



المجلة العلمية لكلية الدراسات الاقتصادية والعلوم السياسية بجامعة الإسكندرية

<https://esalexu.journals.ekb.eg>

دورية علمية محكمة

المجلد الثامن (العدد الخامس عشر، يناير 2023)

فعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة كمدخل لتحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية ”بالتطبيق على مشروع التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد“

د. محمد السيد أبو الفتوح علي

مدرس بقسم الإدارة العامة والمحلية
أكاديمية السادات للعلوم الإدارية (مصر)
أستاذ مساعد الإدارة العامة والمحلية
معهد الإدارة العامة (السعودية)

أ.د. عادل السعيد إبراهيم البنا

أستاذ القياس والتقويم النفسي
كلية التربية - جامعة دمنهور

ملخص

يتمثل الهدف الرئيسي للبحث في دراسة وتحليل فعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) بأبعادها المختلفة كمدخل لتحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية بالتطبيق على مشروع التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد. ولتحقيق أهداف البحث وفروضه التي سيتم اختبارها واستناداً إلى طبيعة عينة الدراسة فإن مجتمع الدراسة يتمثل في العاملين في منظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد (كادر طبي، كادر إداري، فني). ولقد قام الباحثان بتوزيع قائمة الاستقصاء على العينة الكلية تم تحديد حجمها بـ 310 مفردة من الجداول الإحصائية، وبعد توزيع الاستبانة وصلت الاستجابة إلى 306 مستجيب مستوفين الإجابات وقابلين للتحليل الإحصائي. ولقد تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية (Stratified Random Sample) حسب متغيرات (الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة) وذلك لمراعاة التنوع والاختلاف للوقوف على الآراء الفعلية لعينة الدراسة.

ولقد توصلت الدراسة لعدد من النتائج من أبرزها: اثبتت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية، حيث أظهرت النتائج من خلال الانحدار المتعدد أن أهم أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وأكثرهم تأثيراً تمثل في بعد العمليات الداخلية بنسبة 33%، ثم البعد المالي بنسبة 26%، ثم البعد البيئي والمجتمعي بنسبة 19.3%، ثم بعد التعلم والنمو بنسبة 19.1%.

الكلمات المفتاحية: بطاقة الأداء المتوازن المستدامة، جودة الخدمات الصحية، التأمين الصحي الشامل، محافظة بورسعيد.

Abstract

The main objective of the research is to study and analyze the effectiveness of the application of the sustainable balanced scorecard (SBSC) with its various dimensions as an entry point to improve the quality of health services outputs applying on the comprehensive health insurance project in Port Said Governorate. In order to achieve the objectives of the research and its hypotheses that will be tested and based on the nature of the study sample, the study population consists of workers in the comprehensive health insurance system in Port Said Governorate (medical staff, administrative staff, technicians). The researchers distributed the survey list to the total sample, and their number 310 items from the statistical tables, and after distributing the questionnaire, the response reached 306

respondents who fulfilled the answers and were subject to statistical analysis. They were selected using the Stratified Random Sample, according to the variables (gender/age/job title/educational level/years of experience) in order to take into account, the diversification and difference in order to find out the actual opinions of the study sample.

The study reached a number of results, the most important of which are: The study proved the existence of a statistically significant relationship between the dimensions of the sustainable balanced scorecard and the quality of health services outputs. The results showed through multiple regression that the most important dimensions of the sustainable balanced scorecard and the most influential are represented in the internal operations dimension by 33 %, then the financial dimension by 26%, then the environmental and societal dimension by 19.3%, then the learning and growth dimension by 19.1%.

Key Words: sustainable balanced scorecard, quality of health services, comprehensive health insurance, Port Said Governorate.

1- مقدمة البحث

على مدى العقد الماضي، برزت بطاقة الأداء المتوازن (BSC) Balanced Scorecard كنظام قياس ومراقبة أداء استراتيجي شائع داخل مؤسسات القطاع العام المختلفة وذلك نظراً لدورها في تنفيذ الاستراتيجية وفعالية قياس الأداء (Sharma & Gadenne, 2011)؛ لذلك فهي تعد واحدة من أكثر مناهج تقييم الأداء الاستراتيجي المعترف بها على نطاق واسع والتي تهدف إلى تعزيز المواءمة التنظيمية Organizational Alignment من خلال ترجمة استراتيجيات المنظمات إلى استراتيجية متعددة الأبعاد (Cifalino & Lisi, 2019)، كما أن تقديم بطاقة الأداء المتوازن كنهج لقياس الأداء يساعد المنظمات في التغلب على نقاط ضعفها ويوفر آلية مراقبة للأنشطة القائمة على المعرفة (Wake, 2015).

وعلى الرغم من اعتماد بطاقة الأداء المتوازن BSC على نطاق واسع داخل منظمات القطاع الخاص، إلا أنها تكتسب الآن قبولاً متزايداً داخل منظمات القطاع العام كنظام إدارة أداء استراتيجي (Sharma & Gadenne, 2011)، وذلك كاستجابة استباقية من قبل المنظمات العامة للقوى الخارجية، بما في ذلك الضغط المالي والمنافسة والنزعة الاستهلاكية وتوحيد الصناعة وإعداد التقارير التنظيمية وإدارة المعلومات والتكنولوجيا الجديدة، حيث دفعتهم هذه القوى للبحث عن أدوات إدارة استراتيجية أكثر فعالية (Inamdar & Kaplan, 2002). ويرى الباحثان أنه من المهم إدراك أن المنظمات العامة تتطلب استراتيجيات مختلفة عن نظيراتها في القطاع الخاص لأن هدفها

الرئيسي هو تلبية احتياجات مكونات المجتمع (كأصحاب مصلحة) بدلاً من التركيز على النتائج المالية.

وفي ضوء التطورات المتلاحقة التي تطرأ على الساحة الدولية سواء في تكنولوجيا تقديم الخدمات الصحية أو تكنولوجيا المعلومات، أصبح من الصعب قياس أداء المنظومة الصحية باستخدام المقاييس المالية وحدها، بل أصبح الأمر يتطلب البعد عن مقاييس الأداء التقليدية (أحادية البعد) والبحث عن أساليب قياس الأداء (متعددة الأبعاد) تركز على المقاييس غير المالية بجانب المقاييس المالية وتحافظ على التوجه الاستراتيجي للمنظمة بما ينعكس على جودة الخدمات المقدمة للمواطنين (سويلم وآخرون، 2020)؛ لذلك فإن بطاقة الأداء المتوازن (BSC) تعد ابتكاراً إدارياً شائعاً في مجال الرعاية الصحية، يمكن من خلاله إحداث تغييرات في الممارسة المهنية للقطاع الصحي بما ينعكس على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين (Gao & Gurd, 2020).

وفي السياق نفسه، فإن مستوى جودة الخدمات الصحية المحلية تعد نقطة محورية مهمة للمجتمع، يمكن أن تؤثر وتنعكس التسلسلات الهرمية الاجتماعية وعلاقات القوة لهذا المجتمع (Mitchell, Malatzky, Bourke, and Farmer, 2018). وفي الواقع، أثرت جائحة كورونا COVID-19 على الخدمات الصحية بشكل كبير، الأمر الذي يتطلب معه البحث عن استثمارات مالية ضخمة من قبل البلدان لتنشيط وإعادة اختراع النظم الصحية واستخدام الوباء الحالي كفرصة لتحسين جودة وسلامة النظام الصحي مما يؤدي إلى تحقيق الأهداف الصحية للتنمية المستدامة (Nazari, Meo, and Ali, 2020).

ونتيجة لما سبق، تسعى الحكومات في كافة الدول سواء النامية أو المتقدمة للارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين خاصة بعد ما شهده العالم في ظل جائحة كورونا COVID-19 من تأثيرات واضحة على الأنظمة الصحية حيث انهارت أنظمة وصمدت أنظمة أخرى، لذلك فإن دوافع الحكومات نحو إصلاح الأنظمة الصحية في ظل زيادة تعقيد بيئة المنظومة الصحية، أدت إلى الحاجة المتزايدة للتوفيق بين تحسين جودة الخدمات والاستدامة الاقتصادية والمالية العادلة، وهو ما يزيد من أهمية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن BSC في قطاع الرعاية الصحية، ويرجع ذلك أساساً إلى أن BSC يمكن أن تستوعب تعقيد مؤسسات الرعاية الصحية (HCOs) The Complexity of Healthcare Organizations من خلال تطوير نظام متعدد الأبعاد لقياس وإدارة الفعالية التنظيمية (Trotta, Cardamone, Cavallaro, and Mauro, 2013). وعلى الرغم من أن تطبيقات بطاقة الأداء المتوازن BSC في مؤسسات الرعاية الصحية قد حظيت باهتمامات واسعة، من خلال وصف العديد من الدراسات الاستخدام والفوائد

المحتملة لهذه الأداة في مختلف أماكن الرعاية الصحية (Inamdar & Kaplan, 2002; Broccardo, 2015; Kober & Northcott, 2021; Khalid, Beattie, Sands, and Hampson, 2019)، إلا أنها مازالت تواجه العديد من العقبات نحو توفير متطلبات نجاحها بالشكل الذي ينعكس بشكل إيجابي على مستوى جودة الخدمات الصحية خاصة في ظل قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018م - تم إطلاق إشارة البدء لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل وفق أحدث المعايير الدولية من محافظة بورسعيد في يوليو 2019م - وما يفرضه من ضرورة تقديم مستوى مختلف من الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وذلك من خلال ثلاث هيئات إشرافية وهي: هيئة الرعاية الصحية وتكون معنية بمنافذ تقديم الخدمة، وهيئة الجودة والاعتماد وتمنح المستشفيات الاعتماد وفق معايير الجودة المعمول بها، وهيئة التأمين الصحي تتولى إدارة وتمويل التأمين الصحي.

2- مشكلة البحث

تعد قضية جودة الخدمات الصحية من القضايا الشائكة والحيوية التي تضع نفسها على طاولة الحكومات بأجهزتها التنفيذية المسؤولة، ولقد شهدت هذه القضية العديد من المحاولات من قبل الأطراف ذات الصلة للارتقاء بمستوى جودة الخدمات المقدمة ومن ثم زيادة رضا المواطنين، إلا أن هذه المحاولات تتصف بالتشتت وعدم التكامل نظراً لكونها تقتصر وجود استراتيجية واضحة ومستدامة تتكامل فيها كافة الأطراف المعنية من خلال وضع تلبية احتياجات وتوقعات ورغبات المواطنين الدافع الرئيسي في جوهر التطوير.

وعلى الرغم من وجود أنظمة إدارة أداء قابلة للتطبيق في المنظمات العامة، فإن العديد من هذه الأنظمة تنهار قبل أن تكتمل أو ينتهي بها الأمر بعدم فعالية الاستخدام، حيث يرتبط فشل الأنظمة أساساً بالتصميم غير المناسب لأنظمة إدارة الأداء والتنفيذ غير الفعال، حيث يتضمن تصميم وتنفيذ أنظمة إدارة الأداء وظائف عالية المستوى مثل: تأمين التزام الإدارة، وتنظيم عملية تطوير النظام، وتوضيح الغرض ومعايير النظام، وتحديد النتائج ومعايير الأداء، كما يتضمن المزيد من الوظائف الإجرائية مثل: تحديد وتقييم المؤشرات، وتطوير إجراءات جمع البيانات، وتحديد قنوات التقارير، وتحديد الأشكال التحليلية وإعداد التقارير، وإسناد المسؤوليات للحفاظ على النظام الحالي (أو تعديله) (Sharma & Gadenne, 2011).

وبالنسبة للمنظمات المعقدة مثل المستشفيات والوحدات الصحية، والتي تتميز بالتعقيد الإداري والتجزئة التنظيمية وقضايا عدم الكفاءة، فقد أثبت نهج بطاقة الأداء المتوازن BSC أنه أداة فعالة لتحديد أهداف استراتيجية محددة، حيث يعد مفيداً بشكل خاص لتقريب إجراءات وسلوك

الموظفين المعنيين (المديرين والأطباء والموظفين والفنيين) تجاه هذه الأهداف لتقييم مدى توافق النتائج التي تم تحقيقها مع هذه الأهداف (Trota et al., 2013).

وتشير دراسة (Al-Awlaqi & Amer (2020) أن مقدمي خدمات الرعاية الصحية - في جميع أنحاء العالم - يواجهون تحديات متعددة لتقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة لأسباب مثل: الدخل المنخفض والإنفاق الحكومي المنخفض على قطاع الرعاية الصحية؛ وذلك بسبب محدودية موارد الرعاية الصحية المتاحة، ولقد أظهرت الدراسات مراراً وتكراراً أن قيود الموارد لها تأثير سلبي مباشر على الأداء وقياس الجودة، ومع ذلك هناك القليل من الأدلة لإظهار ما إذا كان توافر الموارد يخفف أيضاً من تأثير متطلبات المساءلة على ممارسات القياس لمنظمات الرعاية الصحية (Piffner, 2020).

وعلى ذلك، فإن قطاع الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية -مثل معظم البلدان النامية- يكافح من أجل تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة، في ظل وجود فجوة بين متطلبات وتوقعات المواطن من ناحية والإمكانيات والقدرات التي تمتلكها المنظومة الصحية من ناحية أخرى، ولعل أبرز ملامح هذه الفجوة تتمثل فيما يلي:

- (1) تأهيل وتدريب العاملين بالمنظومة الصحية من أطباء، وتمريض، وفنيين، وإداريين.
- (2) الزيادة السكانية الكبيرة وما يترتب عليها من نتائج سواء على مستوى الفرد أو المجتمع.
- (3) التطورات الهائلة في أساليب التشخيص وطرق العلاج والكشف المبكر عن الأمراض المزمنة.
- (4) التغييرات المستمرة في بيئة الممارسة الصحية سواء على الصعيد العالمي أو الإقليمي أو المحلي وهو ما يتطلب ضرورة إجراء تحسينات مستمرة.
- (5) مستوى التثقيف الصحي للمواطنين على اختلاف شرائحهم ومستوياتهم، خاصة فيما يتعلق بروتين وبيروقراطية الإجراءات وعدم التوجه نحو التحول الرقمي Digital Transformation.
- (6) الاعتمادات المالية الضخمة التي تتطلبها إحداث تحسينات في مستويات جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

ونتيجة لما سبق، تأتي أهمية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) Sustainable Balanced Scorecard بأبعادها المختلفة (خمسة أبعاد) كأحد أدوات قياس وتحسين أداء المنظومة الصحية، وهنا فإن مشكلة البحث يمكن صياغتها كما يلي "ضعف مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وما يصاحبها من تأثيرات سلبية على رضاء المرضى والمترددین لتلقي الخدمات الصحية، الأمر الذي يتطلب معه ضرورة إيجاد أداة يمكن من خلالها

تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية، خاصة في ظل بيئة الاعمال الحديثة والتي تستهدف جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، حيث لم تعد أدوات القياس التقليدية تساعد على تقييم وقياس الأداء بشكل فعال، بالإضافة إلى تجاهل العديد من الدراسات تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس البعد البيئي والمجتمعي كبعد خامس لبطاقة الأداء المتوازن التقليدية للوصول إلى تقييم أداء مستدام من خلال بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) وعلى ذلك يمكن صياغة مشكلة البحث من خلال الأسئلة التالية:

- (1) هل هناك علاقة بين فعالية أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) (المتغير المستقل) ومعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية (المتغير التابع) وهي: الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف ومستوى أداء الخدمات الصحية؟ وما مدى قوة تأثير هذه العلاقة في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية؟
- (2) ما الأهمية النسبية لمعايير جودة الخدمات الصحية بالنسبة للعاملين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد وأثرها على مستوى جودة مخرجات الخدمات الصحية؟
- (3) إلى أي مدى يمكن أن تؤثر العوامل الديموغرافية (المتغير الوسيط) وهي النوع، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة على الأهمية النسبية لفعالية تطبيق أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC)؟
- (4) إلى أي مدى يمكن أن تؤثر العوامل الديموغرافية (المتغير الوسيط) وهي النوع، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة على الأهمية النسبية لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية؟

3- أهداف البحث

يتمثل الهدف الرئيسي للبحث في دراسة وتحليل فعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) بأبعادها المختلفة كمدخل لتحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية بالتطبيق على مشروع التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد، ولتحقيق هذا الهدف فقد تم تحديد مجموعة من الأهداف الفرعية كما يلي:

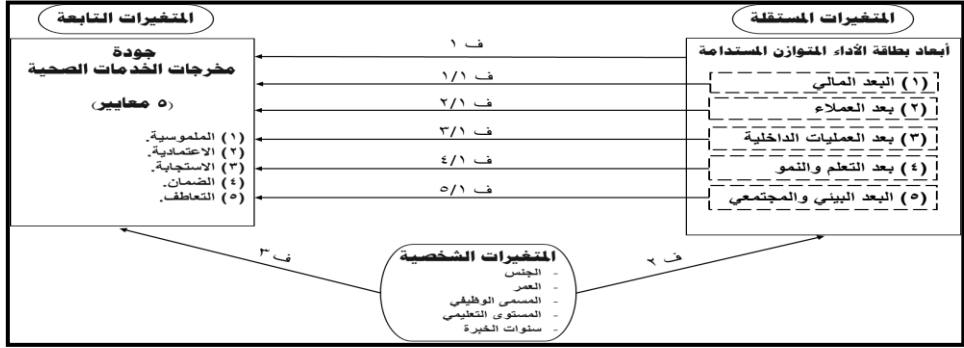
- (1) التعرف على دوافع المنظمات نحو تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) كأداة لربط استراتيجية المنظمة بأدائها الفعلي.
- (2) التعرف على الممارسات الإدارية الفعالة التي تسهم بشكل مباشر في تحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية.

- (3) تحديد الإجراءات ريفية المستوى من قبل الجهات الفاعلة الرئيسية لتحقيق الجودة في مجال الرعاية الصحية.
- (4) التعرف على المتطلبات التنظيمية والبيئية التي تؤثر بشكل مباشر في فعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) داخل قطاع الرعاية الصحية.
- (5) التعرف على التحديات الصحية والأدوار المحتملة لبطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) داخل مؤسسات الرعاية الصحية.

4- فروض البحث

- انطلاقاً من مشكلة البحث وأهدافه وفي ضوء متغيرات البحث والتي يوضحها الشكل رقم (1)، فإن فروض البحث تتمثل في ثلاثة فروض أساسية يمكن توضيحها على النحو الآتي:
- الفرض الأول:** وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين فعالية تطبيق أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) وجودة مخرجات الخدمات الصحية. ويشق من هذا الفرض خمسة فروض فرعية كما يلي:
- الفرض الفرعي الأول:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين فعالية تطبيق البعد المالي وجودة مخرجات الخدمات الصحية.
- الفرض الفرعي الثاني:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين فعالية تطبيق بعد العملاء وجودة مخرجات الخدمات الصحية.
- الفرض الفرعي الثالث:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين فعالية تطبيق بعد العمليات الداخلية وجودة مخرجات الخدمات الصحية.
- الفرض الفرعي الرابع:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين فعالية تطبيق بعد التعلم والنمو وجودة مخرجات الخدمات الصحية.
- الفرض الفرعي الخامس:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين فعالية تطبيق البعد البيئي والمجتمعي وجودة مخرجات الخدمات الصحية.
- الفرض الثاني:** لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية (الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة) وفعالية تطبيق أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (البعد المالي، وبعد العملاء، وبعد العمليات الداخلية، وبعد التعلم والنمو، والبعد البيئي والمجتمعي).

الفرض الثالث: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية (الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة) وجودة مخرجات الخدمات الصحية.



شكل رقم (1): نموذج ومتغيرات البحث (المصدر: إعداد الباحثان)

5- منهجية البحث

سوف يعتمد الباحثان على منهجين وهما: المنهج الوصفي لأغراض تكوين الإطار النظري من خلال استعراض الدوريات والدراسات السابقة المرتبطة بفعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة ودورها في تحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية، والمنهج التحليلي من خلال جمع البيانات من أفراد العينة محل الدراسة باستخدام قائمة استقصاء من أجل إتمام الدراسة الميدانية.

6- حدود البحث

- (1) الحدود المكانية: المستشفيات (7 مستشفيات) ووحدات الرعاية الصحية (32 وحدة صحية) التي تعمل ضمن منظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد.
- (2) الحدود الزمانية: وهي الفترة الزمنية التي استغرقتها عملية جمع البيانات من مجتمع الدراسة وتفرغها خلال عام 2021م.
- (3) الحدود الموضوعية: فعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) كمدخل لتحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية بالتطبيق على مشروع التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد.

7- أهمية البحث

لقد زاد الاهتمام على الصعيد العالمي بتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وأصبحت ضمن أهداف التنمية المستدامة Sustainable Development الأمر الذي

انعكس بشكل مباشر في أهداف وخطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية لما لها من بالغ الأثر على رفاهية الفرد والمجتمع؛ لذلك جاءت بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) كنظام قياس وإدارة استراتيجي يترجم مهمة المنظمة واستراتيجيتها إلى مجموعة متوازنة من مقاييس الأداء المتكاملة - على عكس الأساليب التقليدية - حيث تتمتع SBSC بالخصائص التالية: (1) أنها توفر للإدارة نظرة عامة "متوازنة" على الأعمال تتضمن الأصول غير الملموسة وترتبط بمجالات النتائج الهامة. (2) يسهل النظام مواعمة السلوك الفردي مع الأهداف التنظيمية. (3) لا تقوم SBSC بالتحقيق في الأحداث الماضية فحسب، بل تنتبأ أيضاً بالأداء المستقبلي من خلال استخدام التدابير الاستباقية. (4) تعد أداة "الإدارة الاستراتيجية" لأنها توفر مع نظام الإدارة بالأهداف، إطار عمل لصياغة وتنفيذ ومشاركة استراتيجيات المنظمة (Trota et al., 2013).

كما تناولت دراسة Hoque & Adams (2011) كيفية تطور واستخدام بطاقة الأداء المتوازن داخل الإدارات الحكومية الأسترالية، وذلك باستخدام بيانات استقصائية من 51 دائرة حكومية أسترالية، حيث قامت بفحص ما إذا كانت الإدارات الحكومية قد استخدمت بطاقة أداء متوازن تركز على مجموعة واسعة من الإجراءات المالية وغير المالية في القرارات التنظيمية أو ما إذا كان تنفيذ بطاقة الأداء المتوازن يلي ببساطة مطالب أصحاب المصلحة الخارجيين، وتوصي الدراسة بالاستمرار في إجراء البحوث لاستكشاف كيف يمكن أن تؤثر العوامل التنظيمية والبيئية الداخلية والخارجية، مثل الاستراتيجية، وأساليب اتخاذ القرار، وقدرة تعلم الموظفين، والتقدم التكنولوجي، والمنافسة والتشريعات على صعود واستخدام بطاقة الأداء المتوازن في القطاع العام.

وتستهدف دراسة Gonzalez, Broccardo, Martins, and Gonzalez- (2018) Sanchez فهم أفضل لكيفية تطوير بطاقة الأداء المتوازن (BSC) في قطاع الرعاية الصحية لمجموعة متجانسة من دول جنوب أوروبا (إيطاليا وإسبانيا والبرتغال)، والتي تشكل مؤسسات الرعاية الصحية العامة بهم أكثر من 70% من إجمالي قطاع الصحة، وترى الدراسة أن الإدارة العليا يجب عليها أن تدير بشكل استباقي وفعال مجموعة كاملة من عوامل النجاح التنظيمي الحاسمة لتعظيم فرص تحسين الأداء التنظيمي في الرعاية الصحية من خلال نظام BSC مخصص.

وفي الواقع، في ظل التعامل مع التغييرات المضطربة والمرتبطة ببيئة الأعمال الديناميكية، توفر نماذج الأعمال الجديدة للمنظمات فرصاً عديدة لتطوير قدراتها الفكرية وكفاءاتها وتحسين أدائها وميزتها التنافسية؛ لذلك فإن بطاقة الأداء المتوازن تسمح للمديرين بإكمال مثل هذه التقييمات بنجاح في وقت واحد لأنها تعطي المديرين ملخصاً شاملاً لجميع النتائج التشغيلية التي تعمل في مختلف

المستويات التنظيمية، مما يسمح للمديرين بالتركيز على المجالات الحاسمة التي تساعد في الاستدامة والتطوير التنظيمي (Karasneh, 2020).

ونتيجة لذلك، يرى الباحثان أن بطاقة الأداء المتوازن المستدامة توفر فرصة لتقسيم الاستراتيجية على مراحل مختلفة من التنفيذ والتحكم بمساعدة المقاييس والمبادرات والمؤشرات، وبالتالي تجعل من السهل على الموظفين في المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية فهم دورهم في عملية تنفيذ استراتيجية بأكملها، كما تتيح لهم بوضوح رؤية أهدافهم وغاياتهم الاستراتيجية التي ينبغي عليهم تحقيقها في الأنشطة اليومية.

ولقد أطلقت وزارة الصحة في الحكومة المصرية برنامجاً شاملاً لإصلاح قطاع الصحة - كما جاء في الدستور المصري الجديد أن الجودة حق دستوري لجميع المواطنين - بهدف تطوير نظام صحي وطني من شأنه أن يعالج قضايا القطاع في مجالات المساواة، والوصول، والكفاءة، والجودة، والاستدامة المالية. ولقد ركز هذا البرنامج على تجديد البنية التحتية لمرافق الرعاية الصحية في مصر، وتطوير الموارد البشرية، وإنشاء أنظمة ضمان الجودة والاعتماد، حيث تشكل هذه المكونات استراتيجية الجودة الحالية لنظام الرعاية الصحية المصري (Farrag & Harris, 2021).

وهنا يمكن القول إن الأهمية العلمية للبحث تتمثل في الدور الذي تلعبه بطاقة الأداء المتوازن المستدامة كأحد الأدوات الإدارية الحديثة، نظراً لما تتضمنه من مؤشرات مالية وغير مالية يمكن استخدامها كأداة قياس وتقييم تساهم في تحسين الأداء الاستراتيجي للمستشفيات ووحدات الرعاية الصحية التي تعمل ضمن منظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد، بينما تتمثل الأهمية العملية للبحث من كون الخدمات الصحية وما يصاحبها من تحديات وعقبات متزايدة تعد أحد أبرز الخدمات تأثيراً على سلامة المجتمع ورضاء المواطن، بالإضافة إلى ضرورة تقييم منظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد باعتبارها أولى محافظات المرحلة الأولى للمنظومة الجديدة.

8- الإطار العام للبحث

1/8- بطاقة الأداء المتوازن المستدامة: إطار مفاهيمي

تم تقديم مفهوم بطاقة الأداء المتوازن (BSC) في عام 1992م من قبل Kaplan and Norton، كنظام قياس للأداء من شأنه أنه يوفر مجموعة من التدابير التي تمنح كبار المديرين رؤية سريعة وشاملة للأعمال (Broccardo, 2015)، كما أصبحت أحد أكثر أدوات الإدارة الجديدة التي تمت مناقشتها وتبنيها على نطاق واسع خلال الثلاثين عاماً الماضية، حيث تم تصميمها لتزويد المديرين التنفيذيين بمعلومات في الوقت الفعلي عن التشغيل الداخلي للمنظمة والتقدم نحو تحقيق

الأهداف الاستراتيجية حتى يتمكنوا مبكراً من تحديد مجالات المشكلات وإجراء التعديلات (Kaufman, Barry, Wilkinson, and Gomez, 2021).

ولقد أصبحت بطاقة الأداء المتوازن (BSC) أداة إدارة مقبولة على نطاق واسع لدعم تنفيذ الاستراتيجية، والتي تعطي للمديرين والموظفين نظرة موجزة وشاملة لأعمالهم من خلال استكمال المقاييس المالية التقليدية بمقاييس غير مالية لتوفير صورة كاملة وموجزة للأهداف الاستراتيجية (Carr & Gratton, 2016). وترى دراسة (El ammar (2020) أن بطاقة الأداء المتوازن تعد أحد المساهمات الأكثر كفاءة وفعالية التي يجب على السلطات الحكومية مراعاتها عند محاولة التنفيذ الفعال لاستراتيجيتها ومعالجة أوجه القصور في مجالات تقديم الخدمات العامة، من خلال تطوير نظام وإجراءات داخلية مستدامة تهدف إلى ضمان تقديم جودة الخدمة والأخذ في الاعتبار الموارد الممكنة والفعالة، وأولويات المهام الرئيسية، والشفافية، والمساءلة، واحتياجات العملاء طويلة الأجل ورغباتهم، ومقاييس الأداء ومعايير الجودة.

ويستخدم نظام الإدارة الاستراتيجية BSC إطار عمل ومبادئ أساسية لترجمة مهمة المنظمة واستراتيجيتها إلى مجموعة شاملة من مقاييس الأداء والمبادرات المتوافقة استراتيجياً، حيث تتم ترجمة مهمة المنظمة واستراتيجيتها إلى أهداف استراتيجية ويتم قياسها حول أربعة أبعاد تمثل إطار عمل BSC وهي: (1) المالية (2) العملاء (3) العمليات الداخلية (4) التعلم والنمو، حيث تتمثل النتائج التي تريد المنظمة تحقيقها (عادةً في المنظور المالي والعميل) ومحركات تلك النتائج (عادةً في العمليات الداخلية ومنظورات التعلم والنمو)، كما يرتبط منطق السبب والنتيجة المفصل، والموضح في الخريطة الاستراتيجية، محركات الاستراتيجية بالنتائج المالية ونتائج العملاء المرغوبة والتي تمثل نجاح الاستراتيجية (Inamdar & Kaplan, 2002). لذلك فإن نظام قياس الأداء المقترح في بطاقة الأداء المتوازن لا يتعلق بالأداء المالي فحسب، بل يُظهر أيضاً مؤشراً للأداء غير المالي قادر على فحص جودة الخدمات المقدمة، ورضا العملاء الداخليين والخارجيين، ونظام للتطوير الذاتي للمنظمة، وقدرة المنظمة على التكيف والتغيير، هذه المؤشرات التي تقع في سياق منهجية بطاقة الأداء المتوازن لها دور في مؤشرات الأداء الرئيسية (Key Performance Indicators).

وبالنسبة للمنظمات الحكومية التي تسعى إلى خلق قيمة أعلى من خلال BSC، هناك تحديات كبيرة في تنفيذ BSC تشمل: الدافع لإدارة الأداء، والقيادة، وآليات الاتصال، وعمليات تحديد الأهداف، والقياس، وتقنيات جمع البيانات، وأنظمة مكافأة الموظفين والمخرجات المتعلقة بالنتائج بالإضافة إلى هذه التحديات، هناك أيضاً عوائق كبيرة في تطبيق بطاقة الأداء المتوازن على

القطاع العام والتي تتبع من التحديات التي تواجهها العديد من مؤسسات القطاع العام في توضيح مهمتها والاستراتيجيات المرتبطة بها (Sharma & Gadenne, 2011)، لذلك فإن الحكومات غالباً ما تتخبط في إصلاحات مؤسسية بهدف تحسين أداء القطاع العام، حيث تحاول هذه الإصلاحات بشكل عام إعادة تشكيل عمليات صنع القرارات العامة من خلال دعم استراتيجيات تطبيق مفاهيم ومبادئ الحوكمة Governance، كمحاولة لتحسين أدوات الشفافية والمساءلة وبالتالي إنتاج خدمات عامة أفضل للمجتمعات المحلية (Grillos, Zarychta, and Andersson, 2021)

وعلى ذلك، يمكن القول إن هناك العديد من التعريفات التي تناولت بطاقة الأداء المتوازن، ومن أهم هذه التعريفات ما يلي:

- هي مقياس أداء إداري استراتيجي يستخدم لتحديد وتحسين وظائف الأعمال الداخلية المختلفة ونتائجها الخارجية الناتجة (Marcu, 2020).
- هي نظام إداري يهدف إلى مساعدة المنظمة على ترجمة رؤيتها واستراتيجيتها إلى مجموعة من الأهداف والقياسات الاستراتيجية المترابطة (المزعوق، 2020).
- هي نظام استراتيجي للتخطيط والإدارة يتم استخدامه في كافة القطاعات لموائمة أنشطة المنظمة مع رؤيتها واستراتيجيتها، وتحسين الاتصالات الداخلية والخارجية ومراقبة أداء المنظمة بالمقابلة مع الأهداف الاستراتيجية (عبد الله، 2020).
- هي أداة فعالة للإدارة الاستراتيجية التي تخلق توافقاً بين جميع عناصر استراتيجية المنظمة، وتجعل عملية التنفيذ سهلة لإدراك أعضاء المنظمة، وشفافة، وقابلة للقياس، بالإضافة إلى التوازن بين جميع العمليات الداخلية والعوامل الخارجية التي تشكل أساس استراتيجية المنظمة (Hladchenko, 2015).

ونلاحظ من التعريفات السابقة أنها اجتمعت على حقيقة هامة وهي أن بطاقة الأداء المتوازن تعد أحد الأدوات الأساسية التي تعكس استراتيجية ورؤية المنظمة من خلال وضع مجموعة متوازنة من مقاييس الأداء المتكاملة التي يمكن من خلالها تحقيق أهداف الأطراف ذات الصلة. ونتيجة لذلك، يعرف الباحثان بطاقة الأداء المتوازن بأنها عبارة عن نظام إدارة استراتيجي يترجم مهمة المنظمة واستراتيجيتها إلى مجموعة شاملة من مقاييس الأداء الكمية المشتقة من استراتيجية المنظمة والتي توفر إطاراً لنظام القياس والإدارة الاستراتيجي موجهة نحو الأداء. وبناءً عليه، فإن بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) تعد أداة تم تطويرها استناداً إلى بطاقة الأداء المتوازن التقليدية، تستهدف بشكل أساسي دمج الاعتبارات البيئية والاجتماعية وربطها باستراتيجية المنظمة.

2/8- الدراسات التي تناولت دوافع المنظمات الصحية لاعتماد تطبيق بطاقة الأداء المتوازن:

على الرغم من أن بطاقة الأداء المتوازن قد تم تطويرها في البداية لمنظمات أعمال القطاع الخاص، فقد امتد استخدامها بسرعة إلى القطاع العام، بما في ذلك مرافق الرعاية الصحية، حيث أدى التقدم في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات إلى انتشار مؤشرات الأداء المحتملة التي غالباً ما تكون في أنظمة متفرقة وغير متكاملة، لذلك تأتي دوافع المنظمات الصحية لاعتماد بطاقة الأداء المتوازن من قدرتها على توفير منصة لاختيار مؤشرات الأداء التي ستساعد في تحقيق النتائج المرجوة وتسهيل التغييرات المعقدة (Oliveira, Rodrigues, and Craig, 2020).

وتشير دراسة (Sharma & Gadenne (2011) أن هناك تحول نموذجي في القطاع العام نحو المزيد من المساءلة واعتماد "الإدارة العامة الجديدة" (New Public Management (NPM) التي تتماشى بشكل وثيق مع أنظمة إدارة المؤسسات الخاصة، وقد عجل ذلك باعتماد أنظمة أكثر تطوراً لإدارة الأداء والتحكم مثل بطاقة الأداء المتوازن (BSC) التي تم تبنيها على نطاق واسع من قبل كل من المنظمات الربحية وغير الربحية حول العالم، وعلى ذلك فإن بطاقة الأداء المتوازن لديها القدرة على تمكين مؤسسات القطاع العام من:

- (1) سد الفجوة بين البيانات الغامضة لرؤية ورسالة واستراتيجيات المنظمة والإجراءات التشغيلية اليومية.
- (2) تطوير العمليات التي تحقق التركيز الاستراتيجي Strategic Focus، وتجنب الحالة المرضية لمحاولة أن يكون كل شيء للجميع.
- (3) تحويل تركيز المنظمات من البرامج والمبادرات إلى النتائج التي من المفترض أن تحققها البرامج والمبادرات.
- (4) تجنب الوهم لدى المنظمات بأن لديهم استراتيجية، على الرغم من كونهم يديرون فقط مجموعة متنوعة وغير تراكمية من البرامج والمبادرات.
- (5) العمل على المواءمة بين المبادرات والإدارات والأفراد للعمل بطرق تعزز بعضها البعض بحيث يمكن تحقيق تحسينات كبيرة في الأداء.

وترى دراسة (Hicks & Moseley (2011 إلى أن ممارسي تحسين الأداء يستخدمون بطاقة الأداء المتوازن كأداة متعددة الأوجه من أجل: (أ) تحديد الأهداف الاستراتيجية للمنظمات والإبلاغ عنها (ب) ربط سلسلة التأثير بين المستويات الاستراتيجية داخل المنظمة وخارجها (ج) تحديد

المساهمين في النجاحات المجتمعية والتنظيمية والمساهمين الفرديين (د) تزويد المنظمة بتوقعات أداء من منظور موضوعي وقابل للقياس (هـ) تعزيز حلقات التغذية الراجعة على جميع المستويات لرصد الأداء ودعمه وتقويته.

في حين تناولت دراسة (Inamdar & Kaplan (2002) كيف يمكن أن تصبح BSC أداة قيمة للمديرين التنفيذيين للرعاية الصحية في تحديهم الصعب المتمثل في إدارة مؤسساتهم في بيئة معقدة للغاية وغير مؤكدة، ولقد أشارت الدراسة أن استخدام بطاقة الأداء المتوازن يمكن أن يكون مفيداً في مساعدة المؤسسة على تحقيق مقاييس الأداء الرئيسية التي تتماشى مع مهمتها وخطتها الاستراتيجية إذا كانت الإدارة العليا على استعداد لتخصيص الوقت والموارد للتنفيذ وترغب في الالتزام بها على المدى الطويل، فمن المحتمل أن تكون أداة قيمة للغاية لتحقيق الفعالية التنظيمية .Organizational Effectiveness

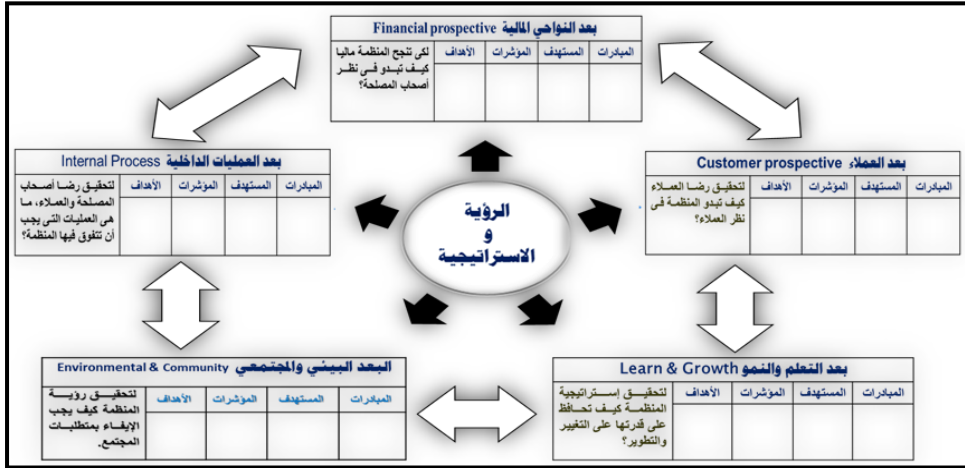
ولقد أشارت دراسة (Broccardo (2015) أنه في السنوات القليلة الماضية أصبح من الضروري في مؤسسات الرعاية الصحية إدارة التكاليف، وكذلك محاولة فهم العلاقة بين الجودة والتكلفة، كما أصبح قياس الجودة وعلاقتها بالتكلفة قضية مركزية لمساعدة دافعي الرسوم والسكان المؤمن عليهم على اتخاذ خيارات مستنيرة، وبالتالي ارتبطت الجودة بالنتائج السريرية والنتائج الوظيفية ورضا المرضى والنتائج المالية. لهذا، فإن تقديم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC) يوفر الفوائد المحتملة التالية لمؤسسات الرعاية الصحية:

- (1) توفير آلية اتصال وتعاون بين كافة الأطراف ذات الصلة بالمنظمة.
- (2) تيسر وتراقب وتقيم تنفيذ الاستراتيجية على كافة المستويات الوظيفية.
- (3) تحديد أطر ووسائل المساءلة عن الأداء على جميع مستويات المنظمة.
- (4) أنها تضع المؤسسة حول استراتيجية أكثر توجهاً نحو السوق وتركز على العملاء.
- (5) تقدم تغذية مرتدة مستمرة حول الاستراتيجية لإجراء التعديلات والتغييرات التنظيمية.

ولقد تناولت دراسة (Kober & Northcott (2021) ما إذا كانت علاقات السبب والنتيجة موجودة داخل بطاقة الأداء المتوازن للقطاع العام، حيث رأيت الدراسة أن الحاجة إلى مزيد من البحث في علاقات السبب والنتيجة واضحة بشكل خاص في إعدادات القطاع العام مثل الرعاية الصحية، حيث أصبحت BSC شائعة كجزء من إصلاحات أسلوب الإدارة العامة الجديدة التي تم تبنيها دولياً في السعي لتحسين كفاءة وفعالية تقديم الخدمات؛ لذلك يتطلب هذا القطاع العديد من المهنيين المهرة (مثل الأطباء والممرضات والمعالجين والمسؤولين) للعمل معاً لإدارة العمليات التنظيمية شديدة التعقيد من أجل تحقيق أهداف متعددة وغالباً ما تكون متضاربة.

وعلى الرغم من مجموعة المزايا التي قد تكسبها المنظمات إذا تبنت BSC، إلا أنها تعاني من بعض أوجه القصور والتي تتمثل في عدم قدرة BSC على مراعاة الجوانب الديناميكية والمعقدة لبيئات المنظمات التي تؤثر على تنفيذ استراتيجيتها، حيث تؤكد العديد من الدراسات أن نهج BSC الديناميكي هو طريقة فعالة تسهل عملية صنع القرار وتقييم الإجراءات الاستراتيجية من خلال تزويد المديرين وصناع القرار بالقدرة على اختبار فرضياتهم وسيناريواتهم الاستراتيجية المختلفة (Tsalis, Nikolaou, Grigoroudis, and Tsagarakis, 2015; Oliveira et al., 2020; Karasneh, 2020; Hoque & Adams, 2011) إلى أن أحد القيود المعرفية المتعلقة بتنفيذ BSC تكمن في حقيقة أن المديرين يركزون بشكل أساسي على المقاييس المالية المشتركة (مؤشرات التأخر) ويقللون من أهمية المقاييس غير المالية الفريدة (المؤشرات الرائدة) (Inamdar & Kaplan, 2002; Carr & Gratton, 2016; Kaufman et al., 2021; Trotta et al., 2013)

ولقد تجاهلت الدراسات التي ناقشت بطاقة الأداء المتوازن قضية مهمة حظيت باهتمام كبير في السنوات الأخيرة، وهي المسؤولية الاجتماعية للمنظمات، ونظراً لأهمية المسؤولية الاجتماعية للمنظمات يرى الباحثون الحاجة إلى تطوير بطاقة الأداء المتوازن والتي يمكن توضيحها من خلال الشكل رقم (2) لتعكس الأداء البيئي والاجتماعي للوصول إلى تقييم أداء مستدام، كما أن تقييم الأداء المستدام من خلال توسيع إطارها ليشمل الجوانب الاجتماعية والبيئية، يسمى ببطاقة الأداء المتوازن المستدامة (The Sustainable Balanced Scorecard (SBSC) وذلك عن طريق ثلاثة مناهج لدمج الجوانب البيئية والاجتماعية في بطاقة قياس الأداء المتوازن ركز النهج الأول على دمج الجوانب البيئية والاجتماعية في منظورات بطاقة الأداء المتوازن، النهج الثاني: هو إضافة بعد خامس لبطاقة الأداء المتوازن ليعكس الجوانب البيئية والاجتماعية. والثالث هو تطوير بطاقة أداء متوازن مستدامة منفصلة لتعكس الجوانب البيئية والاجتماعية؛ يتضمن أربع وجهات نظر، وهي الاستدامة، وأصحاب المصلحة، والعمليات الداخلية ووجهات نظر التعلم. (Aly & Mansour, 2017)



شكل رقم (2): نموذج بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC)

المصدر: بوظورة وسمايلي (2020). بطاقة الأداء المتوازن المستدامة نموذج لتقييم استدامة المؤسسة وأدائها البيئي:

دراسة حالة مؤسسة الأسمنت- نابسة، *المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 12(4)، ص. 461

ونتيجة لذلك، تناولت دراسة عبد الله (2020) أثر تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على

التحسين المستمر للخدمات الصحية، بالاعتماد على عينة عشوائية بسيطة بلغ عددها (175) مفردة من المديرين ورؤساء الأقسام بالمستشفيات الحكومية بمحافظة محور قناة السويس، ولقد توصلت الدراسة إلى وجود تأثير معنوي وعلاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين (بعد العمليات الداخلية، بعد التعليم والنمو) والتحسين المستمر، بينما هناك علاقة طردية وليست معنوية بين (بعد العملاء، البعد البيئي) والتحسين المستمر، بالإضافة إلى وجود علاقة سالبة ضعيفة وغير معنوية بين (البعد المالي، البعد الاجتماعي) والتحسين المستمر. ويرى الباحثان أن الاستدامة المالية للمؤسسات الصحية تشكل قيداً صارماً، وذلك في ظل المشاكل المالية والاقتصادية الكبيرة التي تواجهها هذه المنظمات الصحية والتي تهدد بقائها في البيئة التنافسية الجديدة؛ لهذا يجب أن يحتل المنظور المالي مرتبة عالية في BSC من خلال التركيز على الاستغلال الأمثل لمصادر التمويل، بالإضافة إلى قدرة المنظمات على جذب الموارد المالية لتشجيع التقدم في البحث العلمي وخلق بيئة عمل تشجع إشراك الموارد البشرية ومشاركة الأهداف الاستراتيجية للمسؤولين التنفيذيين.

3/8- الدراسات التي تناولت جودة مخرجات الخدمات الصحية:

أدى التطور والتقدم في مختلف نواحي الحياة إلى ظهور العديد من القضايا والمستجدات التي تستدعي البحث وبخاصة في مجال الصحة العامة Public Health، مع انتشار الأمراض التي تشكل مشكلة أساسية وتواجه الفرد بكل مجتمعات العالم، والتي يترتب عليها إنفاق جزء كبير من

دخله لتغطية تكلفة العلاج (علي، 2020). لذلك تأتي الصحة والسعي للحفاظ عليها وتعزيزها دائماً أولوية مهمة في الحكومات والمجتمعات من أجل تنفيذ الأهداف الصحية في خطة التنمية الوطنية، ويمكن أن يساعد تقييم أداء جودة مخرجات الخدمات الصحية كأحد العوامل التي تؤثر على فعالية خطة إصلاح النظام الصحي (HSRP) Health System Reform Plan صانعي السياسات والمديرين التنفيذيين على تحديد نقاط القوة والضعف فيه بشكل أفضل والسعي لتحسينها (Janbazi, Mandejin, Eslambulchi, and monfared, 2019).

ويعد قطاع الخدمات الصحية في جميع دول العالم من القطاعات النوعية والهامة، التي تسعى الدول جاهدة للحفاظ من خلالها على صحة الفرد والمجتمع، وذلك من خلال وضع الخطط والاستراتيجيات الصحية وتنفيذها لتقديم أفضل وسائل الوقاية من الأمراض والأوبئة والرعاية الطبية للمرضى (سوليم وآخرون، 2020). لذلك، فإن جودة الخدمة في منظمات الرعاية الصحية تؤثر تأثيراً مباشراً على تصور المجتمع لمرفق الخدمة الصحية، هذا التصور العام هو شعور المريض بعد تلقي الخدمات الصحية، سواء كان ما حصل عليه مطابقاً لما هو متوقع أم عكس ذلك، وبالتالي سيكون لدى المرضى تصور إيجابي إذا كانت الخدمات الصحية التي يتلقونها قد حققت توقعاتهم أو تجاوزتها (Berlian, Redjeki, and Mawarni, 2021).

وعلى ذلك، فإن مفهوم جودة الخدمات الصحية يعد من المفاهيم الغامضة لدى المهتمين نظراً لاختلاف وعدم وضوح معالم أوجه الخدمات الصحية لبعض الأطراف المعنية، فقد عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر (جاكو) The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية".

وتشير واحدة من أحدث الدراسات (De Araújo Batista, de Melo, de Albuquerque, and de Medeiros (2021) أن قطاع الخدمات الصحية يواجه تحديات إدارية كبيرة منذ التسعينيات، الأمر الذي أدرك معه المهنيون الصحيون أنهم بحاجة إلى الانتباه ووضع آليات لكيفية التعامل مع العقبات التي تواجه القطاع الصحي وتنعكس بشكل مباشر على جودة مخرجات الخدمات الصحية، هو ما لا يمكن حدوثه إلا من خلال تطوير المنهجيات وتطبيقاتها للمساعدة في الإدارة الاستراتيجية لهذا القطاع استناداً إلى تقييمات العملاء للخدمة المقدمة للتعرف عليهم بشكل أفضل من خلال تكييف الخدمات وفقاً لاحتياجاتهم، وقد حددت العديد من الدراسات (بن حليمة،

2017; العتيبي، 2019; جمعة، 2014; عربي، 2020; غناوي، 2020; علام، 2020) مجموعة

من المعايير التي يمكن من خلالها تقييم الجودة مخرجات خدمات الرعاية الصحية وهي:

(1) الملموسية Tangibles: وتشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين الخارجيين) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية.

(2) الاعتمادية Reliability: وتشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين الخارجيين) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء.

(3) الاستجابة Responsiveness: وتعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم.

(4) الضمان Assurance: وتعني تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين من (أطباء، وممرضين، وإداريين، وفنيين)، فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

(5) التعاطف Empathy: ويشير إلى درجة الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى).

ومن السمات الشائعة لنماذج الجودة أنها تتضمن إجراءات قياسات توفر أنواعاً مختلفة من المعلومات غير المالية التي تعكس القدرات التنظيمية الداخلية واحتياجات أصحاب المصلحة، نظراً لأن المنظمات غير الربحية غالباً ما تلبي الاحتياجات البشرية الحيوية وتقدم الخدمات للعملاء الضعفاء، فمن الضروري منع أي نقص في الجودة يمكن أن يشكل تهديداً للصحة أو الرفاهية (Pfiffner, 2020). وعليه، يمكن تعريف نماذج الجودة على أنها "نوع خاص من تدخل الأداء الذي يوفر لصانعي القرار إطاراً للتأكيد على كل من القدرات والنتائج التنظيمية الداخلية، بهدف تحسين الأداء العام". وعلى هذا النحو، فهي تعني أن تحسين أبعاد القدرة الداخلية (مثل القيادة والاستراتيجية والموارد والأفراد والعمليات) سيعزز أيضاً جوانب مثل الكفاءة والاستجابة ورضا العملاء. لذلك، تحدد نماذج الجودة العوامل التي يجب على المديرين مراعاتها من أجل تحقيق الأهداف التنظيمية وتلبية توقعات أصحاب المصلحة.

وتتمثل أهمية الاهتمام بجودة الخدمات الصحية في دورها ومساهماتها في كافة أشكال التنمية وخاصة التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث يعد المحافظة على سلامة وصحة الإنسان وحياته جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية ومن ثم صحة المجتمع ككل، كما أن التنمية الاقتصادية

تتطلب قوى عاملة تتمتع بمواصفات صحية جيدة تؤثر على كفاءتها وإنتاجيتها، حيث تشير دراسة بن حليمة (2017) أن عناصر جودة الخدمات الصحية تتمثل فيما يلي:

- (1) فعالية الرعاية (Effectiveness): درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها، أي أن تؤدي الرعاية إلى توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
- (2) الملائمة (Appropriateness): اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض.
- (3) القبول (Acceptance): تقبل المريض والمجتمع لاستخدام إجراء صحي معين.
- (4) إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access) مثال ذلك: قوائم الانتظار للحصول على مواعيد سواء في العيادات الخارجية أو للتتويم أو لإجراء عمليات جراحية.
- (5) العدالة (Equity): مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلاً وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
- (6) الكفاءة (Efficiency): الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف أخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.

وتوضح دراسة (Farrag & Harris (2021) الأساليب التي تتبعها الولايات المتحدة الأمريكية ومصر لتحسين جودة أنظمة الرعاية الصحية الخاصة بكل منهما، حيث أشارت الدراسة أن نظام الرعاية الصحية في مصر يواجه العديد من التحديات المتعلقة بتوفير خدمات يسهل الوصول إليها ومقبولة وميسورة التكلفة وعالية الجودة في حين أن العديد من أنظمة الرعاية الصحية تتجه نحو هدف الرعاية الصحية القائمة على القيمة، فإن جهود تحسين الجودة في مصر - التي تركز بشكل أساسي على الاعتماد - لم تركز على تقييم الأداء بناءً على مؤشرات الجودة السريرية أو مقاييس النتائج، بالإضافة إلى ذلك لم تجد مقارنة بين المرافق الصحية الأولية المعتمدة وغير المعتمدة في مصر أي علاقة بين اعتماد المنشأة وتحسين معدلات جودة الخدمات الصحية، وأخيراً لا يوجد دليل على أن الاعتماد كان له تأثيراً ملموساً على تحسين مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية.

وتؤكد أهداف التنمية المستدامة (SDGs) Sustainable Development Goals على التزام العاملين بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030م، وهذا يعني ضرورة حصول كافة الأشخاص والمجتمعات - في كل مكان في العالم - على الخدمات الصحية عالية الجودة التي يحتاجون إليها - سواء التعزيزية أو الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية أو المخففة للألام - دون مواجهة أي ضائقة مالية. وعلى ذلك تضافرت جهود كل من منظمة الصحة العالمية WHO ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OECD والبنك الدولي WB لإخراج تقرير لتقديم خدمات

صحية عالية الجودة يوضح الإجراءات رفيعة المستوى من قبل الجهات الفاعلة الرئيسية لتحقيق الجودة في مجال الرعاية الصحية - كما يوضحها الشكل رقم (3) - للمضي قدماً لصانعي السياسات الصحية الذين يسعون إلى تحقيق هدف إتاحة خدمات صحية عالية الجودة تتمحور حول الفرد والمجتمع يهدف إلى:

- (1) تزويد الحكومات بوصف لجودة الخدمات الصحية وأهميتها من أجل تحقيق أهداف واسعة للصحة العامة في سياق التغطية الصحية الشاملة.
- (2) تزويد الحكومات بصورة للأنهج القائم على الأدلة التي يمكنها من جودة الخدمات الصحية وتحسينها.
- (3) الدعوة لاتخاذ إجراءات على المستويين الوطني والدولي.



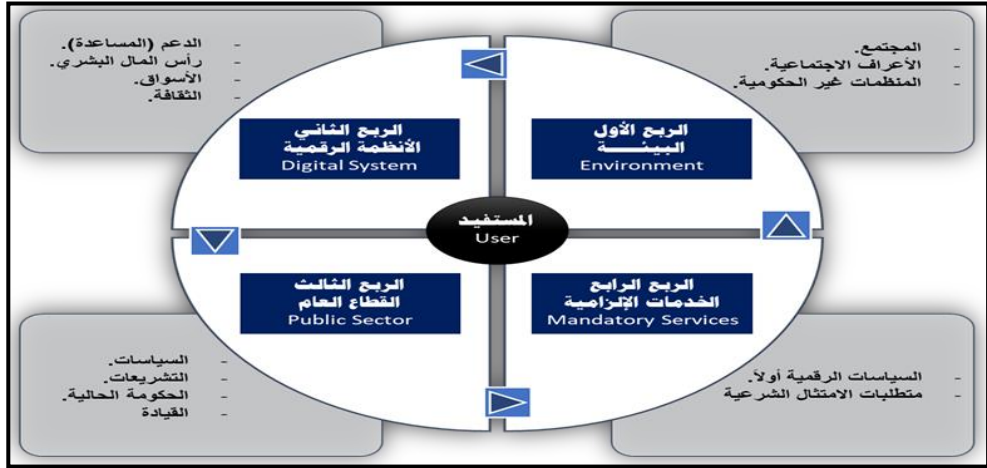
شكل رقم (3): الإجراءات رفيعة المستوى من قبل الجهات الفاعلة الرئيسية لتحقيق الجودة في مجال الرعاية الصحية

المصدر: إعداد الباحثان، ويمكن الرجوع إلى <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>

وفي السياق نفسه، وعلى الرغم من أن تأثير جائحة كورونا COVID-19 على مؤسسات الرعاية الصحية العامة غير مسبوق، إلا أنها وجدت أيضاً بيئةً للابتكار والتقدم التكنولوجي في الممارسات الطبية، ولعل أبرز التأثيرات هو استخدام التطبيق عن بُعد Telemedicine، ولقد أثبتت نتائج وفوائد ممارسات التطبيق عن بُعد أنها إيجابية للأطباء والمرضى على حدٍ سواء، لكن تنفيذها كإجراء طارئ يرفع الوعي بالتحديات والفرص لاعتماده والتنفيذ المستدام بعد الجائحة (Leite & Hodgkinson, 2021).

وفي إطار سعى جميع مؤسسات الرعاية الصحية إلى تطوير تقنياتها الرقمية لتظل قادرة على المنافسة والحصول على نتائج الرعاية الصحية التي تؤدي إلى تحسين الجودة والفعالية من حيث التكلفة وإمكانية الوصول داخل مشهد الرعاية الصحية الحديث، استكشفت دراسة (2021) Ziadlou العوامل المهمة التي تساهم في إحراز تقدم في التنمية المستدامة في مؤسسات الرعاية الصحية من خلال التحول الرقمي لتحقيق التنمية المستدامة بحلول عام 2030م، وقد أجريت الدراسة في أوائل عام 2020م بين عشرة من قادة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة ممن لديهم خبرة في قيادة تحول الرعاية الصحية في مؤسساتهم، ولقد حددت نتائج الدراسة أن قادة الرعاية الصحية يمكنهم معرفة الاستراتيجيات المهمة التي يمكن أن تكون مفيدة لتأسيس منظمات قائمة على المستقبل نحو تحقيق الاستدامة من خلال ستة عوامل تلعب أهم الأدوار في التحول الرقمي وهي: تحسين المعرفة، وتطوير الابتكار، وزيادة الحافز، وإنشاء استراتيجية عالمية، ودعم القيادة، وتعزيز التعاون والشراكات. كما أن لقادة الرعاية الصحية أدواراً حيوية في وضع خارطة طريق واضحة للمنظمات القائمة على المستقبل ولتطوير أهداف الاستدامة بحلول عام 2030م.

لذلك ترى واحدة من أهم الدراسات (2021) Papavasiliou, Reaiche, and Papavasiliou ضرورة تحديد وفهم تعقيد البيانات المتفاعلة الداخلية والخارجية للمنظمات والأنظمة الصحية والمجتمع، وتشير الدراسة أن تطبيق مبادئ الرعاية التي تركز على المريض أصبح أكثر تعقيداً مع التحول إلى تقديم الخدمة الرقمية الأولى - في جميع أنحاء العالم - وهي ظاهرة أصبحت أكثر انتشاراً في ممارسات الرعاية الصحية. ومع ذلك، مع زيادة تطبيق الرعاية التي تركز على المريض، تصبح التصورات المتعلقة بكيفية تقديم الرعاية مرتبطة بشكل مباشر بكيفية حدوث الانتقال إلى منصات الصحة الرقمية والتي يمكن توضيحها من خلال الشكل رقم (4)، وهنا يؤكد الباحثان أن الصحة الرقمية ليست حلاً واحداً يناسب الجميع خاصة في ظل الفجوة الرقمية بين المتصلين وغير المتصلين بالإنترنت، وإنما يجب أن يكون تطبيقاً مرناً يسمح للمستخدمين بمزج ومطابقة كيفية حصولهم على الرعاية الصحية من التقنيات المختلفة، لذلك لكي تنجح الخدمات الرقمية يجب أن تتواجد بالتوازي مع الخدمات التقليدية، وليس مجرد استبدالها.



شكل رقم (4): الصحة الرقمية والرعاية التي تركز على المريض: عرض الأنظمة الرقمية

Source: Papavasiliou, S., Reaiche, C., & Papavasiliou, S. (2021). Digital health and patient-centred care: A digital systems view. *Systems Research & Behavioral Science*, 38(2), P.233

ويوضح الشكل رقم (4) أربعة أنظمة رئيسة نشأت من تحليل بيئي للتأثير على مستخدمي الخدمة الرقمية الإلزامية وكيف تؤثر بدورها على أداء المنظومة الصحية، حيث تمثلت الأنظمة الأربعة في: البيئة Environment، والأنظمة الرقمية Digital System، والقطاع العام Public Sector، والخدمات الإلزامية Mandatory Services، ويرى الباحثان قدرة النظام أو مكوناته تعتمد على الاستجابة للتغييرات، بالإضافة إلى قدرة الفرد على فهم التأثيرات من أجل الحصول على نظرة شاملة للمستخدمين والعوائق التي تحول دون اعتماد الخدمات الرقمية الإلزامية على المدى الطويل، ومن ثم يساعد في تحديد المجالات التي تتطلب إعادة النظر. كما أن دمج الخدمات والاستراتيجيات الرقمية يزيد من سهولة الوصول والمرونة، ويحسن كيف ومتى يسعى الأفراد للحصول على الرعاية الصحية. لذلك، يتطلب الانتقال الناجح لمنصات الرعاية الصحية الرقمية أن يكون لدى جميع المرضى القدرة على فهم جميع المعلومات المقدمة والوصول إليها والرغبة في استخدام الوسائل الرقمية. وعلى ذلك، يأتي الغرض من إنشاء واستخدام منصات الصحة الرقمية في المجتمع هو التأثير الإيجابي ودعم الرعاية التي تركز على المريض، حيث أصبحت أنظمة الصحة الرقمية ظاهرة عالمية (منظمة الصحة العالمية، 2015) ينصب تركيزها على الحفاظ على رعاية قوية تركز على المريض، واستخدام التقنيات لتحسين مدى فعالية إدارة المرضى لصحتهم، وتوفير أفضل الطرق لمراقبة الرعاية الصحية وتوفير منصات أكثر انسيابية لتقديم وإدارة الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2018).

4/8- دراسات تناولت تطبيق بطاقة الأداء المتوازن وأثرها على مستوى جودة الخدمات الصحية:

تواجه المنظمات العامة تحدياً كبيراً لتطوير مهارات تنظيمية جديدة، مثل التكيف والمرونة للاستجابة بسرعة للتغيرات في تكنولوجيا المعلومات ورغبات وتطلعات المستفيدين من خدماتها، حيث لا يمكن لها أن تكون قادرة على المنافسة أو النجاح إذا لم يتمشى الجهد الفردي والتنظيمي بأكمله مع المستوى الحالي لأنظمة وتقنيات المعلومات وإذا لم تتماشى جميعها مع الاستراتيجية والرؤية التنظيمية (Marcu, 2020).

ولقد حققت العديد من البلدان الصناعية الغنية نجاحاً ملموساً في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة لشعبها. وفي المقابل، لا تزال العديد من البلدان النامية تسعى لتحديد وتنفيذ استراتيجيات قوية لتعزيز جودة الرعاية الصحية، من خلال مراقبة التحديات والنجاحات التي تواجهها الدول الصناعية، حيث يمكن للبلدان النامية تحديد الأساليب الفعالة للنهوض بجودة أنظمة الرعاية الصحية الخاصة بها مع تجنب العقبات المعروفة. وعلى ذلك، فإن جهود تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية في مصر أعيقت بسبب الافتقار إلى استراتيجية واضحة ومحددة، بالإضافة إلى مصادر التمويل غير المتسقة لتنفيذ خطط تحسين الجودة، حيث تمثل تركيز وزارة الصحة المصرية على تعزيز برنامج الاعتماد بدون خطة رسمية لتأسيس جهود المساعدة الفنية لدعم تحسين الجودة (Farrag & Harris, 2021).

ولقد اتخذت العديد من مؤسسات الرعاية الصحية مبادرات متعددة لتحسين الجودة (QI) Quality Improvement، من منطلق أن تحسين الجودة هو المفتاح لتحقيق نتائج أفضل للمرضى في الرعاية الصحية، حيث أصبحت مبادرات تحسين الجودة منتشرة على نطاق واسع في مجال الرعاية الصحية، ولكن هناك تبايناً كبيراً في نجاحها (Smith & Loonam, 2016). لذلك تناولت العديد من الدراسات هذه المشكلة وأكدت أنه لا يمكن معالجتها إلا من خلال دمج مبادرات تحسين الجودة في مخطط استراتيجية / نهج تنفيذ استراتيجية BSC، والذي من شأنه أن يسمح بمشاركة الموظفين، والإقرار بالتكاليف ومواءمة استراتيجيات الأقسام الفردية مع الاستراتيجية العامة لوحدات الرعاية الصحية (Al-Awlaqi & Aamer, 2020; Kober & Northcott, 2021; Bobe, Mihret, and Obo, 2017)

وفي السنوات الماضية، كان هناك ضغطاً متزايداً على مؤسسات الرعاية الصحية العامة لتحسين مستويات الأداء بما ينعكس على جودة مخرجات الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

ونتيجة لذلك، لاحظ الباحثون مؤخراً زيادة في تطبيق BSC في قطاع الصحة (Trotta et al., 2013; Khalid et al., 2019)، يمكن من خلالها تعزيز أحكام قياس الأداء من خلال تزويد صانعي القرار بمجموعة شاملة من المؤشرات المالية وغير المالية، حيث توفر صورة أكثر اكتمالاً عن أنشطة المنظمة، كما يقترح أنصار BSC أنه بالإضافة إلى التدابير المالية، فإن الإجراءات غير المالية الأخرى (العميل، والعمليات الداخلية، والتعلم، والنمو) لها دور هام في الأداء التنظيمي. وبالتالي، فإن BSC ليس مجرد مجموعة من المؤشرات الهامة، بل أنها تتضمن مقاييس موضوعية وذاتية مفيدة لأصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين. وهو ما أكدته دراسة (Pfiffner 2020) أن المديرين التنفيذيين يلعبون دوراً حاسماً في موازنة الطلبات من أصحاب المصلحة الخارجيين، وهو شرط أساسي مهم للاستخدام الفعال لتقييم البرامج وتدبير التحسين. وفي ضوء ذلك، فإن المديرين الذين يؤمنون بإمكانية إدارة جودة الخدمة وتحسينها من خلال الإجراءات الرسمية سيكونون أكثر ميلاً لتحويل فرضيات إدارة الجودة إلى ممارسات إدارية يومية وتحسينات الخدمة.

وعلى الرغم من أن الدعم المحدد لاستخدام BSC في مؤسسات الرعاية الصحية حدث في وقت مبكر 1994م، إلا أن استخدام هذا النموذج لم يكن واضحاً على نطاق واسع حتى نهاية التسعينيات وبداية القرن الجديد. ومع ذلك، فإن القطاع العام لديه سياقات اجتماعية وسياسية معقدة، ومن الصعب قياس الأداء الذي يلتقط هذه الأبعاد المتعددة بشكل مناسب وبالتالي يجب مراعاة مهمة المنظمة داخل قطاع الرعاية الصحية بحيث تكون العلاقة بين المنظور المالي ومنظور العميل متكاملة ومتسقة (Trotta et al., 2013; Khalid et al., 2019; Zawawi & Hoque, 2020; Kober & Northcott, 2021)

علاوة على ذلك، فإن تصميم أنظمة إدارة الأداء مثل BSC في الرعاية الصحية تتطلب أهمية إدراك صانعي القرارات أن جودة منظمات الرعاية الصحية تتأثر بشكل مباشر بمجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة التي تشكل ضغوطاً متزايدة على مقدمي الخدمات من أجل قياس الأداء (Gonzalez et al., 2018). ولهذا، فإنه وفي أعقاب إصلاحات الحوكمة المعاصرة من المرجح أن ينتهي نظام تقديم الخدمات بمزيج من موظفي الخدمة المدنية الدائمين / المحميين والمضي قدماً نحو موظفي الخدمة المدنية المتعاقدين / المؤقتين الجدد الذين يحتاجون إلى العمل لتقديم الخدمات الاجتماعية لسكانهم (Grillos et al., 2021)، وهو ما يتطلب سعي القيادة التنفيذية لتحقيق الشفافية من خلال تحديد المسؤوليات والوظائف بوضوح وإبلاغ الموظفين عن أدائهم من حيث المؤشرات المنفذة وضمان تعاون الموظفين وطموحهم في التطوير التنظيمي (Oliveira et al., 2020).

وتجادل إحدى الدراسات بأن العاملين في مجال الرعاية الصحية بحاجة إلى التفكير بشكل نقدي في ثقافتهم وكيف تختلف قيمهم ومعتقداتهم عن تلك التي ينتمي إليها متلقي الخدمات من المرضى، وهذا يتطلب ضرورة أن يتمتع كل من النظام الصحي ومقدمي خدمات الرعاية الصحية بالمرونة في تقديم الرعاية لتلبية الاحتياجات الثقافية الخاصة بشكل أفضل. لذلك، يجب أن تبدأ عملية تطوير الخدمات الصحية بفهم المهنيين الصحيين لثقافتهم الخاصة، ثم نستكشف آليات التطوير التي يحتاجها القائمين على تقديم الخدمات الصحية (Mitchell et al., 2018).

ولقد استهدفت دراسة سويلم وآخرون (2020) التعرف على مدى إدراك إدارة المستشفيات الحكومية في جمهورية مصر العربية لأهمية استخدام أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، ولقد توصلت الدراسة إلى اختلاف إدراك الإدارة للأهمية النسبية لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن، حيث تمثلت الأبعاد الأكثر استخداماً في البعد المالي والأقل استخداماً في بعد العمليات الداخلية وهو ما يشير إلى وجود قصور في استخدام الأبعاد غير المالية.

كما تناولت دراسة Bobe et al. (2017) كيفية تطبيق BSC في قطاع الصحة العامة الإثيوبي كنظام يهدف إلى توحيد خطط الأداء والمراقبة من خلال التوسط بين المنظمات المتعددة العاملة في قطاع الصحة الإثيوبي، ولقد أشارت الدراسة أن تعقيد البيئة السياسية والاجتماعية في القطاع العام يجعل إدارة الأداء بشكل عام أكثر صعوبة مما هي عليه في القطاع الخاص، حيث تحتاج مقاييس الأداء في القطاع العام إلى تحقيق أهداف متضاربة بسبب تنوع أصحاب المصلحة المعنيين في مؤسسات القطاع العام، مقارنة بنظرائهم في القطاع الخاص وهو ما يعظم من دور BSC في معالجة احتياجات أصحاب المصلحة المتنوعة لأن الفكرة الأساسية لـ BSC تركز على موازنة الأهداف التنظيمية المتعددة.

وترى واحدة من أحدث الدراسات (Kober & Northcott (2021) أن منظمات القطاع العام بحاجة إلى إعادة ترتيب BSC لتعكس أهدافها المختلفة مقارنة بالقطاع الخاص الذي يهدف إلى الربح، أي بدلاً من وضع الهدف المالي في أعلى التسلسل الهرمي BSC، يجب أن تعيد ترتيب BSC لوضع منظور العميل في الأعلى. وعلى الرغم من التقدم الكبير في فهم تبني وممارسة بطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأداة لإدارة الأداء في المنظمات الحكومية، إلا أن الممارسة التنظيمية المستدامة لا تزال قيد الاستكشاف، بالشكل الذي يمكن معه استيعابها من قبل الجهات التنظيمية الفاعلة لتصبح آلية رقابة داخلية مستدامة في بيئة اجتماعية وسياسية معقدة (Zawawi & Hoque, 2020).

كما تهدف دراسة (Khalid et al. (2019) استكشاف الطرق التي يمكن من خلالها تكييف بطاقة الأداء المتوازن (BSC) لدمج الأداء البيئي في سياق الرعاية الصحية، من خلال إجراء مجموعة من المقابلات مع أفراد يعملون في مستشفى عام إقليمي ومنظمة خدمات صحية في أستراليا، ولقد توصلت الدراسة لمجموعة من النتائج تتمثل فيما يلي:

(1) أن مقدمي الرعاية الصحية يدركون الطبيعة الحرجة للأداء البيئي في خلق قيمة لأصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين.

(2) من الواضح أن قياس الأداء البيئي يعتمد بشكل كبير على الاستراتيجية البيئية التنظيمية. علاوة على ذلك، هناك دليل على أن أصحاب المصلحة الداخليين يقدرون الدور الذي يلعبه الأداء البيئي فيما يتعلق بإرضاء أصحاب المصلحة الخارجيين.

(3) من الواضح أن المشاركين يفهمون الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية لإثبات خلق القيمة عبر أبعاد مختلفة. ومع ذلك، هناك أيضاً اعتراف بأنه ليس كل أصحاب المصلحة لديهم نفس القوة للتأثير على القرارات التنظيمية، قد يساهم هذا في المفاهيم المتباينة فيما يتعلق بكيفية دمج الأداء البيئي في BSC.

(4) ضرورة البحث المستقبلي لاستكشاف الآثار المرتبطة بالاعتراف بالأحداث البيئية الداخلية والخارجية باعتبارها تأثيرات تنظيمية منفصلة. بالإضافة إلى ذلك، من الضروري تحديد العوائق التي تحول دون دمج البعد البيئي في BSC، لاسيما في سياقات القطاع العام.

وترى دراسة (Behrouzi & Ma'aram (2019) أن منظمات الرعاية الصحية تواجه تحديين عند تطوير نظام قياس الأداء (Performance Measurement System (PMS الخاصة بها، يتمثل التحدي الأول في تحديد مقاييس الأداء القابلة للقياس والتي تتماشى مع أهدافها الاستراتيجية، ويتمثل التحدي الثاني في الحصول على وزن لكل مقياس أداء ليكون قادراً على تضمين تأثيره المحدد على درجة الأداء الإجمالية.

ولقد تناولت دراسة (Behrouzi, Ma'aram, and Shaharoun, (2014) التحديات والطرق الممكنة التي يمكن أن تساعد بها BSC في تلبية الرعاية الصحية والتي يمكن توضيحها من خلال الجدول رقم (1)، باعتبارها أداة إدارية مفيدة لقياس الأداء والإدارة الاستراتيجية في القطاع الصحي، ولقد توصلت الدراسة لنتيجة هامة وهي أنه إذا تم استخدام BSC بشكل صحيح فيمكن أن تلعب دوراً مهماً في مساعدة مؤسسات الرعاية الصحية على الوفاء بمهمتها وتقديم خدمات صحية متميزة لعملائها وتلبية توقعاتهم بسرعة للاستجابة للتغيرات المصاحبة لما يحدث في الساحة العالمية. وهنا يرى الباحثان أن BSC ليس علاجاً سحرياً لجميع أوجه القصور في أداء أنظمة الرعاية الصحية؛ لذلك يجب دعم القدرة

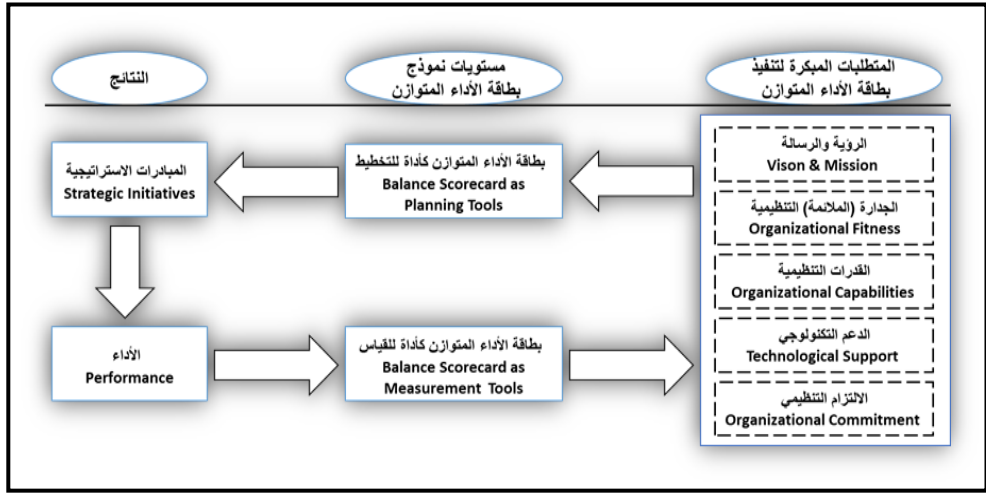
على تنفيذ BSC من خلال إنشاء أو تطوير مستودع بيانات أو نظام معلومات يجمع بين البيانات السريرية والتشغيلية والمالية في عمليات صنع القرار، بحيث يمكن أن تصبح BSC نقطة مرجعية للعمليات الإدارية الرئيسية مثل صياغة الاستراتيجيات وإبلاغها، وتحديد الأهداف، وتخصيص الموارد المتاحة، وإعداد التقارير واستخدام النتائج، وإنشاء خطط الحوافز والمكافآت (Trotta et al., 2013).

جدول رقم (1)

تحديات الرعاية الصحية والأدوار المحتملة لبطاقة الأداء المتوازن (BSC)

بعض الطرق التي يمكن أن تساعد بها BSC	تحديات الرعاية الصحية
<p>- يشارك جميع أصحاب المصلحة في تطوير BSC لذلك هناك وجهات نظر متنوعة وشراكة شاملة في قياس الأداء.</p> <p>- يمكن تضمين أصحاب المصلحة في BSC ببعض الطرق، على سبيل المثال، كمنظور (المرضى، المجتمع، الشركاء، الموظفون)، كهدف، كمبادرة، كمؤشر.</p> <p>- يمكن لأصحاب المصلحة مراقبة التقدم من خلال تقارير أداء BSC.</p>	<p>هناك مجموعة واسعة من أصحاب المصلحة بما في ذلك الطاقم الطبي والمرضى والمجتمعات والإدارات الصحية الوطنية والهيئات التنظيمية، بالإضافة إلى مجموعة من الإدارات الحكومية الأخرى (مثل المجالس والجامعات).</p>
<p>- تتكون المؤشرات المالية الخاصة بـ BSC عادةً من الاستخدام الفعال للموارد والربحية المناسبة.</p> <p>- يمكن أن يساعد تتبع المحاذرة الاستراتيجية من خلال BSC المؤسسات على تحديد وحل التجاوزات في التكاليف والتنفيذ غير الفعال للمبادرات الاستراتيجية.</p> <p>- يمكن للمنظمات التعرف على محركات الأداء الخاصة بها وتكون أكثر كفاءة في استخدام الموارد المحدودة؛ سيتم الحصول عليها من خلال تقييم تأثير تنفيذ المبادرات الاستراتيجية على تحقيق أهداف BSC.</p>	<p>تأكد من أن الموارد المحدودة متوفرة في بيئة تتزايد فيها التكاليف بسرعة (مثل الأدوية والتقنيات الطبية الجديدة باهظة الثمن) ويتم تخصيصها بشكل معتدل واستخدامها بفعالية في المنظمة بأكملها.</p>
<p>من خلال اعتبار "العميل" أولوية قصوى لخريطة الاستراتيجية، سيكون تركيز BSC أكثر على هذا المنظور، بحيث يمكن تلبية توقعات العملاء.</p>	<p>لتلبية الطلبات المتزايدة للمرضى أثناء تحديث معرفتهم الطبية من خلال وسائل الإعلام المختلفة.</p>
<p>يمكن تصنيف التحديات المذكورة بدرجة عالية كمؤشر BSC ضمن منظور "التعلم والنمو"؛ سيولد دافعاً لحل هذه المشكلات.</p>	<p>في بعض الأماكن الصحية، هناك نقص كبير في الموظفين المؤهلين، بالإضافة إلى وجود مشكلات كبيرة مع تقدم العمر في طاقم الرعاية الصحية.</p>
<p>في حين أن تقارير الأداء ومراقبتها جزء لا يتجزأ من BSC، يمكن تلقي بيانات الأداء عبر جميع وجهات نظر BSC ومقارنتها بالأهداف. وبالتالي، يمكن التعرف على جميع أوجه القصور في الأداء وتكون مفيدة في اتخاذ القرار داخل المنظمة.</p>	<p>وجود كميات كبيرة من البيانات تم تجميعها من قواعد بيانات منفصلة ولا يمكن دمجها أو معالجتها. علاوة على ذلك، غالباً ما لا يتم استخدام هذه البيانات للمساعدة في اتخاذ القرار.</p>
<p>Source: Behrouzi, F., Ma'Aram, A., & Shaharoun, A. M. (2014). Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. <i>Australian Health Review</i>, 38(2), P.215</p>	

وتُظهر الأدبيات أن مؤسسات الرعاية الصحية مشروطة بسياسات صارمة *Austerity Policies* تعتمد على المعرفة والتي تدفعها نحو تحديد طرق لإدارة الأموال والموارد الممنوحة لقطاع الرعاية الصحية بكفاءة، حيث تؤدي السياقات التنظيمية المختلفة المرتبطة بالصحة إلى نتائج مختلفة قد تتطلب مزيداً من البحث والتحليل (Alfiero, Brescia, and Bert, 2021). وترى دراسة (Khiew, Chen, Shia, and Pan (2017) أن العوامل التي تؤدي بالمنظمة إلى النجاح في تطبيق بطاقة الأداء المتوازن - والتي يوضحها الشكل رقم (5) - تتطلب الوقوف حول أداء عدة نقاط بشكل جيد، بما في ذلك الرؤية والرسالة الواضحة والقابلة للقياس، والملاءمة التنظيمية، والقدرات، والالتزام، والدعم التكنولوجي؛ لذلك تحتاج المنظمات الصحية إلى معالجة المفهوم الحقيقي لبطاقة الأداء المتوازن لجميع الأعضاء (أطباء، وتمريض، وإداريين، وفنيين) نظراً لأنهم يحتاجون إلى ربط كل الأنشطة اليومية بتحقيق الأداء العام بالشكل الذي ينعكس إيجابياً على تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية.



شكل رقم (5): متطلبات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن (BSC) في القطاع الصحي

Source: Khiew, K.-F., Chen, M.-C., Shia, B.-C. & Pan, C.-H. (2017). Adapting the Balanced Scorecard into the HealthCare Industry: A Literature Review, New Insight and Future Directions. *Journal of Business and Management*, 5, P.618

ونتيجة لما سبق، يتطلب النجاح في تطبيق BSC نهجاً تعاونياً قائماً على فرق العمل، وهو ما لا يمكن تحقيقه إلا من خلال اتباع نهج الأنظمة، وتطبيق BSC كنظام إدارة استراتيجي بدلاً من نظام قياس، وأخيراً يجب أن تكون BSC متتالية في جميع أنحاء المنظمة من خلال قيام كل وحدة صحية بتطوير بطاقات أداء تتوافق مع بطاقة الأداء على مستوى المؤسسة لتقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة وفعالة من حيث التكلفة (Inamdar & Kaplan, 2002). وعلى ذلك، ينبغي

على منظمات الرعاية الصحية ألا يقتصر أدائها على تطبيق BSC التقليدي مع وجهات النظر التقليدية الأربعة (البعد المالي، وبعد العملاء، وبعد العمليات الداخلية، وبعد التعلم والنمو) دون أي تعديل بشكل متكرر، حيث يتطلب الأمر أن تكون قدرة المنظمة على تنفيذ BSC مدعومة من خلال إنشاء أو تطوير نظام المكافآت وقاعدة البيانات، بالإضافة إلى ذلك يحتاج تصميم BSC إلى تصميم خريطة استراتيجية، لا تحدد العوامل الرئيسة المفيدة لتنفيذ الاستراتيجية فحسب، بل ترسم أيضاً روابط السبب والنتيجة بين الاستراتيجيات التنظيمية والأعمال اليومية الفردية (Gonzalez et al., 2018).

وأخيراً وبعد استعراض الدراسات السابقة التي تشكل الخلفية النظرية للبحث اتفق الباحثان في بعضها واختلفوا مع البعض الآخر، وعلى ذلك فإن الفجوة البحثية التي استخلصها الباحثان من الدراسات السابقة تتمثل في أن الدراسة الحالية اختلفت مع الدراسات السابقة من حيث الهدف والتطبيق، من خلال سد الفراغ النظري والتطبيقي المتمثل في عدم وجود أداة تقييم شاملة يمكن من خلالها الوقوف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، كما أنها تعتبر من الدراسات الأولى - في حدود علم الباحثان - التي تناولت الأبعاد الخمسة لبطاقة الأداء المتوازن المستدامة (البعد المالي، وبعد العملاء، وبعد العمليات الداخلية، وبعد التعلم والنمو، والبعد البيئي والمجتمعي) وأثرها على مستوى جودة مخرجات الخدمات الصحية، بالإضافة على كونها من الدراسات الأولى أيضاً التي تطبق على العاملين في القطاع الطبي بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد. ولقد راعى الباحثان عند اختيار المحافظة محل الدراسة (بورسعيد) كونها أولى محافظات الجمهورية لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل - بتكلفة 10 مليارات جنيه تشمل 8 مليارات مستشفيات وأجهزة، و2 مليار جنيه قيمة مصاريف تشغيل ومستلزمات طبية وأجهزة طبية - لتوفير الخدمات والرعاية الصحية، وفق أحدث المعايير الدولية وإزالة كافة التحديات التي قد تعوق تقديم الخدمات الصحية لمنتهي التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد.

9- الدراسة الميدانية

سوف يتناول الباحثان من خلال الدراسة الميدانية منهجية البحث من خلال وصف المنهج المتبع من حيث أسلوب الدراسة المستخدم، ومجتمع وعينة الدراسة وصدق وثبات الاستقصاء، بالإضافة إلى تحديد الأساليب الإحصائية التي اعتمدها الباحثان في تحليل بيانات الدراسة الميدانية، وكذلك فإن الدراسة الميدانية سوف تتضمن التحليل الإحصائي الوصفي لإجابات عينة البحث واختبارات الفروض، وذلك على النحو الآتي:

1/9- منهجية أدوات البحث الميدانية

1/1/9- منهجية البحث: بناءً على طبيعة الدراسة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها فقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كلفياً وكمياً، كما لا يكتفي هذا النهج بجمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة بل يتعداه إلى التحليل والربط والتفسير للوصول إلى استنتاجات، وذلك بغرض تحديد العلاقة بين متغيرات الدراسة، والتي تتمثل في المتغيرات المستقلة (أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة) والمتغير التابع (جودة مخرجات الخدمات الصحية).

2/1/9- أدوات جمع البيانات: تمثل أداة البحث في الاستقصاء، ولأغراض هذا البحث تم إعداد قائمة استقصاء تحتوي على 66 سؤالاً كلها من الأسئلة المغلقة -بخلاف البيانات الشخصية للمستقصي منه- يتم الإجابة عليها بمعرفة المستقصي وفقاً لمقياس ليكرت (Likert Scale) الخماسي لقياس استجابات الباحثين لفقرات الاستبانة كما يلي:

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

وبذلك يكون الوزن النسبي لكل درجة استجابة في هذه الحالة هو (20%) يتناسب مع هذه الاستجابة، وتم حساب مدى المقياس الخماسي المستخدم للمحور الكلي في البحث حيث أن طول الفئة 0,80، كما يمكن توضيح مدى متوسطات القياس في إطار مقياس ليكرت كما يلي:

الاتجاه	الحد الأدنى	الحد الأقصى
تميل الاتجاهات إلى (غير موافق بشدة)	1	1.79
تميل الاتجاهات إلى (غير موافق)	1.8	2.59
تميل الاتجاهات إلى (محايد)	2.6	3.39
تميل الاتجاهات إلى (موافق)	3.4	4.19
تميل الاتجاهات إلى (موافق بشدة)	4.2	5

3/1/9- الأساليب الإحصائية المستخدمة: تم تفرغ البيانات من استمارة الاستقصاء وتصنيفتها وتبويبها لتسهيل عملية تحليلها، وذلك لاستخلاص النتائج والمؤشرات منها حول موضوع الدراسة باستخدام وسائل إحصائية مناسبة تتفق مع الفروض الأساسية الخاصة بالبحث، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

(1) التوزيع التكراري والنسبي.

(2) معاملات ألفا كرونباخ (الثبات) - معاملات الصدق.

(3) التحليل العاملي التوكيدي.

(4) اختبار عينة واحدة One Sample T Test.

(5) المقاييس الاحصائية الوصفية (المتوسط – الانحراف المعياري – معامل الاختلاف).

(6) تحليل الانحدار الخطى (البسيط – المتعدد).

(7) تحليل المسار .

2/9- اختبار معامل الثبات والصدق لأداة الدراسة:

يقصد بالثبات أنه إذا ما أعيد اختبار أو سؤال مفردات عينة البحث مرة أخرى فإننا نحصل على نفس الإجابات، وبمعنى آخر أنه يمكن الاعتماد على استمارة الاستقصاء المستخدمة في البحث من حيث ثبات النتائج التي يتم التوصل إليها إذا ما تكررت عملية القياس بنفس القائمة وتحت نفس الظروف، وقد تم قياسه من خلال معامل كرونباخ-ألفا (Cronbach Alpha)، وتتراوح قيمته من (1-0)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما كان المقياس أدق ويمكن الاعتماد عليه لتحليل البيانات، بينما انخفاض قيمته عن (0.70) يدل على انخفاض الثبات وهو الحد الأدنى المقبول لمعامل ألفا، كما يتم حساب معاملات الصدق الظاهري من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات ألفا كرونباخ، وهو ما يشير إلى الفهم الجيد لفقرات محاور الاستقصاء من قبل المستقضي منهم، ويمكن توضيح صدق وثبات أداة البحث من خلال الجدول رقم (2).

ويتضح من الجدول رقم (2) أن قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستخدمة كانت جميعها أكبر من (0.70) حيث تراوحت قيم معاملات الثبات 0.873 و0.964 وهذا يشير إلى أنه إذا ما أعيد تكرار سؤال أفراد العينة مرة أخرى فإننا سوف نحصل على نفس الاستجابة بنسب تتراوح بين 87.3% و96.4% وهي درجة ثبات مرتفعة جداً، كما بلغ معامل الصدق 0.934 و0.982 وهي درجة مصداقية عالية تشير إلى الفهم الجيد لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستخدمة من قبل أفراد العينة بنسب تتراوح بين 93.4% و98.2%.

كما يوضح الجدول رقم (2) أن قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية كانت جميعها أكبر من (0.70) حيث تراوحت قيم معاملات الثبات 0.917 و0.952 وهذا يشير إلى أنه إذا ما أعيد تكرار سؤال أفراد العينة مرة أخرى فإننا سوف نحصل على نفس الاستجابة بنسب تتراوح بين 91.7% و95.2% وهي درجة ثبات مرتفعة جداً، كما بلغ معامل الصدق 0.957 و0.976 وهي درجة مصداقية عالية تشير إلى الفهم الجيد لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية من قبل أفراد العينة بنسب تتراوح بين 95.7% و97.6%.

ونتيجة لذلك فإنه يمكن الاستناد إلى تلك الآراء المتحصل عليها ومن ثم الأخذ بنتائج توصيف اتجاهات العينة واختبارات الفروض.

جدول رقم (2)

معامل الثبات والصدق لأداة الدراسة

المتغيرات	عدد الفقرات	معامل الثبات	معامل الصدق
البعد المالي	5	0.873	0.934
بعد العملاء	6	0.924	0.961
بعد العمليات الداخلية	9	0.956	0.978
بعد التعلم والنمو	5	0.943	0.971
البعد البيئي والمجتمعي	9	0.964	0.982
أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة	34	0.986	0.993
الملموسية	6	0.936	0.968
الاعتمادية	4	0.917	0.957
الاستجابة	5	0.945	0.972
الأمان	6	0.952	0.976
التعاطف	6	0.938	0.968
معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية	27	0.984	0.992

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي SPSS

3/9- اختبار التحليل العاملي التوكيدي لأداة البحث:

يقصد بصدق التحليل العاملي التوكيدي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستقصاء مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، حيث يتم قياس مدى تشبع الفقرات على المحور الكلي للمقياس الذي تنتمي إليه، وقد تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي مع التركيز على بعض المقاييس مثل معامل الثبات المركب ونسبة التباين المفسرة، إلى جانب مؤشرات الحكم على جودة النموذج، وذلك على النحو الآتي:

1/3/9- التحليل العاملي التوكيدي لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة:

بدراسة التحليل العاملي التوكيدي لفقرات أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة ومدى تمثيلها لكل بعد من أبعادها، تبين من خلال الجدول رقم (3) ما يلي:

(1) بالنسبة لمحور البعد المالي فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.916 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.693 و0.802 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور البعد المالي، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 57.7% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور البعد المالي وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات.

- (2) أما بالنسبة لمحور بعد العملاء فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.941 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.778 و0.860 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور بعد العملاء، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 67.4% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور بعد العملاء وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات.
- (3) كما أظهرت النتائج بالنسبة لبعده العمليات الداخلية أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.963 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.720 و0.896 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور بعد العمليات الداخلية، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 70.7% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور بعد العمليات الداخلية وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات.
- (4) وبالنسبة لمحور بعد التعلم والنمو فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.949 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.851 و0.912 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور بعد التعلم والنمو، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 77.1% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور بعد التعلم والنمو وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات.

جدول رقم (3)

التحليل العائلي التوكيدي لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

النموذج	متوسط التباين المفسر	الثبات المركب	اختبارات	التقدير المعياري	التقدير غير المعياري	المتغيرات الكامنة	الفقرات
	0.577	0.916		0.693	1.000	البعد المالي	<--- 1
			**12.20	0.750	1.224		<--- 2
			**12.99	0.802	1.220		<--- 3
			**12.47	0.767	1.180		<--- 4
			**12.69	0.782	1.334		<--- 5
	0.674	0.941		0.801	1.000	بعد العملاء	<--- 1
			**17.63	0.846	1.391		<--- 2
			**17.19	0.831	1.199		<--- 3
			**16.49	0.807	1.161		<--- 4
			**18.08	0.860	1.265		<--- 5
			**15.67	0.778	0.999		<--- 6
	0.707	0.963		0.829	1.000	بعد العمليات الداخلية	<--- 1
			**17.31	0.806	0.923		<--- 2
			**14.68	0.720	0.876		<--- 3
			**18.92	0.853	1.069		<--- 4
			**18.51	0.841	1.020		<--- 5
			**20.59	0.896	1.034		<--- 6
			**19.42	0.866	1.050		<--- 7
			**18.80	0.849	1.007		<--- 8
			**20.46	0.893	1.152		<--- 9
	0.771	0.949		0.860	1.000	بعد التعلم والنمو	<--- 1
			**22.08	0.894	0.998		<--- 2
			**20.95	0.871	1.093		<--- 3
			**22.99	0.912	1.163		<--- 4
			**20.04	0.851	0.956		<--- 5
	0.747	0.970		0.856	1.000	البعد البيئي والمجتمعي	<--- 1
			**20.17	0.856	0.998		<--- 2
			**19.03	0.829	1.162		<--- 3
			**20.36	0.861	1.201		<--- 4
			**20.23	0.858	1.105		<--- 5
			**21.80	0.892	1.238		<--- 6
			**22.68	0.909	1.306		<--- 7
			**20.86	0.872	1.172		<--- 8
			**19.66	0.845	1.128		<--- 9

** معنوي عند مستوى 0,01

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي AMOS

(5) وأخيراً بالنسبة لمحور البعد البيئي والمجتمعي فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.970 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.829 و0.909 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوى عن محور البعد البيئي والمجتمعي، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها

74.7% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور البعد البيئي والمجتمعي وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات. وبدراسة معايير الحكم على صلاحية النموذج - الذي يوضحه الجدول رقم (4) - وقابليته للتحليل فقد تبين أن جميع المؤشرات في الحدود المطلوبة، فحد القبول لمؤشر كا² المعياري ألا يزيد عن 5، وقد بلغت قيمة المؤشر هنا 2.956 وهو مؤشر على جودة النموذج فهي ضمن الحد المقبول، أما باقي المؤشرات فالحد المقبول لها هي ألا تقل عن (0.90) أو أنها تقترب بشدة من الواحد الصحيح، وهي ضمن الحد المقبول فوجد أن مؤشر جودة التوفيق GFI 0.861، وجودة التوفيق المعياري NFI 0.880، وجودة التوفيق المتزايد IFI 0.917، وجودة التوفيق المقارن CFI 0.917، مما يدل على أن جميع المؤشرات بالحدود الجيدة، ومن ثم إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج المقدر. كما بلغت قيم الجذر التربيعي لمتوسط مربع خطأ التقدير 0.080 وهو أقل من أو تساوي 0.08 ومع تحقق المؤشرات الدالة على الجودة دل ذلك على جودة توفيق النموذج الكلي، وأن هذه العبارات تمثل كل بعد من أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة ولا يمكن حذف أي من هذه العبارات. وبناءً على ما سبق، فقد اجتاز النموذج كافة معايير الحكم على جودة النموذج.

جدول رقم (4)

معايير جودة توفيق النموذج لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

القيمة	الكود	المؤشر
2.956	CMIN/DF	كا ² المعياري
0.861	GFI	مؤشر جودة التوفيق
0.880	NFI	مؤشر جودة التوفيق المعياري
0.917	IFI	مؤشر جودة التوفيق المتزايد
0.910	TLI	مؤشر جودة التوفيق توكر لويس
0.917	CFI	مؤشر جودة التوفيق المقارن
0.080	RMSEA	الجذر التربيعي لمتوسط مربع خطأ التقدير

2/3/9- التحليل العاملي التوكيدي لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية:

بدراسة التحليل العاملي التوكيدي لفقرات معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية ومدى تمثيلها لكل معيار، تبين من خلال الجدول رقم (5) ما يلي:

(1) ظهرت النتائج بالنسبة لمحور الملموسية أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.947 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.777 و0.906 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور الملموسية،

وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 71.9% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور الملموسية وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات بعد حذف الفقرة يبدو الكادر الطبي والإداري على درجة عالية من حسن المظهر في لباس الزي الرسمي.

(2) أما بالنسبة لمحور الاعتمادية فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.930 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.788 و0.901 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور الاعتمادية، و بدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 74.1% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور الاعتمادية وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات بعد حذف الفقرتين (هناك ثقة من المرضى بنوع الخدمة المقدمة والمهارة المهنية الطبية، تبدي المنظمة الصحية اهتماماً بمشاكل واستفسارات المرضى).

(3) وبالنسبة لمحور الاستجابة فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.942 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.802 و0.903 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور الاستجابة، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 74.4% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور الاستجابة وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات بعد حذف الفقرة (موظفو الاستقبال متعاونون بشكل كبير ويقومون بمساعدة المرضى في عملية التسجيل والتوجيه).

(4) وبالنسبة لمحور الأمان فقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.963 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.830 و0.932 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوي عن محور الأمان، وبدراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 79.1% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوي عن محور الأمان وأنه

لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات بعد حذف الفقرة (تمتاز المنظمة الصحية بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع).

(5) وأخيراً أظهرت النتائج بالنسبة لمحور التعاطف أن معامل الثبات المركب قد بلغ 0.951 وهي درجة ثبات مرتفعة جداً تؤكد على ما ورد بقيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ. كما أكدت النتائج على أن معامل التحميل لكل فقرة من فقرات المحور قد تراوحت بين 0.797 و0.901 وكانت جميعها أكبر من 0.50 ومن ثم فإن هذه الفقرات تعبر وبشكل قوى عن محور التعاطف، ودراسة متوسط التباين المفسر لهذه العبارات فقد تبين أنها 71.6% وهي أكبر من القيمة المفترضة وهي 50% ومن ثم فإن العبارات المتاحة تعبر وبشكل قوى عن محور التعاطف وأنه لا يمكن حذف أي من هذه الفقرات.

جدول رقم (5)

التحليل العاملي التوكيدي لمعايير جودة مخرجات الرعاية الصحية

النموذج	متوسط التباين المفسر	الثبات المركب	اختبارات	التقدير المعياري	التقدير غير المعياري	المتغيرات الكامنة	الفقرات
	0.719	0.947		0.777	1.000	الملموسية	<--- 1
			**16.202	0.830	1.179		<--- 2
			**16.792	0.854	1.145		<--- 4
			**18.133	0.906	1.279		<--- 5
			**15.608	0.902	1.389		<--- 6
			**15.703	0.809	1.079		<--- 7
	0.741	0.930		0.788	1.000	الاعتمادية	<--- 1
			**18.663	0.901	1.373		<--- 3
			**18.419	0.892	1.407		<--- 4
	0.744	0.942		0.903	1.000	الاستجابة	<--- 1
			**34.451	0.863	0.982		<--- 3
			**22.534	0.859	1.026		<--- 4
			**24.027	0.881	0.964		<--- 5
	0.791	0.963		0.830	1.000	الأمان	<--- 1
			**20.942	0.891	1.201		<--- 2
			**21.122	0.911	1.171		<--- 3
			**21.996	0.932	1.396		<--- 4
			**18.278	0.899	1.363		<--- 5
			**19.431	0.869	1.296		<--- 6
	0.716	0.951		0.841	1.000	التعاطف	<--- 1
			**17.592	0.806	1.006		<--- 2
			**17.224	0.797	0.927		<--- 3
			**21.256	0.901	1.114		<--- 4
			**20.936	0.892	1.047		<--- 5
**18.47			0.832	0.956	<--- 6		

** معنوي عند مستوى 0,01

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي AMOS

وبدراسة معايير الحكم على صلاحية النموذج - والذي يوضحه الجدول رقم (6) - وقابليته للتحليل فقد تبين أن جميع المؤشرات في الحدود المطلوبة، فحد القبول لمؤشر كا² المعياري ألا يزيد عن 5، وقد بلغت قيمة المؤشر هنا 3.305 وهو مؤشر على جودة النموذج فهي ضمن الحد المقبول، أما باقي المؤشرات فالحد المقبول لها هي ألا تقل عن (0.90) أو أنها تقترب بشدة من الواحد الصحيح، وهي ضمن الحد المقبول فنجد أن مؤشر جودة التوفيق GFI 0.808، وجودة التوفيق المعياري NFI 0.912، وجودة التوفيق المتزايد IFI 0.937، وجودة التوفيق المقارن CFI 0.936، مما يدل على أن جميع المؤشرات بالحدود الجيدة، ومن ثم إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج المقدر. كما بلغت قيم الجذر التربيعي لمتوسط مربع خطأ التقدير 0.077 وهو أقل من أو تساوي 0.08 ومع تحقق المؤشرات الدالة على الجودة دل ذلك على جودة توفيق النموذج الكلي، وأن هذه العبارات تمثل كل معيار من معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية ولا يمكن حذف أي من هذه العبارات. وبناءً على ما سبق، فقد اجتاز النموذج كافة معايير الحكم على جودة النموذج.

جدول رقم (6)

معايير جودة توفيق النموذج لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية

المؤشر	الكود	القيمة
كا ² المعياري	CMIN/DF	3.305
مؤشر جودة التوفيق	GFI	0.808
مؤشر جودة التوفيق المعياري	NFI	0.912
مؤشر جودة التوفيق المتزايد	IFI	0.937
مؤشر جودة التوفيق توكر لويس	TLI	0.923
مؤشر جودة التوفيق المقارن	CFI	0.936
الجذر التربيعي لمتوسط مربع خطأ التقدير	RMSEA	0.077

4/9- الاختبارات الإحصائية الوصفية

بعد التأكد من صدق النتائج المتحصل عليها من التحليل الإحصائي لقوائم الاستقصاء من خلال مقاييس الصدق والثبات، سيتناول الباحثان المقاييس الإحصائية الوصفية من خلال توصيف عينة البحث حسب خصائصها الديموغرافية، كذلك توصيف عينة البحث في ضوء متغيرات البحث من خلال التعرف على آراء عينة البحث بالنسبة لفقرات محاور البحث واتجاهاتهم.

1/4/9- مجتمع وعينة البحث الميداني

استناداً إلى هدف البحث الميداني ولخدمة أهداف البحث بما يتناسب مع فروضه التي سيتم اختبارها فإن مجتمع البحث، تم تحديد حجم عينة يعتمد على مجموعة من المحددات، وهي أن المتغيرات فئوية وليست كمية، وتحديد هامش خطأ مسموح به عند 0.05، وباستخدام 0.5 كنسبة

لتحديد التباين، وإحصائية (Z) عند مستوي معنوية 0.05، وباستخدام حجم المجتمع (1576) تقريباً، وذلك بالتطبيق في معادلة ريتشارد جيجر التالية:

$$n = \frac{\left(\frac{Z}{d}\right)^2 \times (0.50)^2}{1 + \frac{1}{N} \left[\left(\frac{Z}{d}\right)^2 \times (0.50)^2 - 1\right]}$$

حيث أن N حجم المجتمع، P نسبة المجتمع المراد دراسته وفي حالة عدم المعرفة تلك النسبة يستخدم أكبر نسبة ممكنة (50%)، Q النسبة المكملة، Z الدرجة المعيارية (1,96=0,05)، d خطأ المعاينة سواء عند (0,05)

2/4/9- توصيف العينة حسب الخصائص الديموغرافية

بناءً على استخدام معادلة ريتشارد جيجر يكون الحد الأدنى للعينة هو 310 مستجيب، وبعد توزيع الاستبانة عدد 310 استبانة، وصلت الاستجابة إلى 306 مستجيب مستوفين الإجابات وقابلين للتحليل الإحصائي. ولقد تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية (Stratified Random Sample) حسب متغيرات (الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة) وذلك مراعاة التنوع والاختلاف للوقوف على الآراء الفعلية لعينة البحث، ويوضح الجدول رقم (7) وصف عينة البحث من حيث: خصائص العينة والتكرارات والنسب المئوية حسب المتغيرات.

جدول رقم (7)

التوزيع التكراري والنسبي لعينة البحث

الخصائص الديموغرافية	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	85	27.8%
	أنثى	221	72.2%
	المجموع	306	100%
العمر	أقل من 30	78	25.5%
	من 30-40	129	42.2%
	من 41-50	77	25.2%
	أكثر من 50	22	7.2%
	المجموع	306	100%
المسمى الوظيفي	كادر طبي (طبيب، صيدلي، تمريض)	162	52.9%
	كادر إداري	117	38.2%
	فني	27	8.8%
	المجموع	306	100%
المستوى التعليمي	مؤهل عالي	43	14%
	ماجستير	223	72.9%
	دكتوراه	40	13.1%
	المجموع	306	100%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	63	20.6%
	من 5-10 سنوات	201	65.7%
	أكثر من 10 سنوات	42	13.7%
	المجموع	306	100%

يوضح الجدول رقم (7) التوزيع التكراري والنسبي لعينة البحث، وقد أظهرت النتائج ما يلي: بلغت نسبة الإناث بعينة البحث والدراسة 72.2% أي ما يقرب من ثلاث أربع حجم العينة في حين بلغت نسبة الذكور 27.8%. بينما جاءت الفئة العمرية من 30-40 سنة في المرتبة الأولى بنسبة 42.2%، يلي ذلك الفئة العمرية أقل من 30 سنة والفئة العمرية من 40-50 سنة بنسب متقاربة 25.5% و 25.2% على التوالي، وفي المرتبة الأخيرة تلك الفئة العمرية أكبر من 50 سنة بنسبة 7.2%. أما بالنسبة للمسمى الوظيفي جاءت فئة الكادر الطبي في المرتبة الأولى بنسبة 52.9% أي ما يزيد عن نصف حجم العينة، يلي ذلك فئة الكادر الإداري بنسبة 38.2%، ثم الفنيين بنسبة 8.8%. وطبقاً للمستوى التعليمي جاءت فئة الحاصلين على المؤهل ماجستير في المرتبة الأولى بنسبة 72.9% أي ما يزيد عن ثلثي حجم العينة، يلي ذلك الحاصلين على المؤهل الجامعي بكالوريوس بنسبة 14%، ثم الدكتوراه بنسبة 13.1%. وأخيراً بالنسبة لسنوات الخبرة جاءت فئة سنوات الخبرة من 5-10 سنوات في المرتبة الأولى بنسبة 65.7% أي ما يقرب من ثلثي حجم العينة، يلي ذلك سنوات الخبرة أقل من 5 سنوات بنسبة 20.6%، ثم أكثر من 10 سنوات بنسبة 13.7%.

3/4/9- تحليل استجابات العينة نحو متغيرات البحث

يتناول الباحثان فيما يلي النتائج التي توصلوا إليها من إجراء الإحصاء الوصفي لتوصيف اتجاهات العينة نحو متغيرات البحث، ويشمل الإحصاء الوصفي لها نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، ومعامل الاختلاف مع دراسة الفرق بين متوسط استجابات العينة (المتوسط الفعلي) وبين متوسط الاستجابات المتوقعة من خلال اختبار T عند نقطة والتي يمكن توضيحها كما يلي:

1/3/4/9- توصيف اتجاهات العينة نحو أبعاد بطاقة الأداء المتوازن

المستدامة:

يتضح من الجدول رقم (8) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور البعد المالي وذلك بانحراف معياري 0,648 ومعامل اختلاف 15,68%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 4,130، ومن ثم فإن هناك فرق معنوي بين متوسط استجابات المستقضي منهم (المتوسط الفعلي) وبين ما هو متوقع حيث بلغت قيمة اختبار t المحسوبة 3.512 وهي أكبر من القيمة الجدولية 2.58 عند مستوى ثقة 99%، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور البعد المالي بنسبة 84.32%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تستغل المنظمة الصحية الإمكانات المتاحة بشكل يؤدي إلى تحسين أدائها المالي)، تعد

في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها كأحد فقرات محور البعد المالي حيث جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره 4,258 وبدرجة تشتت 17.15%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 82.85% نحو استغلال المنظمة الصحية للإمكانات المتاحة بشكل يؤدي إلى تحسين أدائها المالي.

ويتضح أيضاً من الجدول رقم (8) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور بعد العملاء وذلك بانحراف معياري 0,760 ومعامل اختلاف 18,97%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 4,007، ومن ثم فإنه لا يوجد فرق معنوي بين متوسط استجابات المستقضي منهم (المتوسط الفعلي) وبين ما هو متوقع، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور بعد العملاء بنسبة 81.03%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تهتم المنظمة الصحية بالتعامل مع شكاوى العملاء بهدف تحسين مستوى الخدمة)، تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها كأحد فقرات محور بعد العملاء حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، بمتوسط حسابي قدره 4,114 وبدرجة تشتت 19.03%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 80.97% نحو حرص المنظمة الصحية بالتعامل مع شكاوى العملاء بهدف تحسين مستوى الخدمة.

كما يتضح من الجدول رقم (8) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور بعد العمليات الداخلية وذلك بانحراف معياري 0,787 ومعامل اختلاف 19,90%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,956، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور بعد العمليات الداخلية بنسبة 80.10%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (لدى المنظمة الصحية مخطط واضح لسير عملياتها الداخلية)، تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة على الاهتمام بها كأحد فقرات محور بعد العمليات الداخلية حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، بمتوسط حسابي قدره 4,092 وبدرجة تشتت 21.20%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 78.80% نحو حرص المنظمة الصحية على وجود مخطط واضح لسير عملياتها الداخلية.

ويتضح أيضاً من الجدول رقم (8) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور بعد التعلم والنمو وذلك بانحراف معياري 0,856 ومعامل اختلاف 21,79%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,929، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور بعد التعلم والنمو بنسبة 78.21%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تقوم المنظمة الصحية بعمل دراسات بحثية عديدة حول معوقات جودة الخدمات الصحية)،

تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة على الاهتمام بها كأحد فقرات محور بعد التعلم والنمو حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية بمتوسط حسابي قدره 3,990 وبدرجة تشتت 22.46%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 77.54% نحو قيام المنظمة الصحية بعمل دراسات بحثية عديدة حول معايير جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم (8)

الإحصاء الوصفي لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

الترتيب	اختبار ت	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط	العبارات
1	6.185	17.15	0.730	4.258	تستغل المنظمة الصحية الإمكانيات المتاحة بشكل يؤدي إلى تحسين أدائها المالي.
4	2.147	20.13	0.826	4.101	تعمل المنظمة الصحية على استغلال الموارد المالية بشكل فعال.
3	3.567	18.50	0.769	4.157	تسعى المنظمة الصحية لتطبيق سياسة ترشيد الإنفاق الحكومي للنفقات الجارية.
2	3.642	18.85	0.785	4.163	تحرص المنظمة الصحية على الالتزام بالمخصصات المالية لتحقيق أهدافها.
5	0.597-	21.71	0.862	3.871	تدعم المنظمة الصحية مصروفات الخدمات الصحية المقدمة للعملاء.
	3.512	15.68	0.648	4.130	البعد المالي
1	2.555	19.03	0.783	4.114	تهتم المنظمة الصحية بالتعامل مع شكاوي العملاء بهدف تحسين مستوى الخدمة.
6	1.613-	26.32	1.028	3.905	توفر المنظمة الصحية الكادر الطبي والإداري بما يتناسب مع عدد المرضى المترددين.
3	0.000	22.54	0.902	4.000	توجد عدالة في تقديم الخدمات الصحية لكافة المرضى دون تمييز.
4	0.699-	22.68	0.899	3.964	توفر المنظمة الصحية بشكل دوري نماذج تقييم آراء العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة.
5	0.747-	23.20	0.919	3.961	يوجد إطار واضح من المؤشرات التي تتيح التعرف على درجة رضا العملاء.
2	2.067	19.59	0.802	4.095	تقوم المنظمة الصحية بالإعلان عن وجود خدمات جديدة في حالة توافرها.
	0.150	18.97	0.760	4.007	بعد العملاء
2	0.063-	22.88	0.914	3.997	يوجد تكامل وترابط بين كافة الإدارات والأقسام المختلفة تساهم في فعالية وكفاءة الإدارة.
1	1.846	21.20	0.867	4.092	لدى المنظمة الصحية مخطط واضح لسير عملياتها الداخلية.
8	1.426-	23.49	0.922	3.925	يحتل تحسين الأداء مكاناً رئيسياً ضمن هيكل أهداف المنظمة الصحية.
4	0.842-	24.03	0.950	3.954	يتم تطوير أنظمة العمل الإدارية بشكل مستمر للتوجه نحو نمذجة الإجراءات.
7	1.306-	23.37	0.919	3.931	تستثمر المنظمة الصحية مواردها في مجال استحداث خدمات جديدة.
3	0.653-	22.06	0.875	3.967	تسعى المنظمة الصحية دائماً على توافر المستلزمات الطبية والأدوية العلاجية اللازمة.
6	1.181-	23.35	0.919	3.938	تهتم المنظمة الصحية بتحسين آليات تسجيل المعلومات وإدارة الملفات الطبية للمرضى.
5	0.954-	22.74	0.899	3.951	تتبنى المنظمة الصحية نظام فعال للحوافز والمكافآت.
9	2.747-	25.43	0.978	3.846	يشارك العاملين في المنظمة الصحية في تشخيص المشكلات وعمليات صنع القرار.
	0.984-	19.90	0.787	3.956	بعد العمليات الداخلية

تابع جدول رقم (8)
الإحصاء الوصفي لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

الترتيب	اختبارات	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط	العبارات
2	0.431-	23.34	0.928	3.977	تتبنى المنظمة الصحية استراتيجية تدريبية لرفع القدرات المعلوماتية الحديثة للعاملين.
3	1.220-	22.61	0.890	3.938	تتبنى المنظمة الصحية نظاماً جيداً لتخطيط الاحتياجات التدريبية اللازمة لتطوير العمل.
5	2.342-	25.89	1.001	3.866	يوجد بالمنظمة الصحية آليات لضمان التحسين المستمر للأداء.
4	2.190-	26.29	1.018	3.873	تهتم المنظمة الصحية بتشجيع العاملين على تنمية قدراتهم الشخصية والعلمية.
1	0.191-	22.46	0.896	3.990	تقوم المنظمة الصحية بعمل دراسات بحثية عديدة حول معيقات جودة الخدمات الصحية.
	1.456-	21.79	0.856	3.929	بعد التعلم والنمو
3	0.143	19.91	0.798	4.007	تتبع المنظمة الصحية كافة العمليات ذات التوجه البيئي.
1	1.797	19.49	0.795	4.082	تتبع المنظمة الصحية كافة العمليات ذات التوجه المجتمعي.
4	0.179-	23.97	0.956	3.990	تتخذ المنظمة الصحية كافة الإجراءات للحيلولة دون إتلاف البيئة.
7	0.540-	23.99	0.953	3.971	تسهم المنظمة الصحية بجهود متميز في برامج التوعية البيئية للمجتمع.
2	0.260	21.92	0.880	4.013	تسهم المنظمة الصحية بجهود متميز في برامج الحد من التلوث البيئي للمجتمع.
8	1.146-	24.06	0.948	3.938	تقدم المنظمة الصحية كافة خدماتها التي تسعى لحل كافة المشكلات المجتمعية.
9	1.923-	25.20	0.981	3.892	تعطي المنظمة الصحية أولوية خاصة بتحقيق التنمية المستدامة للمجتمع المحلي.
5	0.436-	23.07	0.918	3.977	تسعى المنظمة الصحية لتجديد الاعتمادات الخاصة بسلامة البيئة (شهادة الأيزو 14000).
6	0.501-	22.95	0.912	3.974	تسعى المنظمة الصحية لتعزيز العائد الاجتماعي من كافة الموارد المتاحة بالبيئة الاجتماعية.
	0.384-	20.03	0.798	3.983	البعد البيئي والمجتمعي
	0.017	18.33	0.734	4.001	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي SPSS

وأخيراً يوضح الجدول رقم (8) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور البعد البيئي والمجتمعي وذلك بانحراف معياري 0,798 ومعامل اختلاف 20,03%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,983، ومن ثم فإنه لا يوجد فرق معنوي بين متوسط استجابات المستقضي منهم (المتوسط الفعلي) وبين ما هو متوقع، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور البعد البيئي والمجتمعي بنسبة 79.97%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تتبع المنظمة الصحية كافة العمليات ذات التوجه المجتمعي)، تعد في رأي عينة الدراسة من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها كأحد فقرات محور البعد البيئي والمجتمعي حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، بمتوسط حسابي

قدره 4,082 وبدرجة تشتت 19.49%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 80.51% نحو اتباع المنظمة الصحية لكافة العمليات ذات التوجه المجتمعي.

2/3/4/9- توصيف اتجاهات العينة نحو معايير جودة مخرجات الخدمات

الصحية:

يتضح من الجدول رقم (9) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور الملموسية وذلك بانحراف معياري 0,820 ومعامل اختلاف 20,45%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 4,010، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور الملموسية بنسبة 79.55%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تهتم الإدارة بشكل دقيق بتدوين معلومات المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والحاسوب)، تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها، حيث جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره 4,131 وبدرجة تشتت 21.06%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 78.94% نحو تبني المنظمة بشكل دقيق بتدوين معلومات المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والحاسوب. وهو ما يتفق مع دراسة (Papavasiliou et al. 2021) بضرورة الانتقال إلى منصات الصحة الرقمية لتطبيق مبادئ الرعاية التي تركز على المريض.

كما يتضح من الجدول رقم (9) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور الاعتمادية وذلك بانحراف معياري 0,850 ومعامل اختلاف 21,56%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,941، ومن ثم فإنه لا يوجد فرق معنوي بين متوسط استجابات المستقصي منهم (المتوسط الفعلي) وبين ما هو متوقع، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور الاعتمادية بنسبة 78.44%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (يوظب العاملون على تقديم الخدمات الصحية للمرضى بشكل جيد)، تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها، حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، بمتوسط حسابي قدره 4,026 وبدرجة تشتت 20.89%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 79.11% نحو مواظبة العاملين على تقديم الخدمات الصحية للمرضى بشكل جيد. وهو ما يتفق مع دراسة (Berlian et al. 2021) بأن تصورات المرضى الإيجابية تتبع من أن الخدمات الصحية التي يتلقونها قد حققت توقعاتهم أو تجاوزتها.

ويتضح أيضاً من الجدول رقم (9) أن عينة الدراسة قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور الاستجابة وذلك بانحراف معياري 0,863 ومعامل اختلاف 21,69%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي

لهذا المتغير 3,979، ومن ثم فإنه لا يوجد فرق معنوي بين متوسط استجابات المستقضي منهم (المتوسط الفعلي) وبين ما هو متوقع، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور الاستجابة بنسبة 78.31%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (يظهر العاملين في المنظمة الصحية استجابة سريعة للتعامل مع المشاكل التي تواجههم)، تعد في رأي عينة الدراسة من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها، حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث التجانس، بمتوسط حسابي قدره 4,016 وبدرجة تشتت 23.38%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 76.62% نحو الاستجابة السريعة في التعامل مع المشكلات التي تواجههم.

ويتضح أيضاً من الجدول رقم (9) أن عينة الدراسة قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور الأمان وذلك بانحراف معياري 0,853 ومعامل اختلاف 21,34%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,999، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور الأمان بنسبة 78.66%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تحافظ المنظمة الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى)، تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة على الاهتمام بها، حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية بمتوسط حسابي قدره 4,160 وبدرجة تشتت 19.71%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 80.29% نحو قيام المنظمة الصحية بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.

وأخيراً يوضح الجدول رقم (9) أن عينة البحث قد اتجهت نحو الموافقة تجاه محور التعاطف وذلك بانحراف معياري 0,769 ومعامل اختلاف 19,04%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 4,041، ومن ثم فإنه لا يوجد فرق معنوي بين متوسط استجابات المستقضي منهم (المتوسط الفعلي) وبين ما هو متوقع، وتشير النتائج إلى وجود تجانس بين آراء عينة البحث والدراسة بالموافقة على أهمية محور التعاطف بنسبة 80.96%. كما يتضح أيضاً أن الاستجابة نحو الفقرة (تضع المنظمة الصحية مصلحة المريض في المقام الأول دائماً)، تعد في رأي عينة البحث من النقاط الهامة والتي تؤكد المنظمة الصحية على الاهتمام بها، حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، بمتوسط حسابي قدره 4,082 وبدرجة تشتت 21.59%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 78.41% نحو وضع المنظمة الصحية مصلحة المريض في المقام الأول دائماً.

جدول رقم (9)

الإحصاء الوصفي لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية

الترتيب	اختبار ت	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط	العبارات
1	2.629	21.06	0.870	4.131	تهتم الإدارة بشكل دقيق بتدوين معلومات المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والحاسوب.
4	0.000	23.95	0.958	4.000	يتوفر بالمنظمة الصحية جميع التخصصات الطبية المطلوبة.
2	0.688	22.64	0.914	4.036	ملائمة مرافق المنظمة الصحية من بنية تحتية ومباني للخدمات الصحية المقدمة.
3	0.359	23.75	0.955	4.020	يمتاز موقع المنظمة الصحية بأنه مناسب ويخلق جو من الراحة والهدوء للمرضى.
6	1.921-	26.81	1.042	3.886	يتوفر لدى المنظمة الصحية أماكن لانتظار المرضى ومواقف سيارات للعاملين والمرضى.
5	0.254-	22.61	0.902	3.987	يتوفر لدى المنظمة الصحية معدات وأجهزة تقنية حديثة.
	0.209	20.45	0.820	4.010	الملموسية
1	0.544	20.89	0.841	4.026	يواظب العاملون على تقديم الخدمات الصحية للمرضى بشكل جيد.
3	2.150-	26.07	1.010	3.876	تنفذ الإجراءات الطبية وفقاً لمواعيدها المحددة دون تأخير.
4	2.235-	27.13	1.049	3.866	توفر المنظمة الصحية العدد الكافي من العاملين لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية.
2	0.065-	22.15	0.885	3.997	تلتزم المنظمة الصحية بتقديم الخدمات بشكل صحيح وسريع ودقيق.
	1.211-	21.56	0.850	3.941	الاعتمادية
2	0.244	23.36	0.937	4.013	هناك استعداد دائم للعاملين في المنظمة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى.
3	0.059-	24.10	0.963	3.997	تنظم المنظمة الصحية مناوبات مستمرة لضمان تقديم خدماتها الصحية طوال الوقت.
5	1.764-	25.77	1.005	3.899	تقدم المنظمة الصحية الخدمات الطبية الطارئة دون الانتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة.
4	0.561-	23.11	0.917	3.971	تتميز المنظمة الصحية بالسرعة في الرد على شكاوى استفسارات المرضى.
1	0.304	23.38	0.939	4.016	يظهر العاملون في المنظمة الصحية استجابة سريعة للتعامل مع المشاكل التي تواجههم.
	0.424-	21.69	0.863	3.979	الاستجابة
1	3.415	19.71	0.820	4.160	تحافظ المنظمة الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى
3	0.188	22.80	0.914	4.010	يملك العاملون المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم.
2	0.784	21.66	0.875	4.039	يملك العاملون المهارات الكافية لتقديم الخدمات الطبية بشكل جيد
4	0.785-	25.80	1.020	3.954	يتمتع العاملون والأطباء في المنظمة الصحية بمهارات عالية
5	1.385-	26.34	1.032	3.918	يتسم سلوك العاملون في المنظمة الصحية بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى
6	1.515-	26.05	1.019	3.912	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المنظمة الصحية
	0.022-	21.34	0.853	3.999	الأمان

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي SPSS

تابع جدول رقم (9)

الإحصاء الوصفي لمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية

الترتيب	اختبار ت	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط	العبارات
1	1.621	21.59	0.881	4.082	تضع المنظمة الصحية مصلحة المريض في المقام الأول دائماً
6	0.124-	23.03	0.920	3.993	يتصف العاملون في المنظمة الصحية بالروح المرحة والصدقاة في التعامل مع المرضى
3	1.134	21.13	0.857	4.056	يبدى العاملين بالمنظمة الصحية اهتماماً لجميع المرضى دون استثناء
5	0.125	22.78	0.913	4.007	يتعاطف العاملون بالمنظمة الصحية بشكل كامل مع ظروف وشكاوى المرضى
4	0.726	21.45	0.866	4.036	توافر القدرة لدى العاملين في المنظمة الصحية على تقديم عناية شخصية للمرضى
2	1.486	20.78	0.846	4.072	تتوافق ساعات العمل اليومية مع احتياجات ورغبات المرضى
	0.929	19.04	0.769	4.041	التعاطف
	0.134-	19.76	0.789	3.994	معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي SPSS

5/9- نتائج اختبارات فروض البحث وتفسير النتائج

سيتم اختبار الفروض من خلال بعض الأساليب الإحصائية المستخدمة لدراسة مدى صحة أو عدم صحة الفروض، مع عرض وتفسير نتائج التحليل الإحصائي كما يلي:

1/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الأول

ينص الفرض الأول بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين فعالية تطبيق أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية، ويشق من هذا الفرض خمسة فروض فرعية على النحو الآتي:

1/1/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الفرعي الأول

ينص الفرض الفرعي الأول بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين البعد المالي لبطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

جدول رقم (10)

القدرة التفسيرية وجودة المطابقة لنموذج انحدار البعد المالي

المعنوية	اختبار T	المعاملات	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		المعيارية	الخطل المعياري	B	
0.614	0.504-		0.171	0.086-	الثابت
0.000	24.146	0.811	0.041	0.988	البعد المالي
0.811**				R	معامل الارتباط الكلي
0.657				R Square	معامل التحديد
0.656				Adjusted R Square	معامل التحديد المعدل
304/1				DF	درجة الحرية
583.053				F Test	تحليل تباين الانحدار
0.000				P-Value	المعنوية

** الارتباط معنوي عند مستوى 1%

- **معامل الارتباط الكلي (R):** أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد المالي كأحد أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى ثقة 99%، وقد بلغت قيمة الارتباط 0.811، وهو ارتباط إيجابي قوي جداً، ومن ثم فإنه يمكننا دراسة أثر البعد المالي على جودة الخدمات الصحية من خلال نموذج الانحدار الخطي البسيط.

- **معامل التحديد (R^2):** بلغت قيمة معامل التحديد للنموذج 0.657، مما يشير إلى أن البعد المالي يفسر 65.7% من أي تغير يطرأ على جودة الخدمات الصحية، أما عن النسبة غير المفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطل العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار.

- **اختبار معنوية جودة توفيق نموذج الانحدار:** تم استخدام اختبار F لاختبار معنوية متغيرات النموذج ككل، حيث بلغت قيمته 583,053 وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى جودة نموذج الانحدار مع وجود مطابقة بين القيم الفعلية والقيم المقدرة لجودة الخدمات الصحية من النموذج، وبالتالي صحة الاعتماد على نتيجة النموذج والتنبؤ بالقيم المستقبلية.

- **اختبار معنوية كل متغير مستقل على حدة:** باستخدام اختبار T نجد أن معامل بيتا للبعد المالي ذو دلالة إحصائية بنموذج الانحدار البسيط، وذلك عند مستوى ثقة 99% حيث بلغت قيمة اختبار T المحسوبة 24.146 وهي أكبر من القيمة الجدولية 2.58، مما يشير إلى أن قيم Beta غير المعيارية لهذا المتغير والتي بلغت 0.988 تختلف عن الصفر وأن لها تأثيراً حقيقياً على جودة الخدمات الصحية، بحيث أنه إذا ارتفع مستوى البعد المالي ارتفع معها مستوى جودة الخدمات الصحية المحققة.

- **معادلة النموذج:** تتمثل معادلة نموذج الانحدار في الآتي:

جودة مخرجات الخدمات الصحية = $-0.086 + 0.988$ (البعد المالي)

ويتضح من المعادلة السابقة أنه إذا ارتفع مستوى البعد المالي بمقدار وحدة واحدة فإن مستوى جودة

الخدمات الصحية ترتفع بمقدار 0.988

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الفرعي الأول بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين البعد المالي وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

2/1/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الفرعي الثاني

ينص الفرض الفرعي الثاني بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين بعد العملاء لبطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

جدول رقم (11)

القدرة التفسيرية وجودة المطابقة لنموذج انحدار بعد العملاء

المعنوية	اختبار T	المعاملات	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		المعيارية	الخطأ المعياري	B	
0.001	3.276		0.123	0.402	الثابت
0.000	29.812	0.863	0.030	0.897	بعد العملاء
0.863**				R	معامل الارتباط الكلي
0.745				R Square	معامل التحديد
0.744				Adjusted R Square	معامل التحديد المعدل
304/1				DF	درجة الحرية
888.742				F Test	تحليل تباين الانحدار
0.000				P-Value	المعنوية

** الارتباط معنوي عند مستوى 1%

- **معامل الارتباط الكلي (R):** أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد

العملاء كأحد أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى ثقة

99%، وقد بلغت قيمة الارتباط 0.863، وهو ارتباط إيجابي قوي جداً، ومن ثم فإنه يمكننا دراسة

أثر بعد العملاء على جودة الخدمات الصحية من خلال نموذج الانحدار الخطي البسيط.

- **معامل التحديد (R^2):** بلغت قيمة معامل التحديد للنموذج 0.745، مما يشير إلى أن بعد

العملاء يفسر 74.5% من أي تغير يطرأ على جودة الخدمات الصحية، أما عن النسبة الغير

مفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطأ العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار.

- **اختبار معنوية جودة توفيق نموذج الانحدار:** تم استخدام اختبار F لاختبار معنوية متغيرات

النموذج ككل، حيث بلغت قيمته 888,742 وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى جودة

نموذج الانحدار مع وجود مطابقة بين القيم الفعلية والقيم المقدرة لجودة الخدمات الصحية من النموذج، وبالتالي صحة الاعتماد على نتيجة النموذج والتنبؤ بالقيم المستقبلية.

- اختبار معنوية كل متغير مستقل على حدة: باستخدام اختبار T نجد أن معامل بيتا لبعد العملاء ذو دلالة إحصائية بنموذج الانحدار البسيط، وذلك عند مستوى ثقة 99% حيث بلغت قيمة اختبار T المحسوبة 29.812 وهي أكبر من القيمة الجدولية 2.58، مما يشير إلى أن قيم Beta غير المعيارية لهذا المتغير والتي بلغت 0.897 تختلف عن الصفر وأن لها تأثيراً حقيقياً على جودة الخدمات الصحية، بحيث أنه إذا ارتفع مستوى بعد العملاء ارتفع معها مستوى جودة الخدمات الصحية المحققة.

- معادلة النموذج: تتمثل معادلة نموذج الانحدار في الآتي:

$$\text{جودة مخرجات الخدمات الصحية} = 0.402 + 0.897 (\text{بعد العملاء})$$

ويتضح من المعادلة السابقة أنه إذا ارتفع مستوى بعد العملاء بمقدار وحدة واحدة فإن مستوى جودة الخدمات الصحية ترتفع بمقدار 0.897

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الفرعي الثاني بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين بعد العملاء وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

3/1/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الفرعي الثالث

ينص الفرض الفرعي الثالث بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين بعد العمليات الداخلية لنطاق الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

جدول رقم (12)

القدرة التفسيرية وجودة المطابقة لنموذج انحدار بعد العمليات الداخلية

المعنوية	اختبار T	المعاملات	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		المعيارية	الخطأ المعياري	B	
0.000	4.602		0.111	0.510	الثابت
0.000	32.040	0.878	0.027	0.881	بعد العمليات الداخلية
0.878**				R	معامل الارتباط الكلي
0.772				R Square	معامل التحديد
0.771				Adjusted R Square	معامل التحديد المعدل
304/1				DF	درجة الحرية
1026.554				F Test	تحليل تباين الانحدار
0.000				P-Value	المعنوية

** الارتباط معنوي عند مستوى 1%

- **معامل الارتباط الكلي (R):** أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد العمليات الداخلية كأحد أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى ثقة 99%، وقد بلغت قيمة الارتباط 0.878، وهو ارتباط إيجابي قوي جداً، ومن ثم فإنه يمكننا دراسة أثر بعد العمليات الداخلية على جودة الخدمات الصحية من خلال نموذج الانحدار الخطي البسيط.

- **معامل التحديد (R^2):** بلغت قيمة معامل التحديد للنموذج 0.772، مما يشير إلى أن بعد العمليات الداخلية يفسر 77.2% من أي تغير يطرأ على جودة الخدمات الصحية، أما عن النسبة غير المفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطأ العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار.

- **اختبار معنوية جودة توفيق نموذج الانحدار:** تم استخدام اختبار F لاختبار معنوية متغيرات النموذج ككل، حيث بلغت قيمته 1026,554 وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى جودة نموذج الانحدار مع وجود مطابقة بين القيم الفعلية والقيم المقدرة لجودة الخدمات الصحية من النموذج، وبالتالي صحة الاعتماد على نتيجة النموذج والتنبؤ بالقيم المستقبلية.

- **اختبار معنوية كل متغير مستقل على حدة:** باستخدام اختبار T نجد أن معامل بيتا لبعده العمليات الداخلية ذو دلالة إحصائية بنموذج الانحدار البسيط، وذلك عند مستوى ثقة 99% حيث بلغت قيمة اختبار t المحسوبة 32.040 وهي أكبر من القيمة الجدولية 2.58، مما يشير إلى أن قيم Beta غير المعيارية لهذا المتغير والتي بلغت 0.881 تختلف عن الصفر وأن لها تأثيراً حقيقياً على جودة الخدمات الصحية، بحيث أنه إذا ارتفع مستوى بعد العمليات الداخلية ارتفع معها مستوى جودة الخدمات الصحية المحققة.

- **معادلة النموذج:** تتمثل معادلة نموذج الانحدار في الآتي:

$$\text{جودة مخرجات الخدمات الصحية} = 0.510 + 0.881 (\text{بعد العمليات الداخلية})$$

ويتضح من المعادلة السابقة أنه إذا ارتفع مستوى بعد العمليات الداخلية بمقدار وحدة واحدة فإن مستوى جودة الخدمات الصحية ترتفع بمقدار 0.881

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الفرعي الثالث بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين بعد العمليات الداخلية وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

4/1/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الفرعي الرابع

ينص الفرض الفرعي الرابع بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين بعد التعلم والنمو لبطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

جدول رقم (13)

القدرة التفسيرية وجودة المطابقة لنموذج انحدار بعد التعلم والنمو

المعنوية	اختبار T	المعاملات	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		المعيارية	الخطأ المعياري	B	
0.000	8.085		0.108	0.872	الثابت
0.000	29.625	0.862	0.027	0.795	بعد التعلم والنمو
0.862**				R	معامل الارتباط الكلي
0.743				R Square	معامل التحديد
0.742				Adjusted R Square	معامل التحديد المعدل
304/1				DF	درجة الحرية
877.614				F Test	تحليل تباين الانحدار
0.000				P-Value	المعنوية

** الارتباط معنوي عند مستوى 1%

- **معامل الارتباط الكلي (R):** أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد التعلم والنمو كأحد أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى ثقة 99%، وقد بلغت قيمة الارتباط 0.862، وهو ارتباط إيجابي قوي جداً، ومن ثم فإنه يمكننا دراسة أثر بعد التعلم والنمو على جودة الخدمات الصحية من خلال نموذج الانحدار الخطي البسيط.
- **معامل التحديد (R²):** بلغت قيمة معامل التحديد للنموذج 0.743، مما يشير إلى أن بعد التعلم والنمو يفسر 74.3% من أي تغير يطرأ على جودة الخدمات الصحية، أما عن النسبة غير المفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطأ العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار.
- **اختبار معنوية جودة توفيق نموذج الانحدار:** تم استخدام اختبار F لاختبار معنوية متغيرات النموذج ككل، حيث بلغت قيمته 877,614 وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى جودة نموذج الانحدار مع وجود مطابقة بين القيم الفعلية والقيم المقدرة لجودة الخدمات الصحية من النموذج، وبالتالي صحة الاعتماد على نتيجة النموذج والتنبؤ بالقيم المستقبلية.
- **اختبار معنوية كل متغير مستقل على حدة:** باستخدام اختبار T نجد أن معامل بيتا لبعده التعلم والنمو ذو دلالة إحصائية بنموذج الانحدار البسيط، وذلك عند مستوى ثقة 99% حيث بلغت قيمة اختبار T المحسوبة 29.625 وهي أكبر من القيمة الجدولية 2.58، مما يشير إلى أن قيم Beta غير المعيارية لهذا المتغير والتي بلغت 0.795 تختلف عن الصفر وأن لها تأثيراً حقيقياً على جودة الخدمات الصحية، بحيث أنه إذا ارتفع مستوى بعد التعلم والنمو ارتفع معها مستوى جودة الخدمات الصحية المحققة.

- معادلة النموذج: تتمثل معادلة نموذج الانحدار في الآتي:

جودة مخرجات الخدمات الصحية = $0.872 + 0.795$ (بعد التعلم والنمو)

ويتضح من المعادلة السابقة أنه إذا ارتفع مستوى بعد التعلم والنمو بمقدار وحدة واحدة فإن مستوى

جودة الخدمات الصحية ترتفع بمقدار 0.795

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الفرعي الرابع بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية

عند مستوى دلالة 5% بين بعد التعلم والنمو وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

5/1/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الفرعي الخامس

ينص الفرض الفرعي الخامس بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين البعد

البيئي والمجتمعي لبطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

جدول رقم (14)

القدرة التفسيرية وجودة المطابقة لنموذج انحدار البعد البيئي والمجتمعي

المعنى	اختبار T	المعاملات	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		المعيارية	B	الخطأ المعياري	
0.000	5.048		0.115	0.582	الثابت
0.000	30.183	0.866	0.028	0.857	البعد البيئي والمجتمعي
0.866**				R	معامل الارتباط الكلي
0.750				R Square	معامل التحديد
0.749				Adjusted R Square	معامل التحديد المعدل
304/1				DF	درجة الحرية
911.000				F Test	تحليل تباين الانحدار
0.000				P-Value	المعنى

** الارتباط معنوي عند مستوى 1%

- **معامل الارتباط الكلي (R):** أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد

البيئي والمجتمعي كأحد أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى

ثقة 99%، وقد بلغت قيمة الارتباط 0.866، وهو ارتباط إيجابي قوي جداً، ومن ثم فإنه يمكننا

دراسة أثر البعد البيئي والمجتمعي على جودة الخدمات الصحية من خلال نموذج الانحدار الخطي

البسيط.

- **معامل التحديد (R²):** بلغت قيمة معامل التحديد للنموذج 0.750، مما يشير إلى أن البعد البيئي

والمجتمعي يفسر 75% من أي تغيير يطرأ على جودة الخدمات الصحية، أما عن النسبة غير

المفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطأ العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار.

- **اختبار معنوية جودة توفيق نموذج الانحدار:** تم استخدام اختبار F لاختبار معنوية متغيرات

النموذج ككل، حيث بلغت قيمته 911,000 وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى جودة

نموذج الانحدار مع وجود مطابقة بين القيم الفعلية والقيم المقدرة لجودة الخدمات الصحية من النموذج، وبالتالي صحة الاعتماد على نتيجة النموذج والتنبؤ بالقيم المستقبلية.

- اختبار معنوية كل متغير مستقل على حدة: باستخدام اختبار T نجد أن معامل بيتا للبعد البيئي والمجمعي ذو دلالة إحصائية بنموذج الانحدار البسيط، وذلك عند مستوى ثقة 99% حيث بلغت قيمة اختبار T المحسوبة 30.183 وهي أكبر من القيمة الجدولية 2.58، مما يشير إلى أن قيم Beta غير المعيارية لهذا المتغير والتي بلغت 0.857 تختلف عن الصفر وأن لها تأثيراً حقيقياً على جودة الخدمات الصحية، بحيث أنه إذا ارتفع مستوى البعد البيئي والمجمعي ارتفع معها مستوى جودة الخدمات الصحية المحققة.

- معادلة النموذج: تتمثل معادلة نموذج الانحدار في الآتي:

$$\text{جودة مخرجات الخدمات الصحية} = 0.582 + 0.857 (\text{البعد البيئي والمجمعي})$$

ويتضح من المعادلة السابقة أنه إذا ارتفع مستوى البعد البيئي والمجمعي بمقدار وحدة واحدة فإن مستوى جودة الخدمات الصحية ترتفع بمقدار 0.857

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الفرعي الخامس بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين البعد البيئي والمجمعي وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

ولدراسة أكثر أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة تأثيراً في جودة مخرجات الخدمات الصحية، فقد استخدم الباحثان أسلوب الانحدار المتعدد التدريجي كما هو موضح في الجدول رقم (15)

جدول رقم (15)

القدرة التفسيرية وجودة المطابقة لنموذج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

المعنوية	اختبار T	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		Beta	الخطأ المعياري	B	
0.462	0.737		0.129	0.095	الثابت
0.000	4.055	0.329	0.081	0.330	بعد العمليات الداخلية
0.000	4.588	0.213	0.057	0.260	بعد المالي
0.006	2.768	0.207	0.069	0.191	بعد التعلم والنمو
0.010	2.604	0.195	0.074	0.193	البعد البيئي والمجمعي
0.900**				R	معامل الارتباط الكلي
0.810				R Square	معامل التحديد
0.807				Adjusted R Square	معامل التحديد المعدل
301/4				DF	درجة الحرية
319.927				F Test	تحليل تباين الانحدار
0.000				P-Value	المعنوية

** الارتباط معنوي عند مستوى 1%

- **معامل الارتباط الكلي (R):** أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنموذج وجودة الخدمات الصحية عند مستوى ثقة 99%، وقد بلغت قيمة الارتباط 0.900، وهو ارتباط إيجابي قوي جداً، ومن ثم فإنه يمكننا دراسة أثر أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على جودة الخدمات الصحية من خلال نموذج الانحدار الخطي المتعدد.

- **معامل التحديد (R^2):** بلغت قيمة معامل التحديد للنموذج 0.810، مما يشير إلى أن أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنموذج تفسر 81% من أي تغير يطرأ على جودة الخدمات الصحية، أما عن النسبة الغير مفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطأ العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار.

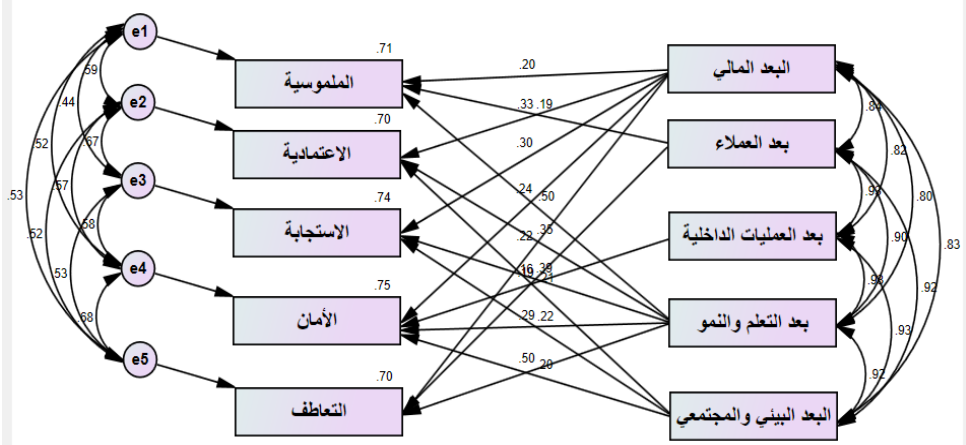
- **اختبار معنوية جودة توفيق نموذج الانحدار:** تم استخدام اختبار F لاختبار معنوية متغيرات النموذج ككل، حيث بلغت قيمته 319,927 وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى جودة نموذج الانحدار مع وجود مطابقة بين القيم الفعلية والقيم المقدرة لجودة الخدمات الصحية من النموذج، وبالتالي صحة الاعتماد على نتيجة النموذج والتنبؤ بالقيم المستقبلية.

- **اختبار معنوية كل متغير مستقل على حدة:** باستخدام اختبار T نجد أن معامل بيتا لكل من بعد العمليات الداخلية بمعامل 0.330 والبعد المالي بمعامل 0.260 وبعد التعلم والنمو بمعامل 0.191 ثم البعد البيئي والمجتمعي بمعامل 0.193 ذو دلالة إحصائية بنموذج الانحدار المتعدد، وذلك عند مستوى ثقة 99%، مما يشير إلى أن قيم Beta غير المعيارية لهذه المتغيرات تختلف عن الصفر وأن لها تأثيراً حقيقياً على جودة الخدمات الصحية.

- **معادلة النموذج:** تتمثل معادلة نموذج الانحدار في الآتي:

جودة مخرجات الخدمات الصحية = $0.095 + 0.330$ (بعد العمليات الداخلية) + 0.260 (البعد المالي) + 0.191 (بعد التعلم والنمو) + 0.193 (البعد البيئي والمجتمعي)
وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الأول بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

وفي محاولة لدراسة أثر أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على أبعاد جودة الخدمات الصحية، قام الباحثان باستخدام تحليل المسارات كما يوضحه الشكل رقم (6) للوقوف على أهم أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة تأثيراً على معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية، وتشخيص النموذج من خلال معايير للحكم على جودة النموذج.



شكل رقم (6): النموذج الهيكلي المقترح لقياس أثر أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على معايير جودة الخدمات الصحية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي SPSS

كما يتضح من الجدول رقم (16) أن تقدير معاملات النموذج الهيكلي ومستوى معنويتها، جاءت على النحو الآتي:

- (1) يوجد أثر لكلٍ من البعد المالي وبعد العملاء وبعد التعلم والنمو على الملموسية عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.248، 0.202، 0.479 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاث بنسبة تفسير 71.5% من التغيرات التي يمكن أن تطرأ على الملموسية.
- (2) يوجد أثر لكلٍ من البعد المالي وبعد التعلم والنمو والبعد البيئي والمجتمعي على الاعتمادية عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.434، 0.345، 0.220 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاثة بنسبة تفسير 70.4% من التغيرات التي يمكن أن تطرأ على الاعتمادية.
- (3) يوجد أثر لكلٍ من البعد المالي وبعد التعلم والنمو والبعد البيئي والمجتمعي على الاستجابة عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.399، 0.390، 0.236 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاثة بنسبة تفسير 73.8% من التغيرات التي يمكن أن تطرأ على الاستجابة.
- (4) يوجد أثر لكلٍ من البعد المالي وبعد العمليات الداخلية وبعد التعلم والنمو والبعد البيئي والمجتمعي على الأمان عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.316، 0.202، 0.282، 0.208 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الأربعة بنسبة تفسير 74.9% من التغيرات التي يمكن أن تطرأ على الأمان.

(5) يوجد أثر لكلٍ من بعد التعلم والنمو والبعد المالي وبعده العملاء على التعاطف عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.447، 0.260، 0.163 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاثة بنسبة تفسير 70.4% من التغيرات التي يمكن أن تطرأ على التعاطف.

جدول رقم (16)

تقدير معاملات النموذج الهيكلي ومستوى معنويتها

معامل التحديد	المعنوية	اختبارات	التقدير	المتغيرات التابعة	المسار	المتغيرات المستقلة
0.715	***	3.567	0.248	الملموسية	<---	البعد المالي
	0.003	2.931	0.202		<---	بعد العملاء
	***	7.759	0.479		<---	بعد التعلم والنمو
0.704	***	6.092	0.434	الاعتمادية	<---	البعد المالي
	***	4.977	0.345		<---	بعد التعلم والنمو
	0.002	3.080	0.220		<---	البعد البيئي والمجتمعي
0.738	***	5.824	0.399	الاستجابة	<---	البعد المالي
	***	5.733	0.390		<---	بعد التعلم والنمو
	0.001	3.266	0.236		<---	البعد البيئي والمجتمعي
0.749	***	4.780	0.316	الأمان	<---	البعد المالي
	0.003	2.990	0.202		<---	بعد العمليات الداخلية
	***	4.062	0.282		<---	بعد التعلم والنمو
	0.001	3.176	0.208		<---	البعد البيئي والمجتمعي
0.704	***	7.776	0.447	التعاطف	<---	بعد التعلم والنمو
	***	3.961	0.260		<---	البعد المالي
	0.008	2.647	0.163		<---	بعد العملاء

*** معنوية عند مستوى 0.01

ويتضح من الجدول رقم (17) أن جميع المؤشرات في الحدود المقبولة، مما يدل على أن جميع المؤشرات بالحدود الجيدة، ومن ثم إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج المقدر. ومع تحقق المؤشرات الدالة على الجودة دل ذلك على جودة توفيق النموذج الكلي، وبناءً على ما سبق، فقد اجتاز النموذج كافة معايير الحكم على جودة النموذج.

جدول رقم (17)

تقييم معايير جودة توفيق النموذج الهيكلي لقياس أثر أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية

القيمة	الكود	المؤشر
2.553	CMIN/DF	كا ² المعياري
0.985	GFI	جودة التوفيق
0.995	NFI	جودة التوفيق المعياري
0.997	IFI	مؤشر جودة التوفيق المتزايد
0.986	TLI	جودة التوفيق توكر لويس
0.997	CFI	جودة التوفيق المقارن

0.071	RMSEA	الجذر التربيعي لمتوسط مربع خطأ التقدير
-------	-------	--

2/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الثاني

ينص الفرض الثاني بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية (الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة) وفعالية تطبيق أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (البعد المالي، وبعد العملاء، وبعد العمليات الداخلية، وبعد التعلم والنمو، والبعد البيئي والمجتمعي).

أولاً: بالنسبة للجنس

يوضح الجدول رقم (18) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة والجنس، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع الأبعاد قيمة أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.280 و0.730

جدول رقم (18)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنسبة للجنس

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
0.730	0.081	2.029	البعد المالي
0.280	0.128	5.067	بعد العملاء
0.416	0.113	3.928	بعد العمليات الداخلية
0.718	0.082	2.094	بعد التعلم والنمو
0.478	0.106	3.497	البعد البيئي والمجتمعي
0.589	0.079	1.922	بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

ثانياً: بالنسبة للعمر

يوضح الجدول رقم (19) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة والعمر، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع الأبعاد قيمة أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.120 و0.942

جدول رقم (19)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنسبة للعمر

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
0.622	0.177	9.926	البعد المالي
0.682	0.171	9.249	بعد العملاء
0.806	0.157	7.730	بعد العمليات الداخلية
0.120	0.235	17.846	بعد التعلم والنمو
0.942	0.132	5.429	البعد البيئي والمجتمعي
0.603	0.153	7.324	بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

ثالثاً: بالنسبة للمسمى الوظيفي

يوضح الجدول رقم (20) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة والمسمى الوظيفي، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع الأبعاد قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.286 و 0.887

جدول رقم (20)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنسبة للمسمى الوظيفي

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
0.720	0.131	5.345	البعد المالي
0.887	0.109	3.653	بعد العملاء
0.491	0.154	7.434	بعد العمليات الداخلية
0.286	0.175	9.704	بعد التعلم والنمو
0.380	0.165	8.564	البعد البيئي والمجتمعي
0.416	0.139	6.062	بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

رابعاً: بالنسبة للمستوى التعليمي

يوضح الجدول رقم (21) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة والمستوى التعليمي، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع الأبعاد قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.160 و 0.979

جدول رقم (21)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنسبة للمستوى التعليمي

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
0.794	0.122	4.649	البعد المالي
0.912	0.104	3.326	بعد العملاء
0.909	0.104	3.377	بعد العمليات الداخلية
0.979	0.082	2.071	بعد التعلم والنمو
0.160	0.193	11.808	البعد البيئي والمجتمعي
0.512	0.130	5.249	بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

خامساً: بالنسبة لسنوات الخبرة

يوضح الجدول رقم (22) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وسنوات الخبرة، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع الأبعاد قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين

0.123 و0.418، عدا البعد البيئي والمجتمعي فقد تبين وجود علاقة معنوية عند مستوى ثقة 95% حيث بلغت معنوية الاختبار 0.046 وهي اقل من مستوى الدلالة 5%.

جدول رقم (22)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بالنسبة لسنوات الخبرة

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
0.418	0.161	8.163	البعد المالي
0.123	0.200	12.698	بعد العملاء
0.249	0.180	10.233	بعد العمليات الداخلية
0.177	0.190	11.467	بعد التعلم والنمو
0.046	0.221	15.758	البعد البيئي والمجتمعي
0.174	0.169	8.998	بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الثاني بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية وأبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة.

3/5/9- نتائج التحليل الإحصائي للفرض الثالث

ينص الفرض الثالث بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية (الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة) وجودة مخرجات الخدمات الصحية.

أولاً: بالنسبة للجنس

يوضح الجدول رقم (23) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية والجنس، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع المعايير قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.058 و0.643

جدول رقم (23)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية بالنسبة للجنس

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية
0.058	0.170	9.113	الملموسية
0.643	0.090	2.507	الاعتمادية
0.080	0.163	8.324	الاستجابة
0.327	0.122	4.635	الأمان
0.486	0.106	3.445	التعاطف
0.470	0.107	3.554	جودة مخرجات الخدمات الصحية

ثانياً: بالنسبة للعمر

يوضح الجدول رقم (24) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية والعمر، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع المعايير قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.123 و0.730، عدا معيار الأمان فقد تبين وجود علاقة معنوية عند مستوى ثقة 95% حيث بلغت معنوية الاختبار 0.004 وهي أقل من مستوى الدلالة 5%.

جدول رقم (24)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية بالنسبة للعمر

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية
0.135	0.232	17.415	الملموسية
0.123	0.234	17.778	الاعتمادية
0.730	0.166	8.683	الاستجابة
0.004	0.295	29.153	الأمان
0.162	0.227	16.681	التعاطف
0.336	0.205	13.474	جودة مخرجات الخدمات الصحية

ثالثاً: بالنسبة للمسمى الوظيفي

يوضح الجدول رقم (25) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية والمسمى الوظيفي، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع المعايير قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.396 و0.832

جدول رقم (25)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية بالنسبة للمسمى الوظيفي

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية
0.469	0.156	7.646	الملموسية
0.537	0.150	6.998	الاعتمادية
0.506	0.152	7.284	الاستجابة
0.396	0.163	8.390	الأمان
0.832	0.117	4.266	التعاطف
0.544	0.149	6.929	جودة مخرجات الخدمات الصحية

رابعاً: بالنسبة للمستوى التعليمي

يوضح الجدول رقم (26) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية والمستوى التعليمي، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع المعايير قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.507 و0.977

جدول رقم (26)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية بالنسبة للمستوى التعليمي

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية
0.507	0.152	7.279	الملموسية
0.853	0.114	4.044	الاعتمادية
0.802	0.121	4.572	الاستجابة
0.671	0.136	5.785	الأمان
0.578	0.146	6.620	التعاطف
0.977	0.083	2.110	جودة مخرجات الخدمات الصحية

خامساً: بالنسبة لسنوات الخبرة

يوضح الجدول رقم (27) قيم اختبار مربع كاي ومعامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية وسنوات الخبرة، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حيث بلغت معنوية الاختبار لجميع المعايير قيماً أكبر من مستوى الدلالة 5% حيث تراوحت معنوية الاختبار بين 0.086 و0.654

جدول رقم (27)

اختبار مربع كاي - معامل التوافق بين معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية بالنسبة لسنوات الخبرة

المعنوية	معامل التوافق	قيمة اختبار كا ²	معايير جودة مخرجات الخدمات الصحية
0.654	0.138	5.943	الملموسية
0.101	0.204	13.325	الاعتمادية
0.326	0.171	9.202	الاستجابة
0.157	0.193	11.865	الأمان
0.086	0.208	13.826	التعاطف
0.445	0.158	7.880	جودة مخرجات الخدمات الصحية

وعلى ذلك، فقد ثبت التحقق من صحة الفرض الثالث بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية ومعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية.

10- نتائج البحث

من خلال التحليل الإحصائي واختبارات الفروض الإحصائية استطاع الباحثان الوصول إلى مجموعة من النتائج تمثلت فيما يلي:

(1) أثبت البحث وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وجودة مخرجات الخدمات الصحية، حيث أظهرت النتائج من خلال الانحدار المتعدد أن أهم أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وأكثرهم تأثيراً تمثل في بعد العمليات الداخلية بنسبة 33%، ثم البعد المالي بنسبة 26%، ثم البعد البيئي والمجتمعي بنسبة 19.3%، ثم بعد التعلم والنمو بنسبة 19.1%. وهو ما يتفق مع الدراسات (Gao & Gurd, 2020; Kober & Northcott, 2021; Khalid et al., 2019; Trotta et al., 2013; Kaufman et al., 2021) في الدور الفاعل الذي تلعبه بطاقة الأداء المتوازن في إحداث تغييرات إيجابية في الممارسات المهنية للقطاع الصحي بما ينعكس على جودة مخرجات المنظومة الصحية، وذلك نظر للطبيعة المعقدة لمنظمات الرعاية الصحية.

(2) ساهمت القدرة التفسيرية لأبعاد بطاقة الأداء المستدامة وتأثيرها على جودة مخرجات الخدمات الصحية بنسبة 65.7% للبعد المالي، 74.5% لبعد العملاء، 77.2% لبعد العمليات الداخلية، 74.3% لبعد التعلم والنمو، 75% للبعد البيئي والمجتمعي، من التغييرات التي تطرأ على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. أما عن النسبة الغير مفسرة فيمكن إرجاعها إلى الخطأ العشوائي أو متغيرات مستقلة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار. ويرجع الباحثان نتيجة ذلك في مساهمة الموارد والمكانيات المالية في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية.

(3) يوجد أثر لكلٍ من البعد المالي وبعد العملاء وبعد التعلم والنمو على الملموسية عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.248، 0.202، 0.479 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاثة بنسبة تفسير 71.5%. بينما أثر كلٍ من البعد المالي وبعد التعلم والنمو والبعد البيئي والمجتمعي على الاعتمادية عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.434، 0.345، 0.220 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاث بنسبة تفسير 70.4%. كما أثر كلٍ من البعد المالي وبعد التعلم والنمو والبعد البيئي والمجتمعي على الاستجابة عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.399، 0.390، 0.236 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاثة بنسبة تفسير 73.8%. كما أثر كلٍ من البعد المالي وبعد العمليات الداخلية وبعد التعلم والنمو والبعد البيئي والمجتمعي على الأمان عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.316، 0.202، 0.282، 0.208 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الأربعة بنسبة تفسير 74.9%.

وأخيراً أثر كل من بعد التعلم والنمو والبعد المالي وبعد العملاء على التعاطف عند مستوى ثقة 99%، بمعلمة تقدير غير معياري 0.447، 0.260، 0.163 على التوالي، وقد ساهمت الأبعاد الثلاثة بنسبة تفسير 70.4%.

(4) على الرغم من وجود تجانس بين آراء عينة البحث بالموافقة على أهمية محور البعد المالي بنسبة 84.32%، جاءت الاستجابة الأكثر أهمية من وجهة نظر عينة البحث أن المنظمة الصحية تستغل الإمكانيات المتاحة بشكل يؤدي إلى تحسين أدائها المالي، وذلك بمتوسط حسابي قدره 4,258 وبدرجة تشتت 17.15%، إلا أنها انققت أيضاً على أن الاستجابة الأقل أهمية من وجهة نظرها تمثلت في أن المنظمة الصحية تدعم مصروفات الصحية المقدمة للعملاء، وذلك بمتوسط حسابي قدره 3,871 وبدرجة تشتت 21.71%.

(5) تمثلت الاستجابة الأكثر أهمية من وجهة نظر عينة البحث بالنسبة لمحور بعد العملاء أن المنظمة الصحية تهتم بالتعامل مع شكاوى العملاء بهدف تحسين مستوى الخدمة، وذلك بمتوسط حسابي قدره 4,114 وبدرجة تشتت 19.03%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 81.03%، كما جاءت الاستجابة الأقل أهمية من وجهة نظر عينة البحث في أن المنظمة الصحية توفر الكادر الطبي والإداري بما يتناسب مع عدد المرضى المترددين بمتوسط حسابي قدره 3,905 وبدرجة تشتت 26.32%.

(6) اتجهت آراء عينة البحث بالموافقة على أهمية محور بعد العمليات الداخلية وذلك بانحراف معياري 0.787 ومعامل اختلاف 19.90%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,956، ولقد جاءت الاستجابة الأكثر أهمية من وجهة نظر عينة البحث أن لدى المنظمة الصحية مخططاً واضحاً لسير عملياتها الداخلية، وذلك بمتوسط حسابي قدره 4,092 وبدرجة تشتت 21.20%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 78.80%، وهو ما يتفق مع دراسة (El ammar, 2020) في أن تطوير الأنظمة والإجراءات الداخلية يسهم في ضمان تقديم جودة الخدمة. كما جاءت الاستجابة الأقل أهمية من وجهة نظر عينة البحث أن العاملين في المنظمة الصحية يشاركون في تشخيص المشكلات وعمليات صنع القرار، وذلك بمتوسط حسابي قدره 3,846 وبدرجة تشتت 25.43%. وهو ما يتعارض مع الدراسات (Al-Awlaqi & Aamer, 2020; Kober & Northcott, 2021; Bobe et al., 2017) بأن فعالية تنفيذ بطاقة الأداء المتوازن تتطلب مشاركة كافة العاملين، والمواءمة بين الاستراتيجيات الفردية والاستراتيجية العامة لوحدات الرعاية الصحية.

(7) على الرغم من وجود تجانس بين آراء عينة البحث بالموافقة على أهمية محور بعد التعلم والنمو بنسبة 78.21%، جاءت الاستجابة الأكثر أهمية من وجهة نظر عينة البحث أن المنظمة الصحية تقوم بعمل دراسات بحثية عديدة حول معيقات جودة الخدمات الصحية، وذلك بمتوسط حسابي قدره 3,99 ودرجة تشتت 22.46%، إلا أنها اتفقت أيضاً على أن الاستجابة الأقل أهمية من وجهة نظرها تمثلت في أن المنظمة الصحية يوجد بها آليات لضمان التحسين المستمر للأداء، وذلك بمتوسط حسابي قدره 3,866 ودرجة تشتت 25.89%. وهو ما يتعارض مع دراستي (Gonzalez et al., 2018; Oliveira et al., 2020) أن المنظمات الصحية يجب عليها أن تدير وبشكل استباقي عوامل النجاح التنظيمية من خلال توفير منصة لاختيار مؤشرات الأداء التي ستساعد في تحقيق النتائج المرجوة وتسهيل التغييرات المعقدة، والسبب من وجهة نظر الباحثان يرجع إلى أننا مازلنا في المراحل الأولى من تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل.

(8) اتجهت آراء عينة البحث بالموافقة على أهمية محور البعد البيئي والمجتمعي وذلك بانحراف معياري 0.798 ومعامل اختلاف 20.03%، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لهذا المتغير 3,983، ولقد جاءت الاستجابة الأكثر أهمية من وجهة نظر عينة البحث أن المنظمة الصحية تتبع كافة العمليات ذات التوجه المجتمعي، وذلك بمتوسط حسابي قدره 4,082 ودرجة تشتت 19.49%، وهو ما يشير إلى اتفاق وتجانس بين الآراء بنسبة 80.51%، كما جاءت الاستجابة الأقل أهمية من وجهة نظر عينة البحث أن المنظمة الصحية تعطي أولوية خاصة بتحقيق التنمية المستدامة للمجتمع المحلي، وذلك بمتوسط حسابي قدره 3,892 ودرجة تشتت 25.20%. وهو ما يتعارض مع دراسة (Ziadlou (2021 بضرورة دراسة العوامل التي تساهم في إحراز تقدم في التنمية المستدامة في مؤسسات الرعاية الصحية من خلال التحول الرقمي لتحقيق التنمية المستدامة بحلول عام 2030م.

(9) تمثلت الأهمية النسبية لآراء أفراد عينة البحث فيما يتعلق بمعايير جودة مخرجات الخدمات الصحية، حيث جاء الترتيب كما يلي: التعاطف بمتوسط حسابي قدره 4,041، والملموسية بمتوسط حسابي قدره 4,010، والأمان بمتوسط حسابي قدره 3,999، والاستجابة بمتوسط حسابي قدره 3,979، وأخيراً الاعتمادية بمتوسط حسابي قدره 3,941.

(10) أثبت البحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات عينة البحث وفقاً للمتغيرات الشخصية (الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة) لكلٍ من: أبعاد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة، وجودة مخرجات الخدمات الصحية عند مستوى ثقة 99%.

11- توصيات البحث

استناداً إلى ما تم التوصل إليه من نتائج سواء من خلال الإطار النظري أو الدراسة الميدانية للبحث، يوصي الباحثان بمجموعة من التوصيات تتمثل فيما يلي:

(1) اعتماد تطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بأبعادها الخمسة لقياس أداء منظومة التأمين الصحي الشامل، نظراً لكونها تعتمد على المقاييس المالية وغير المالية (متعددة الأبعاد)، بما يعكس بشكل إيجابي على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

(2) تفعيل دور المجلس الأعلى للصحة وضمان استقلاليته وتوسيع نطاق عضويته، ليضم كافة الأطراف الفاعلة والمؤثرة في المنظومة الصحية من داخل وخارج وزارة الصحة.

(3) الاهتمام بتحسين البنية التكنولوجية في مجال تقديم الخدمات الصحية واستخدام منصات الصحة الرقمية في المجتمع، من خلال استخدام التقنيات الرقمية وتفعيل ممارسات التطبيب عن بُعد Telemedicine، كأحد آليات التحول الرقمي Digital Transformation التي تسهم في استمرارية تقديم الخدمات الصحية في ظل انتشار الأمراض والأوبئة.

(4) ضمان استمرار واستدامة منظومة التأمين الصحي الشامل، من خلال البحث عن مصادر تمويلية تسهم في تشجيع البحث العلمي وخلق بيئة عمل صحية.

(5) تغيير الرؤية الراسخة لقيادات المنظومة الصحية والتي تركز بشكل أساسي على الاعتماد، بحيث تعتمد على منظور القيمة، مع إجراء البحوث والدراسات للوقوف حول العلاقة بين الاعتماد وتحسين جودة مخرجات الخدمات الصحية.

(7) الاعتماد على هيكل أجور جيد للعاملين في منظومة التأمين الصحي الشامل (كادر طبي، وكادر إداري، وكادر فني)، من خلال اتباع أنظمة تحفيزية متدرجة وفقاً لمؤشرات أداء محددة يمكن قياسها بشكل دوري.

(8) توفير الوسائل وإصدار اللوائح التنظيمية التي تضمن كفاءة النظام الصحي، وشفافية الأنشطة التي تمارس بالشكل الذي يمكن معه تطبيق مبادئ ومتطلبات الحوكمة الصحية.

(9) تدريب وتأهيل جميع العاملين في منظومة التأمين الصحي الشامل بشكل دائم ومستمر، من خلال الاهتمام بجودة مخرجات الكليات والمعاهد الصحية والفنية المتخصصة، بالإضافة إلى الاهتمام برفع مستوى التثقيف الصحي للمواطنين على اختلاف شرائحهم ومستوياتهم.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

- العتيبي، عبد الله (2019). جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف، *مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة*، 20 (1)، 185-208
- المزعوق، محمد رمضان (2020). تطبيق بطاقة الأداء المتوازن كمدخل لتحسين أداء المنظمات الصحية: دراسة ميدانية، *المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، جامعة قناة السويس*، 11 (4)، 1018-1039
- بن حليمة، حميدة (2017). تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني - عنابة، *مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عنابة*، العدد 50، 151-168
- بوطورة، فاطمة وسمايلي، نوفل (2020). بطاقة الأداء المتوازن المستدامة نموذج لتقييم استدامة المؤسسة وأدائها البيئي: دراسة حالة مؤسسة الأسمنت - تبسة، *المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 12 (4)، 451-467
- جمعة، الطيب (2014). قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى: دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة - الجزائر، *مجلة رضى اقتصادية، جامعة الوادي*، العدد 7، 101-117
- سويلم، حسن علي وآخرون (2020). استخدام ابعاد بطاقة القياس المتوازن للأداء BSC كأداة لقياس الأداء في المستشفيات الحكومية في مصر بالتطبيق على مستشفى الجراحة جامعة الزقازيق: دراسة حالة، *مجلة البحوث التجارية، جامعة الزقازيق*، المجلد 42 (1)، 59-99
- عبد الله، مروة أحمد (2020). أثر بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على التحسين المستمر للخدمات الصحية: دراسة تطبيقية، *المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، جامعة قناة السويس*، 11 (4)، 1227-1261
- عربي، محمود (2020). تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجامعية: دراسة ميدانية بجنوب الوادي من وجهة نظر المرضى والعاملين، *المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس*، العدد 3، 111-128
- علام، وليد (2020). أثر القيادة الخادمة على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين بالقطاع الطبي الحكومي بمحافظة أسوان: دراسة ميدانية، *المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، جامعة قناة السويس*، 11 (4)، 776-838
- علي، شريف السيد (2020). تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر: دراسة تطبيقية في مدينة بورسعيد، *مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قناة السويس*، العدد 35، 290-372
- غناوي، عماد (2020). قياس جودة الخدمات الصحية على وفق أنموذج SERVQUAL، *المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية*، العدد 11، 203-326

ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية

- Al-Awlaqi, M. A., & Aamer, A. M. (2020). An integrated MUSA to measure health care service quality from a patient's perspective in a resource-constrained setting. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), e119-e132. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/hpm.2943>
- Alfiero, S., Brescia, V., & Bert, F. (2021). Intellectual capital-based performance improvement: a study in healthcare sector. *BMC Health Services Research*, 21(1), 73. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1186/s12913-021-06087-y>

- Aly, A. H., & Mansour, M. E. (2017). Evaluating the sustainable performance of corporate boards: the balanced scorecard approach. *Managerial Auditing Journal*, 32(2), 167–195. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/MAJ-04-2016-1358>
- Behrouzi, F., & Ma'aram, A. (2019). Identification and ranking of specific balanced scorecard performance measures for hospitals: A case study of private hospitals in the Klang Valley area, Malaysia. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1364–1376. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/hpm.2799>
- Behrouzi, F., Ma'Aram, A., & Shaharoun, A. M. (2014). Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. *Australian Health Review*, 38(2), 208–217. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1071/AH13170>
- Berlian, E. R., Redjeki, E. S., & Mawarni, D. (2021). Patient Perspectives on Quality of Health Services in Mulyorejo Public Health Centre. *KnE Life Sciences*, 412–425. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.18502/cls.v0i0.8900>
- Bobe, B. J., Mihret, D. G., & Obo, D. D. (2017). Public-sector reforms and balanced scorecard adoption: an Ethiopian case study. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 30(6), 1230–1256
- Broccardo, L. (2015). The Balance Scorecard Implementation in the Italian Health Care System: Some Evidences from Literature and a Case Study Analysis. *Journal of Health Management*, 17(1), 25–41.
- Carr, L. P., & Gratton, S. (2016). Scorecard Sustainability: Discovering the Inflection Point for Business Scorecard Termination or Major Alteration. *Journal of Corporate Accounting & Finance (Wiley)*, 27(6), 29–41. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/jcaf.22205>
- Cifalino, A., & Lisi, I. E. (2019). Managing multiple forms of strategic training fit through the Balanced Scorecard. *International Journal of Training & Development*, 23(3), 240–252. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/ijttd.12160>
- De Araújo Batista, D., de Melo, F. J. C., de Albuquerque, A. P. G., & de Medeiros, D. D. (2021). Quality assessment for improving healthcare service management. *Soft Computing: A Fusion of Foundations, Methodologies and Applications*, 1. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1007/s00500-021-06175-5>
- Dewi, N. F., & Santoso, R. K. (2018). The Performance Analysis of Inpatient Installation at Tria Dipa Hospital with Balanced Scorecard, 2013-2015. *KnE Social Sciences*, 1566–1583. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.18502/kss.v3i11.2869>
- El ammar, C. (2020). iBalanced Scorecard: An effective Strategy Implementation in Lebanese Government Authorities. *Review of International Comparative Management*, 21(2), 146–164. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.24818/RMCI.2020.2.146>
- Farrag, A., & Harris, Y. (2021). A discussion of the United States' and Egypt's health care quality improvement efforts. *International Journal of Healthcare Management*, 14(1), 136–143. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1080/20479700.2019.1620454>
- Gao, T., & Gurd, B. (2020). Impact of a management innovation on professional subcultures – the case of a balanced scorecard implementation in a Chinese hospital. *Chinese Management Studies*, 14(4), 857–869.
- Gonzalez, S. M. B., Broccardo, L., Martins Pires, A. M., & Gonzalez-Sanchez, M. B. (2018). The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. *International Journal of Health Planning & Management*, 33(1), 6–30. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/hpm.2415>

- Grillos, T., Zarychta, A., & Andersson, K. (2021). Governance reform, decentralization, and teamwork in public service delivery: Evidence from the Honduran health sector. *Public Administration*. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/padm.12722>
- Hicks, K., & Moseley, J. L. (2011). Developing and executing strategy: Using the balanced scorecard for alignment and accountability. *Performance Improvement*, 50(8), 41–47. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/pfi.20240>.
- Hladchenko, M. (2015). Balanced Scorecard - a strategic management system of the higher education institution. *International Journal of Educational Management*, 29(2), 167–176. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/IJEM-11-2013-0164>
- Hoque, Z., & Adams, C. (2011). The Rise and Use of Balanced Scorecard Measures in Australian Government Departments. *Financial Accountability & Management*, 27(3), 308–334. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/j.1468-0408.2011.00527.x>
- Inamdar, N., & Kaplan, R. S. (2002). Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. *Journal of Healthcare Management*, 47(3), 179–195. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1097/00115514-200205000-00008>
- Janbazi, S., Mandejin, M. R. R., Eslambulchi, A., & monfared, A. B. (2019). Designing a Comprehensive Evaluation Model for Health System Reform Plan in Iran: An Approach to Extended Balanced Scorecard. *Novelty in Biomedicine*, 7(4), 187–201.
- Karasneh, A. A. (2020). Revitalizing the BSC through knowledge management: The mediating role of intellectual capital. *Journal of Public Affairs (14723891)*, 1-14 <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/pa.2359>
- Kaufman, B. E., Barry, M., Wilkinson, A., & Gomez, R. (2021). Alternative balanced scorecards built from paradigm models in strategic HRM and employment/industrial relations and used to measure the state of employment relations and HR system performance across U.S. workplaces. *Human Resource Management Journal*, 31(1), 65–92. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/1748-8583.12271>
- Khalid, S., Beattie C., Sands, J., & Hampson, V. (2019). "Incorporating the Environmental Dimension into the Balanced Scorecard: A Case Study in Health Care." *Meditari Accountancy Research*, 27(4): 652–74. <https://doi:10.1108/MEDAR-06-2018-0360>.
- Khiew, K.-F., Chen, M.-C., Shia, B.-C. & Pan, C.-H. (2017). Adapting the Balanced Scorecard into the HealthCare Industry: A Literature Review, New Insight and Future Directions. *Journal of Business and Management*, 5, 611-623. <https://doi.org/10.4236/ojbm.2017.54052>
- Kober, R., & Northcott, D. (2021). Testing cause-and-effect relationships within a balanced scorecard. *Accounting & Finance*, 61, 1815–1849. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/acfi.12645>
- Leite, H., & Hodgkinson, I. R. (2021). Telemedicine co-design and value co-creation in public health care. *Australian Journal of Public Administration*, 80(2), 300–323. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/1467-8500.12473>
- Marcu, G. (2020). New Perspectives in Developing the Balance Scorecard Concept. *Buletin Stiintific*, 25(1), 33–40. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.2478/bsaft-2020-0005>
- Mitchell, O., Malatzky, C., Bourke, L., & Farmer, J. (2018). A modified Continuous Quality Improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services. *Australian Journal of Rural Health*, 26(3), 206–210. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/ajr.12409>

- Nazar, R., Meo, M. S., & Ali, S. (2020). Role of public health and trade for achieving sustainable development goals. *Journal of Public Affairs (14723891)*, 1-11 <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/pa.2585>.
- Oliveira, H. C., Rodrigues, L. L., & Craig, R. (2020). Bureaucracy and the balanced scorecard in health care settings. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(3), 247–259. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/IJHCOA-07-2019-0121>
- Papavasiliou, S., Reaiche, C., & Papavasiliou, S. (2021). Digital health and patient-centred care: A digital systems view. *Systems Research & Behavioral Science*, 38(2), 231–245. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/sres.2726>
- Pfiffner, R. (2020). Measuring quality for human service improvement: How nonprofits meet the quality requirements of public authorities. *Nonprofit Management & Leadership*, 31(1), 103–127. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/nml.21416>
- Sharma, B., & Gadenne, D. (2011). Balanced Scorecard Implementation in a Local Government Authority: Issues and Challenges. *Australian Journal of Public Administration*, 70(2), 167–184. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/j.1467-8500.2011.00718.x>
- Smith, M. & Loonam, J. (2016). Exploring strategic execution : A case study on the use of the balanced scorecard within an Irish hospital. *Journal of Strategy and Management*, 9(4), 406–428. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/JSMA-11-2015-0094>
- Trotta, A., Cardamone, E., Cavallaro, G., & Mauro, M. (2013). Applying the Balanced Scorecard approach in teaching hospitals: a literature review and conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(2), 181–201. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/hpm.2132>
- Tsalis, A. T., Nikolaou, E. I., Grigoroudis, E., & Tsagarakis, P. K. (2015). A dynamic sustainability Balanced Scorecard methodology as a navigator for exploring the dynamics and complexity of corporate sustainability strategy. *Civil Engineering & Environmental Systems*, 32(4), 281–300. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1080/10286608.2015.1006129>
- Wake, N. J. (2015). The use of the balanced scorecard to measure knowledge work. *International Journal of Productivity & Performance Management*, 64(4), 590–602. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/IJPPM-08-2012-0091>
- World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development & International Bank for Reconstruction and Development. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>
- Zawawi, N. H. M., & Hoque, Z. (2020). The Implementation and Adaptation of the Balanced Scorecard in a Government Agency. *Australian Accounting Review*, 30(1), 65–79. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/auar.12281>
- Ziadlou, D. (2021), "Strategies during digital transformation to make progress in achievement of sustainable development by 2030", *Leadership in Health Services*, 34(4), pp. 375-391. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/LHS-08-2020-0056>