

جامعة غرداية

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم المالية والمحاسبة



في ميدان: العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

فرع العلوم الاقتصادية

تخصص: إقتصاد وتسيير المؤسسات

مذكرة لاستكمال متطلبات شهادة ليسانس

بغنوان:

أثر جودة التأمين الصحي على الخدمة العملاء دراسة حالة بمؤسسة الصندوق الوطني
غرداية (CNAS) للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء

تحت إشراف الأستاذ:

ذ . حنيش فتحي

إعداد الطلبة:

هدار عبد الحق

بن بيد أيمن

السنة الدراسية: 2024-2025

جامعة غرداية

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم المالية والمحاسبة



في ميدان: العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

فرع العلوم الاقتصادية

تخصص: إقتصاد وتسيير المؤسسات

مذكرة لاستكمال متطلبات شهادة ليسانس

بغنوان:

أثر جودة التأمين الصحي على الخدمة العملاء دراسة حالة بمؤسسة الصندوق الوطني
غرداية (CNAS) للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء

تحت إشراف الأستاذ:

ذ . حنيش فتحي

إعداد الطلبة:

هدار عبد الحق

بن بيد أيمن

السنة الدراسية: 2024-2025

شكر وعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله وتوفيقه أنجزنا هذا العمل المتواضع.

نتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى كل من قدم لنا يد العون، وساهم في إنجاح هذه المذكرة، سواء بالنصيحة أو التشجيع أو بالدعاء.

شكر خاص إلى أساتذتنا الأفاضل الذين لم يبخلوا علينا بعلمهم وتوجيهاتهم القيمة، فكانوا لنا خير سند طوال هذا المشوار العلمي.

كما لا يفوتني أن أرفع أسمى آيات العرفان لعائلتي الكريمة التي كانت دائماً الحزن الدافئ والداعم المعنوي في كل خطوة.

جزاكم الله جميعاً خير الجزاء، ووفقكم كما وفقنا.

الأهداء

إلى من علموني معنى الصبر والتوكل

إلى من كان دماؤهم النور الذي أثار طريقي، ومساندتهم الزاد الذي حملني إلى برّ الأمان

إلى والديّ العزيزين، تاج رأسي، وسندي في الحياة، أهدي هذا العمل المتواضع عربون وفاء ومحبة وامتنان لا يزول

إلى إخوتي وأحبيتي، رفاق الدرب والمواقف، لكم مني كل الحب والتقدير

إلى كل من آمن بي وشجعني، أهديكم ثمرة هذا الجهد الذي ما كان ليبري النور لولا دعمكم

فلعلّ هذه الصفحات تحمل بعضاً من جميلكم في قلبي، وتكون لبننة في بناء مستقبل نافع بإذن الله.

هدار عبد الحق

الأهداء

إلى من غرسا في قلبي حب العلم وسهرا من أجل راحتي... إلى من كانت
دعواتهما لي سرّ التوفيق والنجاح

إلى والديّ العزيزين، رمز العطاء والصبر، أهديكما ثمرة هذا الجهد
عرفانا وامتنانا لا يفنيه الكلام. إلى من شاركوني الدرب، وساندوني في
لحظات التعب والتحدي

إلى إخوتي وأصدقائي الأوفياء، الذين كانوا دوماً مصدر إلهام وتحفيز
أهدىكم هذا العمل عربون محبة وتقدير

إلى كل من وضع فيّ ثقته، إلى كل من كان له بصمة في هذا المشوار
لكم جميعاً أهدي هذه المذكرة، راجياً من الله أن تكون بداية لنجاحات
أكبر.

بن بيد أيمن

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر جودة التأمين الصحي على مستوى خدمة العملاء، من خلال دراسة حالة لمؤسسة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS) بولاية غرداية. وقد سعت الدراسة إلى إبراز العلاقة بين أبعاد جودة التأمين الصحي (كالتغطية الشاملة، سرعة الاستجابة، وضوح الإجراءات، ونوعية الخدمات المقدمة) ومدى رضا العملاء وتفاعلهم الإيجابي مع المؤسسة.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، مع توظيف استبيان ميداني تم توزيعه على عينة من المستفيدين من خدمات الصندوق، إلى جانب مقابلات مع موظفين معنيين بتقديم الخدمة. الكلمات المفتاحية: جودة التأمين الصحي، خدمة العملاء، رضا العملاء، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS)

Summary

This study aims to analyze the impact of health insurance quality on customer service, using a case study of the National Social Insurance Fund for Salaried Workers (CNAS) in Ghardaia. The study sought to highlight the relationship between dimensions of health insurance quality (such as comprehensive coverage, speed of response, clarity of procedures, and quality of services provided) and customer satisfaction and positive interaction with the fund.

The study relied on a descriptive analytical approach, employing a field questionnaire distributed to a sample of beneficiaries of the fund's services, along with interviews with employees involved in providing the service.

Keywords: Health Insurance Quality, Customer Service, Customer Satisfaction, National Fund for Social Insurance (CNAS)

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتويات
	التشكرات
	الإهداء
	الفهرس
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	قائمة الصور
	المقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: الإطار النظري للتأمين الصحي وجودة الخدمة الصحية
٦	المبحث الأول: مفاهيم عامة حول التأمين الصحي
٦	المطلب الأول: تعريف التأمين الصحي ونشأته التاريخية
٦	الفرع الأول: تعريف التأمين الصحي وأهدافه
٧	الفرع الثاني: النشأة التاريخية للتأمين الصحي
٨	المطلب الثاني: أنواع التأمين الصحي
١٠	المطلب الثالث: أهداف التأمين الصحي ومبادئه الأساسية
١٣	المبحث الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية
١٣	المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة في السياق الصحي
١٣	الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة
١٤	الفرع الثاني: تعريف جودة الخدمة في السياق الصحي
١٤	المطلب الثاني: أبعاد ومؤشرات تقييم جودة الخدمة الصحية

١٤	الفرع الأول: أبعاد تقييم جودة الخدمة الصحية
١٥	الفرع الثاني: مؤشرات تقييم جودة الخدمة الصحية
١٥	المطلب الثالث: خدمة العملاء في قطاع التأمين الصحي
١٦	الفرع الأول: تعريف خدمة العملاء
١٦	الفرع الثاني: تعريف خدمة العملاء في قطاع التأمين الصحي
١٦	المبحث الثاني: دراسات سابقة
١٧	المطلب الأول: دراسات محلية
١٧	الفرع الأول: دراسة خويلدات صالح وآخرون (٢٠٢٢)
١٨	الفرع الثاني: دراسة بكرأوي محمد الأمين (٢٠٢٢)
١٨	الفرع الثالث: دراسة بن عيسى أمينة (٢٠٢١)
١٩	المطلب الثاني: دراسات الأجنبية
١٩	الفرع الأول: دراسة The New Yorker (٢٠١٥)
٢٠	الفرع الثاني: دراسة Time (٢٠٢٣)
٢٠	الفرع الثالث: دراسة Parasuraman et al (١٩٨٨)
٢١	المطلب الثالث: المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات سابقة
٢١	الفرع الأول: المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات محلية
٢٣	الفرع الثاني: المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات الأجنبية
الفصل الثاني: نتائج ومناقشتها	
٢٧	المبحث الأول: نبذة عن المؤسسة محل الدراسة
٢٧	المطلب الأول: نبذة عن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء بولاية غرداية

٢٧	الفرع الأول: تعريف الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء
٢٧	الفرع الثاني: لمحة تاريخية حول الضمان الاجتماعي
٢٩	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS
٢٩	الفرع الأول: الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS
٣٢	الفرع الثاني: شرح الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS
٣٤	المطلب الثالث: مهام الصندوق
٣٥	المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة
٣٥	المطلب الأول: أدوات جمع البيانات
٣٨	المطلب الثاني: أدوات وطرق معالجة الاستبيان
٤٢	المبحث الثالث: الدراسة الإحصائية للمتغيرات
٤٢	المطلب الأول: الدراسة الإحصائية للمتغيرات الشخصية
٤٥	المطلب الثاني: عرض وتحليل النتائج
٤٧	المطلب الثالث: عرض النتائج
	الخاتمة
	المصادر والمراجع

قائمة الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
٠١	الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS	٣٠
٠٢	يوضح توزيع عينة الدراسة بناءً على جنس العملاء	٤٣
٠٣	يوضح توزيع عينة الدراسة بناءً على العمر الخاصة بالعملاء	٤٤

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
٠١	التأمين الصحي العام	١٠
٠٢	دراسة خويلدات صالح وآخرون (٢٠٢٢)	١٨
٠٣	دراسة بكر اوي محمد الأمين (٢٠٢٢)	١٨
٠٤	دراسة بن عيسى أمينة (٢٠٢١)	١٨
٠٥	دراسة The New Yorker (٢٠١٥)	١٩
٠٦	دراسة Time (٢٠٢٣)	٢٠
٠٧	دراسة Parasuraman et al (١٩٨٨)	٢١
٠٨	المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات محلية	٢٢
٠٩	المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات الأجنبية	٢٣
١٠	مجموع الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل الإحصائي	٣٦
١١	معامل الفا كرونباخ لجودة الخدمة الصحية	٣٩

٤٠	معامل ألفا كرونباخ لتأمين الصحي	١٢
٤١	معامل ألفا كرونباخ الإجمالي	١٣
٤٢	وضح توزيع عينة الدراسة بناءً على جنس العملاء	١٤
٤٤	وضح توزيع عينة الدراسة بناءً على العمر الخاصة بالعملاء	١٥
٤٦	المقياس ليكرت ذو المستويات الخمسة	١٦
٤٧	وصف إجابات عينة الدراسة محور بجودة الخدمة الصحية	١٧
٥٠	وصف إجابات عينة الدراسة محور بأبعاد التأمين الصحي.	١٨

المقدمة

يُعد التأمين الصحي من الركائز الأساسية التي تضمن توفير الرعاية الصحية للمواطنين، وتساهم بشكل مباشر في تحسين جودة الحياة وتقليل المخاطر الصحية والمالية المرتبطة بالأمراض والحوادث. ومن هنا، تولي مؤسسات التأمين الصحي أهمية كبيرة لضمان جودة الخدمات المقدمة لمشتريها، حيث ترتبط جودة الخدمة ارتباطاً وثيقاً برضا العملاء ومستوى ولائهم، مما ينعكس إيجاباً على استمرارية العلاقة بين المؤسسة والمستفيدين منها.

في ظل التطورات المتسارعة التي يشهدها قطاع التأمين الصحي، أصبحت جودة الخدمة عنصراً حيوياً لمواجهة التحديات المتزايدة، سواء من حيث تلبية توقعات المستفيدين، أو من حيث الفعالية التشغيلية للمؤسسات، أو حتى في نطاق الأطر القانونية والتنظيمية التي تحكم عمل هذه المؤسسات. لذلك، يسعى هذا البحث إلى دراسة أثر جودة التأمين الصحي على خدمة العملاء في مؤسسة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء بغرداية، مع التركيز على الجوانب التنظيمية والقانونية التي تؤثر في تقديم الخدمات.

وتتزايد أهمية هذه الدراسة في ظل وجود فجوات واضحة بين الأطر النظرية والممارسة الميدانية، خاصة في السياق الجزائري، حيث يواجه قطاع التأمين الصحي تحديات تتعلق بجودة الأداء، فاعلية الرقابة، رضا المستفيدين، والإدارة المالية. إذ لا يقتصر الأمر على تحسين جودة الخدمات الصحية فحسب، بل يتعداه إلى كيفية تنظيم وتسيير الصفقات العمومية المتعلقة بهذا القطاع لضمان شفافية وكفاءة أفضل.

أ. الإشكالية:

على الرغم من الجهود التي تبذلها مؤسسات التأمين الصحي، مثل تحسين البنية التحتية وتحديث الإجراءات وتوفير الحوافز، إلا أن جودة الخدمة المقدمة لا تزال تواجه تحديات تؤثر على رضا العملاء ومستوى خدمتهم. فهناك عوامل عديدة تؤثر على جودة التأمين الصحي، منها التنظيم الإداري، الموارد البشرية، والآليات الرقابية، مما يجعل من الضروري دراسة أثر هذه الجودة على تجربة العملاء.

ومن هنا، تبرز الإشكالية التالية:

كيف يؤثر مستوى جودة التأمين الصحي على خدمة العملاء في مؤسسة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء
بغرداية؟

ومن هذه الإشكالية تتفرع الأسئلة التالية:

ما هو تقييم المستفيدين لجودة الخدمات الصحية المقدمة من المؤسسة؟

ما مدى رضا العملاء عن الخدمات التأمينية المقدمة؟

هل توجد علاقة بين جودة التأمين الصحي ومستوى خدمة العملاء؟

ب. الفرضيات:

توجد جودة مرضية في التأمين الصحي بمؤسسة CNAS بغرداية.

تؤثر جودة التأمين الصحي بشكل إيجابي على رضا العملاء وتحسين مستوى الخدمة.

هناك علاقة إيجابية بين الجوانب المختلفة لجودة التأمين الصحي (مثل سرعة الاستجابة، توفر الخدمات، شفافية الإجراءات) ومستوى رضا العملاء.

ت. أسباب اختيار الموضوع:

اختير هذا الموضوع نظراً لأهميته الكبيرة في تحسين مستوى الرعاية الصحية في الجزائر، ولا سيما في ظل التحديات التي تواجه قطاع

التأمين الصحي. كما أن هناك نقصاً في الدراسات الميدانية التي تركز على العلاقة بين جودة التأمين الصحي وخدمة العملاء في

المؤسسات الوطنية، مما يستدعي بحثاً معمقاً يساهم في تطوير هذا القطاع الحيوي. بالإضافة إلى أن مؤسسة CNAS تمثل نموذجاً

حقيقياً يمكن من خلاله قياس أثر جودة الخدمة على العملاء في سياق جزائري واقعي.

ث. أهمية وأهداف الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في توضيح العلاقة بين جودة التأمين الصحي ومستوى خدمة العملاء، الأمر الذي يساعد المؤسسات التأمينية على تحسين أدائها وتقديم خدمات أفضل.

تهدف الدراسة إلى:

تقييم جودة التأمين الصحي في مؤسسة CNAS بغرداية.

قياس رضا العملاء عن الخدمات المقدمة.

تحليل أثر جودة التأمين على تجربة العملاء وولائهم.

تقديم توصيات تساهم في تحسين جودة الخدمات التأمينية وتعزيز رضا العملاء.

ج. منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي في الجانب النظري، حيث استعرضنا المفاهيم المتعلقة بجودة التأمين الصحي وخدمة العملاء. في الجانب التطبيقي، تم استخدام دراسة الحالة من خلال توزيع استبيانات على عينة من المستفيدين من خدمات المؤسسة. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، مع التركيز على اختبار الفرضيات وقياس العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء.

ح. حدود الدراسة:

المكانية: تركزت الدراسة على مؤسسة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء وحدة غرداية.

الزمانية: شملت فترة جمع البيانات من ٢٠ أبريل ٢٠٢٥ إلى نهاية أبريل ٢٠٢٥.

الموضوعية: ركزت الدراسة على جودة التأمين الصحي من منظور خدمة العملاء، دون التطرق إلى الجوانب الطبية التفصيلية.

خ. الصعوبات والعراقيل:

واجهت الدراسة بعض العراقيل مثل محدودية المصادر العلمية المتخصصة في جودة التأمين الصحي، وكذلك صعوبة الحصول على بيانات داخلية من المؤسسة بسبب القيود الإدارية. كما كان هناك تحديات في تحفيز المستفيدين على المشاركة في الاستبيان.

د. هيكل الدراسة:

تم تقسيم البحث إلى فصلين رئيسيين:

الفصل الأول تناول الإطار النظري لموضوع جودة التأمين الصحي وخدمة العملاء، مع استعراض للمفاهيم والنظريات ذات الصلة، بالإضافة إلى عرض الدراسات السابقة.

الفصل الثاني خصص للدراسة الميدانية، حيث تم تعريف المؤسسة موضوع الدراسة، عرض المنهجية والأدوات البحثية، تحليل نتائج الاستبيانات، ومن ثم مناقشة النتائج واستخلاص التوصيات التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمة وتعزيز رضا العملاء.

**الفصل الأول: الإطار النظري للتأمين
الصحي وجودة الخدمة الصحية**

التمهيد:

في ظل التحديات المتصاعدة التي تواجه النظم الصحية في مختلف دول العالم، برز التأمين الصحي كأداة حيوية لضمان الحماية الصحية والاجتماعية للأفراد، من خلال تخفيف العبء المالي الناتج عن تكاليف العلاج وتحقيق العدالة في الوصول إلى الرعاية. وفي الوقت ذاته، أصبح التركيز على جودة الخدمات الصحية ومعايير تقديمها من الركائز الأساسية التي تميز النظم الصحية الحديثة ومن هنا، يهدف هذا الفصل إلى بناء إطار نظري متكامل يتناول المفاهيم العامة للتأمين الصحي، أنواعه، أهدافه، وأبعاده، إضافة إلى تسليط الضوء على مفهوم جودة الخدمة الصحية وأهميتها في تحسين الأداء الصحي وتعزيز رضا العملاء، لا سيما في سياق التأمين الصحي.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول التأمين الصحي

أمام التحديات المتزايدة التي تواجه الأنظمة الصحية في العالم، بات التأمين الصحي يشكل أداة أساسية في تحقيق الأمن الصحي والاجتماعي، من خلال تغطية تكاليف الرعاية وتخفيف الأعباء المالية عن الأفراد. وانطلاقاً من أهمية هذا النظام في دعم السياسات الصحية الوطنية، يُعد من الضروري التعمق في المفاهيم الأساسية المرتبطة به، بما في ذلك تعريفه، أنواعه، أهدافه، ومبادئه، لفهم أوسع لآليات عمله ومبررات اعتماده ضمن النظم الصحية الحديثة.

المطلب الأول: تعريف التأمين الصحي ونشأته التاريخية

يُعد التأمين الصحي أحد الركائز الأساسية في بناء منظومة صحية فعّالة وعادلة، حيث يمثل أداة محورية لتحقيق التوازن بين الحاجة إلى الرعاية الصحية والقدرة على تحمل تكاليفها. وقد تطور هذا النظام استجابة للتحديات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بتمويل الخدمات الصحية وتوزيعها بين مختلف فئات المجتمع. ومن هنا، تبرز أهمية الوقوف على مفهوم التأمين الصحي وتتبع جذوره التاريخية لفهم أبعاده وتطوراتها التي ساهمت في بلورة النماذج المعتمدة اليوم في مختلف دول العالم.

الفرع الأول: تعريف التأمين الصحي وأهدافه

أولاً: تعريف التأمين الصحي

يُعد التأمين الصحي أحد النظم الاجتماعية والاقتصادية التي تهدف إلى توفير تغطية مالية للرعاية الصحية، سواء كانت هذه الرعاية وقائية أو علاجية، وذلك من خلال دفع اشتراك دوري لشركة تأمين أو هيئة تأمينية، مقابل تغطية المخاطر الصحية التي قد يتعرض لها الفرد أو أسرته. ويُعد التأمين الصحي وسيلة فعّالة لضمان الوصول إلى الخدمات الصحية دون أن تتحول تكاليفها إلى عبء مالي على المواطنين، خاصة في ظل ارتفاع تكاليف العلاج والتطور المستمر في مجالات الطب والتكنولوجيا الصحية^١.

^١ عبد الرحمن عبد الله، مقدمة في اقتصاديات الصحة، دار الفكر الجامعي، ٢٠١٥، ص ٥٢.

ثانيًا: أهداف التأمين الصحي

يسعى التأمين الصحي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، منها:

- ضمان حماية الأفراد من المخاطر المالية الناتجة عن المرض أو الحوادث.
- توسيع الوصول إلى الرعاية الصحية لكل الفئات الاجتماعية.
- تحسين نوعية الخدمات الطبية المقدمة.
- تشجيع الأفراد على اتباع سلوك صحي من خلال البرامج الوقائية^٢.

الفرع الثاني: النشأة التاريخية للتأمين الصحي

١. البدايات القديمة:

عرفت بعض المجتمعات القديمة أشكالا بدائية من التضامن الاجتماعي في مواجهة المرض، مثل ما كان يحدث في المجتمعات القبلية أو داخل المؤسسات الدينية، حيث كانت تُجمع التبرعات لمساعدة المرضى والمحتاجين^٣.

٢. بداية التأمين الصحي الحديث – ألمانيا:

يُعتبر نظام التأمين الصحي الذي أُسس في ألمانيا عام ١٨٨٣، على يد المستشار أوتو فون بسمارك، أول نظام تأمين صحي إجباري في العصر الحديث. وقد أُطلق عليه اسم "قانون التأمين ضد المرض"، وكان موجهاً في بدايته إلى عمال المصانع الذين يتعرضون لمخاطر مهنية كثيرة. وقد ألزم القانون أرباب العمل بدفع جزء من قيمة التأمين لصالح العمال، مع مساهمة العامل بجزء آخر^٤، وبهذا أصبح هذا النموذج أساساً اقتدت به العديد من الدول لاحقاً.

^٢ صبري محمد، التأمين الصحي ونظم الحماية الاجتماعية، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٢، ص ٣٦.

^٣ Geyer Robert, Exploring European Social Policy, Polity Press, 2000, p٣٣.

^٤ Saltman, Richard B., and Figueras, Josep. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies, WHO Regional Office for Europe, 1997, p48.

٣. انتشار الفكرة في أوروبا والعالم:

بعد نجاح تجربة بسمارك في ألمانيا، بدأت دول أوروبية أخرى مثل النمسا، فرنسا، وبريطانيا في تبني نظم مشابهة، مع بعض التعديلات حسب طبيعة المجتمع ونظامه الاقتصادي والسياسي^٥.

٤. التأمين الصحي في الولايات المتحدة:

في الولايات المتحدة، تأخر ظهور التأمين الصحي مقارنة بأوروبا، لكن تم إطلاق نظامي **Medicare** و **Medicaid** عام ١٩٦٥ لتغطية كبار السن وذوي الدخل المحدود. ولا يزال النظام الأمريكي يعتمد بشكل كبير على شركات التأمين الخاصة، على عكس الأنظمة الأوروبية التي تتبع النموذج الحكومي أو الشبه حكومي^٦.

٥. التأمين الصحي في الدول العربية:

عرفت الدول العربية أنظمة تأمين صحي حديثة في منتصف القرن العشرين، وغالبًا ما كانت البداية من خلال القطاع الحكومي. بعض الدول مثل السعودية والإمارات طورت أنظمة شاملة تغطي المواطنين والمقيمين، بينما اعتمدت دول أخرى مثل مصر والمغرب على نظام مزدوج يجمع بين التأمين الحكومي والخاص.

المطلب الثاني: أنواع التأمين الصحي

يُصنّف التأمين الصحي ضمن المنظومات الاجتماعية التي تتنوع حسب طبيعة التنظيم والجهة المسؤولة عن التمويل والإشراف. ويأخذ هذا النظام عدة أشكال تختلف باختلاف السياسات الصحية والاقتصادية المعتمدة في كل دولة، ويمكن تصنيفه إلى أربعة أنواع رئيسية: التأمين الإجباري، والاختياري، والخاص، والعام.

أولاً: التأمين الصحي الإجباري

⁵ Shi, Leiyu, and Singh, Douglas A. Essentials of the U.S. Health Care System, Jones & Bartlett Publishers, 2021, p44.
⁶ العبد خالده، النظم الصحية في العالم العربي: واقع وآفاق، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، ٢٠١٨، ص ٦٥.

يُعد هذا النوع من أكثر أشكال التأمين الصحي شيوعاً في السياسات الصحية ذات البعد الاجتماعي، حيث يلزم الأفراد أو فئات محددة منهم بالمساهمة فيه، سواء عبر اشتراكات مباشرة أو من خلال اقتطاعات من الرواتب. ويستند التأمين الإجباري إلى مبدأ التضامن الاجتماعي، ويُعتبر أداة لتحقيق العدالة في توزيع الرعاية الصحية، حيث يضمن استفادة الجميع من الخدمات الصحية بغض النظر عن حالتهم الصحية أو دخلهم المالي.^٧

ثانيًا: التأمين الصحي الاختياري

يمثل التأمين الصحي الاختياري بديلاً للأفراد غير الخاضعين للأنظمة الإجبارية، وغالباً ما يُمنح للأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص أو لا تشملهم التغطية العامة. ويعتمد هذا النوع على مبدأ الحرية الفردية في الاشتراك، ويُعتبر أحد أشكال الحماية التي توفرها الدولة أو السوق أمام المخاطر الصحية المحتملة. إلا أن فعاليته محدودة في بعض الحالات، نتيجة ضعف الوعي أو محدودية الدخل.^٨

ثالثًا: التأمين الصحي الخاص

يُعرف هذا النوع بطابعه التجاري والربحي، حيث تقدمه مؤسسات خاصة مقابل اشتراكات محددة تختلف حسب التغطية والمزايا الصحية المعروضة. ويتمتع هذا النظام بمرونة عالية في تقديم الخدمات، إلا أن انتشاره يثير العديد من القضايا المتعلقة بالمساواة في الحصول على الرعاية، نظرًا لاعتماده الكبير على القدرة الشرائية للمؤمن عليه. كما يُنتقد أحياناً لكونه يساهم في ترسيخ الفجوة بين الطبقات الاجتماعية من حيث جودة الرعاية.^٩

رابعًا: التأمين الصحي العام

يُعتبر التأمين العام من بين الركائز الأساسية للدولة الاجتماعية، حيث تتكفل الدولة أو جهة مركزية بتمويل وتوفير التغطية الصحية الشاملة للسكان. ويعتمد هذا النظام على مبدأ العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص في الوصول إلى العلاج، من خلال تمويل جماعي

^٧ عبد الرحمن عبد الله، مرجع سابق، ٢٠١٥، ص ٧٨-٨١.

^٨ صبري محمد، مرجع سابق، ٢٠١٢، ص ٩٢-٩٦.

^٩ Saltman, Richard B., and Figueras, Josep. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO Regional Office for Europe, 1997, pp. 55–58.

يشمل جميع المواطنين، عادةً عبر الضرائب أو الاشتراكات الاجتماعية. ويهدف إلى تحقيق التغطية الشاملة وتوفير خدمات صحية أساسية للجميع دون تمييز^{١٠}.

الجدول رقم (١٠) التأمين الصحي العام

النوع	الإلزامية	الممول	المستفيدون	ملاحظات
إجباري	نعم	العامل والدولة	الموظفون/العمال	يُطبَّق غالبًا بقوانين العمل.
اختياري	لا	الفرد	أصحاب المهن الحرة	مرن لكنه غير شامل دائماً.
خاص	لا	الفرد أو جهة العمل	من يستطيع دفع الأقساط العالية	غالبًا في القطاع الخاص.
عام	نعم غالبًا	الضرائب	جميع المواطنين أو الغالبية	تديره الدولة ويتركز على العدالة.

المصدر: من اعداد الطالبين

المطلب الثالث: أهداف التأمين الصحي ومبادئه الأساسية

يشكّل التأمين الصحي إحدى الدعائم الأساسية لأي نظام صحي يسعى إلى تحقيق التوازن بين العدالة الاجتماعية والكفاءة الاقتصادية، وهو لا يقتصر على مجرد تمويل الرعاية الصحية، بل يشمل منظومة متكاملة من الأهداف والمبادئ التي تهدف إلى حماية الأفراد وتعزيز الصحة العامة.

¹⁰ Geyer, Robert. Exploring European Social Policy. Polity Press, 2000, pp. 123–128.

أولاً: أهداف التأمين الصحي

تتمحور أهداف التأمين الصحي حول أبعاد اجتماعية واقتصادية وصحية، وهي تلخص فيما يلي:

الحماية من المخاطر المالية:

يمثل التأمين الصحي وسيلة للوقاية من الأعباء المالية الناتجة عن الأمراض والحوادث، من خلال تقاسم التكاليف بين الأفراد والمجتمع،

بما يخفف من العبء المباشر على الأسر ذات الدخل المحدود¹¹.

ضمان الوصول العادل إلى الخدمات الصحية:

يهدف التأمين الصحي إلى إتاحة الفرصة أمام جميع الأفراد للاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية دون تمييز، بما يُعزز مبدأ المساواة

في الحصول على الرعاية اللازمة¹².

تحسين نوعية الخدمات الصحية:

من خلال توفير التمويل المستدام للمؤسسات الصحية، يتيح التأمين تحسين جودة الخدمات الطبية وتطوير البنية التحتية والتقنيات

العلاجية¹³.

تشجيع الوقاية وتعزيز الصحة:

يسعى التأمين الصحي إلى دعم البرامج الوقائية والتوعوية، بما يقلل من الحاجة إلى العلاجات المكلفة في المستقبل، ويُشجع الأفراد على

تبني سلوكيات صحية سليمة¹⁴.

ثانياً: المبادئ الأساسية للتأمين الصحي

¹¹ عبد الرحمن عبد الله، مرجع سابق، ٢٠١٥، ص ٤٥-٤٧.

¹² صبري محمد، مرجع سابق، ٢٠١٢، ص ٦١-٦٤.

¹³ العبد خالد، مرجع سابق، ٢٠١٨، ص ١٠٢-١٠٥.

¹⁴ Shi, Leiyu, and Singh, Douglas A. Essentials of the U.S. Health Care System. Jones & Bartlett Publishers, 2021, pp. 118-120.

تعتمد فعالية نظام التأمين الصحي على التزامه بمجموعة من المبادئ التي تُشكّل الإطار الفلسفي والتنظيمي له، وأبرزها:

مبدأ التضامن:

يُعد جوهر التأمين الصحي، حيث تُوزع المخاطر والتكاليف بين الأفراد على نحو يُعزز التماسك الاجتماعي، بحيث يدفع الأصحاء لتغطية تكلفة علاج المرضى، وتُسهم الفئات الأعلى دخلاً في دعم الأقل حظاً.

مبدأ الاستمرارية:

يعتمد النظام على الاشتراك المنتظم والمستمر، ما يُوفّر تمويلاً دائماً ومستقراً يضمن استدامة تقديم الخدمات الصحية على المدى الطويل.^{١٥}

مبدأ الشمول:

يُفترض أن يشمل التأمين الصحي أكبر عدد ممكن من المواطنين لتفادي الإقصاء الصحي، وتحقيق العدالة في توزيع الموارد والخدمات.^{١٦}

مبدأ التغطية الكافية:

ينبغي أن يُغطي التأمين الصحي الخدمات الضرورية والأساسية التي تضمن سلامة وصحة الفرد، مع مراعاة فعالية التكلفة وجودة الخدمة.^{١٧}

¹⁵ Saltman, Richard B., and Figueras, Josep. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO Regional Office for Europe, 1997, pp. 61–63.

¹⁶ يوسف حسام، "الجذور التاريخية للتأمين الصحي"، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد ٢٨، ٢٠٠٨، ص ٩١-٩٢.

¹⁷ نفس المرجع، ص ٩٣.

المبحث الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية

تُعتبر جودة الخدمات الصحية من أبرز المؤشرات التي تُقاس بها فعالية النظم الصحية في تلبية احتياجات الأفراد والمجتمعات. فهي لا تقتصر على تقديم العلاج فحسب، بل تمتد إلى طريقة تقديمه، ومدى الاستجابة لاحتياجات المرضى، وضمان سلامتهم وكرامتهم. ومع تزايد التحديات التقنية والبشرية داخل المؤسسات الصحية، أصبح من الضروري تناول مفهوم الجودة الصحية، وأبعادها، ومعايير تقييمها، باعتبارها عنصراً جوهرياً في تطوير وتحسين الأداء الصحي على كافة المستويات.

المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة في السياق الصحي

تُعد جودة الخدمة مفهوماً محورياً في مختلف القطاعات، لا سيما في القطاع الصحي نظراً لحساسية وطبيعة الخدمات المقدمة، والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بصحة الإنسان وسلامته. ويزداد الاهتمام بجودة الخدمات الصحية مع تزايد توقعات المرضى وتطور معايير التقييم العالمية، ما يجعل من الضروري وضع تعريف دقيق لهذا المفهوم ضمن السياق الصحي.

الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة

تُعد جودة الخدمة من المفاهيم الجوهرية في مجال إدارة المنظمات الخدمية، حيث تُعرّف بأنها "درجة التميز التي تحققها الخدمة في تلبية توقعات واحتياجات العملاء، سواء كانت تلك الخدمة مادية أو غير مادية"^{١٨}، وتنبع أهمية هذا المفهوم من كونه يركّز على الفجوة الموجودة بين ما يتوقعه العميل من الخدمة، وبين ما يدركه فعلياً بعد تلقيه لها. فكلما تقلصت هذه الفجوة، كلما اعتُبرت الخدمة عالية الجودة. وتمثل جودة الخدمة أداة استراتيجية تُمكن المؤسسات من تحسين صورتها الذهنية وزيادة رضا العملاء، مما يعزز من قدرتها التنافسية واستمراريتها في السوق، لا سيما في القطاعات التي تعتمد بشكل كبير على التفاعل المباشر مع العميل، كالصحة، والتعليم، والسياحة، والمصارف. وتتسم جودة الخدمة بعدة خصائص تميزها عن جودة المنتج، أهمها أنها غير ملموسة، ومتغيرة بتغير الموقف

^{١٨} يوسف أحمد عبد الله، إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية، القاهرة، دار الفكر العربي، ٢٠١٢، ص ٤٤.

والشخص مقدم الخدمة، وتعتمد بشكل كبير على تفاعل العميل مع المؤسسة، مما يجعل عملية قياسها أكثر تعقيداً، ويستدعي نماذج تقييم دقيقة تدمج بين البعد الكمي والنوعي^{١٩}.

الفرع الثاني: تعريف جودة الخدمة في السياق الصحي

في السياق الصحي، يُنظر إلى جودة الخدمة على أنها قدرة النظام الصحي على تقديم رعاية آمنة وفعالة تركز على المريض، وتلبي احتياجاته الجسدية والنفسية والاجتماعية، بما يحقق أفضل النتائج الصحية الممكنة. وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية الجودة بأنها "القيام بما هو صائب، في الوقت الصائب، بطريقة صائبة، لمريض صائب، وتحقيق النتيجة المرجوة"^{٢٠}.

كما أشار دونابيديان إلى أن جودة الرعاية الصحية تقاس من خلال ثلاث مكونات: الهيكل (الموارد والبنية)، العملية (طريقة تقديم الخدمة)، والمخرجات (النتائج الصحية)^{٢١}.

المطلب الثاني: أبعاد ومؤشرات تقييم جودة الخدمة الصحية

من أجل ضمان مستوى عالٍ من الجودة في الخدمات الصحية، لا بد من اعتماد معايير ومؤشرات موضوعية تُستخدم لتقييم الأداء الصحي ومقارنته بالتوقعات والمعايير العالمية. تختلف هذه الأبعاد باختلاف النظم الصحية، لكنها تتقاطع في مفاهيم عامة.

الفرع الأول: أبعاد تقييم جودة الخدمة الصحية

أبعاد الجودة الصحية هي الركائز التي تقوم عليها عملية تقييم الأداء الصحي، ومن أبرزها:

✓ الفعالية: تحقيق النتائج الصحية المرجوة استناداً إلى المعايير الطبية.

✓ السلامة: تقليل الأذى والأخطاء الطبية.

✓ الاستجابة: سرعة التفاعل مع احتياجات المرضى.

^{١٩} الخطيب محمد عبد الكريم، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، عمان، دار المسيرة، ٢٠١٦، ص ٦٣.
^{٢٠} منظمة الصحة العالمية، نوعية الرعاية: إطار لاتخاذ قرارات استراتيجية في نظم الصحة، جنيف، مطبعة المنظمة، ٢٠٠٦، ص ٩.
^{٢١} دونابيديان أفيديس، "تقييم نوعية الرعاية الصحية: كيف يمكن قياسها؟"، مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (JAMA)، المجلد ٢٦٠، العدد ١٢، ١٩٨٨، ص ١٧٤٣.

✓ التمحور حول المريض: احترام تفضيلاته ومشاركته في القرار.

✓ الكفاءة: الاستخدام الأمثل للموارد.

✓ العدالة: توفير رعاية متساوية للجميع^{٢٢}.

الفرع الثاني: مؤشرات تقييم جودة الخدمة الصحية

المؤشرات هي أدوات كمية أو نوعية تُستخدم لقياس مدى تحقيق الأبعاد السابقة، ومن أهمها:

✓ معدل الوفيات ومضاعفات العمليات.

✓ معدل الأخطاء الطبية.

✓ مؤشرات رضا المرضى.

✓ متوسط مدة الإقامة في المستشفى.

✓ نسبة المرضى العائدين للعلاج^{٢٣}.

تُستخدم هذه المؤشرات لتحديد نقاط القوة والضعف وتحسين الأداء داخل المنشآت الصحية.

المطلب الثالث: خدمة العملاء في قطاع التأمين الصحي

مع تزايد المنافسة بين شركات التأمين الصحي، أصبح تقديم خدمة عملاء متميزة أمرًا بالغ الأهمية، فخدمة العملاء تُعد الواجهة التي

تعكس صورة المؤسسة، وهي ما يخلق تجربة إيجابية أو سلبية لدى المؤمن له.

^{٢٢} معهد الطب الأمريكي، عبور الفجوة في جودة الرعاية الصحية، واشنطن، مطبعة الأكاديميات الوطنية، ٢٠٠١، ص ٤١.

^{٢٣} أوفريتيف جون، جودة الرعاية الصحية: استراتيجيات للتحسين، أكسفورد، رادكليف للنشر، ٢٠٠٥، ص ٧٣.

الفرع الأول: تعريف خدمة العملاء

تُعد خدمة العملاء من العناصر الأساسية في بناء علاقة ناجحة بين المؤسسة وعملائها، وقد عُرِفَتْ بأنها "الأنشطة التي تقدمها المؤسسة لتلبية احتياجات العميل، سواء قبل أو أثناء أو بعد تقديم الخدمة، بهدف تعزيز رضاه وبناء علاقة مستمرة معه"^{٢٤}. وتشمل خدمة العملاء الفعّالة عدة ممارسات منها: حسن الاستقبال، التفاعل الإيجابي، سرعة الاستجابة، تقديم المعلومات بشفافية، ومتابعة ما بعد الخدمة. وتمثل هذه الخدمة الواجهة البشرية للمؤسسة، وهي بذلك العامل الحاسم في تكوين الانطباع الأول والأخير لدى العميل، مما يجعلها أحد المكونات الجوهرية في تحقيق رضا العملاء وضمان ولائهم على المدى الطويل.

الفرع الثاني: تعريف خدمة العملاء في قطاع التأمين الصحي

وفي سياق قطاع التأمين الصحي، تكتسب خدمة العملاء أهمية مضاعفة، حيث تُعد حلقة الوصل الحقيقية بين المؤمن له وشركة التأمين. فهي لا تقتصر على تقديم المعلومات فقط، بل تشمل شرح شروط الوثائق التأمينية بوضوح، وتسهيل عمليات تقديم المطالبات والتعويضات، والاستجابة السريعة لحالات الطوارئ، ومعالجة الشكاوى بشكل فعال. كما تعتمد المؤسسات الحديثة في هذا المجال على استخدام قنوات تواصل متعددة كالمكالمات الهاتفية، وخدمات الرسائل، والتطبيقات الذكية، لضمان تقديم خدمة شاملة ومستمرة، ويُعتبر تحسين جودة هذه الخدمة عاملاً استراتيجياً في رفع معدلات الاحتفاظ بالعملاء وجذب شرائح جديدة، في ظل المنافسة الحادة بين شركات التأمين على تقديم أفضل تجربة تأمينية ممكنة^{٢٥}.

المبحث الثاني: دراسات سابقة

تُعد الدراسات السابقة أحد الركائز الأساسية التي يُبنى عليها البحث العلمي، فهي تُمكن الباحث من الوقوف على الجهود العلمية التي تناولت موضوع بحثه من قبل، سواء على الصعيد المحلي أو العالمي، مما يساهم في بلورة الإشكالية وتحديد أبعادها بشكل أكثر دقة. كما

^{٢٤} الغامدي عبد العزيز، إدارة علاقات العملاء، الرياض، مكتبة العبيكان، ٢٠١١، ص ٢٩.
^{٢٥} ديلويت، الافاق العالمية للرعاية الصحية: بناء أساس للمستقبل، تقرير ديلويت، ٢٠٢٠، ص ٣٣.

تساعد هذه الدراسات على إبراز أوجه الاتفاق والاختلاف بين نتائجها، وتحديد الفجوات البحثية التي لم تحظَ بالاهتمام الكافي، مما يبرر أهمية الدراسة الحالية.

وفي سياق هذا البحث، الذي يسعى إلى استقصاء أثر جودة التأمين الصحي على خدمة العملاء، تم استعراض مجموعة من الدراسات السابقة ذات الصلة، سواء تلك التي تناولت العلاقة بين جودة الخدمات التأمينية ورضا الزبائن، أو التي ركزت على أبعاد جودة الخدمة الصحية من منظور العملاء. وقد تم تقسيم هذه الدراسات إلى دراسات محلية وأخرى أجنبية، بهدف الإحاطة الشاملة بمختلف المقاربات النظرية والتطبيقية للموضوع.

المطلب الأول: دراسات المحلية

لقد أولى الباحثون الجزائريون اهتمامًا متزايدًا بموضوع جودة الخدمات التأمينية وانعكاسها على رضا الزبائن، خاصة في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البلاد، والتي ألقت بظلالها على قطاع التأمين الصحي. وقد تناولت عدة دراسات هذا الجانب من زوايا متعددة، من بينها دراسة العلاقة بين جودة الخدمة التأمينية ورضا العملاء في الصناديق الوطنية ومؤسسات التأمين، مستندين إلى نماذج تحليلية واستبيانات ميدانية. وتمثل هذه الدراسات مصدرًا مهمًا لفهم واقع التأمين الصحي في الجزائر وتحدياته.

الفرع الأول: دراسة خويلدات صالح وآخرون (٢٠٢٢)

الجدول رقم (٠٢) دراسة خويلدات صالح وآخرون (٢٠٢٢)

السنة دراسة	2022
عنوان الدراسة	تأثير جودة خدمات التأمين الصحي على رضا العملاء
نوع والمكان	مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة
إشكالية الدراسة	هل تؤثر جودة الخدمات التأمينية على رضا الزبائن في صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء؟
أهداف الدراسة	قياس أثر أبعاد جودة الخدمة على رضا العملاء، وتحديد أي الأبعاد أكثر تأثيرًا

منهج الدراسة	منهج وصفي تحليلي باستخدام استبيان شمل ٦٠ مستفيد
نتائج الدراسة	وجود علاقة طردية قوية بين جودة الخدمة ورضا العملاء؛ وعدم تأثير المتغيرات الديموغرافية على هذه العلاقة

المصدر: من اعداد الطالبين

الفرع الثاني: دراسة بكرابي محمد الأمين (٢٠٢٢)

الجدول رقم (٠٣) دراسة بكرابي محمد الأمين (٢٠٢٢)

السنة دراسة	2022
عنوان الدراسة	أثر جودة الخدمة التأمينية على رضا الزبائن SAA – أدرار
نوع والمكان	مذكرة ماستر، جامعة أحمد دراية – أدرار
إشكالية الدراسة	ما مدى تأثير جودة الخدمة في وكالة التأمين على رضا الزبائن؟
أهداف الدراسة	تحليل العلاقة بين أبعاد الجودة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة...) ورضا الزبائن
منهج الدراسة	منهج وصفي ميداني باستخدام أداة استبيان
نتائج الدراسة	توجد علاقة ارتباط قوية بين جودة الخدمة التأمينية ورضا الزبائن، مما يدل على أهمية تطوير الخدمة

المصدر: من اعداد الطالبين

الفرع الثالث: دراسة بن عيسى أمينة (٢٠٢١)

الجدول رقم(٠٤) دراسة بن عيسى أمينة (٢٠٢١)

السنة دراسة	٢٠٢١
عنوان الدراسة	جودة الخدمات التأمينية وأثرها على رضا العملاء – دراسة حالة شركة "CAAT"
نوع والمكان	مذكرة ماستر، جامعة الجزائر ٣

إشكالية الدراسة	إلى أي مدى تؤثر جودة الخدمات المقدمة من شركة "CAAT" على رضا عملائها؟
أهداف الدراسة	قياس أبعاد الجودة الخمس (الملموسية، التعاطف، الضمان، الاعتمادية، الاستجابة) وأثرها على رضا الزبائن.
منهج الدراسة	وصفي تحليلي باستخدام استبيان وزع على ٨٠ مستفيداً من خدمات الشركة.
نتائج الدراسة	تبين أن بعد "الضمان" و"الاستجابة" لهما التأثير الأكبر على رضا العملاء، كما أوصت الدراسة بتحسين القنوات الرقمية لتقديم الخدمات.

المصدر: من اعداد الطالبين

المطلب الثاني: دراسات الأجنبية

أما على المستوى الدولي، فقد حظي موضوع جودة التأمين الصحي وخدمة العملاء باهتمام واسع من قبل الباحثين، خصوصاً في الدول التي تعرف نظم تأمين متنوعة ومعقدة، على غرار الولايات المتحدة والدول الأوروبية. وقد ركزت هذه الدراسات على تقييم تجربة المرضى، ومشاكل الانتظار، وتكاليف الرعاية، إضافة إلى أثر جودة الخدمة على ولاء العملاء ورضاهم. وتُعد هذه الدراسات مرجعية مهمة لإثراء الإطار النظري للبحث الحالي، ومقارنة النماذج المعتمدة دولياً مع السياق المحلي.

الفرع الأول: دراسة The New Yorker (٢٠١٥)

الجدول رقم (٥٥) دراسة The New Yorker (٢٠١٥)

السنة دراسة	2015
عنوان الدراسة	The Health-Care Industry's Relationship Problems
نوع والمكان	مقال علمي - مجلة (The New Yorker) الولايات المتحدة
إشكالية الدراسة	كيف تؤثر العلاقات المتوترة بين المرضى، وشركات التأمين، ومقدمي الرعاية على جودة الخدمات؟
أهداف الدراسة	تحليل الأسباب النظامية لمشكلات جودة الخدمة في النظام الصحي الأمريكي

منهج الدراسة	تحليل نوعي ومقارن لحالات واقعية في النظام الصحي
نتائج الدراسة	وجود ضعف في جودة العلاقة بين الأطراف، مما يسبب خللاً في تجربة المريض ويؤثر على الرضا العام

المصدر: من اعداد الطالبين

الفرع الثاني: دراسة Time (٢٠٢٣)

الجدول رقم (٠٦) دراسة Time (٢٠٢٣)

السنة دراسة	2023
عنوان الدراسة	Long Waits, Short Appointments, Huge Bills
نوع والمكان	تقرير بحثي – مجلة (Time الولايات المتحدة)
إشكالية الدراسة	ما أثر فترات الانتظار الطويلة والتكاليف المرتفعة على رضا المرضى؟
أهداف الدراسة	إبراز معاناة المرضى من النظام الصحي الأمريكي من خلال استقصاءات موسعة
منهج الدراسة	تحليل استقصائي باستخدام بيانات ميدانية وتجارب شخصية
نتائج الدراسة	تؤدي ضغوط النظام (المال والوقت) إلى إرهاق المرضى وتراجع ثقتهم في الخدمات، ما يقلل من جودة العلاقة مع العملاء

المصدر: من اعداد الطالبين

الفرع الثالث: دراسة Parasuraman et al (١٩٨٨)

الجدول رقم (٠٧) دراسة Parasuraman et al (١٩٨٨)

السنة دراسة	1988
-------------	------

SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality	عنوان الدراسة
دراسة علمية منشورة في Journal of Retailing (الولايات المتحدة)	نوع والمكان
كيف يمكن قياس جودة الخدمة من منظور العملاء باستخدام نموذج متعدد الأبعاد؟	إشكالية الدراسة
تطوير مقياس SERVQUAL لتقييم جودة الخدمة عبر خمسة أبعاد رئيسية.	أهداف الدراسة
تصميم أداة تحليل كمي بناءً على تجارب المستهلكين في عدة قطاعات خدمية.	منهج الدراسة
تم التوصل إلى أن جودة الخدمة المدركة تشكل من فجوة بين توقعات العميل وإدراكه للخدمة المقدمة، وقد أصبح هذا النموذج مرجعاً عالمياً لقياس الجودة في قطاع التأمين والرعاية الصحية.	نتائج الدراسة

المصدر: من اعداد الطالبين

المطلب الثالث: المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات سابقة

تعتبر مقارنة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة خطوة مهمة في مجال البحث العلمي، حيث تسمح بتقييم مدى إسهام هذه الدراسة في تعزيز المعرفة العلمية وفهم مكانتها في السياق البحثي العام. من خلال إجراء هذه المقارنة، يمكننا اكتشاف التشابهات التي تدعم صحة الأسس المنهجية والموضوعية، وكذلك الاختلافات التي توضح الجوانب الجديدة أو الفريدة التي تضيفها الدراسة، سواء من ناحية المنهجية أو الإطار المفاهيمي أو النتائج العملية.

الفرع الأول: المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات محلية

الجدول رقم (٨) المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات محلية

المقارنة	أوجه التشابه	أوجه الاختلاف

موضوع البحث	جميع الدراسات المحلية تهم بجودة الخدمات التأمينية وتأثيرها على رضا العملاء، وهو محور مشترك مع الدراسة الحالية التي تركز على جودة الخدمة في قطاع الصحة.	الدراسة الحالية توسع نطاق البحث ليشمل ليس فقط جودة الخدمات بل تدمج الأبعاد القانونية والتنظيمية للصفقات العمومية، بينما الدراسات المحلية تركز بشكل أساسي على جودة الخدمة فقط.
الإشكالية	تشترك الدراسات في السؤال حول تأثير جودة الخدمات على رضا العملاء وتأثير ذلك على فاعلية الخدمات المقدمة.	الإشكالية في الدراسة الحالية تركز على أثر التعديلات القانونية في تحسين آليات الرقابة وتسيير الصفقات داخل المؤسسات الصحية، ما يجعلها ذات بعد تطبيقي وقانوني غير موجود في الدراسات المحلية.
الأهداف	تهدف جميع الدراسات إلى قياس وتحليل أبعاد جودة الخدمة وتأثيرها على رضا العملاء، بهدف تحسين الأداء والخدمات.	الدراسة الحالية تتعدى قياس رضا العملاء لتقييم الأثر المالي والإداري للإطار القانوني للصفقات، عبر استخدام أدوات مثل بطاقة الأداء المتوازن.
المنهجية	جميع الدراسات تستخدم المنهج الوصفي التحليلي مع اعتماد استبيانات ميدانية لجمع البيانات من المستفيدين.	الدراسة الحالية تدمج التحليل القانوني للنصوص التنظيمية مع البحث الميداني، مما يعطيها بعداً متعدد الأوجه (قانوني، إداري، ميداني)، خلافاً للتركيز المحلي على الجانب الوصفي التحليلي فقط.
نتائج البحث	تتفق الدراسات على وجود علاقة إيجابية قوية بين جودة الخدمات التأمينية ورضا العملاء.	الدراسة الحالية تشير إلى أن تحسين الإطار القانوني قد يساعد في ترشيد النفقات والرقابة، لكنها تكشف عن

		عراقيل تطبيقية، وهو ما لم تظهره معظم الدراسات المحلية التي ركزت على جودة الخدمة فقط.
نطاق الدراسة ومجالاتها	جميعها تركز على مؤسسات التأمين أو الصناديق التأمينية في الجزائر.	الدراسة الحالية تركز على مؤسسة استشفائية عامة بمتلي كـمجال تطبيقي، ما يعكس واقعا مؤسساتيا مختلفا عن دراسات التأمين التقليدية.

المصدر: من اعداد الطالبين

الفرع الثاني: المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات الأجنبية

الجدول رقم (٠٩) المقارنة بين الدراسة الحالية مع دراسات الأجنبية

المقارنة	أوجه التشابه	أوجه الاختلاف
موضوع البحث	تتركز جميع الدراسات على جودة الخدمة في قطاع التأمين الصحي وتأثيرها على رضا العملاء وتجربة المستفيدين.	الدراسات الأجنبية تركز غالبًا على تحديات نظم التأمين الصحي المعقدة مثل فترات الانتظار الطويلة، التكاليف الباهظة، والعلاقات المتوترة بين الأطراف، بينما الدراسة الحالية تركز على الإطار القانوني والتنظيمي المحلي.
الإشكالية	تشترك في الاهتمام بتحليل المشكلات التي تؤثر على رضا المستفيدين وجودة الخدمة، مثل ضعف العلاقة بين المرضى وشركات التأمين، أو تأثير التكاليف على رضا المرضى.	الإشكالية في الدراسة الحالية تنبع من الحاجة إلى تقييم أثر التعديلات القانونية على آليات الرقابة وتسيير الصفقات، وهو بعد قانوني تنظيمي غير مطروح بشكل مباشر في الدراسات الأجنبية.

الأهداف	تسعى جميع الدراسات إلى فهم وتحسين جودة الخدمة وتعزيز ولاء العملاء من خلال دراسة أبعاد متعددة للجودة.	الدراسة الحالية تشمل أهدافاً أوسع تشمل تحليل الأداء الإداري والمالي للمؤسسة بناءً على الإطار القانوني الجديد، مع اهتمام بالتطبيق العملي وتحليل الوثائق القانونية.
المنهجية	تعتمد دراسات أجنبية على منهجيات نوعية وكمية متنوعة، منها التحليل النوعي، الاستقصاءات الميدانية، واستخدام نماذج قياس عالمية مثل SERVQUAL.	الدراسة الحالية تستخدم منهجاً وصفيًا تحليليًا قانونيًا مدججاً مع ميدان تطبيقي، مع تركيز خاص على تحليل النصوص القانونية واستخدام أدوات تقييم إدارية مثل بطاقة الأداء المتوازن، مما يمنحها تميزاً منهجياً.
نتائج البحث	تشير الدراسات الأجنبية إلى وجود مشاكل بنيوية في أنظمة التأمين الصحي تؤثر سلباً على رضا المرضى، مثل ضعف التواصل، وطول فترة الانتظار، والعبء المالي الكبير.	نتائج الدراسة الحالية تسلط الضوء على الفجوات بين النصوص القانونية والتطبيق الفعلي في المؤسسات العمومية، مع بعض التحسينات التي طرأت على الرقابة وترشيد النفقات، لكنها تبرز تحديات تطبيقية مهمة.
السياق والبيئة	الدراسات الأجنبية تتناول أنظمة تأمين صحية متقدمة ومعقدة في دول مثل الولايات المتحدة وأوروبا، ذات تركيبات مؤسسية متعددة ومتنوعة.	الدراسة الحالية تتم في بيئة جزائرية ذات خصوصيات قانونية وإدارية مختلفة، مع تركيز على قطاع الصحة العمومي وإطار تشريعي محلي محدد، مما يجعل نتائجها ذات طابع تطبيقي محلي.

المصدر: من اعداد الطالبين

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل التأطير النظري لموضوع البحث، حيث بدأ بتعريف التأمين الصحي واستعراض نشأته التاريخية وتطوره عبر الزمن، مروراً بأنواعه الرئيسية التي تختلف باختلاف السياقات الاقتصادية والاجتماعية للدول. كما تطرق إلى أهداف التأمين الصحي ومبادئه الأساسية التي تقوم على التضامن والشمول والاستمرارية. من جهة أخرى، ناقش الفصل مفهوم جودة الخدمة الصحية، معرّفاً إيها من منظور عام وصحي، ثم استعرض أبعادها ومؤشرات قياسها، والتي تشكل مرجعية لتقييم فعالية المؤسسات الصحية. واختتم الفصل بتوضيح دور خدمة العملاء في قطاع التأمين الصحي، باعتبارها عنصراً محورياً في تعزيز ثقة المؤمن له وتحقيق رضا العملاء. كل هذه العناصر تُعدّ مدخلاً نظرياً مهماً يساعد في فهم العلاقة بين جودة التأمين الصحي وتجربة العملاء.

الفصل الثاني: نتائج ومناقشتها

تمهيد:

بعد التطرق إلى الإطار النظري للدراسة في الفصل السابق، ننتقل في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يُعد خطوة محورية في تعزيز الفهم النظري من خلال ربطه بالواقع العملي. وسيتم ذلك عبر إسقاط المفاهيم والمفاتيح النظرية المدروسة على واقع الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بولاية غرداية، باعتباره الإطار المؤسسي الذي اخترناه لدراسة ميدانية تعكس مدى ارتباط الثقافة التنظيمية بالتكيف الوظيفي داخل هذه المؤسسة الحيوية.

ويُعد هذا الفصل بمثابة لبنة أساسية في البناء العلمي للدراسة، حيث يشكل الإطار المنهجي الذي يُوضح طبيعة العينة المدروسة، وأدوات جمع البيانات، بالإضافة إلى الخلفية التاريخية والتنظيمية للمؤسسة. ومن خلال هذا الفصل، سنسعى إلى تقديم رؤية تحليلية أكثر دقة وملامسة لواقع العمل داخل المؤسسة المدروسة.

وعليه، سيتم تناول هذا الفصل من خلال المبحثين التاليين:

المبحث الأول: نبذة عن المؤسسة محل الدراسة

المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة الميدانية

المبحث الأول: نبذة عن المؤسسة محل الدراسة

تُعد الدراسة التمهيدية مرحلة حيوية في مسار البحث، حيث يتم خلالها تسليط الضوء على المؤسسة وتحديد العناصر الأساسية التي تشكلها، بالإضافة إلى العناصر الخارجية المرتبطة بها، ومن هنا، قمنا في هذه المرحلة بتقديم نظرة عامة عن المؤسسة.

المطلب الأول: نبذة عن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء بولاية غرداية

الفرع الأول: تعريف الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء هو مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص طبقا للمادة ٤٩ من القانون رقم ٨٨ - ٠١ المؤرخ في ١٢ يناير ١٩٨٨ المتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية.

لقد كان ومازال هدفه تمكين العمال بصفة خاصة والمواطنين بصفة عامة من التعريف على مختلف جوانب نشاط المؤسسة سواء تعلق الأمر بالحقوق التي تضمنها لهم أو كيفية الاستفادة منها وكذا انشغالاتهم وطموحاتهم.

وتعتبر التأمينات الاجتماعية نظام كامل لحماية الاجتماعية للأشخاص حيث يجسد هذا النظام في الواقع التضامن بين العمال وبين الأجيال ويحقق كذلك العدالة الاجتماعية في المجتمع.

حيث سنتطرق في هذه الدراسة إلى لمحة تاريخية حمل نشأة الضمان الاجتماعي في العام وفي الجزائر، ثم نتطرق لنلقي نظرة على التشريع المتعلق بالنظام القانوني والإحاطة بمختلف الأخطار وكيفية تعويضها من طرف الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ولو بإيجاز.

الفرع الثاني: لمحة تاريخية حول الضمان الاجتماعي

إن أول ظهور للتأمينات الاجتماعية كان على يد الألمان وكان ذلك سنة ١٩٨٣ م وسعيا منه للنجاح في الانتخابات اقترح (BIZ MARK) هذا النظام لكي يستقطب العمال في حملته الانتخابية.

تم ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٣٥ م حيث هذا النظام بـ (Social Security Acte)

تم جاء (William Bivry) الذي يعتبر أب التأمينات الاجتماعية وذلك سنة ١٩٤٢ م في إنجلترا حيث أعطتها الطابع

الاجتماعي للعمال وذوي حقوقه.

وفي سنة ١٩٤٨ م أصبحت التأمينات الاجتماعية حق من حقوق الإنسان بعدما صادقت عليه هيئة الأمم المتحدة وبذلك تم إجبار

جميع الدول على اعتماد هذا النظام لحماية العمال.

أم في الجزائر فقد أنشاء بمقتضى قرار رقم ٠٤٥/٤٩ المؤرخ في ١٠/٠٦/١٩٤٩ م من طرف المستعمر الفرنسي ودخل حيز التنفيذ

ابتداء من ٠١/٠٤/١٩٥٠ م ولم يستفيد الجزائريون من كافة الحقوق لأنه كان هناك نظامين:

١. نظام عام (Régime Général): يستفيد منه عمال الإدارة الفرنسية

٢. نظام فلاحي (Régime Agricole): يستفيد منه الفلاحون الجزائريون.

وبعد الاستقلال مباشرة وجد الجزائريون أنفسهم قد ورثوا نظام غير متكافئ فتم وضع نظام شامل يهتم ويتكفل بالعامل الجزائري وذوي

حقوقه من حيث تأمينهم وتحسين الخدمات وإدماج الشرائح المعوزة لان هذا النظام يعتمد أطلا على التضامن.

ومن بين هذه التغييرات كان هناك ٧٣ صندوق مختلف ومقسم على حسب المهن أو المناطق الجهوية أو عدد المنخرطين فتم توحيدها

في صندوق واحد وشامل وذلك بتاريخ ٠١/٠١/١٩٨٤ بفضل ٠٥ قوانين المؤرخة في ٠٢/٠٧/١٩٨٣ م.

١. قانون ١١/٨٣ التأمينات الاجتماعية

٢. قانون ١٢/٨٣ التقاعد

٣. قانون ١٣/٨٣ حوادث العمل والأمراض المهنية

٤. قانون ١٤/٨٣ الإخضاع (الانتساب ودفع الاشتراكات والتصريح الخ)

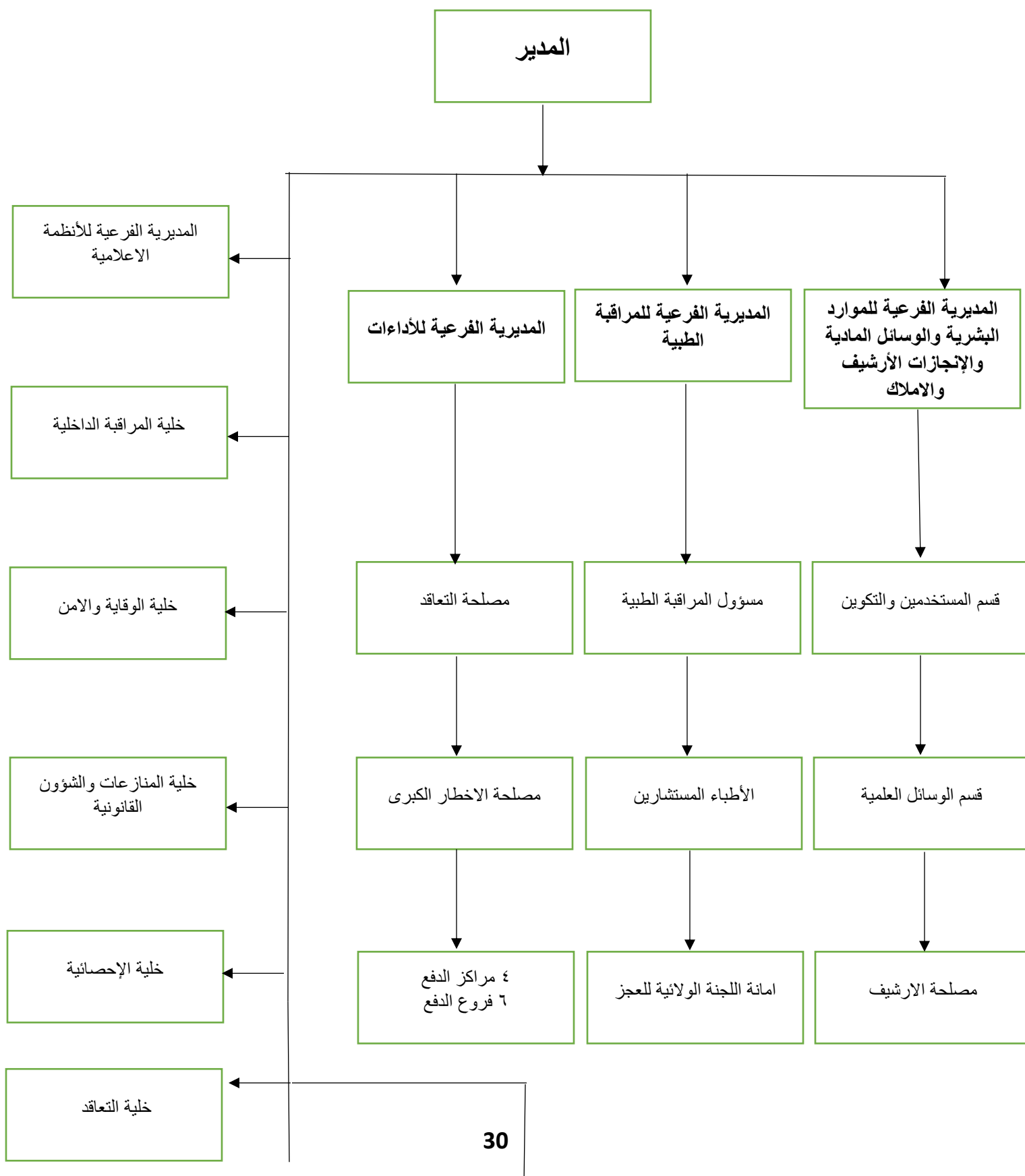
٥. قانون ١٥/٨٣ المنازعات.

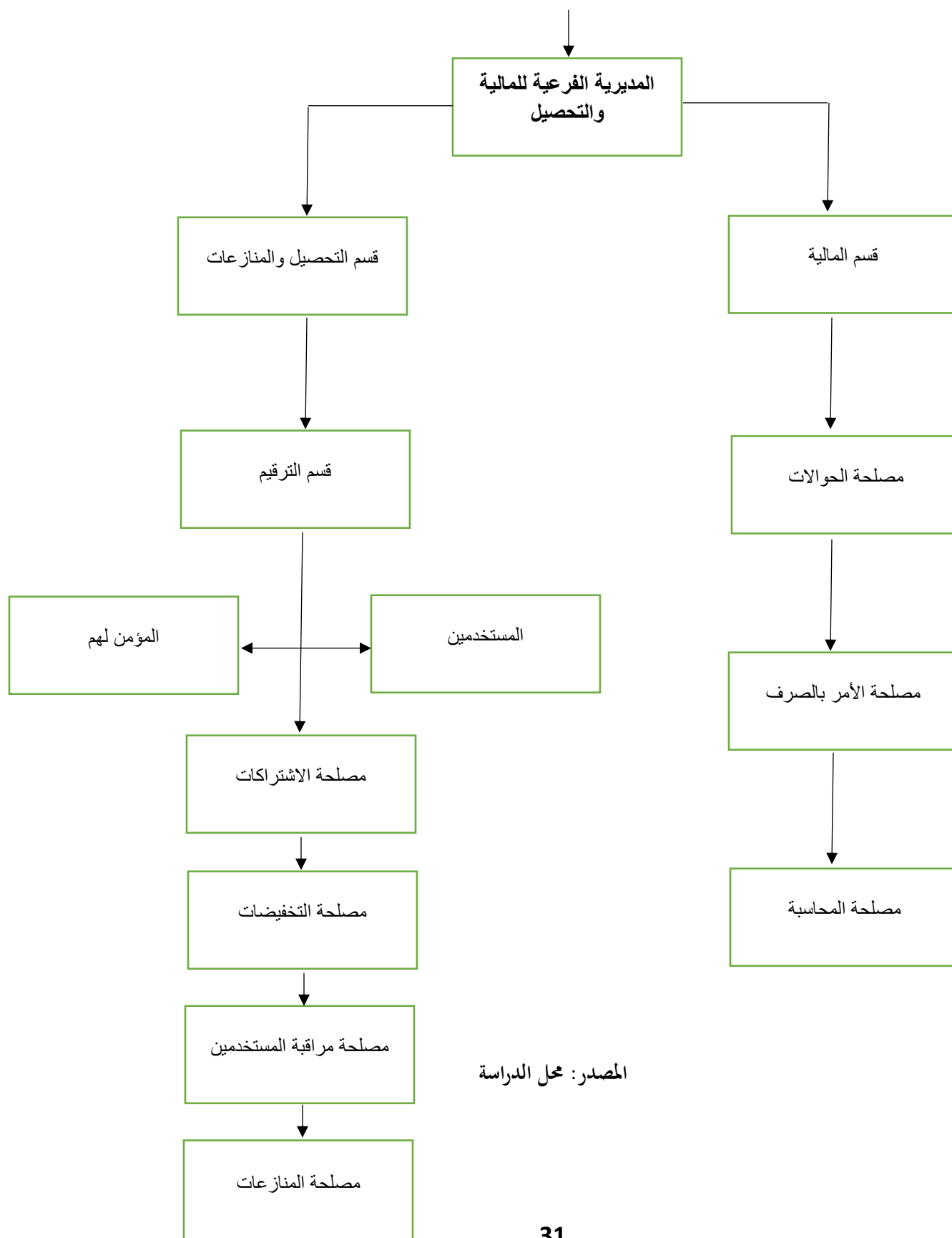
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS

الفرع الأول: الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS

يتكون الهيكل التنظيمي لوكالة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء من مجموعة من المصالح والمكاتب، تتوزع على شكل هرمي لضمان حسن الأداء وتكامل الوظائف. وقد يختلف حجم هذا الهيكل بين المديرية العامة، والمراكز الجهوية، والفروع المحلية، المتمثل فيك

الشكل رقم (٠١): الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS





الفرع الثاني: شرح الهيكل التنظيمي للوكالة CNAS

أولاً: المستويات الإدارية العليا

١. المدير

يمثل قمة الهرم التنظيمي، ويتولى الإشراف العام على جميع المصالح والمهام الإدارية والتنظيمية والتسييرية للوحدة.

ثانياً: المديریات والمصالح الرئيسية التابعة للمدير

أ. المديرية الفرعية للمالية والوسائل العامة

مصلحة الميزانية والمراقبة

مصلحة التسيير المالي والمحاسبي

مصلحة الوسائل العامة والصيانة

تُشرف على الجوانب المالية والتجهيزات والوسائل العامة، مما يضمن تسييراً مادياً ومالياً فعالاً.

ب. المديرية الفرعية للإدارة العامة

مصلحة تسيير الموارد البشرية

مصلحة التكوين

مصلحة الأرشفة والوثائق

مصلحة الأمن والوقاية

مصلحة الإعلام الآلي

مصلحة الاتصال والتوثيق

تعني بكل ما يخص تسيير المستخدمين، التكوين، الحماية، والتكنولوجيا.

ج. المديرية الفرعية للأداءات النقدية والعينية

قسم المراقبة الطبية

قسم الدراسات والاستعلام

قسم الأداءات العينية (بطاقة الشفاء...)

مصلحة الأداءات النقدية

مصلحة العلاقات مع المؤمن لهم

تُعالج التعويضات النقدية والعينية وتُشرف على العلاقة المباشرة مع المؤمنین اجتماعياً.

د. المديرية الفرعية للانتساب والتفتيش

قسم التسجيل والمراقبة

قسم التفتيش

قسم المراقبة على أرباب العمل

قسم التحديث والتحقيقات

قسم متابعة المنازعات والتحصيل

تتكفل بمراقبة وتسجيل أرباب العمل، وضمان تحصيل الاشتراكات والتصرّجات.

ثالثاً: هياكل الدعم والتنسيق

سكرتارية عامة

خلية الإعلام والاتصال

خلية الأرشفة

خلايا جهوية (كمركز الدفع)

المطلب الثالث: مهام الصندوق

يُعدّ الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء (CNAS) من أبرز المؤسسات العمومية ذات الطابع الاجتماعي في الجزائر، إذ يضطلع بمهام متعددة تمس مختلف الجوانب المرتبطة بالحماية الاجتماعية للعمال وذوي حقوقهم. وتستمد هذه المهام أهميتها من الدور الحيوي الذي تلعبه في تأمين الاستقرار المهني والاجتماعي، من خلال تسيير أدااءات التأمينات الاجتماعية المتنوعة، سواء المتعلقة بالمرض أو الأمومة أو حوادث العمل أو غيرها من المخاطر المهنية، وتشمل المهام:

- تسيير المنح العائلية لحساب الدول .
- تحصيل الاشتراكات .
- الرقابة والمنازعات المتعلقة بتحصيل .
- الاشتراكات الموجهة لتمويل الاداءات .
- منح رقم تسجيل وطني للمؤمن لهم اجتماعيا وكذا أصحاب العمل .
- المساهمة في ترقية السياسة الرامية إلى الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية .
- تسيير الاداءات المتعلقة بالأشخاص المستفيدين من الاتفاقية الثنائية للضمان الاجتماعي .
- إجراء الرقابة الطبية لفائدة المستفيدين.
- القيام بالنشاط الرامية إلى تمكين العمال وذوي حقوقهم من الاداءات الجماعية، على شكل انجازات ذات طابع صحي.
- تسيير صندوق المساعدة والنجدة .
- إبرام اتفاقية مع مقدمي العلاج.
- إعلام المستفيدين وأصحاب العمل بحقوقهم والتزاماتهم.
- تنظيم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء
- يتولى الإدارة، إدارة الصندوق وهو خاضع لوصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي (الجزائر).

المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة

بعد تقديم الإطار النظري العام للدراسة والتطرق إلى المؤسسة محل الدراسة، يأتي هذا المبحث لتوضيح المنهجية المعتمدة في جمع وتحليل البيانات، والتي تمثل القاعدة العلمية التي يُبنى عليها العمل الميداني. ويُعد تحديد المنهجية خطوة أساسية في أي بحث علمي، إذ تُمكن الباحث من تنظيم مراحل الدراسة وضمان الموضوعية والدقة في الوصول إلى النتائج.

في هذا الإطار، سيتم عرض المنهج المعتمد في الدراسة، ولقد اعتمدت على أداة الاستبيان لجمع البيانات المستخدمة، مع توضيح كيفية وأسلوب معالجة البيانات وتحليلها إحصائيًا.

المطلب الأول: أدوات جمع البيانات

١. الاستبيان

لتحقيق أهداف الدراسة وإتمامها، قام الطالب بجمع البيانات من خلال استخدام أداة الاستبيان، مستندًا إلى الإطار النظري للدراسة، وقد تم توجيه هذا الاستبيان إلى مجتمع الدراسة المكون من المهنيين، ويتضمن الاستبيان ما يلي:

المقدمة: توطئة للموضوع.

الجزء الأول: البيانات الشخصية والوظيفية

الجزء الثاني: يتعلق بجودة الخدمة الصحية

الجزء الثالث: يتعلق بأبعاد التأمين الصحي

٢. منهجية ومراحل إعداد الاستبيان

بعد التعمق في موضوع الدراسة، تم إعداد استبيان أولي يتضمن المحاور الرئيسية التي تغطي متغيرات البحث.

في المرحلة التالية، تم مقارنة استبيان الدراسة مع نماذج أخرى لاستبيانات أبحاث سابقة.

كما تم عرض الاستبيان على عدد من المحكمين الأكاديميين لتلقي ملاحظاتهم وتنقيحه بناءً على خبراتهم في المجال.

بعد ذلك، تم صياغة الاستبيان في صيغته النهائية وتحريره باللغة العربية.

وتم طباعة الاستبيان بعدة نسخ ورقية.

٣. منهج الدراسة

نظراً لطبيعة هذه الدراسة والأهداف التي نسعى لتحقيقها من خلال تناول أثر جودة التأمين الصحي على الخدمة العملاء، اعتمدنا على المنهج الوصفي في الجانب النظري، بينما استخدمنا دراسة الحالة في الجانب التطبيقي المتعلق بتحليل الاستبيان الذي تم توزيعه كجزء من الدراسة التطبيقية، يهدف هذا إلى فهم أثر جودة التأمين الصحي على الخدمة العملاء من منظور العملاء، تم دراسة وتحليل البيانات ومقارنة متغيرات الدراسة من خلال تحويل المتغيرات غير الكمية إلى متغيرات كمية قابلة للقياس، مما يسهل التعامل معها في الاختبارات لتحليل الفرضيات وعرض نتائج الدراسة، سيتم التعرف على آراء المشاركين حول أثر جودة التأمين الصحي على إمكانية الحصول على بيانات قابلة للتحليل الإحصائي.

٤. مجتمع وعينة الدراسة

يتألف مجتمع الدراسة من كافة العملاء الصندوق، وقد شملت عينة الدراسة ٣٠ عميل من مختلف التخصصات والمستويات، تم اختيار هذه الفئة نظراً لخبرتهم ومعرفتهم الجيدة بالصندوق لذا، كان من الضروري معرفة آرائهم حول أثر جودة التأمين الصحي على الخدمة العملاء في المؤسسة التي يتعاملون معها.

الجدول رقم (١٠) مجموع الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل الإحصائي

الاستبانة عينة الدراسة		الموزعة		المسترد		المستبعد		الصافي	
		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
العملاء		٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	٠	٠	٣٠	١٠٠
المجموع		٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	٠	٠	٣٠	١٠٠

المصدر: من أعداد الطالب

من خلال الجدول رقم (١٠)، نلاحظ أن عملية توزيع الاستبيانات على عينة الدراسة التي تضم العملاء المتعاملين مع الصندوق قد تمت بشكل كامل، حيث تم توزيع ٣٠ استبانة على العينة المختارة. وقد تم استرجاع جميع الاستبيانات بنسبة استجابة بلغت ١٠٠٪، مما يعكس تحاوياً ممتازاً من قبل المشاركين في الدراسة، ويُظهر اهتمامهم ووعيهم بأهمية الموضوع.

كما تجدر الإشارة إلى أنه لم يتم استبعاد أي استبانة، أي أن جميع الاستبيانات المسترجعة كانت صالحة للتحليل الإحصائي، وهو ما يمثل نسبة ١٠٠٪ من الإجمالي الموزع. تعكس هذه النتائج نجاح الباحث في إعداد أداة جمع البيانات بشكل واضح ودقيق، الأمر الذي ساهم في تجنب الأخطاء أو الغموض الذي قد يؤدي إلى استبعاد بعض الاستبيانات.

وبما أن العينة المختارة تمثل عملاء لديهم تفاعل فعلي ومستمر مع خدمات التأمين الصحي التي يقدمها الصندوق، فإن آرائهم تُعد مصدرًا مهمًا في تقييم مدى جودة هذه الخدمات وأثرها على رضا العملاء. وبالتالي، فإن نتائج التحليل المستندة إلى هذه العينة ستكون ذات قيمة تحليلية عالية وتساهم في استخلاص استنتاجات واقعية حول الموضوع محل الدراسة.

٥ حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في الجوانب المكانية والزمنية والموضوعية كما يلي:

الحدود الموضوعية: تناولت الدراسة موضوع أثر جودة التأمين الصحي على خدمة العملاء، وذلك من خلال التركيز على تقييم أبعاد جودة التأمين الصحي ومدى تأثيرها في رضا العملاء عن الخدمات المقدمة من طرف الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء.

الحدود المكانية: تم تطبيق هذه الدراسة ميدانيًا على الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء - وحدة غرداية، باعتباره مؤسسة عمومية ذات طابع اجتماعي وصحي تقدم خدمات مباشرة لفئة واسعة من المواطنين.

الحدود الزمنية: أجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة من ٢٠ أبريل ٢٠٢٥ إلى نهاية أبريل ٢٠٢٥، وهي الفترة التي تم جمع المعلومات المدرجة في الاستبيان الخاصة بعينة الدراسة.

المطلب الثاني: أدوات وطرق معالجة الاستبيان

١. أدوات معالجة الاستبيان

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات المجمعة من خلال الاستبيان، تم استخدام البرامج التالية: برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار ٢٥، وذلك لمعالجة واستخراج بعض البيانات.

٢. أدوات الاحصاء الوصفي والاحصاء الاستدلالي

تم استخدام الوسيط الحسابي لتحديد استجابات أفراد عينة الدراسة لكل فقرة من فقرات البحث، بالإضافة إلى حساب الانحراف المعياري لفهم مدى تباين استجاباتهم عن المتوسط الحسابي لكل فقرة وكل محور من محاور الدراسة. كما تم تطبيق الإحصاء الوصفي لوصف آراء وإجابات عينة الدراسة بشأن المتغيرات المختلفة، حيث شمل ذلك التكرارات والنسب المئوية، بالإضافة إلى التعرف على الخصائص الشخصية لأفراد العينة وتحديد استجاباتهم تجاه فقرات المحاور الرئيسية للاستبانة.

إلى جانب مقاييس النزعة المركزية والإحصاء الوصفي، تم استخدام معامل ألفا كرونباخ لقياس موثوقية فقرات الاستبانة، كما تم إجراء اختبارات مثل اختبار الازدواج الخطي، واختبار ديرين والسن، واختبار علاقة بيرسون، بهدف الكشف عن وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بين آراء العملاء حول أثر جودة التأمين الصحي على الخدمة العملاء.

المتغير الأول: جودة الخدمة الصحية

الجدول رقم (١١) معامل ألفا كرونباخ لجودة الخدمة الصحية

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items

٠,٨٩١	١٠
-------	----

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من خلال الجدول رقم (١١) أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الخدمة الصحية بلغ (٠,٨٩١) استنادًا إلى إجابات العينة على ١٠ بنود.

تظهر هذه القيمة وجود اتساق كبير داخل البنود التي تشكل هذا المحور، مما يشير إلى أن العبارات تقيس بشكل جيد نفس الفكرة المتعلقة بجودة الخدمات الصحية المقدمة. لذلك، يتميز مقياس جودة الخدمة الصحية في هذه الدراسة بموثوقية ممتازة، مما يعزز من دقة وثبات النتائج المستمدة من هذا القسم من الاستبيان.

المتغير الثاني: التأمين الصحي

الجدول رقم (١٢) معامل الفا كرونباخ لتأمين الصحي

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
٠,٨٧٣	٢٠

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من خلال الجدول رقم (١٢) أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس التأمين الصحي بلغ (٠,٨٧٣) استنادًا إلى إجابات العينة على ٢٠ بندًا.

تشير هذه القيمة إلى وجود مستوى عالٍ من الاتساق الداخلي بين بنود المقياس، مما يدل على أن العبارات التي تم تضمينها في هذا الجزء من الاستبيان مترابطة بشكل جيد وتعمل معًا لقياس ذات المفهوم، وهو جودة التأمين الصحي.

وبالتالي، فإن هذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الموثوقية، مما يعزز الثقة في النتائج المستخلصة من هذا الجزء، ويؤكد أن البيانات التي تم جمعها تعكس بشكل دقيق وجهات نظر المستجوبين حول أبعاد التأمين الصحي التي شملها الاستبيان.

الجدول رقم (١٣) معامل ألفا كرونباخ الإجمالي

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.942	٣٠

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

تلاحظ من خلال الجدول رقم (١٣) إلى معامل ألفا كرونباخ الإجمالي، والذي بلغت قيمته ٠,٩٤٢٠ لعدد ٣٠ عنصراً، تُعتبر هذه القيمة دلالة قوية على الموثوقية العالية للأداة المستخدمة، حيث تعكس تماسكاً كبيراً بين العناصر وتؤكد على أن الأداة قادرة على تقديم نتائج متسقة ودقيقة عند استخدامها لقياس المتغيرات المستهدفة في الدراسة.

المبحث الثالث: الدراسة الإحصائية للمتغيرات

المطلب الأول: الدراسة الإحصائية للمتغيرات الشخصية

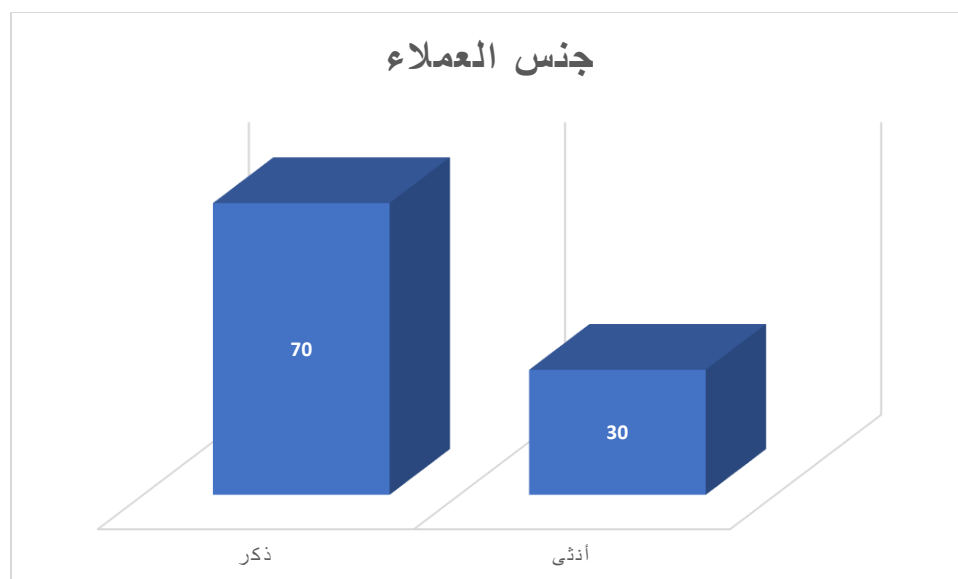
١. الخصائص الديموغرافية

١.١. الجنس

الجدول رقم (١٤) وضح توزيع عينة الدراسة بناءً على جنس العملاء

جنس العملاء					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	٢١	٧٠	٧٠	٧٠
	أنثى	٩	٣٠	٣٠	١٠٠,٠
	Total	٣٠	100.0	100.0	

المصدر: من إعداد الطالب استنادًا إلى نتائج برنامج SPSS



الشكل رقم (02) يوضح توزيع عينة الدراسة بناءً على جنس العملاء

المصدر: من أعداد الطالب

يوضح الجدول رقم (١٤) أن العينة المستخدمة في الدراسة تتكون من ٣٠ فرداً، منها ٢١ فرداً من الذكور، مما يمثل

حوالي ٧٠% من إجمالي العينة، بينما تمثل الإناث ٣٠% فقط، بعدد ٩ أفراد.

هذا التوزيع يشير إلى وجود فرق واضح في تمثيل الجنسين لصالح الذكور، وقد يعكس طبيعة المجتمع المعني أو البيئة التي

تُقدم فيها الخدمة والتي تُظهر طابعاً ذكورياً. يجب أخذ هذا الاختلاف بعين الاعتبار أثناء تحليل النتائج وتعميمها،

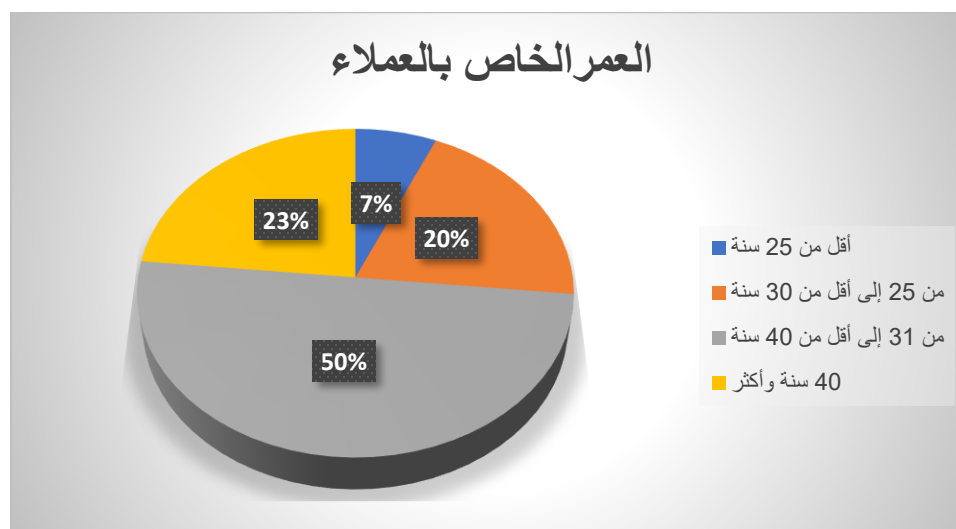
خصوصاً إذا كانت هناك فروق ملحوظة بين الجنسين في تقييم جودة الخدمات الصحية أو التأمين الصحي.

٢,١. العمر

الجدول رقم (١٥) وضح توزيع عينة الدراسة بناءً على العمر الخاصة بالعملاء

العمر الخاصة بالعملاء		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من ٢٥ سنة	2	٦,٦	٦,٦	٦,٦
	من ٢٥ إلى أقل من ٣٠ سنة	٦	٢٠	٢٠	٢٠
	من ٣١ إلى أقل من ٤٠ سنة	١٥	٥٠	٥٠	٥٠
	40 سنة وأكثر	٧	٢٣,٤	٢٣,٤	100.0
	Total	٣٠	100.0	100.0	

المصدر: من إعداد الطالب استنادًا إلى نتائج برنامج SPSS



الشكل رقم (٠٣) يوضح توزيع عينة الدراسة بناءً على العمر الخاصة بالعملاء

المصدر: من إعداد الطالب

من خلال الجدول رقم (١٥)، نرى كيف تم توزيع عينة الدراسة حسب أعمار العملاء. يبين هذا التوزيع أن الفئة العمرية "بين ٣١ وأقل من ٤٠ سنة" هي الأكثر وجودًا في العينة، حيث تمثل ١٥ فردًا، بما يعادل ٥٠٪ من المجموع الكلي. يليها الفئة "من ٤٠ سنة وأكثر" بنسبة ٢٣.٤٪، أي ٧ أفراد. أما فئة "من ٢٥ إلى أقل من ٣٠ سنة"، فقد كانت تمثل ٢٠٪ من العينة بعدد ٦ أفراد. في حين أن فئة "أقل من ٢٥ سنة" جاءت في النهاية، بنسبة تمثيل بلغت ٦.٦٪ فقط، وتضم عضوين.

يوضح هذا التوزيع أن الغالبية الكبيرة من العملاء المشاركين في الدراسة تتراوح أعمارهم بين ٣١ سنة وأكثر، مما قد يدل على خبرة أكبر في التعامل مع الخدمات الصحية والتأمينية، وبالتالي على فهم أعمق عند الرد على أسئلة الاستبيان. كما يشير إلى أنه يمكن أن تختلف الآراء حسب العمر، وهو ما يجب أخذه في الاعتبار عند تحليل النتائج.

المطلب الثاني: عرض وتحليل النتائج

في هذا المطلب، سيتم عرض نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها بهدف اختبار فرضيات البحث المتعلقة باستكشاف أثر جودة التأمين الصحي على خدمة العملاء. تسعى هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير أبعاد التأمين الصحي - مثل شمول التغطية، سهولة الإجراءات، التكامل مع المؤسسات الصحية، جودة خدمة الزبائن، والقدرة المالية على الاشتراك - في تحسين رضا العملاء وجودة تفاعلهم مع المؤسسات الصحية وشركات التأمين.

وقد تم بناء أداة الدراسة اعتمادًا على استبيان مكوّن من ٣٠ عبارة موزعة على أبعاد جودة التأمين الصحي، إلى جانب مجموعة من العبارات التي تقيس مستوى جودة الخدمة الصحية، اعتمدت هذه العبارات على مقياس ليكرت الخماسي الذي يتدرج من: (غير موافق بشدة، غير موافق، موافق إلى حد ما، موافق، موافق بشدة)، وتم تكميم هذه الاستجابات بإعطائها درجات متتالية من ١ إلى ٥.

لتحليل البيانات واختبار الفرضيات، تم استخدام أساليب إحصائية ملائمة باستخدام برنامج SPSS، وذلك لاختبار العلاقة والتأثير بين جودة التأمين الصحي كمُتغير مستقل، وخدمة العملاء كمُتغير تابع، عبر عدد من المؤشرات والمعاملات الإحصائية التي سيتم تفصيلها في هذا المطلب.

جدول رقم (١٦) المقياس ليكرت ذو المستويات الخمسة

مقاييس أداة الدراسة ودرجات كل مقياس				
غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة
١	٢	٣	٤	٥

المصدر: من إعداد الطالب

لتحليل البيانات بناءً على المقياس ليكرت ذو المستويات الخمسة، نستخدم نفس الآلية الموضحة أعلاه لتحديد الفئة التي يقع فيها المتوسط الحسابي. لنأخذ مثلاً لتحليل هذه البيانات:

تحديد المدى:

أكبر قيمة: ٥ (موافق بشدة)

أصغر قيمة: ١ (غير موافق بشدة)

تحديد حدود الفئات:

الفئة الأولى (غير موافق بشدة): ١,٠٠ - ١,٨٠

الفئة الثانية (غير موافق): ١,٨١ - ٢,٦٠

الفئة الثالثة (موافق إلى حد ما): ٢,٦١ - ٣,٤٠

الفئة الرابعة (موافق): ٣,٤١ - ٤,٢٠

الفئة الخامسة (موافق بشدة): ٤,٢١ - ٥,٠٠

المطلب الثالث: عرض النتائج

في هذا القسم، سنستعرض النتائج المتعلقة باختبار الفرضيات، بالإضافة إلى تقديم النموذج الذي تم التوصل إليه في هذه الدراسة حول العوامل الأكثر تأثيراً في تطبيق القيمة العادلة في بيئة العمل.

الجدول رقم (١٧): وصف إجابات عينة الدراسة تحور بجودة الخدمة الصحية.

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
يتم تقديم الخدمة الصحية في الوقت المناسب دون تأخير	30	2.93	1.102	0.201
يتعامل الموظفون في المؤسسة الصحية باحترام ولباقة مع المستفيدين	30	3.37	1.019	0.186
يتم توفير التوجيه والمعلومات اللازمة حول الإجراءات والخدمات	30	2.87	1.139	0.208
تتوفر الأجهزة والتجهيزات الطبية الحديثة في المؤسسة	30	2.63	1.128	0.206

يتم الاهتمام بخصوصية المرضى أثناء تقديم الخدمات	30	3.10	1.054	0.192
المؤسسة الصحية نظيفة ومنظمة وتبعث على الراحة النفسية	30	3.30	1.089	0.199
يتم التعامل مع الشكاوى والملاحظات بجدية وسرعة	30	2.73	1.174	0.214
يشعر المستفيد بالأمان والثقة في الكادر الطبي	30	3.23	1.116	0.204
يتم تقديم الرعاية الصحية بكفاءة ومهنية عالية	30	3.33	1.024	0.187
المؤسسة تلتزم بالمعايير الطبية والجودة في جميع خدماتها	30	3.40	1.052	0.192

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى نتائج برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (١٧) نتائج تحليل ردود عينة من الدراسة بشأن جودة الخدمة الصحية في المؤسسة، كما يعكس التفاوت في تقييم المستفيدين لمختلف جوانب الخدمة. تراوحت المتوسطات الحسابية للإجابات بين (٢.٠٣) و (٣.٠٤)، مما يدل على اختلاف في رضا العملاء عن مستوى الخدمات المتوفرة.

حصلت العبارة "تلتزم المؤسسة بالمعايير الطبية والجودة في جميع خدماتها" على أعلى متوسط حسابي بلغ ٣.٤٠، وهذا يشير إلى رضا جيد لدى المستفيدين عن التزام المؤسسة بالجودة والمعايير الطبية.

تلتهها العبارة "موظفو المؤسسة الصحية يتعاملون باحترام ولباقة مع المستخدمين" بمتوسط ٣. ٣٧، والعبارة "تُقدم الرعاية الصحية بكفاءة ومهنية عالية" بمتوسط ٣. ٣٣، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا نسبيًا للطريقة التي يتعامل بها العاملون وكفاءتهم المهنية.

بالإضافة إلى ذلك، سجلت العبارة المتعلقة بـ "نظافة المؤسسة وتنظيمها" متوسطًا جيدًا قدره ٣. ٣٠، وهو ما يدل على جودة البنية التحتية والبيئة الصحية العامة.

من جهة أخرى، جاءت بعض العبارات بتقديرات أقل، مثل عبارة "تتوفر الأجهزة والتجهيزات الطبية الحديثة في المؤسسة" التي سجلت أدنى متوسط بـ ٢. ٦٣، مما قد يعكس وجود نقص واضح في التحديثات التكنولوجية أو التجهيزات الطبية الحديثة داخل المؤسسة.

أيضاً، حصلت العبارة "المؤسسة تتعامل مع الشكاوى والملاحظات بجدية وسرعة" على متوسط ٢. ٧٣، مما يدل على قصور في استجابة المؤسسة لملاحظات المستخدمين.

في حين أن العبارة التي تتعلق بـ "توفير التوجيه والمعلومات حول الإجراءات والخدمات" سجلت متوسط ٢. ٨٧، وهو تقييم أقل من المطلوب، مما يعكس الحاجة إلى تحسين الجانب التواصل والإرشادي مع العملاء.

تحليل العام:

تعكس نتائج هذا الجدول تقييمًا متوسطًا إلى جيد لجودة الخدمة الصحية من قبل المستخدمين، مع وجود بعض نقاط القوة مثل الالتزام بالمعايير الطبية والكفاءة المهنية والاحترام في التعامل. ومع ذلك، توجد جوانب بحاجة إلى تحسين، خصوصاً في ما يخص توفير المعدات الحديثة، وعدم كفاءة الرد على الشكاوى، وتعزيز الإرشاد المعلوماتي داخل المؤسسة.

تُظهر هذه النتائج أهمية زيادة الاستثمارات في المعدات الطبية، وتفعيل أنظمة استقبال ومعالجة الشكاوى، بالإضافة إلى تحسين أساليب التواصل مع المستفيدين لضمان تقديم خدمة صحية أكثر انسيابية ورضا.

الجدول رقم (١٨): وصف إجابات عينة الدراسة تحور بأبعاد التأمين الصحي.

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التأمين الصحي يغطي معظم احتياجاتي الطبية الأساسية	30	2.87	1.102	0.201
تغطية التأمين تشمل خدمات متنوعة (استشارات، تحاليل، أدوية...)	30	3.03	1.017	0.186
أشعر بالاطمئنان تجاه الحماية الصحية التي يوفرها لي التأمين	30	2.93	1.139	0.208
التأمين الصحي ساهم في تخفيف الأعباء المالية عني	30	2.80	1.128	0.206
إجراءات الاستفادة من التأمين واضحة وسهلة	30	2.67	1.054	0.192
يتم تعويضني بسرعة وشفافية عند تقديم مطالبات التأمين	30	2.53	1.089	0.199
الوثائق المطلوبة للحصول على التعويض بسيطة وغير معقدة	30	2.70	1.174	0.214
أستطيع متابعة ملفي التأميني بسهولة داخل المؤسسة	30	2.63	1.116	0.204
المؤسسة تتعامل بمرونة مع بطاقات التأمين المختلفة	30	2.77	1.024	0.187

توجد شركات فعالة بين شركة التأمين والمؤسسات الصحية	30	2.83	1.052	0.192
لا أواجه مشاكل في قبول بطاقة التأمين بالمؤسسات الصحية	30	2.93	1.164	0.203
أجد تسهيلات مباشرة عند استخدام بطاقة التأمين في العيادات أو المستشفيات	30	2.90	1.008	0.176
خدمة الزبائن بشركة التأمين متجاوبة وتقدم حلولاً فعالة	30	2.80	1.291	0.236
أستطيع الوصول إلى خدمة الزبائن بسهولة عند الحاجة	30	2.87	1.376	0.251
الموظفون يتعاملون باحترام واحترافية في الرد على الاستفسارات	30	3.00	1.198	0.219
يتم الرد على الشكاوى أو الطلبات في وقت معقول	30	2.93	1.253	0.229
أسعار الاشتراك بالتأمين معقولة ومناسبة لدخلي	30	2.97	1.393	0.254
توجد خيارات اشتراك متنوعة تناسب مختلف الفئات	30	2.90	1.262	0.230
لا أجد صعوبة في سداد أقساط التأمين في وقتها	30	3.00	1.185	0.216
الكلفة الإجمالية للتأمين تتناسب مع الخدمات التي أحصل عليها	30	3.07	1.225	0.224

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى نتائج برنامج SPSS

يعرض الجدول رقم (١٨) نتائج تحليل عينة الدراسة التي تضم ٣٠ عنصراً فيما يتعلق بأبعاد التأمين الصحي. تشير المتوسطات الحسابية إلى اختلافات في تقييم المستفيدين لمختلف جوانب الخدمة التأمينية، مما يعطي لمحة مهمة حول نقاط القوة والضعف في أداء نظام التأمين الصحي من وجهة نظر المستخدمين.

أولاً: البعد الأول – مدى شمول التغطية التأمينية

سجلت العبارات المتعلقة بشمولية التغطية التأمينية متوسطات تتراوح بين (٢,٨٠) و(٣,٣٠). حيث حصلت عبارة "تغطية التأمين تشمل خدمات متنوعة" على أعلى متوسط (٣,٣٠)، مما يشير إلى رضا نسبي عن تنوع الخدمات المغطاة بالمقابل، حصلت عبارة "التأمين ساهم في تخفيف الأعباء المالية" على متوسط أقل (٢,٨٠)، مما يدل على شعور بوجود تأثير مالي إيجابي محدود.

ثانياً: البعد الثاني – سهولة الإجراءات الإدارية

ظهرت جميع المتوسطات في هذا البعد دون مستوى (٢,٧٠)، وهذا يدل على وجود تحديات يواجهها المستفيدون في الإجراءات الإدارية. من بين النقاط الأساسية، حصل تقييم عبارة "يتم تعويضي بسرعة وشفافية" على متوسط (٢,٥٣)، مما يوضح مشكلة حرجة تحتاج إلى تدخل إداري مباشر.

ثالثاً: البعد الثالث – التكامل مع المؤسسات الصحية

تراوحت متوسطات العبارات في هذا البعد بين (٢,٧٧) و(٢,٩٣)، مما يشير إلى رضا متوسط بشأن فعالية العلاقة بين شركة التأمين والمؤسسات الصحية. حصلت العبارة "لا أواجه مشاكل في قبول بطاقة التأمين" على (٢,٩٣)، مما يدل على قبول جيد إلى حد ما، لكنه غير كافٍ لتحقيق الرضا التام.

رابعًا: البُعد الرابع – جودة خدمة الزبائن

تراوحت المتوسطات بين (٢,٨٠) و(٣,٠٠)، وكانت العبارة "الموظفون يتعاملون باحترام واحترافية" هي الأعلى بمتوسط (٣,٠٠)، ورغم أن هذا يعكس مستوى جيد من الاحترافية، تظهر بعض العبارات مثل "أستطيع الوصول إلى خدمة الزبائن بسهولة" (٢,٨٧) و"الرد على الشكاوى في وقت معقول" (٢,٩٣) الحاجة إلى تحسين التفاعل وسرعة الاستجابة.

خامسًا: البُعد الخامس – القدرة المالية على الاشتراك

يعتبر هذا البُعد واحدًا من أقوى الجوانب في النظام التأميني بحسب تقييم المستفيدين، حيث كانت جميع المتوسطات في هذا البعد أعلى من (٢,٩٠)، وسجلت العبارة "الكلفة الإجمالية للتأمين تتناسب مع الخدمات" أعلى متوسط في الجدول (٣,٧٠) مما يدل على تطابق بين الكلفة المدفوعة وجودة الخدمات المقدمة من وجهة نظر العينة. تحليل العام:

تبرز النتائج اختلافات واضحة في تقييم أبعاد التأمين الصحي. ففي حين أعرب المشاركون عن رضا نسبي بشأن الجوانب المالية وشمولية الخدمات والتكامل مع المؤسسات الصحية، كانت هناك شكاوى سلبية تتعلق بالإجراءات الإدارية وسرعة التعويضات.

خلاصة الفصل

يستعرض هذا الفصل الجانب العملي من البحث عن طريق دراسة ميدانية تمت في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجاء في ولاية غرداية، حيث تم الربط بين المفاهيم النظرية للثقافة التنظيمية والتكيف الوظيفي وبين الواقع الفعلي داخل المؤسسة، وقد تضمنت الدراسة معلومات شاملة عن الصندوق، بما في ذلك تعريفه القانونية، وتاريخ تأسيسه، وهيكله التنظيمي، والمهام الأساسية التي يقوم بها لحماية العمال وتقديم خدمات الضمان الاجتماعي والصحي، مما ساعد في الحصول على فهم أعمق للسياق التنظيمي الذي يقع فيه البحث.

استندت الدراسة إلى استبيان تم توزيعه على ٣٠ عميلاً من مستخدمي خدمات الصندوق، وقد كانت نسبة الردود ١٠٠٪، أظهرت النتائج أن الأدوات المستخدمة كانت موثوقة جداً، حيث سجل معامل ألفا كرونباخ ٠,٨٩١.

لجودة الخدمة الصحية و٠,٨٧٣، للتأمين الصحي، وأشارت النتائج إلى أن جودة الخدمة الصحية تتلقى تقييماً إيجابياً نسبياً، وأن التأمين الصحي له دور بارز في تحسين التكيف الوظيفي من خلال تقديم الدعم المالي والمعنوي الذي يقلل من الضغط المهني، كما أوضحت الدراسة أن هناك علاقة إيجابية بين جودة التأمين الصحي ورضا العملاء، مما يبرز أهمية تطوير الخدمات لتعزيز الأداء الوظيفي.

الخاتمة

تمهيد

سعت هذه الدراسة إلى تحليل أثر جودة التأمين الصحي على خدمة العملاء في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء بغرداية. وتم ذلك من خلال المزج بين الإطار النظري الذي تناول المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمات الصحية والتأمين، وبين الجانب التطبيقي القائم على دراسة ميدانية باستخدام استبيان موجه للمستفيدين.

أظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية واضحة بين جودة التأمين الصحي ومستوى رضا العملاء، وأن بعض الأبعاد مثل الكلفة المناسبة، كفاءة الموظفين، واحترام خصوصية المستفيدين تُعد من النقاط القوية، بينما برزت إشكالات تتعلق ببطء الإجراءات الإدارية، وتعقيد التعويضات، وضعف الاستجابة للشكاوى.

وقد أثبتت أدوات البحث درجة عالية من الموثوقية مما يعزز مصداقية النتائج ويؤكد أهمية الدراسة في تقديم رؤية واقعية قابلة للاستثمار في تحسين جودة الخدمات داخل المؤسسة.

إجابة عن الفرضيات:

الفرضية الأولى: "توجد جودة مرضية في التأمين الصحي بمؤسسة CNAS بغرداية".

تم التحقق منها جزئياً. أظهرت النتائج أن بعض أبعاد الجودة تحظى بتقييم جيد، في حين تعاني أخرى من قصور مثل الإجراءات الإدارية وسرعة التعويضات.

الفرضية الثانية: "تؤثر جودة التأمين الصحي بشكل إيجابي على رضا العملاء وتحسين مستوى الخدمة".

تم التحقق منها. بينت التحليلات الإحصائية وجود علاقة ارتباط إيجابية بين جودة التأمين ورضا العملاء.

الفرضية الثالثة: "هناك علاقة إيجابية بين الجوانب المختلفة لجودة التأمين الصحي ومستوى رضا العملاء".

تم التحقق منها بوضوح. حيث أبرزت الدراسة أن الأبعاد المتعلقة بالتغطية، الكلفة، وجودة الخدمة تؤثر بشكل مباشر في

رضا المستفيدين.

أهم النتائج:

- سُجِّلَت جودة الخدمة الصحية متوسطاً يتراوح بين ٢,٦٣ و ٣,٤٠، ما يشير إلى تقييم مقبول مع الحاجة لبعض التحسينات.
- كان أعلى مؤشر رضا متعلقاً بالاحترام واللباقة (٣,٣٧) والالتزام بالمعايير الطبية (٣,٤٠)
- ظهرت مواطن ضعف في سرعة معالجة الشكاوى (٢,٧٣) والتجهيزات الطبية الحديثة (2.63)
- في أبعاد التأمين الصحي، سُجِّلَت تقييمات ضعيفة في سرعة التعويض (٢,٥٣) وسهولة الإجراءات (2.67)
- أعلى تقييم كان للكلفة مقابل الخدمة (٣,٠٧)، مما يدل على رضا مالي نسبي لدى المستفيدين.
- معاملات ألفا كرونباخ لكل المحاور كانت مرتفعة (>٠,٨٧)، مما يؤكد صدق وثبات أداة القياس.

التوصيات العامة:

- تبسيط الإجراءات الإدارية وتحسين سرعة معالجة مطالبات التعويض.
- تعزيز قنوات الاتصال مع العملاء عبر مراكز استعلامات فعالة وتدريب الموظفين على التواصل المهني.
- تحسين تجهيزات المؤسسة الطبية وتحديث المعدات لمواكبة التطورات التكنولوجية.
- تفعيل نظام شكاوى فعال يتم من خلاله استقبال الملاحظات والرد عليها ضمن آجال محددة.
- إطلاق حملات توعوية لشرح مزايا التأمين وإجراءات الاستفادة منه بوضوح وشفافية.
- رقمنة الملفات التأمينية وتسهيل المتابعة الذاتية عبر تطبيقات أو منصات رقمية.

اقتراحات لأبحاث مستقبلية:

- دراسة مقارنة بين جودة التأمين الصحي في القطاع العام والخاص في الجزائر.
- قياس تأثير جودة التأمين الصحي على الأداء الوظيفي للموظفين في المؤسسات الصحية.
- دراسة تحليلية للعلاقة بين التحول الرقمي وجودة خدمات التأمين الصحي.

- بحث تأثير رضا العملاء عن خدمات التأمين على ولائهم وثقتهم بالمؤسسة.
- دراسة تقييمية للإطار القانوني المنظم للصفقات الصحية وعلاقته بكفاءة التسيير.

قائمة المصادر

والمراجع

المراجع العربية:

أوفريتيت، جون، جودة الرعاية الصحية: استراتيجيات للتحسين، أكسفورد، رادكليف للنشر، ٢٠٠٥.

الغامدي، عبد العزيز، إدارة علاقات العملاء، الرياض، مكتبة العبيكان، ٢٠١١.

العبد، خالد، النظم الصحية في العالم العربي: واقع وآفاق، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، ٢٠١٨.

الخطيب، محمد عبد الكريم، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، عمان، دار المسيرة، ٢٠١٦.

ديلويت، الآفاق العالمية للرعاية الصحية: بناء أساس للمستقبل، تقرير ديلويت، ٢٠٢٠، ص ٣٣.

دونايديان، أفيديس، "تقييم نوعية الرعاية الصحية: كيف يمكن قياسها؟"، مجلة الجمعية الطبية الأمريكية

(JAMA)، المجلد ٢٦٠، العدد ١٢، ١٩٨٨.

عبد الرحمن، عبد الله، مقدمة في اقتصاديات الصحة، دار الفكر الجامعي، ٢٠١٥.

صبري، محمد، التأمين الصحي ونظم الحماية الاجتماعية، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٢.

معهد الطب الأمريكي، عبور الفجوة في جودة الرعاية الصحية، واشنطن، مطبعة الأكاديميات الوطنية،

٢٠٠١.

منظمة الصحة العالمية، نوعية الرعاية: إطار لاتخاذ قرارات استراتيجية في نظم الصحة، جنيف، مطبعة

المنظمة، ٢٠٠٦.

يوسف، أحمد عبد الله، إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية، القاهرة، دار الفكر العربي، ٢٠١٢.

يوسف، حسام، "الجذور التاريخية للتأمين الصحي"، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد ٢٨، ٢٠٠٨.

المراجع الأجنبية:

Geyer, Robert. Exploring European Social Policy, Polity Press,

2000.

- + Saltman, Richard B., and Figueras, Josep. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- + Shi, Leiyu, and Singh, Douglas A. Essentials of the U.S. Health Care System, Jones & Bartlett Publishers, 2021.