النجاح، و ينسي هؤلاء أن النجاح لا يتحقق بالحظ بل وراؤه جهود كبيرة و قوية و إدارة واعية قادرة علي تحقيقه، و ما القياس إلا نوع من الاجتهاد والمجازفة غير المحسوبة، ولعل أكثر المشاكل من هذا النوع هو لعدم التصدي لها في وقت مبكر و التصرف السليم في وقت ملائم.

والذي يؤدي إلي تفاقم المشكلة وآثارها، و ربما ضيع المبالغ المستثمرة فيها، وقد تكون هذه المبالغ كبيرة، أو مقترضة من بنك من البنوك و لن يصبر البنك و سيتصرف طبقا للقانون.

فمثلا أن هناك من يتوقع لأي مستشفى خاص الضالة في الأرباح في الثلاث سنوات الأولي و يعقبها تصاعد في الأرباح لا يقل عن 70% من إجمالي رأس المال، وهذا التوقع لا يصح في جميع الحالات لأنه كما سبق أن ذكرت أن التخطيط يجب أن يستند إلي بيانات ومعلومات صحيحة و توقعات مدروسة بشكل جيد، ويعقبه بعد ذلك باقي مكونات العملية الإدارية.

وعلي الأطباء الذين يرغبون في إقامة مستشفى خاص ناجح إلا الدراسة الصحيحة و التأكد من الجدوى الاقتصادية للمشروع قبل الدخول فيه، والتعرف علي المشاكل التي يمكن أن تتعرض لها إدارة المستشفى حتى تستعد لها في وقت سابق لحدوثها ويكون حلها في حدود الممكن والمستطاع .

الفصل الرابع

التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية

الفصل الرابع التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية

1.4 تمهيد:

يمكن أن نلخص التشريعات القانونية والمتعلقة بالمراكز والمستشفيات الخاصة وذلك حسب ما ورد باللائحة التنفيذية للقانون رقم (6) لسنة 1430 ميلادية بشأن النظام التشاركي في مجال الصحة حيث تمارس الأنشطة الصحية على النحو التالي (1): -

عيادة طبية تدار من قبل طبيب ويساعده في ذلك عنصر طبي مساعد أو تشاركيه تضم عناصر طبية أو شركة مساهمه لإدارة مرفق صحي يمارس مؤسسوها النشاط الصحي فيها ،ويكون التردد على العيادات الطبية أو الإيواء في المرافق الصحية وبمقابل يصدر بتحديدته قرار من وزارة الصحة الواقعة في نطاقها،على أن يكون المقر الذي يمارس فيه النشاط الصحي مناسباً،كما تخضع هذه الجهات للرقابة والتفتيش من قبل وزارة الصحة والضمان الاجتماعي ،كما يؤذن لمؤسسات والمرافق الصحية باستيراد التجهيزات والمعدات والأجهزة اللازمة لتجهيزها ومستلزمات التشغيل غير المتوفرة ، كما تمنح الرخص وتخصيص الأراضي والعقارات اللازمة لمزاولة النشاط الصحي وكذلك منح القروض والتسهيلات الائتمانية المصرفية للمؤسسات الصحية المشار إليها لتوظيفها في الإنشاء والتجهيز والتشغيل والتطوير وذلك كله وفقاً للنظم المعمول بها في هذا الشأن .

2.4 أدوات الدراسة :

1- طريقة اختيار العينة وحجمها :

عينة الدراسة عبارة عن عينة عشوائية بسيطة ، ووفقاً لجدول مرجان(3) لتحديد حجم العينة فقد تم توزيع أستمارة الإستبان فى سنة 2009 على (90) فرد (حجم العينة) ، وهم يمثلون مدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازى منها، (7) أستمارات غير مناسبة للتحليل و(3) أستمارات فقدت وبذلك أصبح حجم العينة (80) فرد.

2- اطار العينة(3) :

هو قائمة (4)او رسم بيانى أو خريطة توضح جميع مفردات المجتمع موضوع الدراسة تساعد على اختيار حجم العينة ممثلة للمجتمع والذي يؤدى إلى الحصول على تقديرات مقبولة .

(1) انظر ملحق رقم (4)

(2) عبد العزيز، عمر عبد الجواد ، مقدمة الطرق الإحصائية مع التطبيقات التجارية، دار زهران للنشر والتوزيع عمان الأردن ، 1999، ص 20.

(3) أبوعلام، رجاء محمود، مناهج البحث فى العلوم التربوية والنفسية، دار النشر للجامعات ، مصر ، 2006، ص162.

(4) انظر ملحق رقم (1)

2- الإستبيان :

يركز هذا الفصل علي تقديم المعلومات والحقائق التي تم التوصل إليها من خلال تجميع ومعالجة البيانات إحصائياً، وهي البيانات التي تم الحصول عليها من الإجابات عن الأسئلة الواردة في استمارة الاستبيان، وذلك من واقع ميداني من خلال تطبيق هذه الدراسة. وقد تم في هذه الاستمارة استعمال مقياس ليكرت (1) ، وهو يتميز بسهولة الاستعمال وارتفاع درجة الثبات والصدق وتقليل من درجة التخمين وعامل الصدفة . ويتكون الإستبيان من:-

- عدد (8) أسئلة حول الصفات والخصائص الشخصية لأفراد مجتمع الدراسة، ومن هذه الخصائص: الجنس، ومكان الميلاد، والعمر، والمستوى العلمي، وطبيعة التخصص العلمي، ومدة الخبرة؛ في مجال الخدمات الصحية، ولقد اهتم هذا الجانب بتحديد مدى المشاركة السابقة في برامج التدريب المختلفة، وعددها إن تم ذلك .

- عدد (17) سؤالاً في مقابلة أجريت مع أفراد عينة الدراسة، وذلك عن معلومات عن المركز الصحى أو المستشفى الخاص الذى يتولى إدارته أو يعمل به .

- عدد (12) سؤالاً في مقابلة أجريت مع أفراد عينة الدراسة لتحديد اتجاهاتهم نحو محددات السياسة السعرية وما يتعلق بها ، وذلك وفقاً لاتجاهات الأفراد الذين تمت مقابلتهم من مجتمع الدراسة.

3- الأساليب الإحصائية :

ولقد استخدمت الأدوات الإحصائية المناسبة بواسطة الحاسوب⁽²⁾ لعرض البيانات والمعلومات وفقاً لطبيعة هذه الدراسة الاستكشافية الوصفية، حيث استخدمت كل من: الجداول التكرارية، والنسب المئوية⁽³⁾ أى إن تعرض البيانات في شكل توزيع تكرارى نسبى أى أظهر تكرار كل فئة كنسبة من المجموع الكلى .

- مجموع النقاط المرجحة.

- معامل الارتباط.

- اختبارات تحليل التباين

(1) أحمد عباده سرحان، فاروق عبدالعظيم أحمد ، الأحصاء ، الطبعة الثانية ، الإسكندرية ، 1987، ص45.

(2) أنظر ملحق (5)

(3) على غويس ، خيرى الدين، دليل البحث العلمى ، طبعة ونشر دار الفكر العربى ، القاهرة ، 2004، ص 68.

3.4 الصفات والخصائص الشخصية و العامة لمجتمع الدراسة:
 طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد البيانات الأساسية المتعلقة بصفاتهم الشخصية
 والوظيفية؛ وذلك من خلال (8) أسئلة في الجزء الأول، و(17) سؤال في الجزء الثاني من
 استمارة الاستبيان؛ واعتمد عليها في تحديد الصفات والخصائص الشخصية العامة لمجتمع
 الدراسة، لقد تم التركيز علي بعض من هذه الصفات والخصائص؛ وذلك علي النحو التالي:

1.3.4 الجنس:

لقد طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد الجنس: ذكر أم أنثي، وكانت محصلة
 الإجابات كما هي واردة في الجدول (1-4) التالي:

جدول (1.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الجنس

النسبة %	التكرار	الجنس
71	57	ذكر
29	23	أنثي
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن الأغلبية ممن يتولون إدارة المراكز الصحية والمستشفيات
 الخاصة هم من الذكور، ونسبتهم (71%)، أما النساء فنسبتهم على مستوى الإدارة (29%) فقط
 2.3.4 العمر:

طلب من أفراد مجتمع الدراسة سنة الميلاد، ووزعت الأعمار إلى أربع فترات كما هي في
 الجدول (2-4) التالي :

جدول (2.4)

توزيع افراد الدراسة حسب سنة الميلاد

النسبة %	التكرار	العمر
5	4	أقل من 25
22	18	من 25 لأقل من 35
42	33	من 35 لأقل من 45
31	25	من 45 فأكثر
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن أغلبية أفراد مجتمع الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 25 سنة إلى 45 سنة؛ ونسبتهم (64%) من المجموع الكلي لأفراد هذا المجتمع، وأن أربعة أفراد فقط أعمارهم أقل من 25 سنة، في حين أن كبار السن ممن تتجاوز أعمارهم 45 سنة قد بلغت نسبتهم حوالي 31%.

3.3.4 المؤهل العلمي:

وزعت مؤهلات أفراد مجتمع الدراسة، وذلك حسب المستوي العلمي لكل منهم، كما هو وارد في الجدول (3-4) التالي:

جدول (3.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المؤهل العلمي

النسبة %	التكرار	المؤهل
14	11	الإجازة الدقيقة "الدكتوراه"
14	11	الإجازة العليا "الماجستير"
34	27	الإجازة العلمية "طب"
5	4	الإجازة الأدبية "الليسانس"
3	3	الإجازة العلمية "محاسبة"
25	20	الدبلوم العالي
5	4	ثانوية عامة
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن معظم أفراد مجتمع الدراسة هم من الحاصلين علي الإجازة العلمية "طب"، وذلك بنسبة (34%)، أما النسبة الأقل (3%) فمن لديهم الإجازة العلمية محاسبة. والغالبية العظمي من أفراد مجتمع الدراسة حاصلين علي مؤهلات جامعية فما فوق، ومجموع نسبهم (95%).

4.3.4 جهة التخرج:

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد جهة التخرج، وقد كانت محصلة إجاباتهم موزعة كما هي موضحة في الجدول (4-4) التالي:

جدول (4.4)
توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب جهة التخرج

النسبة %	التكرار	جهة التخرج
22.5	18	جامعة قاريونس
45	36	العرب الطبية
7.5	6	أخرى
10	8	خارج ليبيا
85	68	المجموع
15	12	إجابة مفقودة
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن معظم أفراد مجتمع الدراسة هم من خريجي جامعة قاريونس و العرب الطبية، وإجمالاً تصل نسبتهم حوالي (67%).
5.3.4 المهنة:

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد المهنة، وقد كانت محصلة إجاباتهم كما هي موضحة في الجدول (4-5) التالي:

جدول (5.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المهنة

النسبة %	التكرار	المؤهل
33	26	موظف (إداري)
51	41	طبيب
4	3	طبيب جلدية
7	6	طبيب أسنان
5	4	فني
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن معظم أفراد مجتمع الدراسة يزاولون مهنة الطب بجميع تخصصاتها، حيث تصل نسبتهم (67%).

6.3.4 التخصص:

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد طبيعة تخصصاتهم العلمية، وقد كانت محصلة إجاباتهم موزعة علي تسعة تخصصات مختلفة، وذلك كما هو وارد في الجدول (4-6) التالي:

جدول (6.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب نوع التخصص العلمي

التخصص	التكرار	النسبة %
محاسبة	6	7.5
طب أسنان	8	10
جراحة عظام باطنه	7	8
طبيب عام	11	13
نساء وتوليد وباطنه	14	17
لغة انجليزية	2	2.5
طبيب جلدية	2	2.5
اقتصاد	9	11.3
فنيون	9	11.3
إجابة مفقودة	12	15
المجموع	80	100

ويلاحظ من الجدول السابق أن اكبر الفئات تتشكل ممن لديهم تخصصات طبية، حيث بلغ مجموع ذوي التخصصات الطبية (51) فردا من أفراد مجتمع الدراسة؛ أي ما مجموع نسبهم (61%) من مجتمع الدراسة .

7.3.4 سنوات الخبرة :

من خلال البيانات المجمعة من أفراد مجتمع دراسة تحديد عدد سنوات الخبرة ، وذلك حسب الفئات الواردة في الجدول (4-7) التالي:

جدول (7.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب سنوات الخبرة

الفئة	التكرار	النسبة %
1-5 سنوات	10	12.5
6-10 سنوات	13	16.3
11-15 سنة	18	22.5
16-20 سنة	22	27.5
21- فأكثر	17	21.2
المجموع	80	100

يلاحظ أن الغالبية العظمى من أفراد مجتمع الدراسة وعددهم (22) سنوات الخبرة لديهم تتراوح بين (16-20) سنة، وهي تعد خبرة لا بأس بها من الناحية الزمنية، وتصل

نسبتهم (27.5 %). أيضا هناك عدد (18) فرد من أفراد المجتمع تتراوح خبراتهم ما بين (11-15) سنة ، وهذا يعطى أيضا مؤشرا جيد للدراسة من ناحية الاستدلال بالمعلومات .
 أى أن حوالى (50%) من مجتمع الدراسة لديهم خبرة أكثر من 10 سنوات .

8.3.4 المشاركة في الدورات التدريبية :

من خلال تجميع البيانات المتعلقة بمدى اجتياز كل فرد من مجتمع الدراسة لأي برنامج للتدريب؛ فقد كانت الإجابات كما هو وارد في الجدول (4-8) التالي:
 جدول (8.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب مدى اجتياز أي برنامج للتدريب

النسبة %	التكرار	نوع الدورة
7.5	6	اقتصاد ومحاسبة
15	12	إدارة مستشفيات
77.5	62	ليس مما ذكر
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن معظم أفراد مجتمع الدراسة لم يشاركوا في دورات تدريبية تتعلق بالاقتصاد والمحاسبة وإدارة المستشفيات، حيث لا تتجاوز نسبة أفراد المجتمع الذين اشتركوا في مثل هذه الدورات (22.5 %)، وإن كانت النسبة الباقية كبيرة نسبيا، وهي (77.5%) ممن لم يشاركوا في مثل هذه الدورات، وهذا من شأنه أن يقلل من كفاءة إدارة المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة والعاملين بها .

9.3.5 تاريخ الإنشاء:

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة الإفصاح عن تاريخ إنشاء المركز الصحي أو المستشفى الخاص، و كانت إجابتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-9) التالي:

جدول (9.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب تاريخ الإنشاء

النسبة %	التكرار	تاريخ الإنشاء
----------	---------	---------------

10	8	1989-1980
38	31	1999-1990
52	41	سنة 2000 وما بعدها
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء علي البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن أغلب المراكز الصحية والمستشفيات أنشئت مابعد سنة 2000 . وتمثل نسبتها (52%) من مجتمع الدراسة ، مما يشير إلى حداثة هذا النشاط في مدينة بنغازى .

10.3.4 نوع العقار :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على ما إذا كان المقر الخاص بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص هو ملك لأفراده أو هو إيجار وكانت إجابتهم كما هو موضح في الجدول (4-10) التالي:

جدول (10.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب نوع العقار

النسبة %	التكرار	نوع العقار
21.3	17	ملك
61.3	49	إيجار
17.5	14	غير ذلك
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء علي البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن أغلب مزار المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة هي إيجار حيث تبلغ نسبتها (61.3%) وهي نسبة مرتفعة نوعا ما .

11.3.4 عدد المؤسسين :

من خلال تجميع البيانات المتعلقة بعدد المؤسسين في كل مركز صحي أو مستشفى خاص ؛ تم الحصول علي المعلومات الواردة في الجدول (4-11) التالي:

جدول (11.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب عدد المؤسسين

النسبة %	التكرار	عدد المؤسسين
6.25	5	2-1

16.25	13	4-3
31.25	25	6-5
31.25	25	أكثر من 7
85.0	68	المجموع
15	12	إجابة مفقودة
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء علي البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن أغلب عدد أعضاء تأسيس المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة تتكون أكثر من 5 أفراد فأكثر ونسبتهم (62.6%).

12.3.5 تخصصات المركز الصحي أو المستشفى الخاص :

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد طبيعة تخصصات المراكز الصحية أو المستشفيات الخاصة التي يعملون بها، وقد كانت محصلة إجاباتهم موزعة علي تسعة تخصصات مختلفة وذلك كما هو وارد في الجدول (4-12) التالي:

جدول(12.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب نوع تخصصات المركز الصحي أو المستشفى الخاص

النسبة %	التكرار	التخصص
55	44	جميع التخصصات
16.2	13	جراحة فم وأسنان
5	4	نساء وولادة وأطفال
13.8	11	عامة
5.0	4	علاج طبيعي ونساء
5.0	4	مسالك وباطنه
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن أغلب المستشفيات والمراكز الصحية بما نسبته (55%) تتضمن على جميع التخصصات الطبية، وهذا مؤشر يدل على تنوع التخصصات الطبية في المراكز والمستشفيات الخاصة.

13.3.4 سعر كشف المركز الصحي أو المستشفى الخاص :

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد أسعار كشف الخدمات الصحية التي يقدمها المركز الصحي أو المستشفى الخاص الذي يعملون به، وقد كانت محصلة إجاباتهم موزعة علي ثلاثة أسعار مختلفة، وذلك كما هو وارد في الجدول (4-13) التالي:

جدول(13.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب أسعار الخدمات الصحية

النسبة %	التكرار	الأسعار بالدينار
12.5	10	5 فأقل
15	12	10-6
72.5	58	15-11
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن غلبة المستشفيات والمراكز الصحية تتراوح أسعار الخدمات الصحية فيها من 11 ديناراً إلى 15 ديناراً ونسبتهم (72.5 %)، وتعتبر هذه النسبة مرتفعة جداً، وهذا مؤشر نستدل منه على أن أسعار الخدمات الصحية تكاد تكون ثابتة ومتقاربة في المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة .

14.3.4 سعر المبيت بدون مرافق بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص :

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد سعر المبيت بدون مرافق في المركز الصحي أو المستشفى الخاص الذي يعملون به وقد كانت محصلة إجاباتهم موزعة علي ثلاثة أسعار مختلفة وذلك كما هو وارد في الجدول (4-14) التالي:

جدول (14.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب سعر المبيت بدون مرافق

النسبة %	التكرار	الأسعار بالدينار
22.5	18	50 فأقل
7.5	6	90-51
11.3	9	91 فما فوق
41.3	33	المجموع
58.7	47	لا يوجد بها مبيت
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق أن أغلب المستشفيات والمراكز الصحية ونسبتها (58%) لا يوجد بها مبيت، وأن نسبة (41%) من المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بها مبيت حيث نجد أن هناك (22.5%) من أفراد عينه المجتمع تكون أسعار المبيت بدون مرافق في اليوم الواحد أقل من 50 ديناراً وهذه النسبة تعد مرتفعة مقارنة بالمجموع الكلي للمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة التي بها إيواء للمرضى .

15.3.4 سعر المبيت بمرافق في المركز الصحي أو المستشفى الخاص :

طلب من أفراد مجتمع الدراسة تحديد سعر المبيت بمرافق في المركز الصحي أو المستشفى الخاص التي يعملون بها، وقد كانت محصلة إجاباتهم موزعة علي ثلاثة أسعار مختلفة وذلك كما هو وارد في الجدول (4-15) التالي:

جدول (15.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب سعر المبيت بمرافق

النسبة %	التكرار	الأسعار بالدينار
8.7	7	50 فأقل
8.7	7	51-90
23.8	19	91 فما فوق
41.3	33	المجموع
58.8	47	ليس بها مبيت
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق ما نسبته (58%) من المستشفيات والمراكز الصحية لا يوجد بها مبيت، وأن (41%) من المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بها مبيت، حيث نجد أن هناك (23.8%) من أفراد عينه المجتمع أسعار المبيت بمرافق في اليوم الواحد 91 دينار فأكثر وهذه النسبة تعد مرتفعة مقارنة بالمجموع الكلي للمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة التي بها إيواء للمرضى .

16.3.4 عدد الأسره بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة معرفة عدد الأسره، التي يحتويها المركز الصحي أو المستشفى الخاص، وكانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-16) التالي:

جدول (16.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب عدد الأسره

النسبة %	التكرار	عدد الأسره
15	12	10-15

8.8	7	20-16
17.5	14	20 فأكثر
41.3	33	المجموع
58.7	47	ليست بها مبيت
100	80	المجموع

نلاحظ أن هناك (33) مركزاً صحياً أو مستشفى خاصاً تحتوى على أسرته، ونجد أن (42.4%) منها تتضمن على أكثر من (20) سريراً، وهذه النسبة تعد جيدة إذا ما قورنت بإجمالي المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة التي تحتوى على أسرته .

17.3.4 سعر العملية الصغيرة :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على أسعار العمليات الصغيرة بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص، و كانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-17) التالي:

جدول (17.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب أسعار العمليات الصغيرة

النسبة %	التكرار	سعر العملية الصغيرة بالدينار
37.50	30	اقل من 100
11.3	9	101-400
2.5	2	أكثر من 400 ديناراً
51.3	41	المجموع
48.7	39	لا تجرى بها عمليات
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق، وبناء على البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة، أن ما نسبتهم (51.3%) يقومون بإجراء العمليات الصغيرة، وان نسبة (37.5%) من هذه المراكز الصحية والمستشفيات تقوم بإجراء العمليات الصغيرة بسعر اقل من 100 دينار، وهذا أيضاً يعتبر مؤشراً جيداً إذا ما قورن بنسبة المراكز والمستشفيات الخاصة التي تقوم بإجراء العمليات الصغيرة .

18.3.4 سعر العملية الكبيرة :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على أسعار العمليات الكبيرة بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص وكانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-18) التالي:

جدول (18.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب أسعار العمليات الكبيرة

النسبة %	التكرار	سعر العملية الكبيرة بالدينار
16.3	13	أقل من 200 دينار
13.8	11	201-700
16.3	13	أكثر من 700
46.3	37	المجموع
53.7	43	لا تجرى بها عمليات
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق، وبناء على البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن ما نسبتهم (53.8%) لا يقومون بإجراء العمليات الكبيرة، وهذا قد يرجع سببه إلى عدم توفر المهارة الطبية والآلات الحديثة، وأن نسبة (46.3%) من هذه المراكز الصحية والمستشفيات تقوم بإجراء العمليات الكبيرة، ويلاحظ أيضاً أن هناك تفاوتاً في أسعار العمليات الكبيرة، فنجد أن هناك نسبة (16.3%) من أفراد العينة يقومون بإجراء العمليات الكبيرة بأقل من 200 دينار، وفي نفس الوقت أن هناك (16.3%) من أفراد العينة يقومون بإجراء العمليات الكبيرة بأكثر من 700 دينار.

19.2.4 عدد ساعات العمل :

طلب من أفراد مجتمع الدراسة أيضاً التعرف على عدد ساعات العمل بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص، وكانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-19) كالتالي:

جدول (19.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب ساعات العمل

النسبة %	التكرار	عدد ساعات العمل
55	44	12 ساعة

45	36	أكثر من 12 ساعة
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء علي البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن ما نسبتهم (55%) يعملون لمدة 12 ساعة فأقل يوميا، بينما (45%) من أفراد العينة يعملون أكثر من 12 ساعة في اليوم .

20.3.4 العمالة الوطنية :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على عدد العمالة الوطنية بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص، وكانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (5-20) التالي:

جدول (20.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب العمالة الوطنية

النسبة %	التكرار	عدد العمالة الوطنية بالمركز الصحي أو المستشفى
28.8	23	10-1
38.8	31	20-11
10.0	8	30-21
22.5	18	31 فأكثر
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء علي البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن نسبتهم (38.8%) من مجتمع الدراسة تقوم بتوظيف عمالة وطنية، ويتراوح ذلك ما بين 11 إلى 20 عامل تقريبا، بينما نجد أن هناك (22.5%) من أفراد العينة تقوم بتوظيف أكثر من 31 عامل وطني، ويعتبر ذلك مؤشراً جيداً أي أن القطاع الصحي الخاص يساهم مساهمة معقولة في تشغيل العمالة الوطنية .

21.3.4 العمالة الغير وطنية :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على عدد العمالة الغير الوطنية بالمركز الصحي أوالمستشفى الخاص، وكانت إجابتهم حسب ما هو موضح في الجدول(4-21) التالي:

جدول (21.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب العمالة الغير الوطنية

النسبة %	التكرار	عدد العمالة الغير الوطنية
13.7	11	10-1
21.2	17	20-11
8.8	7	30-21
7.5	6	31 فأكثر
51.3	41	المجموع
48.8	39	لا توجد عمالة غير وطنية
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء علي البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن هناك مجموعة ونسبتهم (48.8%) لا تقوم بتوظيف العمالة الغير الوطنية وهذا يدل على أن هنالك علاقة عكسية بين حجم العمالة الغير وطنية ونسبة التشغيل، حيث كلما زاد عدد العمال الغير وطنيين نجد أن عدد المراكز والمستشفيات يقل، فمثلا نرى أن نسبة (7.5%) من أفراد العينة توظف أكثر من 31 عامل غير وطني، أي 6 من أفراد العينة هي التي تقوم بتشغيل ذلك العدد من العاملين، ومقارنة بين نسب تشغيل العمالة الوطنية والغير وطنية والتي يتم توظيفها بالمراكز والمستشفيات الخاصة، نلاحظ أن نسبة العمالة الوطنية اكبر من نسبة العمالة الغير وطنية .

22.2.4 المؤهلات العلمية للعاملين

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على مؤهلات العاملين ومستوياتهم العلمية، لما لهذه النقطة من اثر كبير على تقديم الخدمات الصحية بالمركز الصحي أوالمستشفى الخاص، وكانت إجابتهم حسب ما هو موضح في الجدول(4-22) التالي:

جدول (22.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المؤهلات العلمية للعاملين

النسبة %	التكرار	المؤهل العلمي
77.5	62	دكتوراه
73	59	بكالوريوس
62	50	دبلوم عالي
53	37	دبلوم متوسط فأقل

من الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة من يحملون مؤهل الدكتوراه هي أعلى نسبة، وتمثل (77.5%) وهي نسبة عالية وتعطى مؤشراً جيداً للخدمات الصحية، بينما الذين يحملون مؤهل دبلوم متوسط فأقل يمثلون الأقلية في المراكز والمستشفيات الخاصة .

23.3.4 فروع المركز الصحي أو المستشفى الخاص:

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على الفروع التابعة لكل مركز صحي أو مستشفى خاص، وكانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-23) التالي:

جدول (23.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب فروع المستشفى

النسبة %	التكرار	عدد فروع المستشفى
92.5	74	فرع واحد
7.5	6	أكثر من فرع
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء على البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن مانسبته (92.5%) من المراكز والمستشفيات الخاصة تمتلك فرعاً واحداً فقط، وأن هناك (7.5%) منها لها أكثر من فرع، وهذا المؤشر يعطى نتيجة غير جيدة، لأن وجود أكثر من فرع للمركز الصحي أو المستشفى الخاص من شأنه أن يساعد على تثبيت أسعار الخدمات الصحية وخلق جو المنافسة في أسواق الخدمات الصحية .

24.3.5 حجم الإيرادات بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص :

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على حجم الإيرادات بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص، وكانت إجاباتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-24) التالي:

جدول (24.4)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب حجم الإيرادات

النسبة %	التكرار	الإيرادات بالدينار
32.5	26	أقل من 100,000
28.8	23	100,000 – 500,000
15.00	12	1000,000-500,000
8.8	7	1000000,000 فأكثر
85.00	68	المجموع
15.00	12	الإجابة المفقودة
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء على البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة نجد أن هناك نسبة (32.5%) من المراكز والمستشفيات الخاصة تتحصل على إيرادات أقل من 100,000 دينار، بينما هناك نسبة (8.8%) تتحصل على أكثر من 1,000,000 دينار، هناك علاقة عكسية بين حجم الإيرادات وعدد المستشفيات فكلما زاد الإيراد نقص عدد المستشفيات ويدل ذلك على أن المستشفيات الكبيرة وذات الطاقة الإنتاجية العالية محدودة في مدينة بنغازي وهذا يعطى مؤشراً غير جيد .

25.3.4 حجم المصروفات بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص

في هذه الجزئية طلب من أفراد مجتمع الدراسة التعرف على حجم المصروفات بالمركز الصحي أو المستشفى الخاص، وكانت إجابتهم حسب ما هو موضح في الجدول (4-25)

جدول (25.4)

التالي:

توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب حجم المصروفات

النسبة %	التكرار	المصروفات بالدينار
37.5	30	أقل من 100,000
22.5	18	100,000 – 500,000
7.5	6	1000,000-500,000
15	12	1000000 فأكثر
82.5	66	المجموع
17.5	14	الإجابة المفقودة
100	80	المجموع

ويلاحظ من الجدول السابق وبناء على البيانات المتحصل عليها من مجتمع الدراسة أن هناك نسبة (37.5%) من المراكز والمستشفيات الخاصة تصل مصروفاتها السنوية أقل

من 100,000 دينار، وهي تمثل الغالبية العظمى بينما هناك نسبة (15%) تصل مصروفاتها السنوية إلى أكثر من 100,000 دينار .

4.4 التحليل الأحصائي للمتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لتوزيعات العينة :

في هذا القسم من البحث قمنا بأجراء تحليل أحصائي للبيانات المتحصل عليها من استمارة الأستبيان وذلك من أجل محاولة تحديد كل من :

- الهدف من سياسة التسعير بالمركز الصحي / المستشفى الخاص.
- الأسس التي توضع بها أسعار الخدمات الصحية بالمركز الصحي /المستشفى الخاص.
- أسباب ارتفاع المصروفات بالمركز الصحي / المستشفى الخاص.
- خصائص التطور التكنولوجي والعلمي بالمركز الصحي / المستشفى الخاص.
- الخصائص الإدارية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص.
- الوعي لدى مدراء المراكز والمستشفيات الخاصة بأهمية تسعير الخدمات الصحية.
- الإجراءات الطبية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص.
- أسباب إدخال المريض للمركز الصحي / المستشفى الخاص.
- مدى اثر ظاهرة التضخم على أسعار الخدمات الصحية.
- خصائص سوق الخدمات الصحية بمدينة بنغازي.
- خصائص الطلب على الخدمات الصحية.
- العراقيل والمشاكل التي تواجهها المراكز الصحية و المستشفى.

1.4.4 توزيع أفراد العينة حسب الهدف من سياسة التسعير بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

من خلال جدول (4-26) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.59) وأول رتبه عند العبارة (3) ،وهي تغطية التكاليف، أي أن (41.3%) من العينة توافق، و 28.8 % من العينة توافق لحد كبير،على أن الهدف من سياسة التسعير في المستشفيات الخاصة هو تغطية التكاليف.
- الوسط المرجح (2.96) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (5) وهي الأخذ بالمعدلات السائدة للأسعار، أي أن (23.8 %) من العينة توافق و (25 %)توافق لحد كبير على أن الهدف هو أستعمال أكثر سعر للخدمة .
- نجد أن الوسط المرجح(2.64)يأخذ أدنى مرتبة عند العبارة (1)، وهي تعظيم الربح، أي أن (30%) من العينة لا توافق وأن (23.8)لا توافق بشدة ،على أن الهدف من سياسة التسعير تعظيم الربح .

نستنتج أن هدف المستشفيات الخاصة من سياسة التسعير تغطية تكاليفها، وأستعمال أكثر

من سعر للخدمة، ولا تسعى إلى تعظيم الربح .

جدول (26.4)

توزيع أفراد العينة حسب الهدف من سياسة التسعير بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
5	1.416	2.64	10	8	27.5	22	8.8	7	23.8	19	30	24	تعظيم الربح	1
4	1.424	2.81	16.3	13	23.8	19	5	4	35	28	20	16	لتحقيق عائد معين على رأس المال المستثمر	2
1	1.366	3.59	28.8	23	41.3	33	1.3	1	17.5	14	11,3	9	لتغطية التكاليف	3
3	1.473	2.96	17.5	14	23.8	19	11.3	9	22.5	18	25	20	للاخذ بالمعدلات الأسعار السائدة	4
2	1.657	2.96	25	20	23.8	19	8.8	7	7.5	6	35	28	استعمال أكثر من سعر للخدمة الصحية الواحدة لإرضاء الرغبات والأذواق المختلفة	5
	1.4672	2.992	19.5	78	28	112	7	28	21.25	85	24.25	97	الإجمالي	

2.4.4 توزيع أفراد العينة حسب الأسس التي توضع بها أسعار الخدمات الصحية بالمركز الصحي /المستشفى الخاص

من خلال جدول (4-27) نلاحظ الآتي :

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي 3.39 وأول رتبة عند العبارة (2)،وهي تكلفة الخدمة الصحية أي أن (33.8%) من العينة توافق، و (22.5 %) من العينة توافق لحد كبير، على أن الأساس الذي توضع به أسعار الخدمات الصحية هو تكلفة الخدمة الصحية.
- الوسط المرجح(3.26)يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (1) ،وهي المستوى التقني والتكنولوجي، أي أن(36.3 %) من العينة توافق، و(11.3%)توافق لحد كبير،علي أن التكنولوجية والتقنية الحديثة تؤخذ في الاعتبار عند وضع الأسعار .
- نجد أن الوسط المرجح (2.26)يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (3)،وهي قياساً بأقل سعر في السوق،أي أن 50% من العينة لا توافق وأن(8.8 %) لا توافق بشدة على الأخذ بأقل سعر في السوق .

نستنتج أن تضع المستشفيات الخاصة أسعار الخدمات الصحية على أساس تكلفة الخدمات الصحية وتراعى في ذلك التطور والتكنولوجية، بينما تبتعد سياستها في وضع الأسعار عن أقل سعر في السوق وتراها سياسة غير مجدية .

جدول (27.4)
توزيع أفراد العينة حسب الأسس التي توضع بها أسعار الخدمات الصحية
بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
2	1.240	3.26	11.3	9	36.3	37	12.5	10	17.5	14	12.5	10	المستوى التكنولوجي والتقني والعلمي	1
1	1.288	3.39	22.5	18	33.8	27	11.3	9	25.5	20	7.5	16	تكلفة الخدمة الصحية التي يقدمها المركز	2
7	1.482	2.26	11.3	9	16.3	13	8.8	7	15	12	48.8	39	بناء على قدرة طالب الخدمة	3
4	1.296	2.63	8.8	7	21.3	17	17.5	14	28.8	23	23.8	19	بإضافة نسبة الربح المعتاد	4
5	1.428	2.60	11.3	9	25	20	6.3	5	27.5	22	30	24	بناء على دراسة سلوك المنافسين	5
6	1.475	2.28	11.3	9	13.8	11	16.3	13	8.8	7	50	40	قياسا بأقل سعر في السوق	6
3	1.242	2.66	2.5	2	30	24	26.3	21	13.8	11	27.5	22	هناك جهات رسمية في الدول تضع الاسعار	7
	1.350	2.73	11.25	63	26.60	149	14.12	79	19.46	109	28.57	160	الإجمالي	

3.4.4 توزيع أفراد العينة حسب أسباب ارتفاع المصروفات بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

من خلال جدول (4-28) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.94) وأول رتبه عند العبارة (1) ،وهي الأجهزة والمعدات الطبية أي أن (50%) من العينة توافق، و (30 %) من العينة توافق، لحد كبير على أن الأجهزة والمعدات الطبية سبب رئيسي في ارتفاع التكاليف والمصروفات .
- الوسط المرجح (3.78) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (2) ،وهي الضرائب والرسوم الجمركية ، أي أن (35 %) من العينة توافق، و (35 %) توافق لحد كبير على أن دفع الضرائب والرسوم يعد سبباً في ارتفاع التكاليف والمصروفات لدى المستشفيات الخاصة.
- نجد أن الوسط المرجح (3.24) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (4) ،وهي قيمة العقار وصيانته ،أو الإيجار، أي أن (21.3%) من العينة لا توافق ،وأن (16.3 %) لا توافق بشدة على أن العقار وصيانته أو تأجيره يؤثر في التكاليف والمصروفات ، و قد يؤثر ولكن بنسبة قليلة مقارنة بالأسباب الأخرى .

نستنتج أن ارتفاع التكاليف والمصروفات في المستشفيات الخاصة سببه الرئيسي هو شراء الأجهزة والمعدات الطبية ،والتي لا يوجد لها صناعة في بلادنا وتستورد من الخارج، ومما يزيد في التكاليف أيضا دفع الضرائب والرسوم الجمركية وهو يساهم في ارتفاع التكاليف ، كما أن مقر المستشفى سوء كان ملكا أو إيجاراً لا يعد ذو أهمية مقارنة بالأسباب الأخرى .

جدول (28.4)

توزيع أفراد العينة حسب أسباب ارتفاع المصروفات بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
1	0.988	3.94	30	24	50	40	3.8	3	16.3	13	-	-	الأجهزة والمعدات الطبية	1
2	1.263	3.78	35	28	35	28	10	8	12.5	10	7.5	6	الضرائب والرسوم الجمركية	2
3	1.254	3.35	16.3	13	43.8	35	7.5	6	23.8	19	8.8	7	المصاريف الإدارية والمرتبات	3
4	1.512	3.24	23.8	19	35	28	3.8	3	16.3	13	21.3	17	قيمة العقار وصيانته / الإيجار	4
	1.257	3.578	26.25	84	40.93	131	6.25	20	17.19	55	9.38	30	الإجمالي	

4.4.4 توزيع أفراد العينة حسب خصائص التطور التكنولوجي والعلمي بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

من خلال جدول (4-29) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.69) وأول رتيه عند العبارة (2)، وهي أن القوى العاملة الطبية على مستوى عالٍ من العلم والخبرة أي أن (52.2 %) من العينة توافق، و (20 %) من العينة توافق لحد كبير، على أن القوى العاملة الطبية على مستوى عالٍ تساهم في التطور التكنولوجي والمستوى العلمي في المستشفيات.
- الوسط المرجح (3.13 %) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (6)، وهي استخدام أجهزة الحاسب الآلي أي أن (36.3 %) من العينة توافق و (13.3 %) توافق لحد كبير، على أن دور استخدام أجهزة الحاسوب يساهم في ارتفاع المستوى التقني والتكنولوجي بالمستشفيات .
- نجد أن الوسط المرجح (2.60) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (1) وهي إجراء العمليات الكبيرة ، أي أن (31.3 %) من العينة لا توافق، وأن (17.5) لا توافق بشدة، على أن إجراء العمليات الكبيرة لا يساهم في تطور المستشفيات بسبب قلة إجراءها أو أنها نادرة نستنتج أن من أهم خصائص التطور التكنولوجي بالمستشفيات هو أن القوى العاملة على درجة من العلم والخبرة ، وأن استخدام أجهزة الحاسب الآلي أيضا له دور كبير بينما إجراء العمليات الكبيرة ليس سمه تتميز بها المستشفيات الخاصة .

جدول (29.4)

توزيع أفراد العينة حسب خصائص التطور التكنولوجي والعلمي بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
3	1.439	2.93	10	8	42.5	34	3.8	3	17.5	14	26.3	21	وجود طاقم طبي زائر	1
1	1.074	3.69	20	16	52.5	42	6.3	5	18.8	15	2.5	2	القوى العاملة على مستوى عالٍ من العلم	2
4	1.298	2.90	7.5	6	36.3	29	15	12	21.3	17	20	16	أجراء العمليات الصغيرة	3
6	1.356	2.60	7.5	6	25	20	18.8	15	17.5	14	31.3	25	إجراء العمليات الكبيرة	4
5	1.591	2.66	17.5	14	22.5	18	7.5	6	13.8	11	38.8	31	نوعية الخدمات غير متوفرة	5
2	1.306	3.13	15	12	36.3	29	5	4	33.8	27	10	8	استخدام أجهزة الحاسب الآلي	6
	1.344	2.985	12.92	62	35.83	172	9.37	45	20.42	98	21.46	103	الإجمالي	

5.4.4 توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الإدارية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

من خلال جدول (4-30) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.5) وأول رتبته عند العبارة (3)، وهي سهولة الحصول على السجلات، أي أن 43.8% من العينة توافق و 20% من العينة توافق لحد كبير، على أن من أهم الخصائص الإدارية سهولة الحصول على السجلات الطبية.
 - الوسط المرجح (3.18) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (1)، وهي استخدام الأساليب الإدارية الحديثة، أي أن 32.5% من العينة توافق، و 16.3% توافق لحد كبير على أن المستشفيات تستخدم الأساليب الإدارية الحديثة.
 - نجد أن الوسط المرجح (2.24) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (7)، وهي وجود فائض في العمالة أي أن (43.8%) من العينة لا توافق، وأن (6.38) لا توافق بشدة على أن هناك فائضا في العمالة الطبية.
- نستنتج أن من أهم المميزات الإدارية هي سهولة الحصول على السجلات الطبية واستعمال الأساليب الإدارية الحديثة وعدم وجود فائض في العمالة الطبية.

جدول (30.4)

توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الإدارية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
2	1.271	3.18	16.3	13	32.5	26	12.5	10	30	24	8.8	7	الأساليب الإدارية الحديثة	1
8	1.388	2.65	11.3	9	22.5	18	13.8	11	25	20	27.5	22	جميع المستويات تشترك في القرار	2
1	1.191	3.5	20	16	43.8	35	6.3	5	26.3	21	3.8	3	سهولة الحصول على السجلات	3
6	1.482	2.86	16.3	13	25	20	16.3	13	13.8	11	28.8	23	توجد مشاركة مع المراكز في تقديم الخدمات	4
7	1.455	2.69	13.8	11	21.3	17	16.3	13	17.5	14	31.3	25	هناك مهام وأعمال يقوم بها أفراد على درجة عالية	5
3	1.334	3.06	12.5	10	35	28	17.5	14	16.3	13	18.8	15	يوجد هيكل تنظيمي	6
9	1.225	2.24	3.8	3	10	8	36.3	29	6.3	5	43.8	35	يوجد فائض في العمالة	7
4	1.256	3.06	8.8	7	40	32	15	12	21.3	17	15	12	مدير المستشفى هو ممن يجمع مهنة الطب والعمل الإداري	8
5	1.038	2.90	5	4	21.3	17	45	36	16.3	13	12.5	10	استعمال مؤشرات الفاعلية والإنتاجية	9
	1.293	2.904	11.95	86	27.80	201	19.86	143	19.18	138	21.12	152	الإجمالي	

6.4.4 توزيع أفراد العينة حسب وجود وعى لدى مدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بأهمية تسعير الخدمات الصحية

من خلال جدول (4-31) نلاحظ الآتي :

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.96)، وأول رتيه عند العبارة (2)، وهي أن المدراء والمسؤولين يدركون أهمية التكاليف، أي أن (60.00%) من العينة توافق، و (22.5%) من العينة توافق لحد كبير، على أن المدراء والمسؤولين يدركون أهمية التكاليف.

- الوسط المرجح (3.81) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (1)، وهي المدراء على معرفة تامة، أي أن (61.3%) من العينة توافق، و (18.85%) توافق لحد كبير، على أن المدراء على معرفة تامة .

- نجد أن الوسط المرجح 2.89 يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (4)، وهي عقد دورات تدريبية أي أن 25% من العينة لا توافق وأن (7.5) لا توافق بشدة، على أن هناك دورات تدريبية تعقد لأجل توعية المدراء والمسؤولين حول التكاليف والأسعار .

نستنتج أن المدراء والمسؤولين يدركون أهمية التكاليف والأسعار وأنهم على معرفة تامة ولا يشجعون أفراد العينة على القيام بدورات تدريبية .

جدول (31.4)

توزيع أفراد العينة حسب وجود وعى لدى مدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بأهمية تسعير الخدمات الصحية

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
2	0.943	3.81	18.8	15	61.3	49	2.5	2	17.5	14	-	-	المدير على معرفة تامة	1
1	0.818	3.96	22.5	18	60	48	8.8	7	8.8	7	-	-	المدراء والمسؤولون يدركون أهمية التكاليف	2
3	1.219	3.41	13.8	11	51.3	41	7.5	6	17.5	14	10	8	تحول الفحوصات كاملة إلى مستشفى آخر	3
4	1.283	2.89	5	4	36.3	29	26.3	21	7.5	6	25	20	عقد دورات للأطباء	4
	1.066	3.5175	15	48	52.19	167	11.25	36	12.81	41	8.75	28	الإجمالي	

7.4.4 توزيع أفراد العينة حسب تميز الإجراءات الطبية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

من خلال جدول (4-32) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.53) وأول رتبه عند العبارة (1)، وهي تكرر الإجراءات الطبية لغرض التشخيص أي أن (50%) من العينة توافق، و(20%) من العينة توافق لحد كبير، على أن هناك تكرر للإجراءات الطبية للتأكد من التشخيص .
 - الوسط المرجح (3.46) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (7)، وهي شراء الإلآت غالية الثمن ، أي أن (46.3%) من العينة توافق، و (20%) توافق لحد كبير، على أن الإجراءات الطبية تتميز بشراء الإلآت غالية الثمن .
 - نجد أن الوسط المرجح (1.75) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (4)، وهي تتكرر الإجراءات الطبية بسبب عدم الكفأة الفنية أي أن (2.5%) من العينة لا توافق وأن (70%) لا توافق بشدة .
- نستنتج أن الإجراءات الطبية تتميز بشراء الألآت غالية الثمن .

جدول (32.4)

توزيع أفراد العينة حسب تميز الإجراءات الطبية بالمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
1	1.292	3.53	20	16	50	40	5	4	12.5	10	12.5	10	تتكرر الإجراءات للتأكد من التشخيص	1
3	1.378	3.11	17.5	14	32.5	26	8.8	7	26.3	21	15	12	تتكرر الإجراءات حتى يحمي الأطباء أنفسهم	2
5	1.239	2.10	3.8	3	16.3	13	10	8	26.3	21	43.8	35	تتكرر الإجراءات بسبب ضياع النتائج	3
7	1.227	1.75	2.5	2	12.5	10	12.5	10	2.5	2	70	56	تتكرر الإجراءات بسبب عدم الكفاءة الفنية	4
4	1.378	2.11	6.3	5	17.5	14	10	8	13.8	11	52.5	42	هناك إهدار في استخدام الموارد	5
6	1.460	2.09	8.8	7	17.5	14	5	4	11.3	9	57.5	46	وصف الأدوية غالية الثمن	6
2	1.321	3.46	20	16	46.3	37	7.5	6	12.5	10	13.8	11	شراء الآلات غالية الثمن	7
	1.329	2.6	11.250	63	27.50	154	8.393	47	15	84	37.857	212	الإجمالي	

8.4.4 توزيع أفراد العينة حسب أسباب إدخال المريض للمركز الصحي / المستشفى الخاص

من خلال الجدول (4-33) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (2.36) وأول رتيبه عند العبارة (4) ،وهي إدخال المريض للمستشفى بسبب وجود أخطاء،أي أن (21.3%) من العينة توافق و (2.5%) من العينة توافق لحد كبير، على أنه يتم إدخال المريض لوجود أخطاء في التشخيص.
- الوسط المرجح (2.23) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (6) ،وهي غياب سياسة التنويم، أي أن 43.8% من العينة توافق، و(7.5%) توافق لحد كبير، على أن هناك غياب سياسة التنويم.
- نجد أن الوسط المرجح (1.64) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (3) وهي إدخال المريض لغرض إجراء التجارب أي أن (71.3%) من العينة لا توافق، وأن (6.3) لا توافق بشدة ،على استبعاد أنه يدخل المريض لإجراء التجارب عليه .
- نستنتج أن من أهم أسباب إدخال المريض هو وجود أخطاء في التشخيص وليس لإجراء تجارب عليه .

جدول (33.4)

توزيع أفراد العينة حسب أسباب إدخال المريض للمركز الصحي / المستشفى الخاص

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
3	1.445	2.16	6.3	5	21.3	17	11.3	9	5	4	56.3	45	إدخال المريض لإرضاء المريض	1
5	1.141	1.84	2.5	2	8.8	7	16.3	13	15	12	57.5	46	إدخال المريض للمستشفى لقلّة الخبرة	2
6	1.150	1.64	6.3	5	-	-	16.3	13	6.3	5	71.3	57	إدخال المريض لأجراء تجارب	3
1	1.204	2.36	2.5	2	21.3	17	17.5	14	27.5	22	31.3	25	إدخال المريض لوجود أخطاء	4
4	1.142	1.99	1.3	1	7.5	6	33.8	27	3.8	3	53.8	43	إدخال المريض لوفرة الأسره	5
2	1.242	2.23	6.3	5	5	4	37.5	30	7.5	6	43.8	35	إدخال المريض لغياب سياسة التتويم	6
	1.22	2.037	4.17	20	10.63	51	22.08	106	10.83	52	52.29	251	الإجمالي	

9.4.4 توزيع أفراد العينة حسب مدى اثر ظاهرة التضخم على أسعار الخدمات الصحية من خلال جدول (4-34) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.58) أول رتيه عند العبارة (1)، وهي أن ارتفاع الأسعار الخدمات الصحية يتأثر نتيجة ارتفاع الأسعار بوجه عام، أي أن (57.5%) من العينة توافق، و(13.8%) من العينة توافق لحد كبير، على أن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بظاهرة التضخم في الاقتصاد.
- نجد أن الوسط المرجح (2.31) يأخذ أدنى مرتبة عند العبارة (2)، وهي أن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بتغير العملات (47.5%) من العينة لا توافق، وأن (7.5%) لا توافق بشدة، على أن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بالعملات الأجنبية نستنتج أن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بظاهرة التضخم .

جدول (34.4)

توزيع أفراد العينة حسب مدى اثر ظاهرة التضخم على أسعار الخدمات الصحية

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
1	1.123	3.58	13.8	11	57.5	46	10	8	10	8	8.8	7	ارتفاع أسعار الخدمات الصحية نتيجة الارتفاع بشكل عام	1
2	1.402	2.31	5	4	23.8	19	16.3	13	7.5	6	47.5	38	تتأثر أسعار الخدمات الصحية نتيجة تغير العملات	2
	1.2625	2.945	9.37	15	40.63	65	13.12	21	8.75	14	.28	45	الإجمالي	

10.4.4 توزيع أفراد العينة حسب خصائص سوق الخدمات الصحية بمدينة بنغازي من خلال جدول (4-35) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.64) وأول رتبة عند العبارة (1)، وهي تفاوت أسعار الخدمات الصحية، أي أن (51.3%) من العينة توافق، و (11.3%) من العينة توافق لحد كبير، على أن هناك تفاوتاً في أسعار الخدمات الصحية.
- الوسط المرجح (3.36) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (5)، وهي أن سوق الخدمات الصحية سوق منافسة، أي أن (23.5%) من العينة توافق، و (23.8%) توافق لحد كبير، على أن سوق الخدمات الصحية سوق منافسة تامة.
- نجد أن الوسط المرجح (2.04) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (7)، وهي سوق قلة، أي أن (48.8%) من العينة لا توافق، وأن (16.3%) لا توافق بشدة، على أن سوق الخدمات الصحية سوق احتكار قلة.

نستنتج أن أسعار الخدمات الصحية تتفاوت بين المستشفيات الخاصة، وأن المنافسة ليست

تامة فيها.

جدول (35.4)

توزيع أفراد العينة حسب خصائص سوق الخدمات الصحية بمدينة بنغازي

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
1	1.043	3.46	11.3	9	51.3	41	12.5	10	22.5	18	2.5	2	تفاوت أسعار الخدمات الصحية	1
6	1.267	2.16	6.3	5	8.8	7	25	20	15	12	45	36	هناك تعاون واتحاد	2
3	1.583	2.73	18.8	15	23.8	19	2.5	2	21.3	17	33.8	27	وجود المستشفيات العامة يعتبر منافسة	3
4	1.407	2.71	12.5	10	23.8	19	12.5	10	25	20	26.3	21	توجد تحويلات للمرضى	4
2	1.352	3.36	23.8	19	23.5	26	11.3	9	21.3	17	11.3	9	سوق منافسة	5
5	1.404	2.45	8.8	7	20	16	17.5	14	15	12	38.8	31	سوق احتكارية	6
7	1.216	2.04	5	4	7.5	6	22.5	18	16.3	13	48.8	39	سوق احتكار قلة	7
	1.518	2.70	12.31	69	23.93	134	14.83	83	19.46	109	29.46	165	الإجمالي	

11.4.4 توزيع أفراد العينة حسب ما هي خصائص الطلب على الخدمات الصحية

من خلال جدول (4-36) نلاحظ الآتي:

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (3.54) وأول رتبته عند العبارة (2)، وهي وجود طلب على الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة ، أي أن (38.8%) من العينة توافق، و(16.3%) من العينة توافق لحد كبير، على هناك طلب على الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة .
- الوسط المرجح (3.01) يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (3)، وهي تغير دخل الفرد يؤثر على أسعار الخدمات الصحية، أي أن (33.8%) من العينة توافق، و(16.3%) توافق لحد كبير، على أن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بدخل الفرد .
- نجد أن الوسط المرجح (2.23) يأخذ أدنى مرتبه له عند العبارة (6)، وهي الدخل الذي يتحصل عليه لا يتناسب في حالة عدم وجود دخل آخر أي أن (43.8%) من العينة لا توافق، وأن (27.7%) لا توافق بشدة على أن الدخل الذي يتحصل عليه لا يتناسب مع متطلبات الحياة في حالة عدم وجود دخل آخر .

نستنتج أن هناك طلبا على الخدمات الصحية وأن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بدخل الفرد، أن الدخل الذي يتحصل عليه لا يتناسب مع متطلبات الحياة في حالة عدم وجود دخل آخر.

جدول (36.4)

توزيع أفراد العينة حسب ما هي خصائص الطلاب على الخدمات الصحية

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
4	1.426	2.38	11.3	9	15	12	13.8	11	20	16	40	32	نمو السكان يؤدي إلى ارتفاع الأسعار	1
1	1.222	3.54	23.8	19	38.8	31	10	8	22.5	18	5	4	يوجد طلب على الخدمات الصحية	2
2	1.454	3.01	16.3	13	33.8	27	7.5	6	20	16	22.5	18	تغير دخل الفرد يؤثر في الأسعار	3
5	1.294	2.35	8.8	7	13.8	11	12.5	10	33.8	27	31.3	25	الأسعار مناسبة لدخل الفرد	4
3	1.498	2.6	17.5	14	16.3	13	5	4	31.3	25	30	24	الدخل يتناسب مع متطلبات الحياة في حالة وجود دخل آخر	5
6	1.467	2.23	16.3	13	5	4	7.5	6	27.7	22	43.8	35	الدخل الذي تتحصل عليه يتناسب في حالة عدم وجود دخل	6
	1.394	2.685	15.62	75	20.42	98	9.375	45	25.80	124	28.75	138	الإجمالي	

12.4.4 توزيع أفراد العينة حسب العراقيل والمشاكل التي تواجهها المراكز الصحية و المستشفى

من خلال جدول (4-37) نلاحظ الآتي :

- الوسط المرجح يأخذ أكبر قيمة له وهي (2.99) أول رتبه عند العبارة (9)، وهي النقص في المعدات الطبية وصعوبة استيرداها، أي أن (26.3%) من العينة توافق و(13.8%) من العينة توافق لحد كبير، على أن نقص المعدات الطبية وصيانتها واستيرداها يعد مشكلة رئيسة لها .
- الوسط المرجح 2.88 يأخذ الرتبة الثانية عند العبارة (3)، وهي الضرائب وتدخل الجهات الرسمية، أي أن (26.5%) من العينة توافق و(15.3%) توافق لحد كبير على أن تدخل الجهات الرسمية، والحصص الضريبي يعد المشكلة الثانية للمستشفيات الخاصة .
- نجد أن الوسط المرجح (2.16) يأخذ أدنى مرتبه عند العبارة (1)، وهي سوء الإدارة وعدم وجود رقابة، أي أن (45 %) من العينة لا توافق، وأن (21.3) لا توافق بشدة، على أن هناك سوء إدارة وعدم وجود رقابة .

نستنتج أن المشكلة الرئيسية التي تواجه المستشفيات الخاصة هي عدم توفر المعدات الطبية وعدم إمكانية صيانتها، وأن المستشفيات الخاصة ليس لديها سوء في الإدارة أو عدم وجود رقابة .

جدول (37.4)

توزيع أفراد العينة حسب العراقيل والمشاكل التي تواجهها المراكز الصحية و المستشفى

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	أوافق لحد كبير		أوافق		غير متأكد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارات	ت
			%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
9	1.287	2.16	2.5	2	22.5	18	8.8	7	21.3	17	45	36	سوء الإدارة وعدم الرقابة	1
6	1.506	2,60	16.3	13	17.5	14	10	8	22.5	18	33.8	27	خفض طاقة التشغيل تدريجيا وانخفاض الخدمات	2
2	1.418	2.88	15	12	26.3	21	12.5	10	23.8	19	22.5	18	تدخل الجهات الرسمية والضرائب وإجراءات الحصر	3
5	1.552	2.65	15	12	23.8	19	11.3	9	11.3	9	38.8	31	محاولة خفض التكلفة على حساب الجودة	4
8	1.371	2.36	8.8	7	16.3	13	16.3	13	20	16	38.8	31	خلاف الشركاء	5
7	1.312	2.46	8.8	7	11.3	9	32.5	26	12.5	10	35	28	التوقعات غير الصحيحة	6
3	1.397	2.81	12.5	10	27.5	22	12.5	10	23.8	19	23.8	19	عدم وجود تسهيلات وقروض تمنحها الدولة	7
4	1.423	2.78	15	12	23.8	19	7.5	6	31.3	25	22.5	18	اعتراض المريض على دفع فاتورة العلاج	8
1	1.268	2.99	13.8	11	26.3	21	16.3	13	32.5	26	11.3	9	النقص في المعدات الطبية وصيانتها وصعوبة استيرادها	9

	1.393	2.3	11.945	86	22.667	156	14.147	102	22.08	159	30.139	217	الإجمالي
--	-------	-----	--------	----	--------	-----	--------	-----	-------	-----	--------	-----	----------

5.4 علاقة الطلب على الخدمات الصحية ببعض العناصر المؤثرة فيه :
نورد فيما يلي نتائج التحليل الإحصائي التي توضح معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وكل من :

- سياسة التسعير
 - الخصائص الإدارية
 - الوعي لدى الأطباء والإجراءات الطبية
 - أسواق الخدمات الصحية
 - أسباب أذخال المريض للمستشفى والإجراءات الطبية
 - ظاهرة التضخم
 - الأساس الذي توضع بناء عليه أسعار الخدمات الصحية
 - المشاكل التي تواجهها المراكز والمستشفيات الخاصة
- كما توضح نتائج التحليل الإحصائي تأثير كل من نوع الجنس (أنتى- ذكر) لمدراء المراكز والمستشفيات الخاصة والمستوى العلمى وسنوات الخبرة والمصروفات، عدد المؤسسين بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة .

1.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والهدف من سياسة التسعير

جدول (38.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والهدف من سياسة التسعير

	الطلب على الخدمات الصحية	
	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
هدف سياسة التسعير	0.126	0.173

بناء على القيمة الاحتمالية 0.126 وهى أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ لا توجد دلالة احصائية ، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية والهدف من سياسة التسعير بالمستشفيات الخاصة وقوة هذه العلاقة 0.173 وهى تحت المتوسط ، أى أن الهدف من سياسة التسعير ليس له علاقة بالطلب على الخدمات الصحية .

2.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وخصائص الإدارية

جدول (39.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وخصائص الإدارية

	الطلب على الخدمات الصحية	
	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
الخصائص الإدارية	0.000	0.603

بناء على القيمة الاحتمالية 0.000 وهى أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.01$ توجد دلالة احصائية ، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية والخصائص الإدارية بالمستشفيات الخاصة ، وقوة هذه العلاقة 0.603، وهى فوق المتوسط ، وبناء على القيمة الاحتمالية 0.00 أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.01$ بالتالى يعنى ذلك انه كلما كانت المستشفيات الخاصة تطبق الإدارة بشكل جيد أثر ذلك على طلب الخدمات الصحية .

3.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والوعي لدى الأطباء و الإجراءات الطبية

جدول (40.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والوعي لدى الأطباء و الإجراءات الطبية

	الطلب على الخدمات الصحية	
	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
الوعي لدى الأطباء	0.107	0.182
الإجراءات الطبية	0.018	0.264

بناء على القيمة الاحتمالية 0.107 وهى أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ لا توجد دلالة احصائية، كما توجد علاقة طردية بين الطلب على الخدمات الصحية والوعي لدى الأطباء بخصوص التسعيرة والتكاليف، وقوة هذه العلاقة 0.182، وهى أقل من المتوسط ، مما يدل على أن الأطباء ومدراء المستشفيات لا يضعون الأسعار بناء على دراسة أو خطة معينة .

وبناء على القيمة الاحتمالية 0.018 أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ بالتالى توجد دلالة احصائية ، كما توجد علاقة طردية بين الإجراءات الطبية وطلب على الخدمات الصحية ، وقوة هذه العلاقة 0.182 تمثل معامل الارتباط، وهى أقل من المتوسط . أى أن الإجراءات الطبية تؤثر على طلب الخدمات الصحية

4.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وأسواق الخدمات الصحية

جدول (41.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وأسواق الخدمات الصحية

	الطلب على الخدمات الصحية	
	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
اسواق الخدمات الصحية (نوعية السوق)	0.60	0.211

بناء على القيمة الاحتمالية 0.60 وهي أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ لا توجد دلالة احصائية ، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية وسوق الخدمات الصحية ، وقوة هذه العلاقة 0.211 وهي تحت المتوسط ، يعنى أن الطلب على الخدمات الصحية ليس مرتبطا بسوق الخدمات الصحية و ذلك دليل على عدم وضوح مميزات سوق الخدمات الصحية بالمستشفيات في مدينة بنغازي.

5.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وأسباب إدخال المريض للمستشفى والإجراءات الطبية

جدول (42.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وأسباب إدخال المريض للمستشفى والإجراءات الطبية

	الطلب على الخدمات الصحية	
	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
أسباب إدخال المريض للمستشفى	0.117	0.177
الإجراءات الطبية	0.000	0.557

بناء على القيمة الاحتمالية 0.117 وهي أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0.01$ لا توجد دلالة احصائية ، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية وأسباب إدخال المريض للمستشفى الخاص، وقوة هذه العلاقة 0.177، وهي تحت المتوسط ، يعنى أن أسباب أذخال المريض للمستشفى ليس له تأثير على طلب الخدمات الصحية .

بناء على القيمة الاحتمالية 0.000 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.01$ توجد دلالة احصائية ، كما توجد علاقة طردية موجبة بين الإجراءات الطبية والطلب على الخدمات الصحية ، وقوة هذه العلاقة 0.557 وهي فوق المتوسط ، أن الإجراءات الطبية تؤثر فى الطلب على الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة

6.5.4معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وظاهرة التضخم

جدول (43.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية وظاهرة التضخم

	الطلب على الخدمات الصحية	
	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
ظاهرة التضخم	0.005	0.511

بناء على القيمة الاحتمالية 0.005 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.01$ توجد دلالة احصائية، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية و أثر ظاهرة التضخم، وقوة هذه العلاقة 0.511 وهي فوق المتوسط، أي أن أسعار الخدمات الصحية في مدينة بنغازي تتأثر بتغير الأسعار بوجه عام وظاهرة التضخم كذلك .

7.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والأساس الذي توضع بناء عليه أسعار الخدمات الصحية

جدول (44.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والأساس الذي توضع بناء عليه أسعار الخدمات الصحية

		الطلب على الخدمات الصحية	
		القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
الأساس الذي توضع عليه أسعار الخدمات الصحية		0.012	0.281

بناء على القيمة الاحتمالية 0.012 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ توجد دلالة احصائية، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية والأساس الذي توضع بناء عليه أسعار الخدمات الصحية، وقوة هذه العلاقة 0.281 وهي تحت المتوسط، أي الأساس الذي توضع بناء عليه أسعار الخدمات الصحية له دور في الطلب على الخدمات الصحية .

8.5.4 معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والمشاكل التي تواجهها المراكز والمستشفيات الخاصة

جدول (45.4)

معامل الارتباط بين الطلب على الخدمات الصحية والمشاكل التي تواجهها المراكز والمستشفيات الخاصة

		الطلب على الخدمات الصحية	
		القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط
المشاكل التي تواجه المستشفيات		0.031	0.242

بناء على القيمة الاحتمالية 0.031 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ توجد دلالة احصائية، كما توجد علاقة طردية بين خصائص الطلب على الخدمات الصحية والمشاكل التي تواجه المستشفيات الخاصة، وقوة هذه العلاقة 0.242 وهي تحت المتوسط، أي الطلب على الخدمات الصحية يتأثر بالمشاكل والعراقيل التي تواجه هذه المستشفيات .

9.5.4 النوع ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

جدول (46.4)

النوع ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
ذكر	57	17.5263	4.80366	4.272	78	0.000
أنثى	23	12.5652	4.42951			

من الجدول نلاحظ أن القيمة الاحتمالية 0.000 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين النوعين في تأثيرهما على طلب الخدمات الصحية ، وهذه الفروقات لصالح المتوسط 17.5263 مما يدل على أن الذكور لهم دور فعال في تقديم الخدمات الصحية، والمساهمة في زيادة طلب الخدمات الصحية.

10.5.4 المستوى العلمي ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

جدول (47.4)

المستوى العلمي ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

المؤهل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	F	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
بك محاسبة	3	14.3333	5.77350	1.203	6	0.315
دكتوراه	11	17.3636	3.88002		73	
ماجستير	11	17.8182	2.60070		79	
بك طب	27	15.6667	5.99359			
دبلوم	20	14.5500	5.11422			
ثانوية عامة	4	20.5000	5.74456			
ليسانس آداب	4	15.5000	6.35085			
المجموع	80	16.1000	5.18908			

من الجدول نلاحظ أن القيمة الاحتمالية 0.315 وهي أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تدل على أن المؤهلات العلمية لها تأثيرها على طلب الخدمات الصحية مما يدل على أن المستوى العلمي للمدير، أو المسئول عن إدارة المستشفيات الخاصة، له تأثير في تقديم الخدمات الصحية والمساهمة في زيادة طلب الخدمات الصحية.

11.5.4 سنوات الخبرة ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

جدول (48.4)

سنوات الخبرة ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

المؤهل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	f	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
5-1	10	14.4000	2.796	0.665	4	0.618
10-6	13	17.2308	3.745		75	
15-11	18	17.0000	3.62994		79	
20-16	22	16.1364	6.01819			
21 - فأكثر	17	15.2353	7.207			
المجموع	80	16.1000	5.189			

نلاحظ من الجدول أن القيمة الاحتمالية 0.618 وهي أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تدل على أن سنوات الخبرة لها علاقة بالطلب على الخدمات الصحية ، التالي كلما كانت سنوات الخبرة طويلة ساعد ذلك على زيادة طلب الخدمات الصحية .

12.5.4 المصروفات ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

جدول (49.4)

الإيرادات ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

حجم الإيرادات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	f	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
أقل من 100.000	26	16.4615	4.85988	8.038	3	0.000
من 100000 - 500000	23	13.9565	4.46683		64	
من 500000 - 1000000	12	17.5833	2.96827		67	
أكثر من 1000000	7	23.4286	5.74042			
	68	16.5294	5.21614			

من الجدول نلاحظ أن القيمة الاحتمالية 0.000 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.01$ توجد فروقات ذات دلالة إحصائية أن هناك فروقات بالتالي إيرادات المستشفى لا تؤثر على طلب الخدمات الصحية .

13.5.4 عدد المؤسسين ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية
جدول (50.4)

عدد المؤسسين ومدى تأثيره على طلب الخدمات الصحية

المؤسسون	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	f	درجة الحرية	دلالة الإحصائية
2-1	5	14.800	5.35724	3.20	3	0.036
4-3	13	15.3846	4.50071			
6-5	25	15.1200	5.12608			
7 فأكثر	25	18.9600	5.12738			
المجموع	68	16.5588	5.25295			

من الجدول نلاحظ أن القيمة الاحتمالية 0.036 وهي أقل من مستوى المعنوية $\alpha = 0.05$ توجد فروقات ذات دلالة إحصائية. يعنى ذلك أن عدد المؤسسين له علاقة بطلب الخدمات الصحية ومن الأفضل أن يكون عدد المؤسسين كبيراً حيث يساعد ذلك على زيادة طلب الخدمات الصحية.

توضيح:

- معامل الارتباط يتراوح ما بين +1 و -1. فإذا كان معامل الارتباط أكبر من المتوسط 0.5 فإن العلاقة قوية أما إذا كان معامل الارتباط أقل من المتوسط العلاقة ضعيفة.
- لا توجد دلالة إحصائية إذا كان مستوى القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية (α) والعكس.
- إذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية .

الفصل الخامس

خاتمة الدراسة

1.5 تمهيد

أشارة إلى فروض هذه الدراسة والتي ورد ذكرها فى الفصل الأول تشمل هذه الخاتمة أهم نتائج الدراسة وما توصلت إليه من توصيات.

2.5 نتائج الدراسة:

استخدام أسلوب التحليل الوصفي لتحليل البيانات ،وباستخدام التحليل الاستدلالي وإجراء اختبارات الفروض (اختبار t ، اختبار f) توصلت إلى النتائج التالية:
أولاً: أن سياسة التسعير بالمستشفيات الخاصة تهدف إلى تغطية تكاليفها ثم استعمال أكثر من سعر للخدمة الواحدة لإرضاء الرغبات والأذواق ، المختلفة بينما تحقق عائد على رأس المال المستثمر، بينما تأتي سياسة التسعير لتعظيم الربح في آخر الأهداف وهذا في اعتقاد الباحثة غير مطابق مع الواقع كما هو فى الجدول (4-26) .

ثانياً : توضع أسعار الخدمات الصحية بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة على أساس تكلفة الخدمات الصحية والمستوى التقني والتكنولوجي، بينما يستبعد وضع أسعار الخدمات الصحية بأقل سعر فى السوق كما هو فى الجدول (4-27) .

ثالثاً: من أسباب ارتفاع أسعار الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة شراء الأجهزة والمعدات الطبية وهي تقع فى المرتبة الأولى فى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، وبالإضافة إلى ذلك فرض الضرائب والرسوم الجمركية . بينما قيمة العقار وصيانته ليست ذات أهمية حسب رأي العينة كما هو فى الجدول (4-28) .

رابعاً : إن من أهم خصائص ومميزات التطور فى المراكز الصحية والمستشفيات كما هو فى الجدول(4-29):

- 1- أن القوى العاملة الطبية على مستوى جيد من التأهيل العلمى والخبرة الطبية حسب رأي العينة حيث 72% من العينة توافق وتوافق بشدة .
- 2- كما تتميز المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة باستخدام أجهزة الحاسب الآلي والتي تلعب دوراً هاماً فى الخدمات الصحية حيث نجد أن 49% من العينة توافق وتوافق بشدة على ذلك .
- 3- تتميز المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي بوجود الطاقم الطبي الزائر، والذي يساهم فى إجراء العمليات المعقدة وفى أنجاح الخدمات الصحية بالمرفق حيث نجد أن (52%) من العينة توافق وتوافق بشدة على ذلك .

4- لا تتميز المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بإجراء العمليات الكبيرة النادرة حسب رأي العينة حيث 48 % توافق على ذلك .

خامساً: الخصائص الإدارية بالمركز الصحية والمستشفيات الخاصة كما هو في الجدول(4-30):

1- سهولة الحصول على السجلات الطبية حيث نجد أن 63% من العينة توافق على ذلك.

2- استعمال الأساليب الحديثة والمتطورة مثل الرقابة - التخطيط- الموازنات، حيث نجد أن 49% من العينة توافق على ذلك .

3- عدم وجود هيكل تنظيمي بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة حسب رأي العينة 48 % .

4- مدير المستشفى ليس ممن يجمع بين مهنة الطب والعمل الإداري حسب رأي العينة 48%.

5- عدم استعمال مؤشرات الفاعلية والإنتاجية، التي سبق الإشارة لها في الفصل الثاني.

6- عدم مشاركة المراكز والمستشفيات الخاصة في تقديم الخدمات الصحية .

7- هناك مهام أو أعمال يقوم بها أفراد على درجة عالية من الكفاءة العلمية حيث أن 48% من العينة ترى ذلك.

8- جميع المستويات الإدارية لا تشترك في اتخاذ القرار، حيث 53% لا توافق على ذلك.

9- عدم وجود فائض في العمالة بالمراكز الصحية والمستشفيات الخاصة .

سادساً: من أسباب إدخال المريض بالمستشفى الأخطاء الطبية في التشخيص، حيث نجد أن 71% من العينة تستبعد إدخال المريض بسبب إجراء تجارب على المرضى للتعليم.

سابعاً: تتأثر المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي بظاهرة التضخم، حيث نجد ارتفاع أسعار الخدمات الصحية بسبب ارتفاع الأسعار بوجه عام، حيث أن 71% من العينة توافق على ذلك كما هو في جدول (4-34) .

ثامناً: تتميز سوق الخدمات الصحية بتفاوت في أسعار الخدمات الصحية، حيث نجد 62% من العينة توافق على ذلك ، كما أنها سوق منافسة، ولا يعتبر وجود المستشفيات العامة منافسة لها في تقديم الخدمات الصحية ، كما أنه لا يوجد تحويل للمرضى من المستشفيات العامة إلى الخاصة مما يدل على تقارب أو تشابه الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة والخاصة .

3.5 التوصيات:

يمكن تلخيص أهم توصيات الدراسة في مايلي :

- 1- ضرورة التزام الإدارات العليا في المستشفيات وإيمانها بأهمية تسعير الخدمات الصحية ، والعمل على جعل تلك الوظيفة مسؤولية جميع العاملين في المستشفى جنباً إلى جنب مع مسؤولية إدارة التسويق (إن وجدت)، من خلال الاختبارات والمحاضرات والتدريب والتطوير، فضلاً عن ضرورة اهتمام تلك الإدارات بدراسة حاجات الزبائن ورغباتهم، وجعلها أساساً مهماً في وضع التصاميم الخاصة بخدمات المستشفى وطرق تقديمها.
- 2- تبني المستشفيات أسس المفهوم التسويقي الحديث والتي تستند إلى الأساليب العلمية، وتحديد مدى الحاجة إلى الخدمات الصحية في ضوء بحوث السوق، وتقوم بحملات ترويجية وفق أسس مدروسة، وتنوع الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين منها، وعدم اقتصرها على الخدمات المقدمة حالياً في المستشفى في محاولة لتشمل أكبر عدد ممكن من المستفيدين.
- 3- تبني المستشفيات أنشطة ذات توجه اجتماعي في تسويق خدماتها الصحية، لكونها العلامة المميزة للنجاح على الأمد البعيد، من خلال تحديد عدد من أهداف المسؤولية الاجتماعية، وتوجيه أنشطتها لخدمة أكبر عدد من المستفيدين، والسعي إلى تحسين صحة أفراد المجتمع ككل وتحقيق الرفاهية لهم. فضلاً عن ضرورة قيام إدارات المستشفيات بالتفاعل والتعاون مع المنظمات المدنية ، لقيادة حملات التوعية والتثقيف الصحي، وتقوية روابط المستشفى مع البيئة الخارجية المحيطة بها.
- 4- تطوير آلية لدراسة الشكاوي والمقترحات في المستشفيات بشكل جدي، وضمان تسجيلها وتوثيقها وفق إجراءات محددة ودقيقة، والاستفادة من هذه المقترحات لتطوير خدمات المستشفى بالاعتماد على وجهة نظر الزبون لها.
- 5- تغيير آلية منح المكافآت في المستشفى بحيث تصبح في خدمة التوجه التسويقي، فمثلاً بدلاً من مكافأة الطبيب الذي يفحص أكبر عدد ممكن من المرضى، تتم مكافأة ذلك الذي يقضي وقتاً كافياً في الاستماع والإصغاء للمرضى، أو مكافأة الطبيب المفضل لدى المرضى من خلال استقصاء مخصص لهذه الأغراض.
- 6- بناء وتطوير نظام لتفعيل عملية الاتصال والتغذية العكسية مع البيئة الخارجية للمستشفى، لاسيما مع المرضى، عبر المقابلات واللقاءات والاستبيانات والعلاقات العامة لمعرفة درجة رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة وقياسها باستمرار.

- 7- ضرورة الاطلاع والانفتاح على تجارب العالم المتقدم، وإجراء المقارنات المرجعية بهدف اقتباس تلك الأساليب وتعلمها والطرق الجديدة والمبتكرة في مجال تسعير الخدمة الصحية، لمواجهة المتغيرات البيئية المعقدة، والمشحونة بالتغيير، والسرعة في النمو التي تواجهها المنظمات الصحية المعاصرة.
- 8- تفعيل دور المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بمدينة بنغازي، بحيث لا تحول إلي المستشفيات إلا الحالات التي تستوجب الدخول، وذلك بتزويد تلك المراكز بالكفاءات وذوى الاختصاص والفنيين.
- 9- إنشاء وحدة في كل مستشفى تسمى عملية اليوم الواحد لتخفيف الضغط على المستشفيات الداخلية حيث يتم إجراء العمليات التي لا تحتاج إلى دخول وذلك لما لحالات الدخول إلى المستشفى من أثر كبير في زيادة التكاليف .
- 10- وضع سياسة جيدة لتحديد الحالات التي تحتاج إلى إدخال للمستشفى، وتلك التي تعالج في العيادات الخارجية ولا تحتاج إلى إدخال، والعمل على تشريع أنظمة وقوانين وتعليمات بهذا الخصوص .
- 11- تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة في الرقابة على الموازنات والمصروفات، واشتراك جميع المستويات الإدارية في وضع الموازنة العامة للمستشفى، ومن ثم الرقابة على تنفيذ بنود تلك الموازنة .
- 12- عقد دورات لجميع العاملين في المستشفيات وخاصة الأطباء منهم، وذلك لبيان أهمية التكاليف، وأن يكون الهدف المبين لهذه الدورات هو تقديم خدمة أفضل للمريض ولها ضبط للنفقات .
- 13- عدم صرف الأدوية والعلاجات إلا لمستخدميها، حيث أن هناك هدرا في صرف الأدوية خاصة لموظفي المستشفيات، بمعنى أن تكون رقابة فعالة على صرف الأدوية .
- 14- مشاركة المستشفيات مع بعضها في شراء الأدوية والمعدات والأدوات اللازمة، وكذلك المشاركة في تقديم الخدمات الطبية وتسهيل الاتصال والتنسيق بين المستشفيات الخاصة .
- 15- وضع معايير تتبناها وزارة للصحة بشكل عام تكفل ضبط انتشار مستشفيات القطاع الخاص .
- 16- وضع معايير جيدة لاستبدال الآلات والمعدات من خلال تحسين قسم الصيانة الفني بالمستشفى، بحيث لا يتم التغيير إلا بعد موافقة اللجنة المختصة بالأجهزة .

- 17- أن تتولى إدارة المستشفيات فئة غير فئة الأطباء أى أن يكون الطاقم الإداري مكونا من أشخاص آخرين إضافة إلى طاقم فني وأن يكون لديهم الإلمام الكافي بالمستشفيات والخدمات الصحية .
- 18- التوصية بإنشاء وحدة مركزية للمعلومات الصحية المختلفة ، وأن تكون هذه المعلومات متاحة للجميع، خاصة متخذي القرار والعاملين في المجال الصحي والباحثين والمستثمرين .
- 19- الاهتمام بمساندة القطاع الخاص في المجال الصحي بمختلف الطرق ، ومنها إنشاء صندوق لتنمية الخدمات الصحية .
- 20- الاهتمام بتدريب كوادر متخصصة في اقتصاديات الصحة للوصول إلى الاستخدام الأمثل لموارد الرعاية الصحية .
- 21- تشجيع القطاع الصحي الخاص ، وذلك بدعمة عن طريق تحويل بعض المرضى للعلاج فيه ، بدلا من وضعهم في قائمة الانتظار أو إرسالهم للعلاج في الخارج ، خاصة وأن تكلفة العلاج في المستشفيات الخاصة تعتبر أقل بكثير من العلاج بالخارج .
- 22- تسهيل إجراءات استيراد الأجهزة الحديثة والمعدات الطبية من الخارج وتخفيض الرسوم الجمركية عليها ، بما يساعد على تأمينها في أسرع وقت ممكن .
- 23- يلزم توجيه المستشفيات الخاصة بعدم علاج الوافدين بالمجان وتحويلهم للقطاع الخاص دعما له وبالذات العاملون منهم في الشركات والمؤسسات الكبرى .
- 24- بناء تأمين صحي مناسب قد يساعد على اتجاه الأفراد إلى المستشفيات والمراكز الصحية في القطاع الخاص مما يساعد على خلق فرص عمل في المجتمع وكما يخلق المناخ المناسب لتحمل بعض الأفراد في المجتمع جزءا من المسؤولية في تحمل تكاليف الخدمات الطبية .
- 25- استمرار الدعم الحكومي للقطاع الصحي الخاص ، مثل (1) نقل ملكية المستشفيات العامة إلى القطاع الخاص وذلك عن طريق : البيع ، التأجير ، أو استخدام مشروع الشراكة بين القطاع العام والخاص ، أو عن طريق التعاقد حيث يعتبر من الإجراءات التي يمكن أن تؤدي إلى تخفيض التكاليف ونقل المسؤولية إلى القطاع الخاص ، ويتم التعاقد بأحدى الطرق التالية:
- التعاقد على إدارة وتشغيل المستشفيات

(1) زين العابدين عبدالله برى ، خصصة الشروط العامة - منظور اقتصادي ، جامعة الملك سعود، إدارة النشر العلمي والمطابع ، المملكة العربية السعودية ، الرياض، 2005 ، ص182.

- التعاقد على تقديم الخدمة الطبية عن طريق مستشفيات القطاع الخاص.
- التعاقد على تقديم بعض الخدمات المساندة كالإعاشة والنظافة .

26- أخير ننوه على أن هذه الدراسة أخصت بجانب العرض (مقدموا الخدمات الصحية) ولم تتعرض لجانب الطلب (مستهلكى الخدمات الصحية) فقد يعتبر هذا قصور فى هذه الدراسة ويمكن أن يكون ذلك بداية لدارسة أخرى فى المستقبل ..

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً:- الكتب العربية

- 1- إبراهيم، طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، كلية التجارة، جامعة الزقايق مكتبة المدينة، 2000 .
- 2- أبوعلام، رجاء محمود، مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، دار النشر للجامعات ، مصر ، 2006.
- 3- المصري، أحمد محمد، إدارة الأعمال الطبية المستشفيات - الصيدليات ، كلية التجارة جامعة الأزهر، مؤسسة شباب الجامعة ، 2005 .
- 4- العبيدي، سالم فرج، محددات الانتفاع بالخدمات الصحية لعيادة العقورية الخارجية، دراسات تطبيقية في جغرافية ليبيا البشرية ، جامعة قاريونس، 2002 .
- 5- العيسى، نزار سعد الدين ، إبراهيم سليمان قطف، الاقتصاد الكلي مبادئ وتطبيقات، دار مكتبة الحامد للنشر والتوزيع ، عمان، الطبعة الأولى.
- 6- برى ، زين العابدين عبدالله ، خصخصة المشروعات العامة - منظور اقتصادي ، جامعة الملك سعود، إدارة النشر العلمي والمطابع ، المملكة العربية السعودية ، الرياض، 2005 .
- 7- سرحان ، أحمد عباده ، فاروق عبدالعظيم أحمد ، الإحصاء، الطبعة الثانية ، الإسكندرية ، 1987.
- 8- شريف، على، أحمد ماهر، اقتصاديات الإدارة، المكتبية الإدارية، الدار الجامعية، 1987.
- 9- عثمان، سعيد عبد العزيز، السياسة التسعيرية لقطاع الخدمات العامة، قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة - دراسات نظرية ، تطبيقه ، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1997 .
- 10- عبد الحميد، عبد المطلب، السياسات الاقتصادية على مستوى المشروع - تحليل جزئي - مجموعة النيل العربية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2003.
- 11- عبد الحميد، عبد المطلب، دراسات الجدوى الاقتصادية لاتخاذ القرارات الاستثمارية، دار الجامعة الإسكندرية، 2002.
- 12- عبد العزيز، عمر عبد الجواد ، عبد الحفيظ بلعربي ، مقدمة الطرق الإحصائية مع التطبيقات التجارية، دار زهران للنشر والتوزيع عمان الأردن ، 1999 .

- 13- على غويس، خير الدين ، دليل البحث العلمي ، طبع ونشر دار الفكر العربي، القاهرة ، مصر ، 2004.
- 14- مذكور، فوزى ، تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر والتوزيع ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة، الطبعة الأولى، 1998.
- 15- محمد، عبد القادر، التحليل الاقتصادي الجزئي بين النظرية والتطبيق ، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية، الناشر الدار الجامعية، 1998 .
- 16- مخيمر، عبدالعزيز، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003 .
- 17- محمد صبحي أبو صالح، عدنان محمد عوض، مقدمة في الإحصاء، الطبعة الأولى، دائرة الإحصاء، جامعة اليرموك، إربد، الأردن، 1982 .
- 18- محمد عبدالعال النعيمي، مؤيد الفضل، الإحصاء المتقدم في دعم القرار، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2007 .
- 19- ياسر، تأمر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان شارع الملك حسين، الطبعة العربية 2005 .

ثانيا :- الكتب الاجنبية المعربة

- 1- جيمي، جوارتيني، ريجارد استروب، الاقتصاد الكلي الختيار العام والخاص، ترجمة عبد الفتاح عبد الرحمن، عبد العظيم محمد، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1999.
- 2- فلدستين، بول، اقتصاديات الرعاية الصحية ، الجزء الاول، ترجمة محمد حامد عبدالله.
- 3- فلدستين، بول، اقتصاديات الرعاية الصحية ، الجزء الثاني، ترجمة محمد حامد عبدالله.

ثالثا : الدوريات

- 1- ابراهيم، طلعت الدمرداش، تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية واثارها الاقتصادية، دراسة حالة مصر، مجلة البحوث التجارية - كلية التجارة - جامعة الزقايق - الجزء الاول، المجلد 2000، 22.
- 2- عبدالحليم، أحمد، أديب العمرى، العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الاسلامي، مجلة دراسة العلوم الادارية، الاردن، المجلد 31 ، العدد 1، 2004، ص 107-121.

- 3- ميثم عجم، تباين أسعار السلع في الاسواق الزراعية وأثرها على التنمية، مجلة الانماء العربي للعلوم والتنمية، معهد الأنماء العربي، مجلد 1، العدد 2، 1978 ص ص 15-22 .
- 4- مهدي، ابراهيم محمد ،منهج كمي مقترح لتسعير تأمين اخطار النقل، المجلة العلمية كلية الادارة والتجارة، دار الكتب القطرية، العدد 3 1992 ، ص ص 55-75.
- 5- عبد الهادي، عبد السلام حسن، آراء العاملين في مجال التسويق وتوزيع الادوية بمدينة الرياض حول تسعيرة الادوية، مجلة الادارة العامة ، العدد 82، 1994، ص ص 92-123.
- 6- رشيد، امين، السياسة السعرية في قطاع الصناعة التحويلية في العراق، مجلة الادارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العدد 10، 1989، ص ص 39-41 .
- 7- تقرير المكتب التشاركي الصحي، وزارة للصحة، بنغازي، قائمة باسماء المراكز والمستشفيات الخاصة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي 2008 ، مصدر غير منشور .
- 8- قرار اللجنة الشعبية العامة سابقا رقم (190) لسنة 2006 باصدار اللائحة التنفيذية رقم (6)

رابعا :-رسائل الماجستير

- 1- بو نعامة، هيفاء، امكانية تطبيق محاسبة التكاليف في المستشفيات الخاصة بليبيا، رسالة ماجستير، جامعة قاريونس ، 2002 .

خامسا : شبكة الأنترنت العالمية

- 1-النسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الأول ، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية ، جامعة العلوم التطبيقية الأردن
الأستاذ الدكتور تامر ياسر البكري ؛ غسان الرزاق العبيدي
العراق - بغداد - الأعظمية - كلية الإدارة والاقتصاد
بريد الألكتروني aestecac@ uruklink.net
- 2- الجمع بين فن الادارة ومهارة (الجراح) إشكالية لم تحل بعد - ادارة المستشفيات - لغزة
يحير الاطباء .الموقع الإلكتروني :
<http://www.okaz.com.sa/okaz/osf/20070429/con20070429107157.htm>
- 3- تجربة استراليا خيار قد يناسبنا ، الموقع الإلكتروني :
<http://www.aleqt.com/articie.php?do=show&id=5751>

4- المؤتمر الوطني الأول للسياسات العامة في ليبيا جامعة قاريونس – بنغازي(11-13 يونيو 2007) تقييم السياسات الصحية في ليبيا.علي سعيد البر غثي، أنس أبوبكر بعيرة منتدى ليبيا للتنمية البشرية والسياسة ، الموقع الإلكتروني:

[http:// www . Libya Forum.org](http://www.Libya Forum.org)

5- نزار الهاشم انجازات كابيتال " الشراكة بين القطاعين العام والخاص " موقع الخبرات – النشرة العامة – 11-6-2007 ، الموقع الإلكتروني :

http://www.injazatcapital.com/templates_ar/bulletinoverview.asp?categ=bulletin&id=54

قائمة الملاحق

ملحق (1)

كشف بأسماء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة الواقعة فى نطاق مدينة بنغازى (

التسلسل	اسم العيادة	التسلسل	اسم العيادة
1	مصحة اسماء الطبية	29	عيادة بوطلاق
2	عيادة الضياء التخصصية	30	شركة المستقبل الطبى للخدمات الطبية
3	مركز الرجاء للخدمات الطبية	31	عيادة التقنية لأمراض القلب
4	عيادة الجلاء التخصصية	32	عيادة افريقيا التخصصية
5	عيادة السلمانى	33	عيادة نور الهدى للأسنان
6	عيادة القدس	34	عيادة الابتسامة
7	عيادة الرجاء لطب الأسنان	35	عيادة المغرب العربى
8	عيادة التفاؤل التخصصية	36	عيادة المجد التخصصية
9	عيادة القدس التخصصية	37	مركز الشامل
10	عيادة الجطلوى	38	عيادة البسمة للأسنان
11	عيادة التحلى فى طب الأسنان	39	عيادة الاسمنت بمصنع الاسمنت
12	عيادة البلسم الشافى التخصصية	40	مركز البحوث والخدمات الطبية
13	عيادة ابناء الصديق للأسنان	41	عيادة النور لطب العيون
14	عيادة الوفاق التخصصية	42	عيادة اهليس
15	جمعية الكفيف الطبية	43	العيادة المركزية لأمراض الجلدية
16	مركز الابصار لطب العيون	44	مركز المنار الطبى
17	مركز 10 مارس الطبى	45	مركز الامل للنساء والولادة
18	مركز المنتجين الطبى	46	عيادة الشام للأسنان
19	-عيادة الامل لطب الاسنان	47	مصحة الام الحنون
20	عيادة المودة التخصصية	48	تشاركية التوفيق
21	عيادة الحياة الطبية	49	عيادة الامل التخصصية
22	عيادة سيدى حسين	50	مركز الخوارزمى الطبى
23	عيادة الحكماء	51	مركز الاخاء الطبى
24	عيادة الطب الرياضى	52	شركة النجاح الطبية
25	عيادة شمس الدين	53	عيادة عبدالحميد عبدون للأسنان
26	عيادة المختار التخصصية	54	عيادة السلام التخصصية

عيادة دار الشفاء التخصصية	55	عيادة ابن النفيس التخصصية	27
عيادة نهر الحياة التخصصية	56	مصحة العربي الاوائية	28
مركز الصفاء	86	عيادة بنغازى التخصصية	57
عيادة البيان للأسنان	87	عيادة الميدان لطب الاسنان	58
عيادة البركة التخصصية	88	عيادة البركة لطب الاسنان	59
مركز بنغازى للأسنان	89	عيادة التعاون لطب الاسنان	60
عيادة جمال غنيم	90	عيادة بوهديمة لتركيب الاسنان	61
عيادة المنتزه	91	مركز برنيق لطب الاسنان	62
عيادة الشفاء التخصصية	92	عيادة الجهمي	63
مركز التضامن الطبى	93	عيادة اليثى التخصصية	64
عيادة الفيروز	94	عيادة التقنية	65
المركز الحديث لطب الاسنان	95	مركز ليبيا الطبى	66
عيادة البركة للأسنان	96	بسة للأسنان	67
المركز المتميز للأسنان	97	عيادة قطيش للأسنان	68
المركز الطبى للتشخيص العلاج	98	عيادة اليقين	69
عيادة الخنساء لطب الاسنان	99	عيادة النور	70
عيادة المنار لتصوير الطبى	100	مركز التواصل	71
عيادة ابن سينا لطب الاسنان	101	مركز الشاطىء الطبى	72
عيادة نزيه لطب الاسنان	102	عيادة التوفيق التخصصية	73
عيادة الزهراء	103	عيادة سيف العرب التخصصية	74
عيادة افريقيا التخصصية	104	عيادة باب السلام التخصصية	75
عيادة التيسير	105	مركز الشفاء الطبى	76
مصحة المدينة الايوائية	106	عيادة بيروت لطب الاسنان	78
عيادة الهرم	107	عيادة الحمد التخصصية	79
عيادة الطارق	108	عيادة المستقبل التخصصية	80
عيادة العلاء	109	عيادة المرأة التخصصية	81
مصحة الزينون	110	عيادة الامل لعلاج العقم	82
عيادة افريقيا	111	مركز الخنساء الطبى	83
مصحة الجامعة	112	مركز المسرة للأمراض الجلدية	84
عيادة الاندلس	113	مصحة المروة	85
عيادة الخليج	114	مصحة النجدة للجراحة	86
عيادة الصفاء	115	مركز برنيق الطبى	87

ملحق (2)

الإستبيان

الأخ/ مدير المركز الصحي أو المستشفى الخاص

بعد التحية ،،

أنا الطالبة / نعيمة أحمد الشامى بقسم الدراسات العليا - كلية الأقتصاد - جامعة قاريونس أقوم ببحث حول محددات سياسة التسعير للخدمات الصحية فى المراكز والمستشفيات الخاصة لنيل درجة الماجستير .

أنى احاول فى هذا البحث التعرف على اتجاهات وانطباعات المراكز والمستشفيات الخاصة حول سياسة التسعير للخدمات الصحية بها ، هذه المعلومات تنطوى على قيمة علمية وعملية وباعتبارك أحد المبحوثين فإن قيمة الدراسة العلمية تتوقف على صدق اجوبتك ودقتها فى تعبئة الأسئلة المرفقة التى تستخدم فقط لأغراض الدراسة والبحث العلمى .

كما أن المعلومات التى تدلى بها ستكون فى غاية السرية ، وأن اسمك سوف لن يذكر ابدأ فى هذا البحث .

أرشادات الأجابة : ضع علامة صح أو املاء الفراغ المناسب حسب طبيعة السؤال و التى تتوافق مع اجابتك

- أوافق : تعنى الموافق على محتوى الجملة .
- أوافق إلى حد كبير : تعنى جانب الموافقة أكبر من جانب عدم الموافقة .
- أوافق إلى حد ما : تعنى جانب عدم الموافقة أكبر بكثير من جانب الموافقة .
- لا أوافق : تعنى عدم الموافقة على محتوى الجملة ؟
- غير متأكد : تعنى عدم وجود أى محدد بخصوص الموافقة أو عدمها على محتوى الجملة

شاكرين لكم حسن تعاونكم

والسـ عليكم سلام

الباحثة

الاستبيان

ضع علامة () أمام الإجابة المناسبة أو تعبئة الفراغ بلإجابة المناسبة حسب طبيعة السؤال, وذلك طبقاً لمدي موافقتك مع وجهة النظر التي تحملها كل عبارة.
أولاً: معلومات شخصية:

1-العمر	2-النوع	
3-المؤهل العلمي	ج-5-المهنة	
6-التخصص		

7-عدد السنوات الخبرة
ثانياً: معلومات عن المركز الصحي/المستشفى الخاص:

<input type="checkbox"/> الإقتصاد والمحاسبة
<input type="checkbox"/> إدارة المستشفيات
<input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> غير ذلك
2-نوع العقار
4-التخصص
6-سعر المبيت بدون مرافق
8-عدد الأسر هبالمستشفى
10-سعر العملية الكبيرة
12- عدد العاملين الوطنيين
14-المؤهلات العلمية للعاملين
عدد () دكتوراه
عدد () بكالوريوس
عدد () دبلوم عالي

1-تاريخ الإنشاء	2-نوع العقار
3-عدد المؤسسين	4-التخصص
5-سعر الكشف	6-سعر المبيت بدون مرافق
7-سعر المبيت بمرافق	8-عدد الأسر هبالمستشفى
9-سعر العملية صغيرة	10-سعر العملية الكبيرة
11-عدد ساعات العمل	12- عدد العاملين الوطنيين
13- عدد العاملين الغير وطنيين	14-المؤهلات العلمية للعاملين
15-عدد فروع المستشفى	

16- حجم الإيرادات السنوية:

- أقل من 100,000 دينار
- من 100,000 دينار - 500,000 دينار
- من 500,000 دينار - 1000,000 دينار
- أكثر من 1000,000 دينار

17- حجم المصروفات السنوية:

- أقل من 50,000 دينار
- من 50,000-100,000 دينار

○ من 100,000 - 500,000 دينار

○ أكثر من 500,000 دينار

ثالثاً: معلومات اقتصادية:

1- ماهو الهدف من سياسة التسعير في المركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلي حد كبير	أوافق إلي حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- لتعظيم الربح					
2- لتحقيق عائد معين علي رأس المال المستثمر					
3- لتغطية التكاليف					
4- للأخذ بمعدلات الأسعار السائدة					
5- استعمال أكثر من سعر للخدمة الصحية الواحدة لإرضاء الرغبات والأذواق المختلفة					

2- ماهي أسباب ارتفاع المصروفات والتكاليف في المركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلي حد كبير	أوافق إلي حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- الأجهزة والمعدات والعقاقير والأدوية الطبية					
2- الضرائب والرسوم الجمركية					
3- المصاريف الإدارية ومرتببات والأطباء					
4- قيمة العقار وصيانته/الإيجار					

علي أي أساس توضع أسعار الخدمات الصحية بالمركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلي حد كبير	أوافق إلي حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- قياس بالمستوي التكنولوجي والتقني والمستوي العلمي لأطباء					
2- قياس بتكلفة الخدمة الصحية التي يقدمها المركز الصحي أو المستشفى الخاص					
3- بناء علي قدرة طالب الخدمة الصحية					
4- بإضافة نسبة الربح المعتاد من خلال الخبرة والممارسة					
5- بناء علي دراسة سلوك أسعار المنافسين بالمراكز الصحية و المستشفيات الاخري					

					6- قياس بأقل سعر في السوق الخدمات الصحية
					7- هناك جهة رسمية في الدولة تقوم بوضع أسعار الخدمات الصحية

3- ماهي خصائص التطور التكنولوجي والعلمي بالمركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلي حد كبير	أوافق إلي حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- وجود الطاقم الطبي الزائر					
2- القوي العاملة علي المستوي عالي					
3- إجراء العمليات الصغيرة فقط					
4- إجراء العمليات الكبيرة و المعقدة					
5- نوعية الخدمات الصحية التي يتم تقديمها غير متوفرة في مدينة بنغازي					
6- استخدام أجهزة الحاسب الآلي والآلات الالكترونية والمعدات الطبية المتطورة بجميع الأقسام					

5- ماهي الخصائص الإدارية للمركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلي حد كبير	أوافق إلي حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة مثل التخطيط- الرقابة علي استخدام الموارد-إعداد الموزانات					
2- جميع المستويات الإدارية تشترك في اتخاذ القرارات					
3- سهولة الحصول علي السجلات الطبية للمرضي عند الحاجة إليها					
4- توجد مشاركة مع المراكز الصحية و المستشفيات الأخرى لتقديم الخدمات مثل(مغسلة-محرقة- مشعلة)					
5- هناك مهام أو أعمال بسيطة يقوم بها أفراد علي درجة عالية من الخبرة والتعليم والتدريب ويتقاضون مقابلها رواتب ومكافآت عالية					
6- يوجد هيكل تنظيمي معتمد					
7- يوجد فائض عمالة بالمستشفى					
8- مدير المستشفى هو ممن يجمع بين مهنة الطب والعمل الإداري المتخصص					
9- تستعمل مؤشرات الفاعلية والكفاءة والإنتاجية في قياس مدي تحقيق أهداف المستشفى					

6- هل يوجد وعي لدي مدراء المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة بأهمية تسعير الخدمات الصحية؟

البيان	أوافق	أوافق إلى حد كبير	أوافق إلى حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- إن المدير أو المسئول بالمركز الصحي/المستشفى الخاص علي معرفة تامة بتكاليف وأسعار الخدمات الصحية بها					
2- إن المدراء والمسؤولين في المراكز الصحية و المستشفيات الخاصة الاخري يدركون أهمية تكاليف وأسعار الخدمات الصحية					
3- يتم تحويل نتائج الفحوصات كاملة مع المريض المحول من مستشفى إلى آخر أو إلى أي قسم داخل المستشفى					
4- عقد دورات للأطباء لتوعيتهم بأهمية تكاليف وأسعار الخدمات الصحية					

7- بما تتميز الإجراءات الطبية في المركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلى حد كبير	أوافق إلى حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- تتكرر الإجراءات الطبية(تحاليل مخبرية- أشعة- تخطيط)للتأكد من التشخيص					
2- تتكرر الإجراءات الطبية(تحاليل مخبرية- أشعة- تخطيط)حتى يحمي الأطباء أنفسهم من المسألة من الأخطاء المهنية					
3- تتكرر الإجراءات الطبية(تحاليل مخبرية- أشعة- تخطيط)بسبب عدم المكفأة الفنية					
4- هناك إهدار في استخدام الموارد(مواد طبية- كهرباء-ماء)					
5- وصف أدوية عالية الثمن بدل من الأدوية رخيصة الثمن					
6- شراء الآلات والمعدات عالية الثمن ذات جودة وتقنية عالية جدا					

8- ماهي أسباب إدخال المريض للمركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلى حد كبير	أوافق إلى حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- إدخال المريض للمستشفى لإرضاء المريض					
2- إدخال المريض للمستشفى لقلّة خبرة الأطباء					
3- إدخال المريض للمستشفى لإجراء تجارب علي المريض والتعلم					
4- إدخال المريض للمستشفى لوجود أخطاء في التشخيص					
5- إدخال المريض للمستشفى لوفرة الأسرة					

					6- إدخال المريض للمستشفى لغياب سياسة جيدة للتتويج
--	--	--	--	--	---

9- ماهي اثر ظاهرة التضخم علي أسعار الخدمات الصحية؟

البيان	وافق	وافق الي حد كبير	وافق الي حد ما	لا اوافق	غير متأكد
1- ترتفع أسعار الخدمات الصحية نتيجة ارتفاع الأسعار بشكل عام					
2- تتأثر أسعار الخدمات الصحية نتيجة تغير العملات الأجنبية					
3- يستعمل الرقم القياسي الطبي لقياس تغيرات أسعار الخدمات الصحية					

10- ماهي خصائص سوق الخدمات الصحية بمدينة بنغازي؟

البيان	أوافق	أوافق إلى حد كبير	أوافق إلى حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- تتفاوت أسعار تقديم الخدمات الصحية في المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة					
2- هناك تعاون أو اتحاد بين المراكز والمستشفيات لوضع تسعيرة موحدة للخدمات الصحية					
3- وجود المستشفيات العامة يعتبر منافسة بين المراكز والمستشفيات الخاصة					
4- توجد تحويلات للمرضى من المستشفيات العامة إلى المستشفى طرفكم					
5- سوق منافسة كاملة					
6- سوق منافسة احتكارية حيث يوجد تمايز بين انواع الخدمات الصحية					
7- سوق احتكار قلة حيث يؤثر احد الموجودين بالسوق علي أسعار الخدمات الصحية					

11- ما هي خصائص الطلب علي الخدمات الصحية بمدينة بنغازي؟

البيان	أوافق	أوافق إلى حد كبير	أوافق إلى حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- نمو عدد سكان مدينة بنغازي يؤدي إلى ارتفاع أسعار الخدمات الصحية					
2- يوجد طلب علي الخدمات الصحية بالمركز الصحي/المستشفى الخاص					
3- تغير دخل الفرد بمدينة بنغازي يؤثر علي أسعار الخدمات الصحية					
4- إن أسعار الخدمات الصحية مناسب لدخل الفرد في مدينة بنغازي					
5- الدخل الذي تتحصل عليه من المستشفى يتناسب مع متطلبات الحياة لك ولأسرتك في حالة وجود دخل غيره					

					6- الدخل الذي تتحصل عليه من المستشفى يتناسب مع متطلبات الحياة لك ولأسرتك في حالة عدم وجود دخل غيره
--	--	--	--	--	--

12- ماهي العراقيل والمشاكل التي يواجهها المركز الصحي/المستشفى الخاص؟

البيان	أوافق	أوافق إلي حد كبير	أوافق إلى حد ما	لا أوافق	غير متأكد
1- سوء الإدارة وعدم الرقابة الجادة من قبل الإدارة					
2- خفض طاقة التشغيل تدريجيا وانخفاض مستوى الخدمات وتسبب جهاز التمريض					
3- تدخل الجهات الرسمية والضرائب وإجراءات الحصر الضريبي					
4- محاولة خفض التكلفة علي حساب الجودة					
5- خلاف الشركاء					
6- التوقعات غير صحيحة					
7- عدم وجود تسهيلات وقروض تمنحها الدولة					
8- اعتراض المريض علي دفع فاتورة العلاج					
9- النقص في المعدات الطبية وصيانتها وصعوبة استردادها					

رابعا: أي مقترحات أو ملاحظات تذكر :-

(3) 

جدول KREGCIE AND MORGAN (1970) لتحديد حجم العينة

حجم العينة	حجم المجتمع	حجم العينة	حجم المجتمع	حجم العينة	حجم المجتمع	حجم العينة	حجم المجتمع
317	1800	201	420	103	140	10	10
320	1900	205	440	108	150	14	15
322	2000	210	460	113	160	19	20
327	2200	214	480	118	170	24	25
331	2400	217	500	123	180	28	30
335	2600	226	550	127	190	32	35
338	2800	234	600	132	200	36	40
341	3000	242	650	135	210	40	45
346	3500	248	700	140	220	44	50
354	4000	254	750	144	230	48	55
357	5000	260	800	148	240	52	60
361	6000	265	850	152	250	56	65
364	7000	269	900	155	260	59	70
367	8000	274	950	159	270	63	75
368	9000	278	1000	162	280	66	80
370	10000	285	1100	165	290	70	85
375	15000	291	1200	169	300	73	90
377	20000	297	1300	175	320	76	95
375	30000	302	1400	181	340	80	100
380	40000	306	1500	186	360	86	110
381	50000	310	1600	191	380	92	120
382	750000	313	1700	196	400	97	130
384	1000000						

أن هذا الجدول تم أستنتاجه من رسم بياني معد لتحديد حجم العينة موجود بالمرجع

ملحق (5) نتائج الحاسوب

العمر

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid أقل من 25	4	5.0	5.0	5.0
من 25 لأقل من 35	18	22.5	22.5	27.5
من 35 لأقل من 45	33	41.3	41.3	68.8
من 45 فأكثر	25	31.3	31.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

النوع

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ذكر	57	71.3	71.3	71.3
أنثى	23	28.8	28.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

المؤهل العلمي

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid بك محاسبة	3	3.8	3.8	3.8
دكتوراه	11	13.8	13.8	17.5
ماجستير	11	13.8	13.8	31.3
بك طب	27	33.8	33.8	65.0
دبلوم	20	25.0	25.0	90.0
ثانوية عامة	4	5.0	5.0	95.0
ليسانس آداب	4	5.0	5.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

جهة التخرج

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid جامعة قاريونس	18	22.5	26.5	26.5
العرب الطبية	36	45.0	52.9	79.4
أخرى	6	7.5	8.8	88.2
خارج ليبيا	8	10.0	11.8	100.0
Total	68	85.0	100.0	
Missing System	12	15.0		
Total	80	100.0		

المهنة

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid محاسبة	7	8.8	8.8	8.8
طبيب	41	51.3	51.3	60.0
ط جلدية	3	3.8	3.8	63.8
ط أسنان	6	7.5	7.5	71.3
موظف	19	23.8	23.8	95.0
فني	4	5.0	5.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

التخصص

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid محاسبة	6	7.5	8.8	8.8
طب أسنان	8	10.0	11.8	20.6
جراحة عظام باطنه	7	8.8	10.3	30.9
عامة	11	13.8	16.2	47.1
نساء وتوليد وباطنه	14	17.5	20.6	67.6
لغة إنجليزية	2	2.5	2.9	70.6
جلدية	2	2.5	2.9	73.5
اقتصاد	9	11.3	13.2	86.8
فنيين	9	11.3	13.2	100.0
Total	68	85.0	100.0	
Missing System	12	15.0		
Total	80	100.0		

عدد سنوات الخبرة

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid من 5-1	10	12.5	12.5	12.5
10-6	13	16.3	16.3	28.8
15-11	18	22.5	22.5	51.3
20-16	22	27.5	27.5	78.8
أكثر 21	17	21.3	21.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

دورات تدريبية اشتركت فيها

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid الاقتصاد والمحاسبة	6	7.5	7.5	7.5
إدارة مستشفيات	12	15.0	15.0	22.5
ليس مما ذكر	62	77.5	77.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

تاريخ الإنشاء

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1989-1980	8	10.0	10.0	10.0
1999-1990	31	38.8	38.8	48.8
2000 فأكثر	41	51.3	51.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

نوع العقار

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ملك	17	21.3	21.3	21.3
إيجار	49	61.3	61.3	82.5
غير ذلك	14	17.5	17.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

عدد المؤسسين

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2-1	5	6.3	7.4	7.4
4-3	13	16.3	19.1	26.5
6-5	25	31.3	36.8	63.2
أكثر من 7	25	31.3	36.8	100.0
Total	68	85.0	100.0	
Missing System	12	15.0		
Total	80	100.0		

التخصصات

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid جميع التخصصات	44	55.0	55.0	55.0
جراحة فم وأسنان	13	16.3	16.3	71.3
نساء وولادة وأطفال	4	5.0	5.0	76.3
عامية	11	13.8	13.8	90.0
علاج طبيعى ونساء	4	5.0	5.0	95.0
مسالك وباطنه	4	5.0	5.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

سعر الكشف

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5 فأقل	10	12.5	12.5	12.5
10-6	12	15.0	15.0	27.5
15-11	58	72.5	72.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

سعر المبيت بدون مرافق

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل 50	18	22.5	54.5	54.5
	90-51	6	7.5	18.2	72.7
	أكثر 91	9	11.3	27.3	100.0
	Total	33	41.3	100.0	
Missing	System	47	58.8		
Total		80	100.0		

سعر المبيت بمرافق

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل 50	7	8.8	21.2	21.2
	90-51	7	8.8	21.2	42.4
	أكثر 91	19	23.8	57.6	100.0
	Total	33	41.3	100.0	
Missing	System	47	58.8		
Total		80	100.0		

عدد الأسرة بالمستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-10	12	15.0	36.4	36.4
	20-16	7	8.8	21.2	57.6
	أكثر من 20	14	17.5	42.4	100.0
	Total	33	41.3	100.0	
Missing	System	47	58.8		
Total		80	100.0		

سعر العملية الصغيرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 100	30	37.5	73.2	73.2
	101-400	9	11.3	22.0	95.1
	أكثر من 400	2	2.5	4.9	100.0
	Total	41	51.3	100.0	
Missing	System	39	48.8		
Total		80	100.0		

سعر العملية الكبيرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 200	13	16.3	35.1	35.1
	201-700	11	13.8	29.7	64.9
	أكثر من 700	13	16.3	35.1	100.0
	Total	37	46.3	100.0	
Missing	System	43	53.8		
Total		80	100.0		

عدد ساعات العمل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12 ساعة	44	55.0	55.0	55.0
	أكثر من 12 ساعة	36	45.0	45.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

عدد العاملين الوطنيين

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10-1	23	28.8	28.8	28.8
	20-11	31	38.8	38.8	67.5
	30-21	8	10.0	10.0	77.5
	31 فأكثر	18	22.5	22.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

عدد العاملين الغير وطنيين

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10-1	11	13.8	26.8	26.8
	20-11	17	21.3	41.5	68.3
	30-21	7	8.8	17.1	85.4
	31 فأكثر	6	7.5	14.6	100.0
	Total	41	51.3	100.0	
Missing	System	39	48.8		
Total		80	100.0		

عدد فروع المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	فروع واحد	74	92.5	92.5	92.5
	اكثر من فروع	6	7.5	7.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

حجم الإيرادات السنوية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
أقل من 100.000 د.ل.	26	32.5	38.2	38.2
من 500000-100000	23	28.8	33.8	72.1
من 1000000-500000	12	15.0	17.6	89.7
<10000000	7	8.8	10.3	100.0
Total	68	85.0	100.0	
Missing				
System	12	15.0		
Total	80	100.0		

حجم المصروفات السنوية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
أقل من 100.000 د.ل.	30	37.5	45.5	45.5
من 500000-100000	18	22.5	27.3	72.7
من 1000000-500000	6	7.5	9.1	81.8
<10000000	12	15.0	18.2	100.0
Total	66	82.5	100.0	
Missing				
System	14	17.5		
Total	80	100.0		

Statistics

	C1	C2	C3	C4	C5
N	80	80	80	80	80
Mean	2.64	2.81	3.59	2.86	2.96
Std. Deviation	1.416	1.424	1.366	1.473	1.657

C1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
غير موافق بشدة	24	30.0	30.0	30.0
غير موافق	19	23.8	23.8	53.8
غير متأكد	7	8.8	8.8	62.5
أوافق	22	27.5	27.5	90.0
أوافق لحد كبير	8	10.0	10.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

C2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	16	20.0	20.0	20.0
	غير موافق	28	35.0	35.0	55.0
	غير متأكد	4	5.0	5.0	60.0
	أوافق	19	23.8	23.8	83.8
	أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

C3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	9	11.3	11.3	11.3
	غير موافق	14	17.5	17.5	28.8
	غير متأكد	1	1.3	1.3	30.0
	أوافق	33	41.3	41.3	71.3
	أوافق لحد كبير	23	28.8	28.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

C4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	20	25.0	25.0	25.0
	غير موافق	18	22.5	22.5	47.5
	غير متأكد	9	11.3	11.3	58.8
	أوافق	19	23.8	23.8	82.5
	أوافق لحد كبير	14	17.5	17.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

C5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	28	35.0	35.0	35.0
	غير موافق	6	7.5	7.5	42.5
	غير متأكد	7	8.8	8.8	51.3
	أوافق	19	23.8	23.8	75.0
	أوافق لحد كبير	20	25.0	25.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	D1	D2	D3	D4
N	80	80	80	80
	0	0	0	0
Mean	3.94	3.78	3.35	3.24
Std. Deviation	.998	1.263	1.254	1.512

D1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	13	16.3	16.3	16.3
	غير متأكد	3	3.8	3.8	20.0
	أوافق	40	50.0	50.0	70.0
	أوافق لحد كبير	24	30.0	30.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

D2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	6	7.5	7.5	7.5
	غير موافق	10	12.5	12.5	20.0
	غير متأكد	8	10.0	10.0	30.0
	أوافق	28	35.0	35.0	65.0
	أوافق لحد كبير	28	35.0	35.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

D3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	7	8.8	8.8	8.8
	غير موافق	19	23.8	23.8	32.5
	غير متأكد	6	7.5	7.5	40.0
	أوافق	35	43.8	43.8	83.8
	أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

D4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	17	21.3	21.3	21.3
	غير موافق	13	16.3	16.3	37.5
	غير متأكد	3	3.8	3.8	41.3
	أوافق	28	35.0	35.0	76.3
	أوافق لحد كبير	19	23.8	23.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
N	80	80	80	80	80	80	80
	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3.26	3.39	2.26	2.63	2.60	2.28	2.66
Std. Deviation	1.240	1.288	1.482	1.296	1.428	1.475	1.242

E1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	10	12.5	12.5	12.5
غير موافق	14	17.5	17.5	30.0
غير متأكد	10	12.5	12.5	42.5
أوافق	37	46.3	46.3	88.8
أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

E2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	6	7.5	7.5	7.5
غير موافق	20	25.0	25.0	32.5
غير متأكد	9	11.3	11.3	43.8
أوافق	27	33.8	33.8	77.5
أوافق لحد كبير	18	22.5	22.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

E3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	39	48.8	48.8	48.8
غير موافق	12	15.0	15.0	63.8
غير متأكد	7	8.8	8.8	72.5
أوافق	13	16.3	16.3	88.8
أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

E4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	19	23.8	23.8	23.8
	غير موافق	23	28.8	28.8	52.5
	غير متأكد	14	17.5	17.5	70.0
	أوافق	17	21.3	21.3	91.3
	أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

E5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	24	30.0	30.0	30.0
	غير موافق	22	27.5	27.5	57.5
	غير متأكد	5	6.3	6.3	63.8
	أوافق	20	25.0	25.0	88.8
	أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

E6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	40	50.0	50.0	50.0
	غير موافق	7	8.8	8.8	58.8
	غير متأكد	13	16.3	16.3	75.0
	أوافق	11	13.8	13.8	88.8
	أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

E7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	22	27.5	27.5	27.5
	غير موافق	11	13.8	13.8	41.3
	غير متأكد	21	26.3	26.3	67.5
	أوافق	24	30.0	30.0	97.5
	أوافق لحد كبير	2	2.5	2.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
N	80	80	80	80	80	80
	0	0	0	0	0	0
Mean	2.93	3.69	2.90	2.60	2.66	3.13
Std. Deviation	1.439	1.074	1.298	1.356	1.591	1.306

F1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	21	26.3	26.3	26.3
	غير موافق	14	17.5	17.5	43.8
	غير متأكد	3	3.8	3.8	47.5
	أوافق	34	42.5	42.5	90.0
	أوافق لحد كبير	8	10.0	10.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

F2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	2	2.5	2.5	2.5
	غير موافق	15	18.8	18.8	21.3
	غير متأكد	5	6.3	6.3	27.5
	أوافق	42	52.5	52.5	80.0
	أوافق لحد كبير	16	20.0	20.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

F3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	16	20.0	20.0	20.0
	غير موافق	17	21.3	21.3	41.3
	غير متأكد	12	15.0	15.0	56.3
	أوافق	29	36.3	36.3	92.5
	أوافق لحد كبير	6	7.5	7.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

F4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	25	31.3	31.3	31.3
غير موافق	14	17.5	17.5	48.8
غير متأكد	15	18.8	18.8	67.5
أوافق	20	25.0	25.0	92.5
أوافق لحد كبير	6	7.5	7.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

F5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	31	38.8	38.8	38.8
غير موافق	11	13.8	13.8	52.5
غير متأكد	6	7.5	7.5	60.0
أوافق	18	22.5	22.5	82.5
أوافق لحد كبير	14	17.5	17.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

F6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	8	10.0	10.0	10.0
غير موافق	27	33.8	33.8	43.8
غير متأكد	4	5.0	5.0	48.8
أوافق	29	36.3	36.3	85.0
أوافق لحد كبير	12	15.0	15.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9
N	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Mean	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Std. Deviation	3.18	2.65	3.50	2.86	2.69	3.06	2.24	3.06	2.90
	1.271	1.388	1.191	1.482	1.455	1.334	1.22	1.3	1.04

G1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	7	8.8	8.8	8.8
	غير موافق	24	30.0	30.0	38.8
	غير متأكد	10	12.5	12.5	51.3
	أوافق	26	32.5	32.5	83.8
	أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	22	27.5	27.5	27.5
	غير موافق	20	25.0	25.0	52.5
	غير متأكد	11	13.8	13.8	66.3
	أوافق	18	22.5	22.5	88.8
	أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	3	3.8	3.8	3.8
	غير موافق	21	26.3	26.3	30.0
	غير متأكد	5	6.3	6.3	36.3
	أوافق	35	43.8	43.8	80.0
	أوافق لحد كبير	16	20.0	20.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	23	28.8	28.8	28.8
	غير موافق	11	13.8	13.8	42.5
	غير متأكد	13	16.3	16.3	58.8
	أوافق	20	25.0	25.0	83.8
	أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	25	31.3	31.3	31.3
	غير موافق	14	17.5	17.5	48.8
	غير متأكد	13	16.3	16.3	65.0
	أوافق	17	21.3	21.3	86.3
	أوافق لحد كبير	11	13.8	13.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	15	18.8	18.8	18.8
	غير موافق	13	16.3	16.3	35.0
	غير متأكد	14	17.5	17.5	52.5
	أوافق	28	35.0	35.0	87.5
	أوافق لحد كبير	10	12.5	12.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	35	43.8	43.8	43.8
	غير موافق	5	6.3	6.3	50.0
	غير متأكد	29	36.3	36.3	86.3
	أوافق	8	10.0	10.0	96.3
	أوافق لحد كبير	3	3.8	3.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	12	15.0	15.0	15.0
	غير موافق	17	21.3	21.3	36.3
	غير متأكد	12	15.0	15.0	51.3
	أوافق	32	40.0	40.0	91.3
	أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

G9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	10	12.5	12.5	12.5
غير موافق	13	16.3	16.3	28.8
غير متأكد	36	45.0	45.0	73.8
أوافق	17	21.3	21.3	95.0
أوافق لحد كبير	4	5.0	5.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	H1	H2	H3	H4
N	80	80	80	80
Mean	0	0	0	0
Std. Deviation	3.81	3.96	3.41	2.89
	.943	.818	1.219	1.283

H1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق	14	17.5	17.5	17.5
غير متأكد	2	2.5	2.5	20.0
أوافق	49	61.3	61.3	81.3
أوافق لحد كبير	15	18.8	18.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

H2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق	7	8.8	8.8	8.8
غير متأكد	7	8.8	8.8	17.5
أوافق	48	60.0	60.0	77.5
أوافق لحد كبير	18	22.5	22.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

H3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	8	10.0	10.0	10.0
غير موافق	14	17.5	17.5	27.5
غير متأكد	6	7.5	7.5	35.0
أوافق	41	51.3	51.3	86.3
أوافق لحد كبير	11	13.8	13.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

H4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	20	25.0	25.0	25.0
غير موافق	6	7.5	7.5	32.5
غير متأكد	21	26.3	26.3	58.8
أوافق	29	36.3	36.3	95.0
أوافق لحد كبير	4	5.0	5.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
N	80	80	80	80	80	80	80
Mean	3.53	3.11	2.10	1.75	2.11	2.09	3.46
Std. Deviation	1.292	1.378	1.239	1.227	1.378	1.460	1.321

J1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	10	12.5	12.5	12.5
غير موافق	10	12.5	12.5	25.0
غير متأكد	4	5.0	5.0	30.0
أوافق	40	50.0	50.0	80.0
أوافق لحد كبير	16	20.0	20.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

J2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	12	15.0	15.0	15.0
غير موافق	21	26.3	26.3	41.3
غير متأكد	7	8.8	8.8	50.0
أوافق	26	32.5	32.5	82.5
أوافق لحد كبير	14	17.5	17.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

J3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	35	43.8	43.8	43.8
غير موافق	21	26.3	26.3	70.0
غير متأكد	8	10.0	10.0	80.0
أوافق	13	16.3	16.3	96.3
أوافق لحد كبير	3	3.8	3.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

J4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	56	70.0	70.0	70.0
غير موافق	2	2.5	2.5	72.5
غير متأكد	10	12.5	12.5	85.0
أوافق	10	12.5	12.5	97.5
أوافق لحد كبير	2	2.5	2.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

J5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	42	52.5	52.5	52.5
غير موافق	11	13.8	13.8	66.3
غير متأكد	8	10.0	10.0	76.3
أوافق	14	17.5	17.5	93.8
أوافق لحد كبير	5	6.3	6.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

J6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	46	57.5	57.5	57.5
غير موافق	9	11.3	11.3	68.8
غير متأكد	4	5.0	5.0	73.8
أوافق	14	17.5	17.5	91.3
أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

J7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	11	13.8	13.8	13.8
غير موافق	10	12.5	12.5	26.3
غير متأكد	6	7.5	7.5	33.8
أوافق	37	46.3	46.3	80.0
أوافق لحد كبير	16	20.0	20.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	K1	K2	K3	K4	K5	K6
N	80	80	80	80	80	80
	0	0	0	0	0	0
Mean	2.16	1.84	1.64	2.36	1.99	2.23
Std. Deviation	1.445	1.141	1.150	1.204	1.142	1.242

K1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	45	56.3	56.3	56.3
غير موافق	4	5.0	5.0	61.3
غير متأكد	9	11.3	11.3	72.5
أوافق	17	21.3	21.3	93.8
أوافق لحد كبير	5	6.3	6.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

K2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	46	57.5	57.5	57.5
غير موافق	12	15.0	15.0	72.5
غير متأكد	13	16.3	16.3	88.8
أوافق	7	8.8	8.8	97.5
أوافق لحد كبير	2	2.5	2.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

K3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	57	71.3	71.3	71.3
غير موافق	5	6.3	6.3	77.5
غير متأكد	13	16.3	16.3	93.8
أوافق لحد كبير	5	6.3	6.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

K4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	25	31.3	31.3	31.3
غير موافق	22	27.5	27.5	58.8
غير متأكد	14	17.5	17.5	76.3
أوافق	17	21.3	21.3	97.5
أوافق لحد كبير	2	2.5	2.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

K5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	43	53.8	53.8	53.8
غير موافق	3	3.8	3.8	57.5
غير متأكد	27	33.8	33.8	91.3
أوافق	6	7.5	7.5	98.8
أوافق لحد كبير	1	1.3	1.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

K6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	35	43.8	43.8	43.8
غير موافق	6	7.5	7.5	51.3
غير متأكد	30	37.5	37.5	88.8
أوافق	4	5.0	5.0	93.8
أوافق لحد كبير	5	6.3	6.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	L1	L2
N	80	80
	0	0
Mean	3.58	2.31
Std. Deviation	1.123	1.402

L1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	7	8.8	8.8	8.8
	غير موافق	8	10.0	10.0	18.8
	غير متأكد	8	10.0	10.0	28.8
	أوافق	46	57.5	57.5	86.3
	أوافق لحد كبير	11	13.8	13.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

L2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	38	47.5	47.5	47.5
	غير موافق	6	7.5	7.5	55.0
	غير متأكد	13	16.3	16.3	71.3
	أوافق	19	23.8	23.8	95.0
	أوافق لحد كبير	4	5.0	5.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
N	80	80	80	80	80	80	80
	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3.46	2.16	2.73	2.71	3.36	2.45	2.04
Std. Deviation	1.043	1.267	1.583	1.407	1.352	1.404	1.216

M1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	2	2.5	2.5	2.5
	غير موافق	18	22.5	22.5	25.0
	غير متأكد	10	12.5	12.5	37.5
	أوافق	41	51.3	51.3	88.8
	أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

M2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	36	45.0	45.0	45.0
غير موافق	12	15.0	15.0	60.0
غير متأكد	20	25.0	25.0	85.0
أوافق	7	8.8	8.8	93.8
أوافق لحد كبير	5	6.3	6.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

M3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	27	33.8	33.8	33.8
غير موافق	17	21.3	21.3	55.0
غير متأكد	2	2.5	2.5	57.5
أوافق	19	23.8	23.8	81.3
أوافق لحد كبير	15	18.8	18.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

M4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	21	26.3	26.3	26.3
غير موافق	20	25.0	25.0	51.3
غير متأكد	10	12.5	12.5	63.8
أوافق	19	23.8	23.8	87.5
أوافق لحد كبير	10	12.5	12.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

M5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	9	11.3	11.3	11.3
غير موافق	17	21.3	21.3	32.5
غير متأكد	9	11.3	11.3	43.8
أوافق	26	32.5	32.5	76.3
أوافق لحد كبير	19	23.8	23.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

M6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	31	38.8	38.8	38.8
	غير موافق	12	15.0	15.0	53.8
	غير متأكد	14	17.5	17.5	71.3
	أوافق	16	20.0	20.0	91.3
	أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

M7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	39	48.8	48.8	48.8
	غير موافق	13	16.3	16.3	65.0
	غير متأكد	18	22.5	22.5	87.5
	أوافق	6	7.5	7.5	95.0
	أوافق لحد كبير	4	5.0	5.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	N1	N2	N3	N4	N5	N6
N	80	80	80	80	80	80
	0	0	0	0	0	0
Mean	2.38	3.54	3.01	2.35	2.60	2.23
Std. Deviation	1.426	1.222	1.454	1.294	1.498	1.467

N1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	32	40.0	40.0	40.0
	غير موافق	16	20.0	20.0	60.0
	غير متأكد	11	13.8	13.8	73.8
	أوافق	12	15.0	15.0	88.8
	أوافق لحد كبير	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

N2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	4	5.0	5.0	5.0
غير موافق	18	22.5	22.5	27.5
غير متأكد	8	10.0	10.0	37.5
أوافق	31	38.8	38.8	76.3
أوافق لحد كبير	19	23.8	23.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

N3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	18	22.5	22.5	22.5
غير موافق	16	20.0	20.0	42.5
غير متأكد	6	7.5	7.5	50.0
أوافق	27	33.8	33.8	83.8
أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

N4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	25	31.3	31.3	31.3
غير موافق	27	33.8	33.8	65.0
غير متأكد	10	12.5	12.5	77.5
أوافق	11	13.8	13.8	91.3
أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

N5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	24	30.0	30.0	30.0
غير موافق	25	31.3	31.3	61.3
غير متأكد	4	5.0	5.0	66.3
أوافق	13	16.3	16.3	82.5
أوافق لحد كبير	14	17.5	17.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

N6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	35	43.8	43.8	43.8
غير موافق	22	27.5	27.5	71.3
غير متأكد	6	7.5	7.5	78.8
أوافق	4	5.0	5.0	83.8
أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Statistics

	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9
N	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Mean	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Std. Deviation	2.16	2.60	2.88	2.65	2.36	2.46	2.81	2.78	2.99

O1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	36	45.0	45.0	45.0
غير موافق	17	21.3	21.3	66.3
غير متأكد	7	8.8	8.8	75.0
أوافق	18	22.5	22.5	97.5
أوافق لحد كبير	2	2.5	2.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

O2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	27	33.8	33.8	33.8
غير موافق	18	22.5	22.5	56.3
غير متأكد	8	10.0	10.0	66.3
أوافق	14	17.5	17.5	83.8
أوافق لحد كبير	13	16.3	16.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

O3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	18	22.5	22.5	22.5
	غير موافق	19	23.8	23.8	46.3
	غير متأكد	10	12.5	12.5	58.8
	أوافق	21	26.3	26.3	85.0
	أوافق لحد كبير	12	15.0	15.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

O4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	31	38.8	38.8	38.8
	غير موافق	9	11.3	11.3	50.0
	غير متأكد	9	11.3	11.3	61.3
	أوافق	19	23.8	23.8	85.0
	أوافق لحد كبير	12	15.0	15.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

O5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	31	38.8	38.8	38.8
	غير موافق	16	20.0	20.0	58.8
	غير متأكد	13	16.3	16.3	75.0
	أوافق	13	16.3	16.3	91.3
	أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

O6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق بشدة	28	35.0	35.0	35.0
	غير موافق	10	12.5	12.5	47.5
	غير متأكد	26	32.5	32.5	80.0
	أوافق	9	11.3	11.3	91.3
	أوافق لحد كبير	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

O7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	19	23.8	23.8	23.8
غير موافق	19	23.8	23.8	47.5
غير متأكد	10	12.5	12.5	60.0
أوافق	22	27.5	27.5	87.5
أوافق لحد كبير	10	12.5	12.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

O8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	18	22.5	22.5	22.5
غير موافق	25	31.3	31.3	53.8
غير متأكد	6	7.5	7.5	61.3
أوافق	19	23.8	23.8	85.0
أوافق لحد كبير	12	15.0	15.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

O9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid غير موافق بشدة	9	11.3	11.3	11.3
غير موافق	26	32.5	32.5	43.8
غير متأكد	13	16.3	16.3	60.0
أوافق	21	26.3	26.3	86.3
أوافق لحد كبير	11	13.8	13.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Correlations**Correlations**

	هدف سياسة التسعير	خصائص الطلب على الخدمات
هدف سياسة التسعير	1	.173
	.	.126
	80	80
خصائص الطلب على الخدمات	.173	1
	.126	.
	80	80

Correlations

	الخصائص الإدارية للمركز	خصائص الطلب على الخدمات
الخصائص الإدارية للمركز	1 . 80	.603** .000 80
خصائص الطلب على الخدمات	.603** .000 80	1 . 80

** . Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations

	هل يوجد وعي لدى المدراء	بما تتميز الإجراءات الطبية	خصائص الطلب على الخدمات
هل يوجد وعي لدى المدراء	1 . 80	.264* .018 80	.182 .107 80
بما تتميز الإجراءات الطبية	.264* .018 80	1 . 80	.019 .869 80
خصائص الطلب على الخدمات	.182 .107 80	.019 .869 80	1 . 80

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	خصائص سوق الخدمات الطبية	خصائص الطلب على الخدمات
خصائص سوق الخدمات الطبية	1 . 80	.211 .060 80
خصائص الطلب على الخدمات	.211 .060 80	1 . 80

Correlations

	أسباب إدخال المريض للمركز	بما تتميز الإجراءات الطبية	خصائص الطلب على الخدمات
أسباب إدخال المريض للمركز	1	.557**	.177
	.	.000	.117
	80	80	80
بما تتميز الإجراءات الطبية	.557**	1	.019
	.000	.	.869
	80	80	80
خصائص الطلب على الخدمات	.177	.019	1
	.117	.869	.
	80	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	مدى أثر ظاهرة التحخم	خصائص الطلب على الخدمات
مدى أثر ظاهرة التحخم	1	.511**
	.	.005
	80	80
خصائص الطلب على الخدمات	.511**	1
	.005	.
	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations

	على أي أساس توضح اسعار الخدمات	خصائص الطلب على الخدمات
لى أي أساس توضح اسعار الخدمات	1	.281*
	.	.012
	80	80
خصائص الطلب على الخدمات	.281*	1
	.012	.
	80	80

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	خصائص الطلب على الخدمات	المشاكل التي يواجهها المركز
خصائص الطلب على الخدمات	1	.242*
	.	.031
	80	80
المشاكل التي يواجهها المركز	.242*	1
	.031	.
	80	80

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

T-Test

Group Statistics

النوع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ذكور خصائص الطلب على الخدمات	57	17.5263	4.80366	.63626
أنثى	23	12.5652	4.42951	.92362

Independent Samples Test

	t-test for Equality of Means			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
خصائص الطلب على الخدمات	4.272	78	.000	4.9611

Oneway

Descriptives

خصائص الطلب على الخدمات

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
بك محاسبة	3	14.3333	5.77350	3.33333
دكتوراه	11	17.3636	3.88002	1.16987
ماجستير	11	17.8182	2.60070	.78414
بك طب	27	15.6667	5.99359	1.15347
دبلوم	20	14.5500	5.11422	1.14357
ثانوية عامة	4	20.5000	5.74456	2.87228
ليسانس آداب	4	15.5000	6.35085	3.17543
Total	80	16.1000	5.18908	.58016

ANOVA

خصائص الطلب على الخدمات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	191.402	6	31.900	1.203	.315
Within Groups	1935.798	73	26.518		
Total	2127.200	79			

Oneway

Descriptives

خصائص الطلب على الخدمات

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
من 1-5	10	14.4000	2.79682	.88443
6-10	13	17.2308	3.74508	1.03870
11-15	18	17.0000	3.62994	.85559
16-20	22	16.1364	6.01819	1.28308
أكثر 21	17	15.2353	7.20702	1.74796
Total	80	16.1000	5.18908	.58016

ANOVA

خصائص الطلب على الخدمات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	72.843	4	18.211	.665	.618
Within Groups	2054.357	75	27.391		
Total	2127.200	79			

Oneway

Descriptives

خصائص الطلب على الخدمات

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
أقل من 100.000 د.ل.	26	16.4615	4.85988	.95310
من 100000-500000	23	13.9565	4.46683	.93140
من 500000-1000000	12	17.5833	2.96827	.85686
<10000000	7	23.4286	5.74042	2.16967
Total	68	16.5294	5.21614	.63255

ANOVA

خصائص الطلب على الخدمات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	498.892	3	166.297	8.038	.000
Within Groups	1324.049	64	20.688		
Total	1822.941	67			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: خصائص الطلب على الخدمات

LSD

حجم الإيرادات السنوية (I)	حجم الإيرادات السنوية (J)	Mean Difference (I-J)	Sig.
أقل من 100.000 د.ل.	من 500000-100000	2.5050	.059
	من 1000000-500000	-1.1218	.482
	<10000000	-6.9670*	.001
من 500000-100000	أقل من 100.000 د.ل.	-2.5050	.059
	من 1000000-500000	-3.6268*	.029
	<10000000	-9.4720*	.000
من 1000000-500000	أقل من 100.000 د.ل.	1.1218	.482
	من 500000-100000	3.6268*	.029
	<10000000	-5.8452*	.009
<10000000	أقل من 100.000 د.ل.	6.9670*	.001
	من 500000-100000	9.4720*	.000
	من 1000000-500000	5.8452*	.009

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

Descriptives

خصائص الطلب على الخدمات

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
2-1	5	14.8000	5.35724	2.39583
4-3	13	15.3846	4.50071	1.24827
6-5	25	15.1200	5.12608	1.02522
أكثر من 7	25	18.9600	5.12738	1.02548
Total	68	16.5588	5.25295	.63701

ANOVA

خصائص الطلب على الخدمات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	229.288	3	76.429	3.020	.036
Within Groups	1619.477	64	25.304		
Total	1848.765	67			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: خصائص الطلب على الخدمات

LSD

عدد المؤسسين (I)	عدد المؤسسين (J)	Mean Difference (I-J)	Sig.
2-1	4-3	-.5846	.826
	6-5	-.3200	.897
	أكثر من 7	-4.1600	.096
4-3	2-1	.5846	.826
	6-5	.2646	.878
	أكثر من 7	-3.5754*	.042
6-5	2-1	.3200	.897
	4-3	-.2646	.878
	أكثر من 7	-3.8400*	.009
أكثر من 7	2-1	4.1600	.096
	4-3	3.5754*	.042
	6-5	3.8400*	.009

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

Descriptives

درجة الممارسة مهام

	N	Mean	Std. Deviation
ثانوية عامة	11	33.2727	11.50731
دبلوم	42	28.7381	10.49520
بكالوريوس	76	29.7237	9.63964
دراسات عليا	21	31.2857	9.06169
Total	150	29.9267	9.92461

ANOVA

درجة الممارسة مهام

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	224.409	3	74.803	.756	.521
Within Groups	14451.784	146	98.985		
Total	14676.193	149			

Oneway

Descriptives

درجة الممارسة مهام

	N	Mean	Std. Deviation
أقل من سنة	34	29.9706	9.45639
1-4 سنوات	24	31.9583	10.63415
5-9 سنوات	45	30.7556	8.83731
10 فأكثر	47	28.0638	10.82952
Total	150	29.9267	9.92461

ANOVA

درجة الممارسة مهام

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	293.145	3	97.715	.992	.398
Within Groups	14383.049	146	98.514		
Total	14676.193	149			

Oneway

Descriptives

درجة الممارسة مهام

	N	Mean	Std. Deviation
لم التحق بدورة	69	29.4348	10.37315
1-4 دورات	60	29.0333	8.77007
5-9 دورات	14	34.4286	10.84658
10 فأكثر	7	33.4286	11.95627
Total	150	29.9267	9.92461

ANOVA

درجة الممارسة مهام

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	434.161	3	144.720	1.484	.221
Within Groups	14242.033	146	97.548		
Total	14676.193	149			

Abstract

One of the main reasons for this study is the sense of the growing importance of research in the economics of health services , and to show the important aspect of this branch of the economy and its applications , hoping that this study to be one of the references for scholars and researchers and also to those who are interested in the economics of health services .

Due to the role played by the health services sector in social and economic development , and given the importance of this vital sector , thus the study headed to its goal of clarifying the determinants of pricing policy for health services , as well as the reasons for differing pricing of health services , and to specify the factors causing to the increase of the cost of health services , in addition to raise the level of efficiency of these centers and private hospitals , and in order to achieve these objectives the study has developed the following hypotheses :

1 - There is a direct correlation between the use of technical and scientific level and scientific disciplines for doctors and technicians with the prices of health services .

2 – There is a positive correlation between the use of economic and administrative methods and health services .

3 - The presence of a positive correlation between the recognition of doctors and managers of health centers and private hospitals of the importance of costs and procedures are unnecessary with the prices of health services .

4 - The existence of a positive correlation between the unnecessary entries of admissions to hospital as well as the unnecessary procedures , and prices of health services .

5 - There is a direct correlation between positive price inflation in the city of Benghazi and the prices of health services .

6 - There is a direct correlation between a positive quality of health services and the market prices of health services .

7-There is a positive relationship between the demand for health services centers and private hospitals and the bases on which are the price of health services are placed .

8 - The presence of statistically significant trends in the study singled out the community about the factors affecting the prices of health services due to variables such as personal (sex- Qualification - Years of Experience - income) .

Using a descriptive analysis of the data analysis, using deductive analysis and testing hypotheses (t-test - test f) , survey found the following results :

First, accept the hypothesis that there is a direct correlation between the use of technical and scientific level , scientific disciplines doctors as well as technicians , and prices of health services .

Second, accept the premise that there is a positive correlation , between the use of modern of economic as well as administrative methods and the prices of health services .

Third: to accept the hypothesis that there is a positive correlation between the recognition of doctors and managers of health centers

and private hospitals , the importance of costs and unnecessary actions with the prices of health services .

Fourth : to accept the hypothesis that there is a positive correlation between the unnecessary entries (overnight at the hospital) and the unnecessary procedures, and rates of health services .

Fifth : to accept the hypothesis and the existence of a direct correlation between a positive price inflation in the city of Benghazi and the prices of health services .

Sixth : to accept the hypothesis that there is a positive relationship between the quality of health services and the prices of health services .

Seventh: accept the premise that there is a positive relationship between demand for health services centers and private hospitals and the basis on which the prices of the health services were set .

Eighth: to accept the hypothesis that there were significant differences in attitudes toward members of the population of the study factors affecting the prices of health services, which are due to variables such as (sex- qualification – years of experience – income) .

University of Benghazi
Faculty of Economics
Department of Economics



**Determinants of pricing policy for health services
centers and private hospitals.
"Field Study in Benghazi"**

Prepared By:

Naima Ahmed Omar EL Shami

Supervision:

Dr. Ibrahim Saleh EL Rifadi

A Thesis

Submitted to The Department of Economics in Partial Fulfilment of
The Requirment For The Master Degree Of Economics

FALL 2013