

**”أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين
كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية“**

إعداد الطالب/

ناصر عبد الهادي آل جارالله

٢٥٣٠٠٢٨٥٧

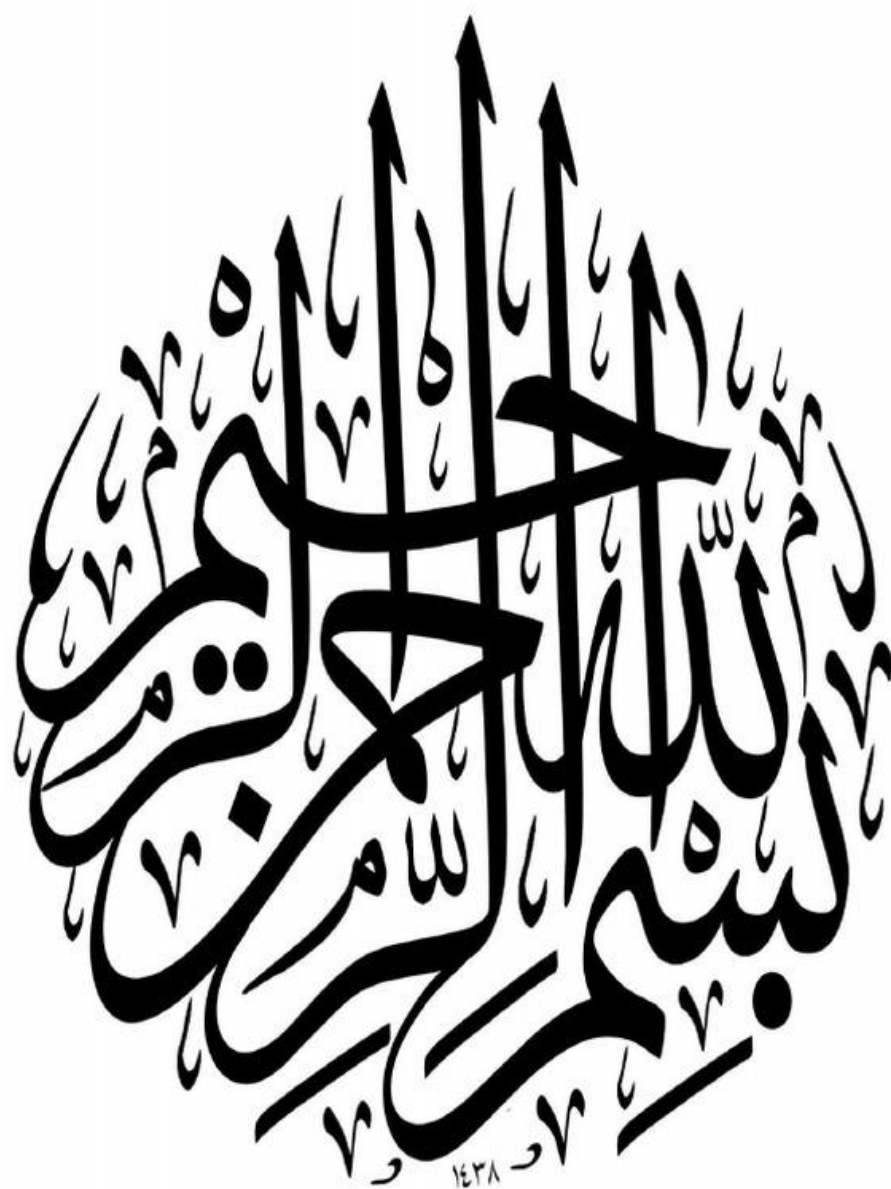
إشراف/

أ.د. الفیصل عبد الحمید محمد

أ.د. فايز علي جراد

العام الدراسي:

٢٠٢٦



الشكر والتقدير

الحمد لله أولاً وآخراً، الذي وفقني لإتمام هذه الرسالة،
وأسأله سبحانه أن يجعلها خالصة لوجهه الكريم ونافعةً بعلمها.

أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان

إلى كل من ساندني ووقف إلى جانبي خلال مسيرتي العلمية،

ولكل من قدم لي العون والمشورة والدعم،

فكان لهم بعد الله سبحانه وتعالى الأثر الكبير في إتمام هذا العمل

كما أود أن أعبر عن خالص شكري وتقديري لجامعة ميداوثن،

وأشكر جميع الدكاترة أعضاء هيئة التدريس الذين ساهموا في إثراء تجربتي التعليمية،

وخصوصاً أ.د. الفیصل عبد الحمید، و أ.د. فايز علي جراد،

كما أود أن أوجه الشكر الى عائلتي واصدقائي الأعزاء الذين كانوا دائماً بجانبني في كل
خطوة من انجاز هذا العمل.

كما أوجه الشكر الى جميع زملائي في الدراسة الذين شاركوني الأفكار والنقاشات

المثمرة وساهموا في خلق بيئة تعليمية محفزة.

اهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى والديّ الغاليين،

حفظهما الله وأطال في عمرهما،

تقديرًا لما بذلاه من دعمٍ لا محدود،

ودعاءً صادق، وتشجيعٍ مستمر كان له أعظم الأثر في تحفيزي

على مواصلة الطريق وتجاوز التحديات.

أسأل الله أن يجزي الجميع عني خير الجزاء، وأن يكتب لهم الأجر

والتواب.

والله ولي التوفيق،

جدول المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	جدول المحتويات
د	قائمة الجداول
هـ	قائمة الاشكال
و	الملخص
الفصل الأول: المقدمة وخلفية الدراسة	
١	المقدمة
٢	مشكلة الدراسة
٣	أولاً: الأهمية العلمية
٣	ثانياً: الأهمية التطبيقية
٤	أهداف الدراسة
٤	تساؤلات الدراسة
٥	فرضيات الدراسة
٦	النظرية العلمية للدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
١٠	الدراسات السابقة
١٦	التعقيب على الدراسات السابقة
١٨	المنطلقات النظرية للبحث
١٩	الإطار النظري
١٩	المبحث الأول: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي
١٩	المطلب الأول: الإطار المفاهيمي للشراكة بين القطاعين العام والخاص
٢٠	المطلب الثاني: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي
٢١	المطلب الثالث: أهمية الشراكة الصحية وأهدافها
٢٢	المطلب الرابع: محددات فاعلية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية
٢٢	المبحث الثاني: أبعاد الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية

٢٣	المطلب الأول: التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص
٢٤	المطلب الثاني: الدعم المالي والاستثماري
٢٥	المطلب الثالث: الحوكمة والتنظيم
٢٦	المطلب الرابع: إدارة المخاطر
٢٧	المطلب الخامس: التكامل بين أبعاد الشراكة الصحية
٢٧	المبحث الثالث: كفاءة وجودة الخدمات الصحية
٢٧	المطلب الأول: كفاءة الخدمات الصحية
٢٩	المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية
٣٠	المطلب الثالث: العلاقة بين كفاءة وجودة الخدمات الصحية
٣٠	المبحث الرابع: أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على كفاءة وجودة الخدمات الصحية
٣٠	المطلب الأول: أثر الشراكة الصحية على كفاءة الخدمات الصحية
٣١	المطلب الثاني: أثر الشراكة الصحية على جودة الخدمات الصحية
٣٢	المطلب الثالث: الأثر التكاملي لأبعاد الشراكة على كفاءة وجودة الخدمات الصحية
٣٢	المطلب الرابع: مبررات اختبار أثر الشراكة ميدانيًا في المؤسسات الصحية
٣٣	واقع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية
الفصل الثالث: المنهجية وطرق البحث	
٣٧	منهج البحث
٣٧	مجتمع الدراسة
٣٩	عينة الدراسة
٣٩	تحديد حجم العينة
٣٩	معايير اختيار أفراد العينة
٣٩	مصادر جمع البيانات
٤٠	أدوات الدراسة
٤٠	حدود الدراسة
٤٠	التحليل الإحصائي المستخدم:
٤١	اختبار الثبات

٤٢	صدق الاستبانة
الفصل الرابع: الدراسة الميدانية	
٤٧	اولاً: التحليل الوصفي للدراسة
٥٢	ثانياً: تحليل آراء افراد عينة الدراسة
٥٣	اولا : الشراكة بين القطاعين العام والخاص
٥٨	ثانيا : المتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية)
٦١	ثالثاً: اختبار الفرضيات
٦٥	نتائج الدراسة
٦٦	توصيات الدراسة
٦٧	الحلول والمقترحات المستقبلية
٦٧	الخاتمة
٧٠	المراجع العربية
٧١	المراجع الإنجليزية

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	صفحة
جدول (٣-١)	معامل ألفا كرو نباخ لقياس ثبات الاستبانة	٤١
جدول (٣-٢)	يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات متغير الشراكة بين القطاعين والدرجة الكلية للمتغير	٤٢
جدول (٣-٣)	يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات متغير كفاءة وجودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية للمتغير	٤٣
جدول (٣-٤)	معامل الارتباط بين درجة كل متغير من متغيرات الدراسة والدرجة الكلية للاستبانة	٤٤
جدول (٤-٥)	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	٤٧
جدول (٤-٦)	توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	٤٨
جدول (٤-٧)	توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	٤٨
جدول (٤-٨)	توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل	٤٩
جدول (٤-٩)	توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي	٥١
جدول (٤-١٠)	توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	٥١
جدول (٤-١١)	الحدود الحقيقية لفئات المتوسط الحسابي	٥٢
جدول (٤-١٢)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لفقرات الشراكة بين القطاعين العام والخاص	٥٣
جدول (٤-١٣)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لفقرات كفاءة وجودة الخدمات الصحية	٥٨
جدول (٤-١٤)	ارتباط الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها بالمتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية)	٦٢
جدول (٤-١٥)	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للتعاون والتنسيق بين القطاعين على السلامة التشغيلية	٦٢
جدول (٤-١٦)	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للدعم المالي والاستثماري على كفاءة وجودة الخدمات الصحية	٦٣
جدول (٤-١٧)	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للحوكمة والتنظيم على كفاءة وجودة الخدمات الصحية	٦٣
جدول (٤-١٨)	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لإدارة المخاطر على كفاءة وجودة الخدمات الصحية	٦٤
جدول (٤-١٩)	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على كفاءة وجودة الخدمات الصحية	٦٤

قائمة الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
٥	نموذج الدراسة	شكل (١-١)
٤٧	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	شكل (٢-٤)
٤٨	توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	شكل (٣-٤)
٤٨	توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	شكل (٤-٤)
٤٩	توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل	شكل (٥-٤)
٥٠	توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي	شكل (٦-٤)
٥١	توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	شكل (٧-٤)

الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، بالتطبيق على مدينة الرياض نموذجاً. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداة لجمع البيانات من عينة بلغت (٣٨٤) فرداً من العاملين في القطاع الحكومي والقطاع الخاص والجهات الصحية العاملة بنظام الشراكة. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 26)، بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية ومعامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي البسيط. وأظهرت النتائج أن مستوى تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص جاء مرتفعاً، كما جاء مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية مرتفعاً. وبينت النتائج وجود علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين الشراكة وكفاءة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط الكلي (٠.٧٨٢)، كما أظهرت نتائج الانحدار أن الشراكة بأبعادها مجتمعة تفسر ما نسبته (٦١.١٪) من التباين في كفاءة وجودة الخدمات الصحية. وأوصت الدراسة بتعزيز التنسيق بين الشركاء، وتطوير تبادل البيانات الصحية، ودعم الحوكمة وإدارة المخاطر، وتوسيع الاستثمارات في البنية التحتية والتقنيات الصحية.

الكلمات المفتاحية: الشراكة، القطاع الصحي، كفاءة الخدمات، جودة الرعاية، مدينة الرياض.

الفصل الأول
المقدمة وخلفية الدراسة

المقدمة

أصبحت إدارة الخدمات الصحية في الوقت المعاصر تركز على القدرة على تحقيق توازن عملي بين جودة الرعاية المقدمة وكفاءة توظيف الموارد المتاحة. فالمؤسسات الصحية لا تقاس فاعليتها بحجم ما تقدمه من خدمات فحسب، بل بمدى قدرتها على تقديم رعاية آمنة ومنظمة تستجيب لاحتياجات المستفيدين، مع المحافظة على استدامة الموارد البشرية والمالية والتقنية. ومن هنا برزت الحاجة إلى نماذج إدارية تسهم في تطوير أداء المؤسسات الصحية وتوسيع قدرتها على تقديم خدمات ذات قيمة للمجتمع.

وتعد الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحد هذه النماذج؛ إذ تقوم على توحيد الجهود بين الطرفين في مجالات التخطيط والتمويل والتشغيل والتطوير، بما يتيح الاستفادة من الدور التنظيمي للقطاع العام والخبرات التشغيلية والاستثمارية للقطاع الخاص، وتزداد فاعلية هذه الشراكة عندما تستند إلى تنسيق مؤسسي واضح، وحوكمة تضمن المساءلة، وإدارة متوازنة للمخاطر، بما يوجه الموارد نحو تحسين العمليات والخدمات الصحية.

وفي هذا السياق، تكتسب دراسة أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص أهمية علمية لأنها تسهم في فهم مدى انعكاسها على كفاءة الخدمات الصحية وجودة الرعاية المقدمة، لذلك تتناول الدراسة الحالية هذا الأثر في المؤسسات الصحية بمدينة الرياض، من خلال تحليل أبعاد الشراكة وعلاقتها بتحسين الأداء الصحي.

مشكلة الدراسة

تواجه المؤسسات الصحية في مختلف الدول تحديات متزايدة ترتبط بارتفاع الطلب على الخدمات الصحية، وتنوع احتياجات المستفيدين، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، الأمر الذي يفرض ضرورة البحث عن أساليب إدارية وتمويلية تسهم في رفع كفاءة الخدمات وتحسين جودتها. وفي المملكة العربية السعودية، تبرز الحاجة إلى تطوير أداء المؤسسات الصحية من خلال تحسين استغلال الموارد، وتعزيز سرعة تقديم الخدمات، وتطوير البنية التحتية والتجهيزات الصحية، بما يحقق رعاية صحية أكثر كفاءة وقدرة على الاستجابة لاحتياجات المستفيدين.

وتعد الشراكة بين القطاعين العام والخاص من الآليات التي يمكن أن تسهم في دعم تطوير الخدمات الصحية، من خلال تكامل الأدوار بين الجهات الحكومية والقطاع الخاص في التمويل والتشغيل والتطوير، والاستفادة من الخبرات الإدارية والتقنية والاستثمارية المتاحة. غير أن فاعلية هذه الشراكات لا ترتبط بمجرد مشاركة القطاع الخاص، بل تتأثر بمستوى التعاون والتنسيق بين

الأطراف، وتوافر الدعم المالي والاستثماري، ووضوح الأطر التنظيمية، وفعالية الحوكمة وإدارة المخاطر.

وعلى الرغم من أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي، فإن الحاجة ما تزال قائمة إلى التحقق ميدانياً من مدى إسهامها في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي: ما أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية؟

أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهمية كبيرة نظراً للدور المحوري الذي يمكن أن تلعبه الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تعزيز كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. فمع تزايد الطلب على الرعاية الصحية وتنوع احتياجات المستفيدين، يمثل فهم أثر هذه الشراكات وتحليلها خطوة ضرورية لتحديد مدى فعاليتها في تحسين الأداء التشغيلي والخدمات العلاجية والوقائية. كما تساهم الدراسة في تسليط الضوء على الممارسات الإدارية والتشغيلية التي يمكن أن تحقق تكاملاً بين القطاعين لتعظيم الاستفادة من الموارد وتحسين تجربة المستفيدين، مع معالجة العقبات التي قد تحد من نجاح هذه الشراكات.

أولاً: الأهمية العلمية

تتمثل الأهمية العلمية للدراسة في تطوير المعرفة الأكاديمية حول آليات تطبيق الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي، وتقديم تقييم نقدي لمدى تأثير هذه الشراكات على كفاءة وجودة الخدمات الصحية. كما تساهم الدراسة في سد الفجوة البحثية المتعلقة بالتطبيقات العملية للشراكات في السياق السعودي، وتقديم إطار مرجعي يمكن للباحثين والمهتمين بالإدارة الصحية الاستناد إليه في الدراسات المستقبلية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة في توفير توصيات عملية لصانعي القرار في وزارة الصحة والمؤسسات الصحية الأخرى حول كيفية تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية عبر اعتماد الشراكات مع القطاع الخاص. كما تساعد النتائج في تحديد السياسات والاستراتيجيات التي تعزز استدامة هذه الشراكات وتدعم إدارة الموارد المالية والبشرية بشكل أكثر فعالية، بما ينعكس إيجاباً على رضا المستفيدين وتحقيق المخرجات الصحية المرجوة.

أهداف الدراسة

يكمُن الهدف الرئيسي للدراسة في التعرف على أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

وينبثق من الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية التالية:

- ١) التعرف على مستوى تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية.
- ٢) التعرف على مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية.
- ٣) قياس أثر التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٤) قياس أثر الدعم المالي والاستثماري على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٥) قياس أثر الحوكمة والتنظيم على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٦) قياس أثر إدارة المخاطر على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٧) قياس أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٨) تقديم مجموعة من التوصيات التي تسهم في تعزيز فعالية الشراكة بين القطاعين العام والخاص بما يدعم تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

تساؤلات الدراسة

تسعى الدراسة للإجابة عن التساؤل الرئيسي الآتي: ما أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية؟

وينبثق من التساؤل الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية، وهي:

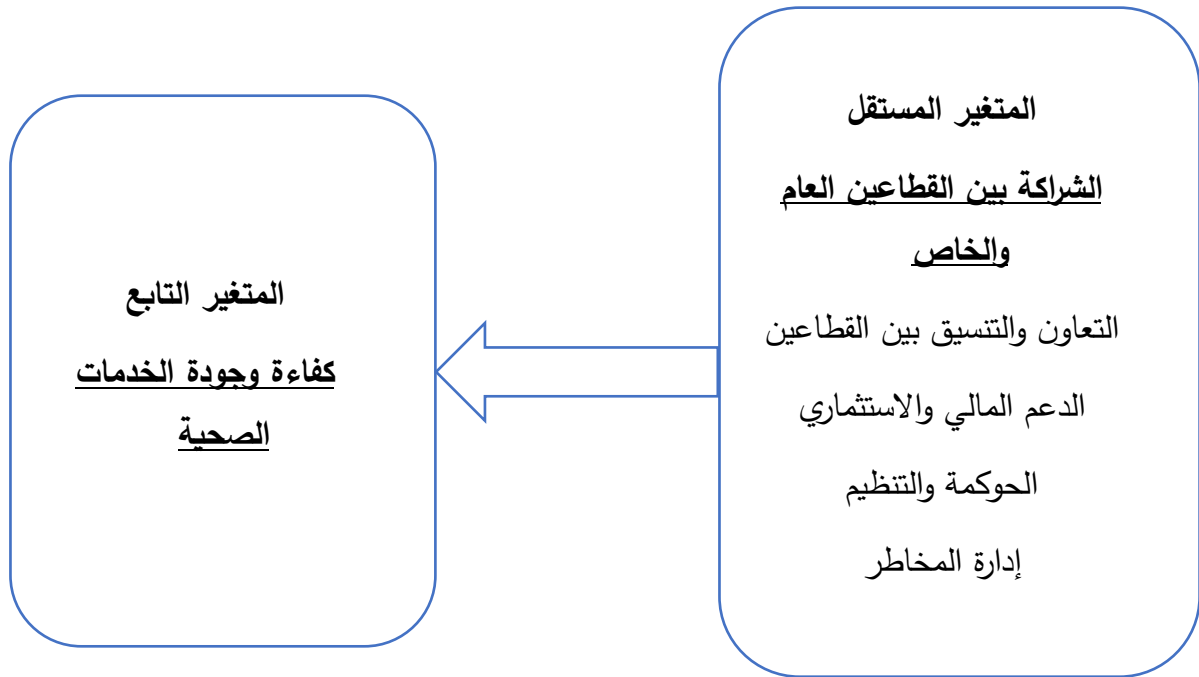
١. ما مستوى تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية؟
٢. ما مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية؟
٣. ما أثر التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية؟
٤. ما أثر الدعم المالي والاستثماري على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية؟

٥. ما أثر الحوكمة والتنظيم على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية؟

٦. ما أثر إدارة المخاطر على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية؟

فرضيات الدراسة

بناء على مشكلة الدراسة وأهدافها وكذلك الاستفادة من الدراسات السابقة، ومن أجل دراسة النموذج المعرفي والموضح بالشكل أدناه:



شكل ١: نموذج الدراسة

المصدر: من إعداد الباحث

وتم صياغة فرضيات البحث كالتالي:

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

وتنبثق من الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

١. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للتعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٢. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للدعم المالي والاستثماري على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٣. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للحوكمة والتنظيم على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٤. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة المخاطر على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٥. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على تحسين كفاءة الخدمات الصحية.

النظرية العلمية للدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى نظرية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، التي تقوم على فكرة تكامل الأدوار بين الجهات الحكومية والقطاع الخاص لتحقيق أهداف عامة ذات أولوية مجتمعية، مع الاستفادة من الإمكانيات التمويلية والإدارية والتقنية التي يمتلكها القطاع الخاص، مقابل احتفاظ القطاع العام بدوره في التخطيط والتنظيم والرقابة وحماية المصلحة العامة. وتفترض هذه النظرية أن نجاح الشراكة لا يعتمد على مشاركة طرفين في تنفيذ مشروع أو تقديم خدمة فحسب، بل يرتبط بمدى وضوح الأدوار والمسؤوليات، وتوافر الحوكمة الفاعلة، وتبادل المعلومات، وعدالة توزيع المخاطر، واستدامة التمويل.

وتتفق هذه النظرية مع طبيعة القطاع الصحي، إذ تتطلب الخدمات الصحية موارد بشرية ومالية وتقنية كبيرة، إلى جانب الحاجة المستمرة إلى تطوير البنية التحتية ورفع كفاءة العمليات وتحسين جودة الرعاية المقدمة للمستفيدين. ومن خلال الشراكة، يمكن للقطاع العام أن يستفيد من الخبرات التشغيلية والاستثمارية للقطاع الخاص، في حين يساهم القطاع الخاص في دعم التوسع في الخدمات وتطوير التجهيزات والتقنيات وتحسين إدارة الموارد، بما ينعكس على سرعة تقديم الخدمة وكفاءة الأداء ورضا المستفيدين.

كما ترتبط الدراسة بمبادئ نظرية الحوكمة، التي تؤكد أهمية التنظيم والشفافية والمساءلة والمتابعة في إدارة العلاقات بين الأطراف المختلفة. فوجود أطر تنظيمية واضحة وآليات رقابة فعالة يساعد على تقليل تضارب الاختصاصات، وضمان الالتزام بمعايير الجودة وسلامة المرضى، وتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد. كذلك تساهم إدارة المخاطر في دعم استمرارية الخدمات الصحية من خلال تحديد التحديات التشغيلية والمالية المحتملة، وتوزيع المسؤوليات بين الشركاء وفق قدرات كل طرف.

وبناءً على ذلك، تفترض الدراسة أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص، من خلال أبعادها المتمثلة في التعاون والتنسيق، والدعم المالي والاستثماري، والحوكمة والتنظيم، وإدارة المخاطر، تؤثر في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية. ويظهر هذا الأثر في رفع الإنتاجية التشغيلية، وتحسين

استغلال الموارد، وتقليل الوقت اللازم للحصول على الخدمة، وتعزيز جودة الرعاية الصحية، ورفع رضا المستفيدين، وتحسين تأهيل الكوادر الصحية، ودعم معايير سلامة المرضى.

وعليه، تمثل نظرية الشراكة بين القطاعين العام والخاص الإطار العلمي الرئيس للدراسة، لأنها تفسر العلاقة بين المتغير المستقل المتمثل في الشراكة بأبعادها المختلفة، والمتغير التابع المتمثل في كفاءة وجودة الخدمات الصحية. كما توفر هذه النظرية أساساً مناسباً لفهم نتائج الدراسة الميدانية وتفسير مدى إسهام الشراكات الصحية في دعم تطوير الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد

تحتل الشراكة بين القطاعين العام والخاص مكانة متقدمة ضمن التوجهات الحديثة لتطوير الأنظمة الصحية، بوصفها أحد الأساليب التي تجمع بين الدور التنظيمي والرقابي للقطاع العام، والخبرات الإدارية والقدرات الاستثمارية والتشغيلية التي يمتلكها القطاع الخاص. وتبرز أهمية هذه الشراكة في القطاع الصحي بوجه خاص؛ نظراً لما يشهده من تزايد في الطلب على الخدمات، وتنوع الاحتياجات العلاجية والوقائية، وارتفاع تكلفة التجهيزات والتقنيات الطبية، الأمر الذي يجعل تطوير الخدمات الصحية مسؤولية مشتركة تتطلب تكامل الأدوار والموارد بين مختلف الجهات ذات العلاقة.

ولا تقتصر الشراكة الصحية على توفير التمويل أو تنفيذ المشروعات، بل تمتد لتشمل تطوير البنية التحتية، وتحسين إدارة الموارد، وتعزيز التحول الرقمي، ورفع كفاءة الكوادر، وتطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى. كما أن نجاحها يرتبط بوجود أطر تنظيمية واضحة، وحوكمة فعالة، وآليات دقيقة لتوزيع المسؤوليات والمخاطر، بما يحقق التوازن بين تحقيق المصلحة العامة وضمان استدامة مشاركة القطاع الخاص. ومن هذا المنطلق، تمثل الشراكة أحد المسارات التي يمكن من خلالها دعم كفاءة الخدمات الصحية، من حيث سرعة الإنجاز، وحسن استغلال الموارد، ورفع الإنتاجية التشغيلية، وتقليل فترات الانتظار.

وفي المقابل، تعد جودة الخدمات الصحية محورياً أساسياً في تقييم أداء المؤسسات الصحية، لأنها ترتبط بمدى قدرة المؤسسة على تقديم رعاية آمنة وفعالة ومناسبة لاحتياجات المستفيدين. وتتأثر الجودة بعناصر متعددة، من أبرزها كفاءة العمليات، وتوافر التجهيزات، وتأهيل الكوادر، ورضا المستفيدين، والالتزام بالمعايير المهنية والتنظيمية. ولذلك فإن دراسة العلاقة بين الشراكة بين القطاعين العام والخاص وكفاءة وجودة الخدمات الصحية تكتسب أهمية علمية وتطبيقية، خاصة في ظل توجهات تطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية.

وانطلاقاً من ذلك، يتناول هذا الفصل الأسس النظرية المرتبطة بمفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص وأبعادها، ومفهوم كفاءة وجودة الخدمات الصحية ومؤشراتها، إلى جانب عرض الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة، بهدف بناء إطار معرفي يدعم تفسير نتائج الدراسة الميدانية وربطها بالمعطيات العلمية ذات العلاقة.

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات العربية

دراسة Almalki و Al-Hanawi (٢٠١٨) بعنوان: الشراكات والتعاون بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية: دراسة نوعية. هدفت الدراسة إلى تحديد التحديات والعقبات التي تواجه تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي السعودي، وبيان إسهامها في تحسين تقديم خدمات الرعاية الصحية. واعتمدت الدراسة المنهج النوعي، وشملت عينة قصدية مكونة من (١٣) مشاركاً من مديري المستشفيات الحكومية والخاصة والعاملين في المجال الصحي ممن لديهم معرفة بتطبيقات الشراكة. وُجمعت البيانات من خلال مقابلات شبه منظمة. وتوصلت الدراسة إلى أن الشراكة تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، وتقليل التكاليف، وتقاسم المخاطر، وتعزيز كفاءة تصميم وتنفيذ مشروعات البنية التحتية الصحية. كما أكدت أهمية تقاسم المخاطر في دعم الاستمرارية المالية والتشغيلية للمرافق الصحية، وأوصت بتوسيع الشراكات المنظمة بين القطاعين لتحقيق خدمات صحية أكثر جودة وكفاءة.

دراسة Al-Hanawi و Qattan (٢٠١٩) بعنوان: تحليل الشراكات بين القطاعين العام والخاص وتقديم الرعاية الصحية المستدامة في المملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى تقييم جدوى الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين تمويل الرعاية الصحية ومعايير تقديمها في المملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال مراجعة الأدبيات ومقارنة التجارب الدولية، مع التركيز على تجربة المملكة المتحدة وإمكانات الاستفادة منها في السياق السعودي. واستندت الدراسة إلى الوثائق والتقارير والدراسات المنشورة بوصفها مصادر للبيانات. وأوضحت النتائج أن الشراكة يمكن أن توفر مصادر تمويل بديلة وتدعم تحسين جودة الرعاية الصحية، إلا أن التكامل بين القطاعين يتطلب تنظيمًا دقيقًا يوازن بين الفوائد المتوقعة والمخاطر المحتملة. وأوصت الدراسة بإجراء تقييم مستمر للشراكات الصحية، ووضع ضوابط واضحة تضمن حماية المصلحة العامة وجودة الخدمة.

دراسة Al-Hanawi وآخرين (٢٠٢٠) بعنوان: معوقات تنفيذ الشراكات بين القطاعين العام والخاص في قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى استكشاف المعوقات التي قد تحد من نجاح تنفيذ الشراكات بين القطاعين العام والخاص في قطاع الرعاية الصحية السعودي. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، وشملت عينة مكونة من (٧٢) مشاركاً من ذوي الصلة بالقطاع الصحي. وتم جمع البيانات باستخدام استبيان تم اختباره مسبقاً، واعتمد مقياس ليكرت الخماسي لتقدير درجة تأثير المعوقات. وأظهرت النتائج أن المعوقات القانونية،

مثل تأخر الموافقات وتغير الأنظمة، تمثل من أبرز التحديات، إلى جانب ضعف الشفافية والمساءلة، ونقص الكوادر المؤهلة للتعامل مع المتطلبات التقنية للشراكات. وأوصت الدراسة بتطوير إطار قانوني وتنظيمي مستقر، وتعزيز الشفافية والمساءلة، ورفع كفاءة الكوادر المعنية بإدارة الشراكات الصحية.

دراسة Albuti (٢٠٢٠) بعنوان: إنشاء مؤشرات الأداء للشراكات بين القطاعين العام والخاص في الرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى اقتراح منهجية لتحديد وقياس مؤشرات الأداء المناسبة لتطبيقات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المستشفيات الثانوية. واعتمدت الدراسة منهجاً وصفيًا تحليليًا، ونُفذت عبر ثلاث مراحل شملت مراجعة الأدبيات، واختيار مؤشرات الأداء، وتقييم قابلية قياسها. واعتمدت الدراسة على آراء خبراء الصحة ومديري المستشفيات التجريبية، وجمعت البيانات من خلال تقنية دلفي والاستبيان. وأسفرت النتائج عن تحديد (٢٠) مؤشرًا قابلاً للتطبيق في عقود الشراكة، شملت جودة الرعاية، وسلامة المرضى، وسهولة الوصول إلى الخدمات، وكفاءة الأداء. وأوصت الدراسة بإدراج هذه المؤشرات ضمن العقود الصحية لضمان المتابعة الموضوعية لنتائج الشراكة وتحسين فاعليتها.

دراسة Rahman (٢٠٢٠) بعنوان: خصخصة نظام الرعاية الصحية في السعودية. هدفت الدراسة إلى تحليل دوافع خصخصة قطاع الرعاية الصحية وعلاقات القطاعين العام والخاص في المملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة مراجعة نطاق شاملة للمصادر المنشورة وغير المنشورة، بما في ذلك التقارير الرسمية ووثائق السياسات والمقالات الصحفية. ولم تعتمد الدراسة على عينة ميدانية، بل استندت إلى تحليل الوثائق والمصادر ذات الصلة بالسياسات الصحية. وأوضحت النتائج أن الخصخصة والشراكة قد تدعمان تطوير الخدمات، إلا أنهما قد ترتبطان بارتفاع النفقات أو تراجع العدالة في الحصول على الرعاية إذا لم تصاحبهما رقابة حكومية فاعلة. وأوصت الدراسة بتعزيز دور الجهات العامة في التنظيم والرقابة، بما يحقق التوازن بين مشاركة القطاع الخاص وضمان الرعاية الصحية الشاملة والميسرة.

دراسة Kashyap و Indurthy (٢٠٢٠) بعنوان: دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تعزيز نظام تقديم الرعاية الصحية أثناء جائحة كوفيد-١٩. هدفت الدراسة إلى تقييم إسهام الشراكات بين القطاعين في مواجهة الضغوط التي تعرضت لها الخدمات الصحية أثناء جائحة كوفيد-١٩ في الهند. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بالاستناد إلى بيانات البنية التحتية الصحية، وعدد الأسرة، والقوى العاملة، والقدرات المخبرية. واستخدمت الوثائق والبيانات الثانوية أداة لجمع المعلومات. وأظهرت النتائج أن الشراكات أسهمت في زيادة الطاقة الاستيعابية للمستشفيات، وتحسين توافر التجهيزات، وتعزيز توزيع الكوادر الطبية، ورفع قدرة النظام الصحي على الاستجابة

للأزمات. وأوصت الدراسة بتعزيز الشراكات الصحية بوصفها أداة داعمة لاستمرارية الخدمات في حالات الطوارئ.

دراسة Tabrizi وآخرين (٢٠٢٠) بعنوان: سياسة الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الرعاية الصحية الأولية: مراجعة شاملة. هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية إدماج القطاع الخاص في مراكز الرعاية الصحية الأولية من حيث تحسين الوصول إلى الخدمة والجودة والكفاءة. واعتمدت الدراسة المنهجية على مراجعة شاملة للبحوث المنشورة خلال الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٩. وشملت الدراسة (١٠٨) مقالات تناولت نتائج الشراكات في الرعاية الصحية الأولية في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، واعتمدت استمارة تحليل للمحتوى لاستخلاص النتائج. وأظهرت النتائج أن الشراكات أسهمت في تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الأولية، وتحقيق منافع اقتصادية، ورفع جودة الخدمات المقدمة. وأوصت الدراسة بالاستفادة من التجارب الدولية عند تصميم نماذج الشراكة وتقييم مدى ملاءمتها لاحتياجات النظم الصحية المحلية.

دراسة بن صالح (٢٠٢١) بعنوان: أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تطوير الطاقات المتجددة لتحقيق الاستدامة: مدينة الملك عبد الله أنموذجاً. هدفت الدراسة إلى بيان دور الشراكة بين القطاعين في تطوير وتوطين تقنيات الطاقة المتجددة وتحقيق الاستدامة. واعتمدت الدراسة منهج دراسة الحالة، وركزت على مدينة الملك عبد الله بوصفها نموذجاً للتطبيق. واستندت البيانات إلى الوثائق والتقارير والمصادر المتعلقة بالمشروع. وأظهرت النتائج أن الشراكات تمثل أداة مهمة لتوفير التمويل والخبرات اللازمة لدعم التحول الطاقوي وتحقيق استدامة أكثر فاعلية. وأوصت الدراسة بتوسيع نطاق الشراكات لدعم الابتكار والاستثمار في القطاعات التنموية، وهي نتيجة تبرز أهمية التكامل بين التمويل والتنظيم والخبرة الفنية في نجاح الشراكات.

دراسة المعاوي وآخرين (٢٠٢١) بعنوان: تأثير الشراكة بين القطاع العام والخاص على مستوى جودة الخدمات: دراسة ميدانية على النقل المدرسي بمحافظة المخوة. هدفت الدراسة إلى تقييم أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في جودة خدمات النقل المدرسي. واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي الميداني، وشملت عينة مكونة من (٣٣٨) طالباً من المرحلة المتوسطة. وجمعت البيانات من خلال أدوات تقويم جودة الخدمة والمقارنة بين الحافلات التي تعمل في إطار الشراكة والحافلات الخاصة. وأظهرت النتائج ارتفاع مستوى جودة الخدمات في الحافلات المشغلة بالشراكة، مع تحسن رضا المستفيدين وإجراءات الأمن والسلامة. وأوصت الدراسة بتوسيع تفاعل القطاعين في الخدمات العامة لتعزيز الجودة وتحسين مؤشرات الأداء.

دراسة Alkhamis وآخرين (٢٠٢١) بعنوان: خصخصة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية: الفرص والتحديات. هدفت الدراسة إلى تحليل فرص وتحديات خصخصة الرعاية الصحية من خلال ترتيبات الشراكة بين القطاعين العام والخاص. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال مراجعة نماذج الخصخصة وتقييم مسارات تنفيذها، مثل التحول إلى الشركات، والتجميع، وبرامج شراء الخدمات، والصحة الإلكترونية. واستندت الدراسة إلى الأدبيات والتقارير والسياسات ذات العلاقة. وأوضحت النتائج أن الشراكات تحمل فرصاً لتحسين الخدمات الصحية، إلا أن نجاحها يتطلب معالجة التحديات التنظيمية والتشغيلية والمالية. وأوصت الدراسة بتطوير نماذج أكثر شمولاً واستدامة تدعم الأداء الاقتصادي وتحافظ على جودة الرعاية الصحية.

دراسة خيري (٢٠٢٢) بعنوان: أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر. هدفت الدراسة إلى استكشاف دور الشراكة بين القطاعين في تعزيز التغطية الصحية الشاملة في الجزائر. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستندت إلى تحليل مساهمات القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية وتوفير الأدوية وتمويل النفقات الصحية. واستخدمت الوثائق والتقارير والمصادر المنشورة أداة لجمع البيانات. وأظهرت النتائج أن الشراكة يمكن أن تسهم في تنظيم الخدمات الصحية وتوسيع نطاقها في مختلف المناطق والمستويات الصحية، مع دعم استمرارية التمويل. وأوصت الدراسة بتعزيز الشراكات المنظمة لضمان استدامة التغطية الصحية وتحسين جودة الخدمات.

دراسة Khan و Nasrulddin (٢٠٢٢) بعنوان: الخصخصة، والتحول إلى الشركات، والشراكة بين القطاعين العام والخاص في المملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى تقييم أثر الخصخصة والشراكة بين القطاعين العام والخاص في كفاءة مستشفيات وزارة الصحة خلال الفترة ١٩٧٩-٢٠٢٠. واعتمدت الدراسة المنهج الكمي التحليلي، وشملت بيانات مستشفيات وزارة الصحة خلال فترة الدراسة. واستخدمت الدراسة تحليل مغلف البيانات لقياس الكفاءة والإنتاجية، إلى جانب نموذج انحدار Tobit لتحليل العوامل المؤثرة في الكفاءة. وأظهرت النتائج أن المستشفيات ذات المستويات الأعلى من التحول المؤسسي والشراكة حققت مستويات أفضل من الكفاءة، مع وجود فروق أكثر وضوحاً بين المستشفيات الأقل فاعلية. وأوصت الدراسة بتحفيز التحول المؤسسي، ومواءمة مقاييس الأداء، وتعزيز الشراكات التي تدعم الكفاءة الاقتصادية وجودة الخدمات الصحية.

دراسة لشهب وتونسي (٢٠٢٣) بعنوان: واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص. هدفت الدراسة إلى تقييم واقع الخدمات الصحية في مؤسستين صحييتين، هما المستشفى العمومي الأمير عبد القادر بوادي الزناتي والعيادة الخاصة ماسينيسا. واعتمدت الدراسة المنهج

الوصفي التحليلي، وشملت عينة قصدية مكونة من (٦١) مريضاً. وتم جمع البيانات باستخدام المقابلات والاستبيانات. وأظهرت النتائج أن مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات بلغ مستوى مقبولاً، مع وجود بعض المشكلات الإدارية والفنية التي تؤثر في تجربة المرضى. وأوصت الدراسة بمواصلة تطوير الخدمات، ومعالجة المشكلات الإدارية والتنظيمية، بما يضمن تقديم رعاية أكثر تكاملاً وفعالية.

دراسة Aldabaan وآخرين (٢٠٢٣) بعنوان: دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تشكيل القوى العاملة في قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى تحليل دور الشراكات في تطوير القوى العاملة الصحية من خلال التعليم والتدريب المهني وتحسين توزيع الموارد البشرية. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستندت إلى تحليل الاستراتيجيات والبرامج المرتبطة بتنمية القوى العاملة الصحية. واستخدمت الوثائق والسياسات والمصادر المنشورة أداة لجمع البيانات. وأوضحت النتائج أن الشراكات تسهم في تعزيز التدريب، ومعالجة بعض أوجه النقص في الكوادر، وتحسين الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة. وأوصت الدراسة بتوسيع الشراكات التي تستهدف تنمية الكفاءات الصحية وضمان مواءمة القوى العاملة مع الاحتياجات الفعلية للخدمات.

دراسة Aldawsari و Alharbi (٢٠٢٣) بعنوان: تصورات الأطباء للشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال الرعاية الصحية. هدفت الدراسة إلى تقييم وعي الأطباء بمبادرات الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وتحديد تصوراتهم حول فوائدها وتحدياتها في القطاع الصحي. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، وشملت عينة مكونة من (٦٠) من المتخصصين الصحيين، من الاستشاريين والمقيمين والممرضين في مرافق صحية عامة وخاصة بمدينة الرياض. وجمعت البيانات باستخدام الاستبيان. وأظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من المشاركين تمتلك فهماً لمبادئ الشراكة، وترى أنها يمكن أن تحسن الوصول إلى الرعاية الصحية عالية الجودة، خاصة في خدمات الرعاية الأولية والطوارئ. كما كشفت النتائج عن تحديات ترتبط بنقص الاستراتيجيات والسياسات المؤسسية المنظمة للشراكات. وأوصت الدراسة برفع الوعي لدى الكوادر الصحية وتطوير السياسات المؤسسية اللازمة لإدارة الشراكات.

دراسة Alqusumi (٢٠٢٤) بعنوان: تحويل الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال التخطيط الاستراتيجي والابتكار. هدفت الدراسة إلى تحليل التحول في الرعاية الصحية بالمملكة مع التركيز على دور التخطيط الاستراتيجي والابتكار. واعتمدت الدراسة مراجعة نطاقية للأدبيات، إلى جانب تحليل التقارير الحكومية والسياسات والاستراتيجيات الصحية. واستندت الدراسة إلى الوثائق

والتقارير الرسمية والمصادر العلمية بوصفها أدوات لجمع البيانات. وأظهرت النتائج أن تطوير الرعاية الصحية يرتبط بتعزيز التغطية الصحية وإدارة التكاليف والاستفادة من الابتكار والتقنيات الحديثة، مع وجود دور مهم للتشريعات المنظمة لمشاركة القطاع الخاص. وأوصت الدراسة باستمرار البحوث التطبيقية لمعالجة التحديات المرتبطة بالتحول الصحي وتحسين نتائج المرضى والكفاءة وسهولة الوصول للخدمة.

دراسة العتيبي وآخرين (٢٠٢٥) بعنوان: أثر الشراكة بين القطاعين الخاص والعام على مستوى الخدمات الطبية المقدمة: دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للخطوط الجوية العربية السعودية ومجموعة فقيه الطبية. هدفت الدراسة إلى تحليل أثر الشراكة الاستراتيجية بين المؤسسة العامة للخطوط الجوية العربية السعودية ومجموعة فقيه الطبية في جودة خدمات الرعاية الصحية، مع التركيز على كفاءة جدولة المواعيد ووقت الانتظار وكفاءة الفحص الطبي. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وشملت عينة مكونة من (٣٨٦) فردًا. وجمعت البيانات من خلال الاستبيان، ثم عولجت باستخدام نماذج الانحدار في برنامج SPSS. وأظهرت النتائج وجود أثر إيجابي للشراكة في تحسين جودة الخدمات وكفاءتها، حيث بلغت معاملات الانحدار المتعلقة بجدولة المواعيد ووقت الانتظار وكفاءة الفحص الطبي (٠.٢٨٩) و(٠.٤٦٦) و(٠.٤٨٥) على التوالي. وأوصت الدراسة بتعزيز الشراكات الصحية التي تسهم في رفع رضا المستفيدين وتحسين الأداء المؤسسي.

ثانيًا: الدراسات الأجنبية

دراسة Calu (٢٠١١) بعنوان: بحث تجريبي حول الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المستشفيات العامة في رومانيا. هدفت الدراسة إلى استكشاف دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تعزيز أداء المستشفيات العامة في رومانيا خلال الأزمة المالية العالمية. واعتمدت الدراسة منهجًا يجمع بين مراجعة الأدبيات القانونية والمهنية والمسح التجريبي. وشملت الدراسة عددًا من المستشفيات العامة، وجمعت البيانات باستخدام استبيان موجه للمؤسسات الصحية. وأظهرت النتائج أن الشراكة يمكن أن تحسن أداء المستشفيات بغض النظر عن عدد الأسرة أو حجم المرضى أو درجة تعقيد الحالات. وأوصت الدراسة بتطوير نماذج شراكة تدعم استمرارية الخدمات وتحسن الجودة وتحد من تراجع الأداء في الظروف الاقتصادية الصعبة.

دراسة Ranganadhan (٢٠١٨) بعنوان: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في قطاع الصحة: فرص لتحسين تقديم الرعاية الصحية. هدفت الدراسة إلى استكشاف فرص تعزيز تقديم الرعاية الصحية عبر الشراكات بين القطاعين في الهند، في ضوء نقص الكوادر والبنية التحتية في المرافق الصحية العامة. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بالاستناد إلى مراجعة ميدانية

ومصادر ثانوية حول مبادرات الشراكة. واعتمدت الوثائق والسجلات الصحية الإلكترونية والمبادرات المرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية للشركات مصادر للبيانات. وأظهرت النتائج أن القطاع الخاص يمكن أن يسهم في إدارة خدمات السجلات الصحية الإلكترونية، وتحسين الوصول إلى الرعاية، وتطوير جودة الخدمات، وتوسيع فرص الاستثمار الصحي. وأوصت الدراسة بتعزيز الشراكات التي تدعم الابتكار والكفاءة وتحسن نتائج الرعاية الصحية على المستوى الوطني.

دراسة Abdul وآخرين (٢٠٢٤) بعنوان: الشراكات بين القطاعين العام والخاص في ابتكار قطاع الصحة: دروس من جميع أنحاء العالم. هدفت الدراسة إلى تلخيص التجارب العالمية للشراكات بين القطاعين العام والخاص في تعزيز الابتكار الصحي، مع التركيز على الحوكمة والأهداف والمساءلة المتبادلة. واعتمدت الدراسة مراجعة شاملة للأدبيات وحالات دولية متعددة، من بينها برنامج NHS Innovation Accelerator في المملكة المتحدة ومشروعات Medicines for Malaria Venture و CEPI. واستندت الدراسة إلى الوثائق والتقارير والدراسات المنشورة المتعلقة بهذه التجارب. وأظهرت النتائج أن الشراكات أسهمت في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، ورفع كفاءة العمليات، ودعم الابتكار، مع استمرار تحديات التمويل والأطر التنظيمية واختلاف مصالح الأطراف. وأوصت الدراسة بتبني سياسات تعزز الشفافية والمشاركة والمساءلة، والاستفادة من الدروس الدولية عند تصميم الشراكات الصحية المستدامة.

التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة العربية والأجنبية، يتضح وجود اهتمام متزايد بموضوع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي، حيث ركزت معظم الدراسات على تحليل دور هذه الشراكات في تحسين جودة الخدمات الصحية، ورفع كفاءة الأداء، ومعالجة التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية. وقد أجمعت العديد من الدراسات مثل (Almalki & Al-Hanawi, 2018) و (Al-Hanawi et al., 2020) و (Aldawsari & Alharbi, 2023) على أن الشراكات تسهم بشكل مباشر في تحسين جودة الخدمات وتقليل التكاليف وتعزيز الكفاءة التشغيلية، وهو ما يتفق مع التوجه العام للدراسة الحالية التي تسعى إلى قياس أثر هذه الشراكات على الكفاءة والجودة في السياق السعودي.

كما تتشابه الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة في اعتمادها على البيئة السعودية كمجال تطبيقي، مثل دراسات (Alonazi, 2017) و (Khan & Nasrulddin, 2022) و (Alkhamis et al., 2021)، والتي تناولت الشراكات من زوايا مختلفة كإدارة المخاطر، والخصخصة، وكفاءة المستشفيات. إلا أن هذه الدراسات ركزت غالباً على جوانب جزئية أو تحليل سياساتي أو نماذج

قياس كفاءة، دون الربط المتكامل بين متغيري الكفاءة وجودة الخدمات الصحية بشكل تطبيقي ومباشر، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى معالجته بشكل أكثر شمولية.

وفي المقابل، تظهر بعض أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، حيث اعتمدت بعض الدراسات على المنهج النوعي مثل (Almalki & Al-Hanawi, 2018)، بينما استخدمت أخرى المنهج الوصفي التحليلي أو المراجعات النظرية مثل (Alqusumi, 2024) و (Rahman, 2020)، في حين أن الدراسة الحالية تتجه نحو تقديم معالجة ميدانية كمية تربط بين متغيرات محددة قابلة للقياس (الكفاءة وجودة الخدمات) في إطار الشراكات الصحية. كذلك، تناولت بعض الدراسات قطاعات غير صحية مثل دراسة (المعاوي وآخرون، ٢٠٢١) في مجال النقل، مما يحد من إمكانية تعميم نتائجها على القطاع الصحي، وهو ما يعزز الحاجة إلى دراسات متخصصة في المجال الصحي تحديداً.

وعلى المستوى الدولي، أكدت الدراسات الأجنبية مثل (Tabrizi et al., 2020) و (Ranganadhan, 2018) و (Indurthy & Kashyap, 2020) على أهمية الشراكات في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتعزيز الاستجابة للأزمات ورفع كفاءة الأنظمة الصحية، إلا أنها ركزت على تجارب دولية مختلفة (مثل الهند ودول منخفضة ومتوسطة الدخل)، وهو ما يبرز اختلاف السياق المؤسسي والتنظيمي مقارنة بالمملكة العربية السعودية، وبالتالي تبرز أهمية الدراسة الحالية في تقديم تحليل يتلاءم مع الخصوصية المحلية للنظام الصحي السعودي.

ومن خلال هذا العرض، يمكن تحديد الفجوة البحثية في أن معظم الدراسات السابقة إما ركزت على جانب واحد من الشراكات (مثل التحديات أو الكفاءة أو الجودة بشكل منفصل)، أو اعتمدت على أساليب تحليل نظرية أو نوعية، أو تناولت سياقات غير سعودية. كما أن هناك ندرة نسبية في الدراسات التي تجمع بين قياس أثر الشراكات على كل من الكفاءة وجودة الخدمات الصحية بشكل متكامل في إطار ميداني تطبيقي داخل المملكة.

وعليه، تتميز الدراسة الحالية بأنها تسعى إلى سد هذه الفجوة من خلال تقديم نموذج تحليلي ميداني يربط بين الشراكة بين القطاعين العام والخاص كمتغير مستقل، وكل من كفاءة الخدمات الصحية وجودتها كمتغيرات تابعة، مع التركيز على البيئة السعودية. كما تتميز بتبنيها منهجاً كمياً تحليلياً يعتمد على جمع البيانات من الميدان، مما يمنح نتائجها قدرًا أكبر من الدقة والقدرة على التعميم، ويسهم في تقديم توصيات عملية يمكن أن تقيد صناع القرار في تطوير الشراكات الصحية وتحسين مخرجات النظام الصحي.

المنطلقات النظرية للبحث

يعتمد هذا البحث على مجموعة من الأسس النظرية التي تشكل الإطار الفكري لتحليل العلاقة بين الشراكة بين القطاعين العام والخاص وكفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. تهدف هذه المنطلقات إلى توضيح المبادئ الفكرية والتنظيمية التي تدعم فهم أثر الشراكة في تحسين أداء المؤسسات الصحية، وتقديم رعاية صحية متكاملة وفعالة للمستفيدين.

أولاً: المنطلق المؤسسي

تعتمد الدراسة على المنظور المؤسسي الذي يرى أن تقديم الخدمات الصحية يتطلب تكامل الموارد والخبرات بين القطاعين العام والخاص. ففي هذا الإطار، يقوم القطاع الحكومي بدور إشرافي وتنظيمي لضمان التزام الخدمات الصحية بالمعايير والسياسات الرسمية، بينما يساهم القطاع الخاص بخبراته التشغيلية والإدارية والفنية. هذا التكامل المؤسسي يتيح توزيع المسؤوليات والمخاطر بين الطرفين بطريقة متوازنة، ويعزز قدرة المؤسسات الصحية على تقديم خدمات عالية الجودة وتحسين مستوى الاستجابة لاحتياجات المستفيدين (Abdul وآخرون، ٢٠٢٤).

ثانياً: المنطلق التنظيمي والتشغيلي

يركز هذا المنطلق على أهمية تنظيم العمليات التشغيلية وإدارة الموارد بشكل متكامل بين الطرفين. توفر الشراكة بين القطاعين آليات لتطوير الخطط التشغيلية، تحسين إدارة المواعيد والفحوصات الطبية، وتقليل أوقات الانتظار. كما تتيح الشراكات تحسين استخدام الموارد البشرية والمادية، وتطوير البنية التحتية للمؤسسات الصحية بما يضمن تقديم خدمات صحية أكثر دقة وفاعلية (نصر الدين وآخرون، ٢٠٢٥).

ثالثاً: المنطلق الاستراتيجي والابتكاري

تعتمد الشراكة بين القطاعين على تبني الحلول الاستراتيجية والابتكارية لتحسين الأداء الصحي. إذ يمكن القطاع الخاص المؤسسات الصحية من تطبيق حلول تقنية وإدارية حديثة، بينما يضمن القطاع العام الالتزام بالمعايير التنظيمية والصحية. يساهم هذا المنطلق في رفع مستوى الخدمات الصحية من خلال تعزيز الابتكار في تقديم الرعاية، تحسين كفاءة العمليات، وتطوير إجراءات الفحوصات الطبية والخدمات التشخيصية بما يلبي احتياجات المرضى (Al-Hanawi & Qattan, 2019).

رابعاً: المنطلق التقييمي

تعتبر مؤشرات الأداء أداة رئيسية في قياس أثر الشراكة بين القطاعين على الخدمات الصحية. يشمل ذلك مؤشرات تتعلق بسرعة تقديم الخدمات، رضا المستفيدين، مستوى السلامة والجودة، وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية. يتيح هذا المنطلق تقييم مستوى كفاءة وجودة الخدمات بشكل دوري، ومراقبة فاعلية الشراكة، واتخاذ الإجراءات التصحيحية لتحسين الأداء واستدامة تقديم الرعاية الصحية (Albuthi, 2020).

مصطلحات الدراسة وتعريفها إجرائيًا

أ- الشراكة بين القطاعين العام والخاص:

التعاون المؤسسي بين الجهات الحكومية والمؤسسات الخاصة في تقديم الخدمات الصحية، بحيث يتكامل دور القطاع العام في التنظيم والإشراف مع خبرات القطاع الخاص التشغيلية والإدارية، لتحقيق توزيع متوازن للمخاطر وتحسين مستوى الخدمات المقدمة للمستفيدين. ويقاس من خلال: عدد المشاريع المشتركة، مستوى مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات، وآليات توزيع المسؤوليات.

ب- كفاءة الخدمات الصحية:

القدرة على استغلال الموارد المالية والبشرية والتقنية المتاحة في المؤسسات الصحية لتحقيق أفضل النتائج بأقل هدر ممكن، بما يشمل فعالية جدولة المواعيد، سرعة تقديم الخدمات، وتحسين العمليات التشغيلية. ويقاس من خلال مؤشرات الأداء الخاصة بإدارة الموارد والعمليات التشغيلية للمستشفيات والمراكز الصحية.

ت- جودة الخدمات الصحية:

مدى توافق الخدمات المقدمة مع المعايير الصحية والمهنية ومتطلبات المستفيدين، بما يشمل سلامة المرضى، دقة التشخيص والعلاج، ورضا المستفيدين. ويقاس من خلال مؤشرات الجودة مثل مؤشرات الرعاية السريرية، الالتزام بمعايير السلامة، رضا المرضى، وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية.

الإطار النظري

المبحث الأول: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي

المطلب الأول: الإطار المفاهيمي للشراكة بين القطاعين العام والخاص

تمثل الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحد الأساليب الإدارية والتنظيمية التي تقوم على تعاون منظم بين جهة حكومية وجهة خاصة لتقديم أصل عام أو خدمة ذات منفعة عامة، وفق إطار تعاقدية

يحدد الأدوار والالتزامات وحقوق كل طرف وآليات المتابعة والمساءلة. ولا يقتصر هذا النمط من الشراكة على توفير التمويل، بل يمتد إلى تصميم المشروعات وتنفيذها وتشغيلها وصيانتها وإدارة المخاطر المرتبطة بها، بما يحقق توازنًا بين المصلحة العامة والكفاءة التشغيلية التي يمكن أن يقدمها القطاع الخاص (World Bank Group, 2017).

تختلف الشراكات بين القطاعين العام والخاص عن الخصخصة؛ فهي لا تنطوي على نقل كامل مسؤولية الدولة عن الخدمات العامة إلى القطاع الخاص، إذ تبقى الجهة العامة مسؤولة عن التخطيط والتنظيم والإشراف وحماية حق المستفيدين في الحصول على الخدمات المناسبة. كما أنها تختلف عن التعهيد التقليدي، الذي غالباً ما يقتصر على شراء خدمة محددة لفترة قصيرة، في المقابل، تقوم الشراكات على علاقة طويلة الأمد مرتبطة بمؤشرات الأداء والالتزامات المتبادلة وتوزيع واضح للمخاطر. (Harithy et al., 2024).

الشراكة الفعالة تقوم على مجموعة من الركائز أهمها أهداف مشتركة واضحة، ومسؤوليات محددة، وإطار تنظيمي يحكم العلاقة بين الأطراف، وآليات قياس الأداء ومراقبة الالتزام التعاقدية. كما يعتمد نجاحها على قدرة الجهة العامة على إدارة العقد ومراقبة جودة المخرجات، وعلى قدرة الجهة الخاصة على استغلال مواردها وخبراتها التشغيلية وقدراتها الاستثمارية لخدمة أهداف الخدمة العامة. ولذلك، فإن الشراكة ليست غاية في حد ذاتها، بل هي أداة إدارية يمكن أن تساهم في تحسين الأداء عندما تكون مبنية على التخطيط الدقيق والحوكمة الفعالة. (العتيبي & عين الدين، ٢٠٢٥)

المطلب الثاني: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي

تكتسب الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي أهمية خاصة؛ لأن الخدمات الصحية ترتبط بصورة مباشرة بصحة الأفراد وسلامتهم وحقوقهم في الحصول على الرعاية المناسبة، لذلك، لا يمكن التعامل مع الشراكة الصحية على أنها مجرد ترتيب مالي أو تشغيلي، بل كإطار عمل يوازن بين متطلبات الكفاءة الاقتصادية والالتزام بالمعايير المهنية والأخلاقية والتنظيمية التي تحكم تقديم الرعاية الصحية. (Jensen, 2016)

تشمل شراكات الرعاية الصحية مجالات واسعة، أبرزها إنشاء وتشغيل مرافق الرعاية الصحية، وإدارة المستشفيات أو أقسام محددة، وتوفير خدمات التشخيص والعلاج، وتشغيل خدمات الدعم كالمختبرات والصيانة والنقل الطبي وتقنية المعلومات، بالإضافة إلى الاستثمار في المعدات والبنية التحتية الطبية. ويختلف شكل الشراكة تبعاً لطبيعة المشروع وحجمه ومدته؛ فقد تقتصر على إدارة خدمة محددة، أو قد تمتد لتشمل تصميم المرفق وتمويله وبنائه وتشغيله وصيانته خلال فترة تعاقدية متفق عليها. (خيرى، ٢٠٢٢)

وفي المملكة العربية السعودية، يتجه دور القطاع الخاص في المجال الصحي إلى الإسهام في التمويل والتشغيل وتطوير الخدمات، في حين تحتفظ الجهات الحكومية بدورها في وضع التشريعات ومنح التراخيص والرقابة على الأداء وضمان الالتزام بمعايير الخدمة. ويعكس هذا التوزيع للأدوار أهمية الجمع بين الخبرة الإدارية والاستثمارية للقطاع الخاص وبين مسؤولية القطاع العام في حماية المصلحة العامة وضمان عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية (وزارة الصحة، ٢٠٢٦).

وتتطلب الشراكة الصحية الناجحة تحديدًا دقيقًا لنطاق الخدمة، ومعايير الجودة، وآليات التمويل، ومؤشرات الأداء، وطريقة التعامل مع المخاطر المحتملة. فغياب الوضوح في هذه الجوانب قد يؤدي إلى تداخل المسؤوليات أو ضعف الرقابة أو التركيز على الجوانب المالية على حساب جودة الرعاية. لذلك، تظل الحوكمة والرقابة المستمرة جزءًا جوهريًا من أي شراكة صحية تستهدف تحقيق نتائج قابلة للاستدامة.

المطلب الثالث: أهمية الشراكة الصحية وأهدافها

تكمن أهمية الشراكات بين القطاعين العام والخاص في قطاع الرعاية الصحية في قدرتها على دعم مؤسسات الرعاية الصحية في تلبية الطلب المتزايد على الخدمات وما يصاحبه من احتياجات متزايدة للموارد المالية والتكنولوجية والبشرية. تتطلب مؤسسات الرعاية الصحية استثمارًا مستمرًا في البنية التحتية والمعدات والأنظمة الرقمية والكوادر المؤهلة، مما يجعل الاستفادة من إمكانيات القطاع الخاص خيارًا داعمًا لتطوير الخدمات، شريطة أن يكون مرتبطًا بلوائح واضحة ومؤشرات أداء قابلة للقياس. (Al-Hanawi et al., 2020)

وتتمثل أبرز أهداف الشراكة الصحية في الآتي:

- توسيع القدرة الاستيعابية للمرافق والخدمات الصحية.
- توفير مصادر تمويل واستثمار تدعم استدامة المشروعات الصحية.
- رفع كفاءة استخدام الموارد المالية والبشرية والتقنية.
- تطوير أساليب التشغيل والإدارة والاستفادة من الخبرات المتخصصة.
- تحسين سرعة الوصول إلى الخدمات وتقليل فترات الانتظار.
- دعم جودة الرعاية الصحية وسلامة المستفيدين.
- تعزيز الابتكار في الخدمات الصحية والتقنيات الطبية.
- توزيع المخاطر التشغيلية والمالية بين الأطراف وفق قدرة كل طرف على إدارتها.

لا تتحقق هذه الأهداف تلقائيًا بمجرد مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات، بل تعتمد على جودة تصميم الشراكة وإدارتها. فزيادة التمويل أو العمليات دون معايير رصد دقيقة قد لا تُترجم بالضرورة إلى تحسين الخدمة، بينما ربط الالتزامات التعاقدية بمؤشرات الكفاءة والجودة يجعل الشراكة أكثر قدرة على تحقيق نتائج ملموسة. لذا، تُحدد قيمة الشراكة في مجال الرعاية الصحية بمساهمتها الفعلية في الاستخدام الأمثل للموارد ورفع مستوى الرعاية المقدمة للمستفيدين.

المطلب الرابع: محددات فاعلية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية

تتأثر فاعلية الشراكات في مجال الرعاية الصحية بمجموعة من العوامل المؤسسية والتنظيمية التي تُشكل البيئة الإدارية للعلاقة بين القطاعين العام والخاص. ومن أهم هذه العوامل وضوح الأهداف المشتركة بين الطرفين، إذ أن اختلاف الأولويات أو غموض الأهداف قد يُضعف قدرة الشراكة على تحقيق التوازن بين الكفاءة المالية وجودة خدمات الرعاية الصحية.

كما يُعد الإطار التنظيمي والتعاقدي أساسيًا لنجاح الشراكة. يجب أن يُحدد العقد بوضوح الأدوار والمسؤوليات، وآليات التمويل، ومؤشرات الأداء، وإجراءات المراقبة، وآليات تسوية المنازعات. يُساعد هذا الوضوح على تقليل التداخل بين الطرفين، وتعزيز المساءلة، وجعل تقييم النتائج أكثر موضوعية. وتبرز أهمية الحوكمة في ضمان التزام الشركاء بالمعايير المهنية والتنظيمية، من خلال الرقابة المستمرة والإفصاح عن الأداء ومراجعة مستوى الخدمة، كما أن توافر قنوات للتواصل وتبادل المعلومات يدعم التنسيق بين الأطراف ويحد من المشكلات التشغيلية التي قد تؤثر في استمرارية الخدمة أو جودتها، ويضاف إلى ذلك أهمية إدارة المخاطر، بحيث يتم تحديد المخاطر المالية والتشغيلية والتنظيمية وتوزيعها على الطرف الأكثر قدرة على التعامل معها، بما يحمي استدامة المشروع ويقلل احتمالات تعثره (World Bank Group, 2017).

ويتضح مما سبق أن الشراكة الصحية لا تقوم على التمويل أو التشغيل فقط، بل تعتمد على منظومة متكاملة تشمل التعاون والتنسيق، والدعم المالي والاستثماري، والحوكمة والتنظيم، وإدارة المخاطر، وتمثل هذه الأبعاد الأساس الذي يمكن من خلاله قياس مستوى تطبيق الشراكة في المؤسسات الصحية، وتحليل أثرها في كفاءة الخدمات الصحية وجودتها، وهو ما يتناوله المبحث التالي.

المبحث الثاني: أبعاد الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية

تمثل أبعاد الشراكات بين القطاعين العام والخاص الأساس العملي الذي يحدد فاعلية هذه الشراكات داخل مؤسسات الرعاية الصحية. ولا يعتمد نجاح الشراكة على وجود عقد أو اتفاق بين طرفين

فحسب، بل على مدى التكامل والتعاون والتنسيق، وتوفر الدعم المالي والاستثماري، ووضوح الحوكمة والتنظيم، وكفاءة إدارة المخاطر. وتعمل هذه الأبعاد بشكل مترابط؛ إذ قد يؤدي ضعف أي منها إلى الحد من قدرة الشراكة على تحقيق أهدافها المتعلقة بتحسين كفاءة وجودة خدمات الرعاية الصحية.

المطلب الأول: التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص

يشير التعاون والتنسيق في شراكات الرعاية الصحية إلى علاقة عمل منظمة بين الجهات الحكومية والخاصة. تقوم هذه العلاقة على تبادل المعلومات والخبرات، وتوحيد الجهود، وتحديد الأدوار، واتخاذ القرارات المشتركة ضمن نطاق مسؤوليات كل طرف. ويتجاوز التعاون مرحلة توقيع العقد ليشمل التخطيط والتنفيذ والتشغيل والمتابعة والتقييم، بما يضمن استمرارية العلاقة وتحقيق الأهداف المتفق عليها. (المعاوي وآخرين، ٢٠٢١)

تتجلى أهمية هذا البُعد في قطاع الرعاية الصحية نظراً لتعدد الجهات المعنية بتقديم الخدمات، كالهيئات التنظيمية، وإدارات المستشفيات، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، ومقدمي خدمات الدعم، والجهات الاستثمارية. ويؤدي غياب التنسيق بين هذه الجهات إلى ازدواجية الإجراءات، وتأخير اتخاذ القرارات، وعدم وضوح المسؤوليات، مما قد يؤثر سلباً على سرعة وجودة الخدمة. مع ذلك، يُمكن معالجة المشكلات التشغيلية مبكراً، وتعزيز تكامل خدمات الرعاية الصحية، وذلك من خلال توفير قنوات اتصال واضحة، ولجان مشتركة، وآليات متابعة منتظمة. (Tabrizi et al., 2020)

ومن أهم آليات تطبيق التعاون والتنسيق في المؤسسات الصحية تشكيل فرق عمل مشتركة، وتحديد نقاط اتصال واضحة بين الشركاء، وعقد اجتماعات دورية لمراجعة الأداء، وتبادل البيانات المتعلقة بالخدمات والموارد، وربط الخطط التشغيلية بمؤشرات أداء مشتركة. كما يفيد التنسيق في مواءمة احتياجات المؤسسة الصحية مع قدرات القطاع الخاص، بحيث يتم توجيه الموارد والخبرات إلى المجالات التي تحقق قيمة مضافة للخدمة. (Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo, 2016)

يعزز التعاون والتنسيق كفاءة خدمات الرعاية الصحية من خلال الحد من ازدواجية الجهود، وتسريع الإجراءات، وتحسين تخصيص الموارد، وتعزيز القدرة على معالجة المعوقات التشغيلية. وينطبق هذا أيضاً على جودة خدمات الرعاية الصحية، حيث تدعم الأدوار الواضحة والإجراءات المتكاملة استمرارية الرعاية، وتقلل الأخطاء الناتجة عن ضعف التواصل، وتحسن الاستجابة لاحتياجات المرضى. (Albuti, 2020)

يرتبط هذا البُعد بالدعم المالي والاستثماري من خلال تحديد أولويات الإنفاق والاستثمار، وبالحوكمة والرقابة من خلال تحديد المسؤوليات وآليات المساءلة. كما أنه مُدمج مع إدارة المخاطر من خلال تبادل المعلومات والاستجابة المبكرة للمشاكل، لذا، من المتوقع أن يرتبط مستوى أعلى من التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص بتحسين ملموس في كفاءة وجودة الخدمات الصحية، مما يُبرر اختبار أثره ضمن فرضيات الدراسة.

المطلب الثاني: الدعم المالي والاستثماري

يشير الدعم المالي والاستثماري إلى موارد التمويل والاستثمارات التي تُسهم في إنشاء وتطوير وتشغيل خدمات الرعاية الصحية. ويشمل ذلك تمويل البنية التحتية، وتوفير المعدات الطبية، ودعم الأنظمة الرقمية، والاستثمار في تطوير القدرات التشغيلية. ويُعدّ هذا البُعد ركيزة أساسية للشراكة، إذ يتطلب قطاع الرعاية الصحية موارد مالية مستمرة لمواكبة التطورات التكنولوجية، والحفاظ على جاهزية المرافق، وتعزيز قدرة المؤسسات على الاستجابة للطلب المتزايد على الخدمات. (Al-Hanawi et al., 2020)

لا يقتصر دور التمويل في الشراكات الصحية على توفير الأموال فحسب، بل يشمل أيضاً توجيهها نحو أولويات صحية واضحة وربطها بالاحتياجات الفعلية ومؤشرات الأداء المحددة. فالاستثمار الموجه نحو تطوير الأقسام ذات الضغط العالي، وتحديث المعدات، وتحسين أنظمة المواعيد والسجلات الصحية، يُمكن أن يُسهم في زيادة القدرة التشغيلية وتقليل أوقات انتظار المرضى. في المقابل، قد لا يكون للتمويل غير المخطط له أو غير الخاضع للمراقبة تأثير واضح على مستويات الخدمة. (Alqusumi, 2024)

تتنوع آليات الدعم المالي والاستثماري للمؤسسات الصحية، وتشمل تمويل بناء أو توسيع المرافق، والمشاركة في شراء وتشغيل المعدات الطبية، وتطوير البنية التحتية الرقمية، وتمويل برامج التدريب، وإبرام عقود تشغيل وصيانة طويلة الأجل، وتعتمد فعالية هذه الآليات على وضوح الالتزامات المالية، والتوزيع العادل للعوائد والمخاطر، وربط الإنفاق بنتائج قابلة للقياس، مثل تحسين الإنتاجية، وخفض التكاليف، أو زيادة رضا المرضى. (Carvalho & Rodrigues, 2022)

يُسهم الدعم المالي والاستثماري في رفع كفاءة خدمات الرعاية الصحية من خلال زيادة استغلال الموارد، والحد من الاضطرابات التشغيلية وفترات التوقف، ودعم الاستخدام الأمثل للبنية التحتية والموظفين والمعدات، كما يُحسّن جودة الخدمة بتوفير بيئة علاجية أكثر سهولة، وتعزيز دقة التشخيص، ودعم السلامة، وتطوير قدرة المؤسسة على تقديم خدمات أكثر استجابة وملاءمة لاحتياجات المستفيدين. (Al-Hanawi & Qattan, 2019)

يتقاطع هذا البُعد مع التعاون والتنسيق، إذ يتطلب تحديد أولويات الاستثمارات مشاركة جميع الأطراف المعنية. كما يرتبط بالحوكمة والرقابة لضمان شفافية الإنفاق ومراقبة الالتزامات، وإدارة المخاطر من خلال تقييم المخاطر المالية والتشغيلية للمشاريع الاستثمارية. لذا، فإن توفير دعم مالي واستثماري منظم وموجه نحو الأولويات الصحية يُسهم في تحقيق نتائج إيجابية في كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: الحوكمة والتنظيم

يشمل الحوكمة والتنظيم في شراكات الرعاية الصحية مجموعة القواعد والإجراءات والهياكل التي تحكم العلاقة بين القطاعين العام والخاص، وتحدد هذه الأطر آليات صنع القرار، وتوزيع المسؤوليات، وقياس الأداء، والمساءلة عن النتائج. ويكتسب هذا البُعد أهمية خاصة في قطاع الرعاية الصحية، لأن الخدمة لا تُقاس بتكلفتها أو سرعتها فحسب، بل أيضاً بسلامة المستفيدين، والالتزام بالمعايير المهنية، وحماية الحقوق، واستمرارية الرعاية. (Khan & Nasrulddin, 2022)

تعتمد الحوكمة الفعالة على تفويضات واضحة، ومعلومات شفافة، ومؤشرات أداء قابلة للقياس، وآليات رقابية لمراقبة الامتثال للشروط التعاقدية ومعايير الرعاية الصحية. كما تتطلب آليات لحل النزاعات، وإجراء مراجعات دورية للأداء، واتخاذ إجراءات تصحيحية عند ظهور أي قصور في تقديم الخدمة أو في التزام أي من الطرفين، وتُسهم هذه الممارسات في الحد من الغموض في العلاقة التعاقدية وتعزيز الثقة بين الشركاء.

في مؤسسات الرعاية الصحية، يمكن تطبيق الحوكمة والرقابة من خلال عقود واضحة تحدد نطاق الخدمات، ومعايير الجودة، ومسؤوليات كل طرف، وآليات الدفع، والعقوبات أو الحوافز المرتبطة بالأداء. ويشمل ذلك أيضاً تشكيل لجان إشراف مشتركة، وإعداد تقارير دورية عن الأداء التشغيلي والمالي، ومراقبة مؤشرات السلامة والجودة ورضا المرضى، مع الالتزام باللوائح الصحية والمعايير المهنية المعمول بها. (العتيبي & عين الدين، ٢٠٢٥)

ينعكس هذا البُعد في كفاءة خدمات الرعاية الصحية من خلال إدارة الموارد، ومنع الهدر، وتحسين إدارة العقود، وتسريع اكتشاف أوجه القصور ومعالجتها، على مستوى الجودة، تُسهم الحوكمة في ضمان الالتزام بالمعايير المهنية والتنظيمية، ودعم سلامة الخدمات، وتعزيز المساءلة عن النتائج، مما يزيد من ثقة المرضى في مؤسسة الرعاية الصحية.

وعليه لا يمكن للحوكمة أن تعمل بمعزل عن الأبعاد الأخرى؛ فالتعاون والتنسيق يوفران المعلومات اللازمة للإشراف، والدعم المالي يتطلب قواعد لضمان استخدامه الأمثل، وإدارة المخاطر تعتمد على

أطر واضحة للمسؤولية والمراقبة. لذلك، تُعد الحوكمة والرقابة القويتان عنصرين أساسيين في تحويل الشراكات من مجرد اتفاقيات إدارية إلى ممارسات قادرة على تحسين كفاءة وجودة خدمات الرعاية الصحية.

المطلب الرابع: إدارة المخاطر

إدارة المخاطر في شراكات الرعاية الصحية هي عملية منظمة تهدف إلى تحديد المخاطر المحتملة وتحليلها وتقييم أثرها، بالإضافة إلى وضع وتنفيذ إجراءات مناسبة لإدارتها ومراقبتها، وتشمل هذه المخاطر الجوانب المالية والتشغيلية والتنظيمية والتقنية، فضلاً عن المخاطر المتعلقة بجودة الخدمة وسلامة المرضى واستمرارية تقديم الرعاية الصحية. (Alonazi, 2017)

تزداد أهمية إدارة المخاطر في شراكات الرعاية الصحية نظراً لطول مدة بعض العقود، وتعدد الجهات المعنية، وحساسية الخدمات المقدمة. قد تتجم المخاطر المالية عن ارتفاع التكاليف أو عدم كفاية التمويل، بينما قد تنشأ المخاطر التشغيلية عن أعطال المعدات أو نقص الموظفين أو ضعف التنسيق، أما المخاطر التنظيمية فقد تتجم عن عدم الامتثال للوائح أو غموض الالتزامات التعاقدية. تتطلب هذه المخاطر توزيعاً عادلاً بين الشركاء، بحيث يتحمل كل طرف المخاطر التي هو الأقدر على إدارتها والسيطرة عليها. (Aldabaan et al., 2023)

تشمل آليات إدارة المخاطر إنشاء سجل للمخاطر، وتحديد احتمالية حدوثها وأثرها، ووضع خطط استجابة، ومراجعة هذه الخطط باستمرار، تشمل هذه الإجراءات أيضاً تضمين بنود واضحة لتوزيع المخاطر في العقود، وتحديد إجراءات التعامل مع حالات الطوارئ، ووضع مؤشرات إنذار مبكر للكشف عن المشكلات قبل أن تؤثر بشكل كبير على تقديم الخدمات، وتساهم إدارة المخاطر في تحسين كفاءة خدمات الرعاية الصحية من خلال تقليل الانقطاعات، والحد من الخسائر، وضمان استمرارية العمليات، وحماية الموارد من الاستخدام غير المخطط له، كما تدعم جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال تقليل احتمالية حدوث أخطاء تشغيلية، وتعزيز السلامة، والحفاظ على جاهزية المرافق والمعدات، وتحسين قدرات الاستجابة للطوارئ. (خيري, ٢٠٢٢)

يرتبط هذا البعد بالتعاون والتنسيق، حيث يُسهّل تبادل المعلومات الكشف المبكر عن المخاطر. كما يرتبط بالدعم المالي والاستثماري من خلال توفير الموارد اللازمة لمعالجة المخاطر، ويتكامل مع الحوكمة والتنظيم من خلال تحديد المسؤوليات، وإجراءات المتابعة، والمساءلة. لذلك، تُعد إدارة المخاطر الفعالة عاملاً حاسماً في تعزيز تأثير الشراكات بين القطاعين العام والخاص على كفاءة وجودة خدمات الرعاية الصحية.

المطلب الخامس: التكامل بين أبعاد الشراكة الصحية

تتكامل أبعاد الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مؤسسات الرعاية الصحية ضمن منظومة مترابطة، ولا يكفي أي بُعد بمفرده لتحقيق نتائج مستدامة. يوفر التعاون والتنسيق الأساس العملي لتبادل المعلومات وتوحيد الجهود، بينما يوفر الدعم المالي والاستثماري الموارد اللازمة لتطوير الخدمات. تضمن الحوكمة والتنظيم إدارة فعالة للعلاقات والالتزام بالتعهدات، في حين تحمي إدارة المخاطر استمرارية الشراكة وقدرتها على مواجهة التغيرات والتحديات.

يتجلى هذا التكامل بوضوح في مشاريع الرعاية الصحية. لا يحقق التمويل أثره المرجو إذا لم يُوجّه وفقاً لأولويات واضحة، وتكون الحوكمة غير فعالة دون بيانات دقيقة وتعاون مستمر بين أصحاب المصلحة، ولا يمكن لإدارة المخاطر تحقيق أهدافها في ظل غياب وضوح المسؤوليات أو ضعف الرقابة، لذا، فإن تحسين التنفيذ الشامل لجميع أبعاد الشراكة بين القطاعين العام والخاص من شأنه أن يعزز قدرة مؤسسات الرعاية الصحية على استخدام مواردها بكفاءة ويرفع مستوى الخدمات المقدمة للمستفيدين. (خيري، ٢٠٢٢)

وبناءً على ذلك، يُمثل التعاون والتنسيق، والدعم المالي والاستثماري، والحوكمة والتنظيم، وإدارة المخاطر، المتغيرات التي يُمكن من خلالها تفسير أثر الشراكات بين القطاعين العام والخاص على كفاءة وجودة خدمات الرعاية الصحية. ويُضي هذا التحليل إلى ضرورة تحديد مفهومي الكفاءة والجودة ومؤشراتها، باعتبارهما الناتجين الرئيسيين اللذين تقيس الدراسة مدى تأثيرهما بمستوى تنفيذ الشراكة الصحية.

المبحث الثالث: كفاءة وجودة الخدمات الصحية

تُعد كفاءة الخدمات الصحية وجودتها من أهم المخرجات التي تعكس مستوى أداء المؤسسات الصحية وقدرتها على تلبية احتياجات المستفيدين. فالمؤسسة الصحية لا تقاس فاعليتها بحجم الموارد المتاحة لها فقط، وإنما بقدرتها على توظيف هذه الموارد بطريقة تحقق خدمات آمنة وملائمة وفي الوقت المناسب، مع المحافظة على الاستدامة المالية والتشغيلية. ومن هذا المنطلق، تمثل الكفاءة والجودة محورين متكاملين في تقييم أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الخدمات الصحية.

المطلب الأول: كفاءة الخدمات الصحية

يقصد بكفاءة الخدمات الصحية قدرة المؤسسة الصحية على استخدام مواردها البشرية والمالية والمادية والتقنية بطريقة تحقق أكبر قدر ممكن من المخرجات الصحية، مع تقليل الهدر والتكاليف غير الضرورية. وترتبط الكفاءة بمدى حسن توجيه الموارد المتاحة إلى الخدمات ذات الأولوية،

وتحقيق التوازن بين حجم المدخلات والنتائج المتحققة منها، دون الإخلال بالمعايير المهنية أو سلامة المستفيدين (World Health Organization, 2010).

لا تقتصر الكفاءة على خفض الإنفاق فحسب، إذ قد يؤدي خفض التكاليف غير المدروس إلى نقص الموارد أو تراجع جودة الخدمات. لذا، ترتبط الكفاءة في قطاع الرعاية الصحية بالإدارة السليمة للموارد، وتطوير العمليات، والتوزيع الأمثل للموظفين والمعدات، بما يضمن تقديم الخدمات في الوقت المناسب بأقل قدر من التعطيل أو الازدواجية. علاوة على ذلك، تختلف الكفاءة عن الفعالية؛ فالكفاءة تركز على كيفية استخدام الموارد، بينما تتعلق الفعالية بمدى تحقيق نتائج صحية محددة وأهداف علاجية.

ويمكن قياس كفاءة الخدمات الصحية من خلال مجموعة من المؤشرات التي توضح مستوى الأداء التشغيلي للمؤسسة، ومن أبرزها: (Yang et al., 2020)

- الاستخدام الأمثل للموارد المالية والبشرية والتقنية.
- تقليل الهدر في المستلزمات والأدوية والوقت والجهد.
- سرعة تقديم الخدمة وتقليل فترات الانتظار.
- مستوى الإنتاجية لدى الكوادر والأقسام الصحية.
- إدارة التكاليف التشغيلية وترشيد الإنفاق.
- تحسين استغلال الأسرة الطبية والمرافق والتجهيزات.
- رفع كفاءة توزيع الكوادر الصحية وفق احتياجات الخدمة.
- استمرارية تشغيل الخدمات وتقليل الأعطال والتوقفات.

تُعدّ هذه المؤشرات أساسية في تحديد قدرة مؤسسات الرعاية الصحية على تلبية الطلب المتزايد على الخدمات. فالإدارة الفعّالة للمواعيد والموارد البشرية والمعدات تُسهم في تقليل أوقات الانتظار، وتحسين انسيابية حركة المرضى، وزيادة الطاقة الاستيعابية. كما يُساعد الرصد المستمر للتكاليف والإنتاجية على تحديد أوجه الهدر واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لتعزيز الاستدامة المالية للمؤسسة.

وتتأثر كفاءة خدمات الرعاية الصحية بعدة عوامل، منها كفاءة الإدارة، ووضوح الإجراءات، وتوافر المعلومات الدقيقة، والمؤهلات المهنية للموظفين، وملاءمة البنية التحتية، واستخدام التقنيات الحديثة في إدارة الخدمات. علاوة على ذلك، يُمكن للشراكات المنظمة بين القطاعين العام والخاص أن تُعزز الكفاءة من خلال توفير التمويل والخبرات التشغيلية والفنية، وتطوير أساليب العمل، وربط الأداء بمؤشرات قابلة للقياس. (Indurthy & Kashyap, 2020)

المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية

تشير جودة الخدمات الصحية إلى درجة التزام الخدمة المقدمة بالمعايير المهنية والتنظيمية، ومدى قدرتها على تحقيق نتائج صحية مناسبة للمستفيدين بصورة آمنة وفعالة وفي الوقت الملائم. ولا تنحصر الجودة في الجانب العلاجي فقط، بل تشمل جميع مراحل الخدمة، بدءاً من سهولة الوصول إليها، ومروراً بحسن التعامل والتشخيص والعلاج، وانتهاءً بمتابعة الحالة وتحقيق رضا المستفيدين (Institute of Medicine, 2001).

وتتطلب الجودة في المؤسسات الصحية وجود نظم عمل واضحة تضمن تقديم الخدمة بصورة متسقة، وتحد من الأخطاء، وتدعم سلامة المستفيدين. كما ترتبط بتوافر الكوادر المؤهلة والتجهيزات المناسبة والالتزام بالبروتوكولات المهنية، إضافة إلى وجود آليات لتلقي الملاحظات والشكاوى وتحليلها والاستفادة منها في تحسين الخدمة. وتصبح الجودة أكثر استدامة عندما تتحول إلى ممارسة مؤسسية تشمل جميع العاملين ولا تقتصر على إجراءات رقابية منفصلة.

وتتجسد جودة الخدمات الصحية في عدد من الأبعاد الرئيسية، من أهمها: (المعاوي وآخرين، ٢٠٢١)

- ✓ **السلامة:** تقديم الخدمة بطريقة تقلل الأخطاء والمخاطر التي قد يتعرض لها المستفيد.
- ✓ **الفاعلية:** اعتماد الخدمة على ممارسات وإجراءات مهنية تحقق النتائج الصحية المطلوبة.
- ✓ **الاستجابة:** مراعاة احتياجات المستفيدين وتوقعاتهم والتعامل معهم بصورة مناسبة.
- ✓ **الاستمرارية:** تكامل الخدمة بين مراحل الرعاية المختلفة وعدم انقطاعها.
- ✓ **سهولة الوصول:** تمكين المستفيد من الحصول على الخدمة في الوقت والمكان المناسبين.
- ✓ **رضا المستفيدين:** مدى تقبل المستفيد للخدمة وتقييمه لتجربته الصحية.
- ✓ **الالتزام بالمعايير المهنية والتنظيمية:** التقيد بالأنظمة والضوابط والبروتوكولات المعتمدة في تقديم الخدمة.

وتنعكس هذه الأبعاد على مستوى الثقة في المؤسسة الصحية؛ لأن المستفيد لا يقيم الخدمة من خلال النتيجة العلاجية وحدها، بل من خلال تجربته الكاملة، بما في ذلك سهولة الإجراءات، ووضوح المعلومات، وسرعة الاستجابة، وحسن التعامل، واستمرارية الرعاية. كما أن الالتزام بالمعايير المهنية والتنظيمية يحافظ على سلامة الخدمة ويعزز قدرة المؤسسة على تقديم رعاية متجانسة وقابلة للمتابعة والتقييم.

وتتأثر جودة الخدمات الصحية بعوامل متعددة، مثل كفاءة الكوادر، وتوافر الموارد، ووضوح السياسات والإجراءات، ومستوى الرقابة، وجودة نظم المعلومات، وفاعلية التواصل بين الأقسام المختلفة. وفي هذا السياق، يمكن للشراكة بين القطاعين العام والخاص أن تسهم في دعم الجودة

عندما توفر استثمارات مناسبة، وتدعم تطوير التجهيزات والأنظمة، وتربط الالتزامات التعاقدية بمعايير واضحة للسلامة والأداء ورضا المستفيدين.

المطلب الثالث: العلاقة بين كفاءة وجودة الخدمات الصحية

ترتبط الكفاءة والجودة ارتباطاً وثيقاً في إدارة الرعاية الصحية، فلا يُمكن اعتبار أي مؤسسة صحية ناجحة إذا خفضت التكاليف أو زادت الإنتاجية على حساب سلامة المرضى أو جودة الرعاية. في المقابل، يتطلب تحسين الجودة إدارة فعالة للموارد لضمان استدامة الخدمات وتوسيع نطاقها دون تحميل المؤسسة تكاليف باهظة.

ويتضح هذا الارتباط جلياً في كيفية مساهمة تحسين التنظيم التشغيلي، وتطوير البنية التحتية، وتدريب الموظفين، واستخدام التقنيات الحديثة في تقليل الوقت والجهد والهدر، مع تعزيز دقة الخدمة وسلامتها وسرعة الاستجابة في الوقت نفسه. فعلى سبيل المثال، لا تُسهم إدارة المواعيد بكفاءة في تقليل أوقات الانتظار فحسب، بل تُحسّن أيضاً تجربة المريض وتُسهّل الوصول إلى الخدمات. وبالمثل، تُقلّل الصيانة الدورية للمعدات والمرافق من وقت التوقف التشغيلي، وتحافظ على دقة التشخيص وسلامة الإجراءات. (الشهب & تونسلي، ٢٠٢٣)

ومع ذلك، قد ينشأ تعارض واضح بين الكفاءة والجودة عندما يكون التركيز مُنصباً فقط على خفض التكاليف. لذا، يتطلب تحقيق التوازن بينهما اعتماد مؤشرات أداء تُدمج الجوانب التشغيلية والمالية مع الاعتبارات المهنية والبشرية. ويُمكن هذا التوازن المؤسسة الصحية من توجيه مواردها نحو المجالات التي تُقدّم قيمة صحية حقيقية للمستفيدين.

المبحث الرابع: أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على كفاءة وجودة الخدمات الصحية

تقوم العلاقة بين الشراكة بين القطاعين العام والخاص وبين أداء الخدمات الصحية على فكرة تكامل الأدوار والموارد. فالقطاع العام يضطلع بمسؤولية التخطيط والتنظيم والرقابة وحماية المصلحة العامة، في حين يسهم القطاع الخاص بالتمويل والخبرة التشغيلية والمرونة الإدارية والقدرة على الاستثمار في التقنيات والخدمات المتخصصة. وعندما تنظم هذه العلاقة في إطار واضح من الحوكمة والمساءلة، يمكن أن تنعكس على كفاءة استخدام الموارد وعلى جودة الرعاية المقدمة للمستفيدين.

المطلب الأول: أثر الشراكة الصحية على كفاءة الخدمات الصحية

تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة الخدمات الصحية من خلال توسيع مصادر التمويل والاستثمار، وإتاحة فرص أكبر لتطوير المرافق والتجهيزات والأنظمة التشغيلية. فوجود موارد استثمارية موجهة نحو الاحتياجات الفعلية للمؤسسة الصحية يساعد على رفع قدرتها الاستيعابية، وتحسين جاهزية الأقسام، وتقليل الأعطال التي قد تؤدي إلى تعطيل الخدمة أو زيادة تكلفتها. (Okafor, 2016)

كما تؤدي الخبرات الإدارية والتشغيلية التي يوفرها القطاع الخاص دورًا في تطوير إجراءات العمل وتحسين إدارة الوقت والموارد. ويتضح ذلك في تنظيم المواعيد، وإدارة المخزون، وتشغيل الخدمات المساندة، وصيانة التجهيزات، واستخدام النظم الرقمية في متابعة الأداء. وتساعد هذه الممارسات على تقليل الهدر، ورفع الإنتاجية، وتحسين استغلال البنية التحتية والكوادر الصحية، بما يدعم سرعة تقديم الخدمة واستمراريتها. (Ranganadhan, 2018)

ويرتبط أثر الشراكة في الكفاءة بمدى فاعلية التعاون والتنسيق بين الأطراف؛ إذ إن وضوح الأدوار وتبادل المعلومات يقللان من ازدواجية الجهود وتأخر الإجراءات. كما أن الحوكمة والتنظيم يضمنان توجيه الموارد وفق أولويات محددة، وربط الالتزامات التعاقدية بمؤشرات أداء قابلة للقياس، في حين تسهم إدارة المخاطر في الحد من التوقفات والخسائر التشغيلية والمالية.

ومن ثم، فإن الشراكة الصحية لا تؤثر في الكفاءة بمجرد توفير التمويل أو نقل بعض عمليات التشغيل إلى القطاع الخاص، بل من خلال بناء منظومة إدارية متكاملة توظف الموارد بكفاءة وتتابع نتائجها بصورة مستمرة. ويبرر ذلك اختبار أثر أبعاد الشراكة مجتمعة على كفاءة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية.

المطلب الثاني: أثر الشراكة الصحية على جودة الخدمات الصحية

يمكن أن تؤثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في جودة الخدمات الصحية من خلال توفير الإمكانيات اللازمة لتطوير بيئة الرعاية، بما يشمل التجهيزات الطبية، والبنية التحتية، والأنظمة التقنية، وبرامج التدريب والتأهيل. فرفع جاهزية هذه العناصر يساهم في تحسين دقة الخدمة وسلامتها، ويزيد من قدرة المؤسسة الصحية على تقديم رعاية مناسبة في الوقت الملائم. (Harithy et al., 2024)

ويمتد أثر الشراكة إلى تحسين جودة العمليات الصحية، من خلال وضع معايير واضحة للخدمة وربطها بمؤشرات أداء تتعلق بالسلامة والفاعلية والاستجابة ورضا المستفيدين. كما أن المتابعة الدورية للعقود والالتزامات تساعد على اكتشاف أوجه القصور ومعالجتها، وتدعم الالتزام بالمعايير المهنية والتنظيمية التي تحكم تقديم الرعاية الصحية. (Alkhamis et al., 2021)

ويظهر دور التعاون والتنسيق في جودة الخدمات من خلال تكامل الإجراءات بين الجهات والأقسام المختلفة، بما يدعم استمرارية الرعاية ويقلل احتمالات حدوث أخطاء ناتجة عن ضعف التواصل. أما الدعم المالي والاستثماري فيوفر الموارد اللازمة لتحديث الأجهزة وتطوير الخدمات، بينما تضمن الحوكمة وجود رقابة ومساءلة واضحة، وتساعد إدارة المخاطر في حماية سلامة المستفيدين واستمرارية الخدمة في الحالات الطارئة أو عند حدوث مشكلات تشغيلية.

ولا يتحقق تحسين الجودة إذا انحصر اهتمام الشراكة في الجوانب الاستثمارية أو المالية فقط؛ لأن جودة الرعاية تتطلب التزاماً مستمراً بالمعايير الصحية، وقياساً دورياً لرضا المستفيدين، وقدرة على الاستجابة للتغيرات في احتياجاتهم. لذلك، فإن أثر الشراكة في الجودة يرتبط بمدى تحويل الالتزامات التعاقدية إلى ممارسات تشغيلية ورقابية تضمن تقديم خدمة آمنة وفعالة ومناسبة.

المطلب الثالث: الأثر التكاملي لأبعاد الشراكة على كفاءة وجودة الخدمات الصحية

لا تعمل أبعاد الشراكة بين القطاعين العام والخاص بصورة منفصلة، بل تتفاعل لتكوين بيئة مؤسسية تدعم تحسين الأداء الصحي. فالتعاون والتنسيق يضمنان توحيد الجهود وتبادل المعلومات، والدعم المالي والاستثماري يوفر الموارد اللازمة للتطوير، والحوكمة والتنظيم يحددان قواعد العلاقة وآليات المساءلة، بينما تسهم إدارة المخاطر في حماية استمرارية الخدمة وتقليل آثار المشكلات المحتملة. (Sadeghi et al., 2016)

ويؤدي هذا التكامل إلى تعزيز كفاءة الخدمات الصحية من خلال تحسين إدارة الموارد، وخفض الهدر، وتسريع الإجراءات، ورفع الإنتاجية. وفي الوقت نفسه، يدعم جودة الخدمات من خلال تحسين السلامة، وتطوير البنية التحتية، وتعزيز الالتزام بالمعايير، وتحسين تجربة المستفيد. ويعني ذلك أن ارتفاع مستوى تطبيق أبعاد الشراكة مجتمعة يمكن أن يرتبط بتحسين أكبر في الأداء مقارنة بتطبيق كل بُعد بصورة منفردة. (Sekhri et al., 2011)

وتتضح أهمية هذا الأثر التكاملي في أن ضعف الحوكمة قد يحد من فاعلية الاستثمار، وضعف التنسيق قد يقلل من كفاءة استخدام الموارد، وقصور إدارة المخاطر قد يهدد استمرارية الخدمات حتى مع توافر التمويل. ولذلك، فإن تقييم الشراكة الصحية يتطلب النظر إلى أبعادها بوصفها منظومة واحدة، وقياس مدى انعكاسها على الكفاءة والجودة في آن واحد.

المطلب الرابع: مبررات اختبار أثر الشراكة ميدانياً في المؤسسات الصحية

تختلف نتائج الشراكات الصحية باختلاف مستوى التنظيم، وطبيعة العقود، وكفاءة الإدارة، وتوافر الموارد، ومدى الالتزام بالرقابة والمتابعة. ولهذا لا يكفي الاعتماد على التصور النظري لوجود علاقة

إيجابية بين الشراكة وبين أداء الخدمات الصحية، بل تبرز الحاجة إلى قياس مستوى تطبيق أبعاد الشراكة داخل المؤسسات الصحية وتحليل أثرها الفعلي في الكفاءة والجودة.

كما أن الاختبار الميداني يسمح بتحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً في تحسين الخدمة، وبيان ما إذا كان أثر التعاون والتنسيق يختلف عن أثر الدعم المالي والاستثماري أو الحوكمة والتنظيم أو إدارة المخاطر. ويساعد ذلك في الوصول إلى نتائج أكثر دقة يمكن الاستناد إليها عند تقديم توصيات عملية لتعزيز فاعلية الشراكة في المؤسسات الصحية.

وبناءً على ذلك، يوضح هذا المبحث أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص تمثل أداة يمكن أن تسهم في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية، بشرط توافر التكامل بين أبعادها، ووجود بيئة تنظيمية ومؤسسية قادرة على إدارة العلاقة ومتابعة نتائجها. ويقود ذلك إلى تناول التحديات والمتطلبات المؤسسية التي تؤثر في فاعلية الشراكة الصحية، وهو ما يعرضه المبحث التالي.

واقع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية

مرّ توجه المملكة العربية السعودية نحو الشراكة بين القطاعين العام والخاص بمراحل متدرجة ارتبطت بالحاجة إلى تنويع مصادر التمويل ورفع كفاءة إدارة الخدمات والمشروعات العامة. ففي عام ١٩٩٩، وفي ظل انخفاض أسعار النفط خلال الفترة ١٩٩٨-١٩٩٩، أنشئت استراتيجيات الخصخصة تحت إشراف المجلس الاقتصادي الأعلى، بهدف تحديد القطاعات المناسبة لمشاركة القطاع الخاص ومتابعة تنفيذ برامج الخصخصة فيها. وقد شكلت هذه الخطوة بداية تنظيمية مهمة لتوسيع دور القطاع الخاص في الاقتصاد الوطني، مع بقاء الدولة مسؤولة عن توجيه القطاعات الحيوية والإشراف عليها. (العتيبي & عين الدين، ٢٠٢٥)

وفي عام ٢٠٠١، بدأت إجراءات عملية لتطبيق الخصخصة من خلال منح بعض المؤسسات العامة قدرًا أكبر من الاستقلال الإداري، ثم تحويل بعضها إلى شركات مساهمة تمهيدًا لإشراك القطاع الخاص في ملكيتها أو تشغيلها. وفي مرحلة لاحقة، اتسع نطاق القطاعات المستهدفة ليشمل نحو عشرين قطاعًا، من بينها الاتصالات، والتعليم، والكهرباء، والمياه، والخدمات البريدية، والمدن الصناعية، والسكك الحديدية، والنقل الجوي. ويعكس هذا التوسع انتقال التوجه من إجراءات تنظيمية محدودة إلى مسار أكثر شمولاً يهدف إلى الاستفادة من الخبرات الاستثمارية والتشغيلية للقطاع الخاص في تطوير الخدمات العامة. (Alkhamis et al., 2021)

وخلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، برز اهتمام أكبر بتطبيق صيغ الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وبخاصة العقود التي تجمع بين الإنشاء والتشغيل والتحويل، أو الإنشاء

والتملك والتشغيل. وظهرت تطبيقات لهذه الصيغ في قطاعات المياه والنفايات والطاقة والنقل، حيث ساعدت على استقطاب الاستثمارات وتوزيع الأعباء والمخاطر بين الأطراف المتعاقدة. ومن النماذج التي ارتبطت بهذا التوجه تنفيذ مشروعات مستقلة في قطاع الطاقة، وتطوير مرافق مرتبطة بمطار الملك عبد العزيز، إلى جانب مشروع مطار الأمير محمد بن عبد العزيز الدولي بالمدينة المنورة. وقد أسهمت هذه التجارب في تعزيز الخبرة المؤسسية في إدارة العقود طويلة الأجل وربط الالتزامات التشغيلية بمستويات محددة من الأداء. (Rahman, 2020)

ومع استمرار التحديات الاقتصادية وتقلبات الإيرادات النفطية، ثم ما نتج عن جائحة فيروس كورونا خلال عام ٢٠٢٠ من ضغوط مالية وتشغيلية على القطاعات العامة، ازدادت أهمية الشراكة بوصفها وسيلة لتعبئة الموارد وتطوير البنية التحتية والخدمات دون الاعتماد الكامل على التمويل الحكومي المباشر. وفي هذا السياق، لم تعد الشراكة مقصورة على تنفيذ المشروعات الرأسمالية، بل اتجهت إلى دعم الاستدامة التشغيلية، وتحسين كفاءة استخدام الموارد، ورفع قدرة المؤسسات على الاستجابة للمتغيرات والاحتياجات المتزايدة. (العتيبي & عين الدين، ٢٠٢٥)

وفي قطاع الرعاية الصحية، اتخذت الشراكة بين القطاعين العام والخاص أهمية أكبر بالنظر إلى ارتفاع الطلب على الخدمات، والحاجة إلى تطوير المرافق والتجهيزات، وتوفير خدمات تخصصية، وتحسين إدارة الموارد البشرية والمالية. وقد تناول Al-Hanawi et al (٢٠١٩) الشراكات الصحية في المملكة خلال الفترة ١٩٤٩-٢٠١٨، وبيّن أن توسيع مشاركة القطاع الخاص يمكن أن يدعم تمويل الخدمات الصحية وتحسين جودتها، مع ضرورة معالجة التحديات التنظيمية والإدارية التي قد تحد من فاعلية التطبيق. كما تناول Almalki and Al-Hanawi (٢٠١٨) واقع التعاون في القطاع الصحي خلال عام ٢٠١٧، وخلص إلى أن الشراكات الصحية يمكن أن تعزز جودة الخدمة، وتوسع فرص الوصول إلى الرعاية، وتدعم تقاسم المخاطر وتحسين التدفقات المالية بين الشركاء. (Aldawsari & Alharbi, 2023)

وفي الاتجاه نفسه، تناول Khan and Nasrulddin (٢٠٢٢) مسار الخصخصة والشراكة في المملكة خلال الفترة ١٩٧٩-٢٠٢٠، وربط بين ارتفاع مستوى الشراكات في بعض مستشفيات وزارة الصحة وبين تحسن الكفاءة والأداء العام مقارنة بالمستشفيات ذات المستوى الأقل من الشراكة. ويعزز ذلك أهمية تناول الشراكة الصحية بوصفها منظومة إدارية لا تقتصر على التمويل أو التشغيل، بل تشمل التعاون والتنسيق بين الأطراف، والدعم المالي والاستثماري، والحوكمة والتنظيم، وإدارة المخاطر. ومن ثم، فإن دراسة أثر هذه الأبعاد في كفاءة الخدمات الصحية وجودتها تمثل مدخلاً مناسباً لفهم مدى فاعلية الشراكات الصحية في المملكة العربية السعودية.

الفصل الثالث

المنهجية وطرق البحث

تمهيد

تمثل منهجية الدراسة الإطار المنظم الذي يوجه الباحث في جمع البيانات وتحليلها والوصول إلى نتائج يمكن الاعتماد عليها في الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها. فاختيار المنهج العلمي المناسب لا يعد إجراءً شكلياً، بل يعد أساساً لضمان اتساق خطوات البحث مع أهدافه وطبيعة المشكلة التي يتناولها. وبالنظر إلى أن الدراسة الحالية تبحث أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية، فإنها تتطلب منهجية قادرة على قياس اتجاهات العاملين في المؤسسات الصحية وتحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة بصورة موضوعية.

ويتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي اتبعتها الدراسة، بدءاً من تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، وتصميم أداة جمع البيانات، وآليات التحقق من صدق الأداة وثباتها، وصولاً إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات. كما يعرض الفصل متغيرات الدراسة وحدودها، ويوضح كيفية توظيف برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية في معالجة البيانات واستخراج المؤشرات اللازمة لتفسير النتائج واختبار الفرضيات، بما يسهم في الوصول إلى نتائج دقيقة تخدم أهداف الدراسة.

منهج البحث

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية والكشف عن أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي بوصفه الأنسب للدراسات التطبيقية في المجال الصحي.

يركز المنهج الوصفي التحليلي على دراسة الظواهر الصحية كما هي قائمة في الواقع العملي، من خلال جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بمستوى الشراكات بين القطاعين وأثرها على تقديم الخدمات الصحية، وتحليلها للوصول إلى استنتاجات علمية دقيقة توضح طبيعة العلاقة بين هذه الشراكات وكفاءة وجودة الخدمات. ويساعد هذا المنهج في التعرف على آليات التعاون بين القطاعين العام والخاص، وطرق تحسين الأداء التشغيلي والإداري في المؤسسات الصحية، بما يشمل توزيع المهام، إدارة الموارد، وسير العمليات العلاجية والتشخيصية.

كما تم توظيف المنهج التحليلي إلى جانب المنهج الوصفي، بهدف دراسة العلاقة بين المتغيرين الرئيسيين: الشراكة بين القطاعين العام والخاص كمتغير مستقل، وكفاءة وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع. يسهم هذا التحليل في الكشف عن مدى إسهام الشراكات في تحسين الأداء المؤسسي، وتعزيز رضا المستفيدين، وتطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العامة والخاصة بالمملكة.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مؤسسات الرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية، سواء في القطاع الحكومي أو الخاص، والذين يشاركون مباشرة أو غير مباشرة في تقديم الخدمات الصحية. ويشمل ذلك:

- ✓ المديرين والمشرفين على المستشفيات والمراكز الصحية.
- ✓ الأطباء والممارسين الصحيين والمختصين الفنيين.
- ✓ رؤساء الأقسام والإدارات الصحية.
- ✓ الموظفين العاملين في إدارات التخطيط والمتابعة وتحسين الأداء الصحي.

تم اختيار هذا المجتمع لكونه يمثل الفئة المهنية الأكثر ارتباطاً بموضوع الدراسة، حيث يشارك أفرادها في مختلف مراحل تقديم الخدمة الصحية بدءاً من التخطيط والتنظيم، مروراً بالإشراف على العمليات التشغيلية، وصولاً إلى متابعة الجودة وتحسين الأداء، مما يمنحهم القدرة على تقديم تقييم موضوعي لطبيعة الشراكات وأثرها على كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

عينة الدراسة

اعتمدت الدراسة على عينة ميدانية بلغ حجمها (٣٨٤) مفردة، تم توزيع الاستبانة عليهم واسترداد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي. وتوزعت العينة على العاملين في القطاع الحكومي والقطاع الخاص والجهات الصحية العاملة بنظام الشراكة، كما شملت أفراداً من المستويات القيادية والإشرافية والتنفيذية، ومن ذوي المؤهلات والخبرات العملية المختلفة.

وقد تم اختيار أفراد العينة باستخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة، وذلك من خلال إتاحة الفرصة للأفراد الذين تنطبق عليهم شروط الدراسة للمشاركة في الاستبانة دون تمييز بين الفئات المستهدفة. ويعد هذا الأسلوب مناسباً في الدراسات الوصفية التحليلية التي تستهدف قياس اتجاهات العاملين وآرائهم، لأنه يساعد على تقليل التحيز في اختيار المشاركين، ويتيح تمثيلاً مناسباً لوجهات النظر المرتبطة بمتغيرات الدراسة.

تحديد حجم العينة

نظراً لعدم توافر إطار عددي دقيق ومحدث يحدد إجمالي العاملين في جميع المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة والجهات العاملة بنظام الشراكة بمدينة الرياض، فقد تم تحديد حجم العينة بالاستناد إلى معادلة Cochran للمجتمعات الكبيرة أو غير المعروفة الحجم (Cochran, 1977). وتعد هذه المعادلة من الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحديد الحد الأدنى المناسب للعينة في الدراسات المسحية، خاصة عند الرغبة في الوصول إلى نتائج بدرجة ثقة (٩٥٪) وهامش خطأ لا يتجاوز (٥٪).

$$n_0 = (Z^2 \times p \times q) / e^2$$

حيث إن:

n_0 تمثل حجم العينة الأولي، و Z تمثل القيمة المعيارية المقابلة لمستوى الثقة، و p تمثل النسبة المتوقعة لوجود الصفة في المجتمع، و q تمثل القيمة المكمل لها، و e تمثل هامش الخطأ المقبول.

وبتطبيق المعادلة عند مستوى ثقة (٩٥٪)، تكون قيمة Z مساوية لـ (١.٩٦)، ومع عدم توافر تقدير مسبق لنسبة الاستجابات في المجتمع تم اعتماد القيمة المحافظة $p = (٠.٥٠)$ ، وبالتالي $q = (٠.٥٠)$ ، في حين تم اعتماد هامش خطأ مقداره (٠.٠٥). وعليه، تم احتساب حجم العينة كما يأتي:

وبتطبيق القيم السابقة في المعادلة، نحصل على:

$$\frac{0.5 \times 0.5 \times 1.96^2}{(0.05)^2} = 384$$

وبناءً على ذلك، تم اعتماد حجم عينة قدره (٣٨٤) مفردة، وهو حجم يتوافق مع متطلبات الدقة الإحصائية عند مستوى ثقة (٩٥٪) وهامش خطأ (٥٪). ويعد استخدام القيمة (٠.٥٠) في المعادلة خياراً محافظاً؛ لأنها تفترض أعلى درجة ممكنة من التباين في المجتمع، ومن ثم توفر حجماً مناسباً للعينة في حال عدم معرفة التوزيع الفعلي لخصائص مجتمع الدراسة.

وتؤكد المراجع المنهجية أن معادلة Cochran تستخدم لتقدير حجم العينة عند دراسة المجتمعات الكبيرة أو غير محددة الحجم، وأن استخدام مستوى ثقة (٩٥٪) وهامش خطأ (٥٪) مع القيمة الافتراضية ($p=0.50$) ينتج عنه حجم عينة يقارب (٣٨٤) مفردة.

معايير اختيار أفراد العينة

تمثلت معايير اختيار أفراد العينة في أن يكون المشارك عاملاً في إحدى المؤسسات الصحية بمدينة الرياض، سواء كانت حكومية أو خاصة أو تعمل ضمن نظام الشراكة، وأن تكون لديه معرفة أو خبرة مرتبطة ببيئة العمل الصحي أو بإجراءات تقديم الخدمات الصحية. كما روعي تنوع المشاركين من حيث جهة العمل، والمسمى الوظيفي، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، بما يدعم شمول العينة لوجهات نظر مختلفة ويساعد في الوصول إلى نتائج أكثر ارتباطاً بواقع الدراسة.

مصادر جمع البيانات

المصادر الثانوية:

تمثلت في مراجعة الدراسات السابقة والمراجع العلمية المتخصصة في الشراكات بين القطاعين العام والخاص، كفاءة الخدمات الصحية، وجودة الرعاية الصحية. شملت هذه المصادر:

- ❖ الكتب والمراجع العلمية في الإدارة الصحية.
- ❖ الدراسات المحكمة والمقالات العلمية المنشورة.
- ❖ الرسائل العلمية المتعلقة بالشراكات الصحية وكفاءة وجودة الخدمات.
- ❖ التقارير الرسمية للمؤسسات الصحية بالمملكة.

المصادر الأولية:

تمثلت في استبانة مصممة خصيصاً لجمع البيانات من أفراد العينة، وأعدت بناءً على مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بالشراكة بين القطاعين وكفاءة وجودة الخدمات الصحية، وتم تحويلها إلى صيغة إلكترونية لتسهيل جمع البيانات وضمان سرعة الاستجابة.

أدوات الدراسة

تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، وشملت ثلاثة محاور رئيسية:

١. **القسم الأول:** البيانات الديموغرافية، ويشمل: الجنس، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، جهة العمل، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة.
٢. **القسم الثاني:** العبارات التي تقيس أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية، ويتكون من محورين رئيسيين:
- المحور الأول:** عبارات المتغير المستقل (الشراكة بين القطاعين العام والخاص)، ويتكون من (١٦ فقرة) تم توزيعها على الأبعاد التالية:

- ✓ التعاون والتنسيق بين القطاعين: ويتكون من (٤ فقرات)
- ✓ الدعم المالي والاستثماري: ويتكون من (٤ فقرات)
- ✓ الحوكمة والتنظيم: ويتكون من (٤ فقرات)
- ✓ إدارة المخاطر: ويتكون من (٤ فقرات)

المحور الثاني: عبارات المتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية)، ويشمل (١٠ فقرات) موزعة على البعدين التاليين:

- ✓ كفاءة الخدمات الصحية: ويشمل (٥ فقرات)
- ✓ جودة الخدمات الصحية: ويشمل (٥ فقرات)

حدود الدراسة

- ❖ **الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة على تحليل أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ❖ **الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة على المؤسسات الصحية الواقعة داخل مدينة الرياض، بما يشمل المستشفيات والمراكز الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص.
- ❖ **الحدود الزمانية:** تم تنفيذ الدراسة خلال الفصل الأول والثاني من العام الدراسي ٢٠٢٦م.

التحليل الإحصائي المستخدم:

١. **اختبارات الثبات والمصدقية لأداة الدراسة (الاستبيان):**
- ❖ استخدام معامل الارتباط لمعرفة مدى قوة العلاقة بين فقرات أسئلة الاستبانة والمتغير التي تنتمي إليه الفقرة.

❖ اختبار ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لمعرفة ثبات أداة الدراسة ومدى مصداقية آراء العينة على مستوى المتغيرات الرئيسية.

٢. الأساليب الإحصائية المتعلقة بوصف نتائج متغيرات ومحاور وفقرات الدراسة:

- ✓ التكرارات والنسب المئوية لوصف عينة الدراسة.
 - ✓ المتوسط الحسابي والوزن النسبي ودرجة الموافقة.
 - ✓ الانحراف المعياري لمعرفة مدى انحراف إجابات العينة عن المتوسط.
٣. الأساليب الإحصائية المتعلقة باختبار الفرضيات:

❖ معامل الارتباط لمعرفة الارتباط بين محاور الدراسة

❖ اختبار الانحدار الخطي البسيط لمعرفة أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

اختبار الثبات

تم اختبار معامل الثبات، باستخدام ألفا كرونباخ لمعرفة مدى تشابه اجابات افراد العينة، ولقياس مدى ثبات الاستبانة، حيث تم حساب معامل "ألفا كرونباخ"، والجدول (١) يوضح معاملات ثبات الاستبانة.

جدول رقم (١): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

متغيرات الدراسة	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات
الشراكة بين القطاعين العام والخاص	.874	16
كفاءة وجودة الخدمات الصحية	.877	10
الاستبانة كاملة	.926	26

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

أشار الجدول اعلاه، أن معامل الثبات العام للاستبانة قد بلغ 0.926، وهي نسبة ممتازة كونها تزيد عن النسبة المقبولة احصائياً والبالغة ٦٠٪، وهذا يؤكد أن استبانة البحث تتمتع بدرجة ودلالة ثبات مقبولة، ويؤكد وجود علاقة ترابط بين عبارات الاستبانة، وبالنسبة لمتغيرات الدراسة فإن متغير الشراكة بين القطاعين العام والخاص (.874)، ومتغير كفاءة وجودة الخدمات الصحية (.877)، مما يعطي ثقة بصحة الاستبانة وصلاحياتها لتحليل النتائج، ويمكن الاعتماد نتائج الاستبانة في التفسير، والإجابة عن أسئلة الدراسة.

صدق الاستبانة

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة من خلال تطبيقها على عينة من أفراد العينة، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات المحور (المتغير) مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه الفقرة، وكذلك حساب ارتباط بيرسون بين درجات كل محور (متغير) من محاور الدراسة والدرجة الكلية للاستبانة، وذلك باستخدام برنامج SPSS والجدول التالية توضح ذلك.

جدول ٢: يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات متغير الشراكة بين القطاعين والدرجة الكلية للمتغير

الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط	الشراكة بين القطاعين العام والخاص
.000	.827	تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تعزيز التكامل بين الجهات الصحية بما يحقق الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة.
.000	.636	توجد آليات فعالة لتبادل المعلومات والبيانات بين مؤسسات القطاعين العام والخاص بما يدعم عملية اتخاذ القرار.
.000	.551	تساعد الشراكة في توحيد الجهود المؤسسية لتحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي.
.000	.676	تسهم الشراكة في تعزيز التعاون المستمر بين الأطراف المعنية بما يرفع مستوى كفاءة تقديم الخدمات الصحية.
.000	.907	تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في توفير موارد مالية إضافية تدعم تطوير الخدمات الصحية.
.000	.798	تساعد الاستثمارات الخاصة في تحسين قدرة المؤسسات الصحية على تنفيذ مشاريع التوسع والاستثمار والتحديث.
.000	.866	تسهم الشراكة في رفع كفاءة تخصيص الموارد المالية بما يحقق الاستفادة القصوى منها.
.000	.855	تدعم الشراكة استدامة التمويل اللازم لتطوير وتحسين الخدمات الصحية على المدى الطويل.
.000	.739	تسهم الأنظمة والتشريعات المنظمة للشراكة في تعزيز كفاءة إدارة الخدمات الصحية.
.000	.580	الحكومة تتسم الأدوار والمسؤوليات بين الشركاء بالوضوح بما يحد من تضارب الاختصاصات.
.000	.876	تسهم إجراءات الرقابة والمتابعة المرتبطة بالشراكة في تعزيز الشفافية والمساءلة.
.000	.565	تساعد الحوكمة الفعالة في ضمان الالتزام بمعايير الجودة والأداء في المؤسسات الصحية.
.000	.752	إدارة تتضمن مشروعات الشراكة الصحية آليات واضحة لتحديد المخاطر المحتملة وتقييمها.
.000	.674	المخاطر يتم توزيع المخاطر بين الشركاء بصورة عادلة تتناسب مع قدرات كل طرف وإمكاناته.

تسهل إجراءات إدارة المخاطر في الحد من الآثار السلبية للتحديات التشغيلية والمالية.	.712	.000
تساعد خطط إدارة المخاطر على ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية.	.883	.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من جدول (٢)، أظهرت النتائج جميع القيم تشير إلى علاقات إيجابية متوسطة، حيث تتراوح معامل الارتباطات ما بين (0.551، 0.907)، والتي تعكس اتساقاً جيداً وبمستوى دلالة (٠.٠٠٠) لارتباط كل فقرة من فقرات متغير الدراسة بالدرجة الكلية للمتغير، مما يشير إلى عدم وجود فقرات قد تضعف من المصادقية للاستبيان.

جدول ٣: يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات متغير كفاءة وجودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية للمتغير

معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية	كفاءة وجودة الخدمات الصحية
.721	.000	أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين استغلال الموارد البشرية والمالية في المؤسسات الصحية.
.760	.000	ساعدت الشراكة في رفع مستوى الإنتاجية التشغيلية للمرافق الصحية.
.709	.000	أسهمت الشراكة في تقليل الوقت اللازم للحصول على الخدمات الصحية.
.598	.000	ساعدت الشراكة في تحسين سرعة الاستجابة لاحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية.
.701	.000	أسهمت الشراكة في تحسين كفاءة العمليات والإجراءات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية.
.853	.000	أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين.
.850	.000	ساعدت الشراكة في رفع مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
.899	.000	أسهمت الشراكة في تطوير البنية التحتية والتجهيزات والتقنيات المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية.
.816	.000	ساعدت الشراكة في تعزيز كفاءة وتأهيل الكوادر الصحية من خلال التدريب والتطوير المستمر.
.683	.000	أسهمت الشراكة في تعزيز معايير سلامة المرضى والحد من الأخطاء المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من جدول (٣)، أظهرت النتائج جميع القيم تشير إلى علاقات إيجابية متوسطة، حيث تتراوح معامل الارتباطات ما بين (0.598، 0.899)، والتي تعكس اتساقاً جيداً وبمستوى دلالة (٠.٠٠٠) لارتباط كل فقرة من فقرات متغير الدراسة بالدرجة الكلية للمتغير، مما يشير إلى عدم وجود فقرات قد تضعف من المصادقية للاستبيان.

الصدق البنائي

تم التأكد من عدم وجود فقرات في أداة الدراسة يمكن أن تضعف القدرة التفسيرية للنتائج، بإيجاد معامل الارتباط بين كل متغير من متغيرات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة كاملة، والموضح كالتالي:

جدول (٤): معامل الارتباط بين درجة كل متغير من متغيرات الدراسة والدرجة الكلية للاستبانة

المتغيرات الدراسية	ابعاد المتغير المستقل	معامل الارتباط	الدالة الاحصائية
الشراكة بين القطاعين العام والخاص	التعاون والتنسيق بين القطاعين	.902	.000
	الدعم المالي والاستثماري	.804	.000
	الحوكمة والتنظيم	.829	.000
	إدارة المخاطر	.905	.000
	المتغير المستقل	.961	.000
كفاءة وجودة الخدمات الصحية		.924	.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

في الجدول اعلاه، اشارت النتائج إلى ان جميع متغيرات الدراسة دالة احصائيا وبدرجة قوية عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، وذلك يعتبر جميع متغيرات الدراسة صادقة لما وضعت لقياسه.

الفصل الرابع
الدراسة الميدانية
تحليل النتائج وتفسيرها

تمهيد

يمثل الجانب الميداني المرحلة التطبيقية التي تنتقل فيها الدراسة من الإطار النظري إلى فحص الواقع العملي للظاهرة محل البحث. ويكتسب هذا الجانب أهمية خاصة في الدراسات الإدارية والصحية؛ لأنه يتيح التعرف على آراء العاملين والخبرات المرتبطة بتطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ومدى انعكاسها على كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة. ومن خلال التحليل الإحصائي للبيانات، يمكن الوصول إلى مؤشرات موضوعية تسهم في توضيح مستوى المتغيرات المدروسة وطبيعة العلاقة بينها.

ويتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها وفقاً لمحاور الاستبانة وأبعادها، حيث يبدأ بوصف الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة، ثم ينتقل إلى تحليل استجاباتهم حول واقع الشراكة بين القطاعين العام والخاص من حيث التعاون والتنسيق، والدعم المالي والاستثماري، والحوكمة والتنظيم، وإدارة المخاطر. كما يتناول تحليل مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية، بما يشمل كفاءة العمليات والخدمات، وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين.

ويعرض الفصل كذلك نتائج اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، مثل معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي، بهدف تحديد مدى وجود أثر ذي دلالة إحصائية للشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية. ثم يتم تفسير النتائج في ضوء أهداف الدراسة والدراسات السابقة، بما يساعد على تقديم فهم متكامل للدلالات العلمية والتطبيقية التي يمكن الاستفادة منها في تطوير الشراكات الصحية وتعزيز فاعليتها.

أولاً: التحليل الوصفي للدراسة

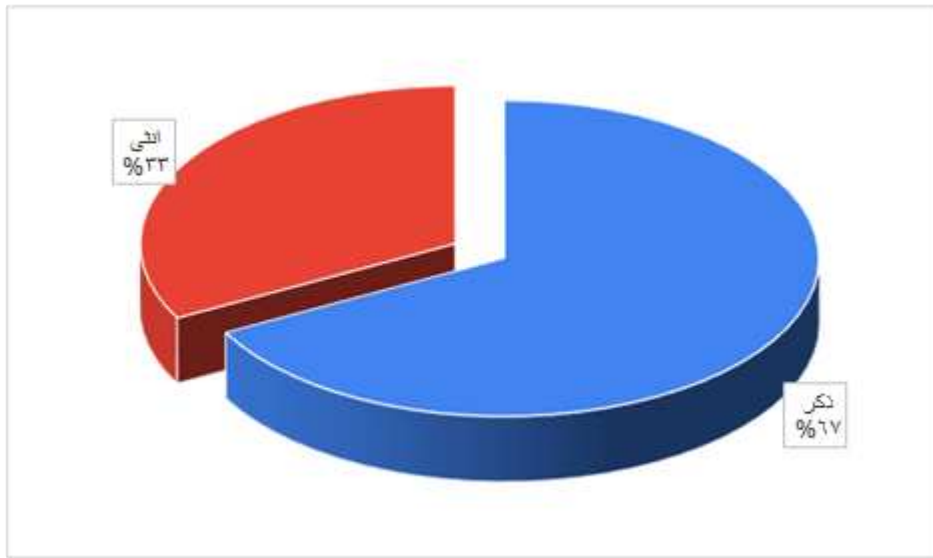
التحليل الوصفي للخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة:

تضمنت الاستبانة جزءاً خاصاً بالمعلومات الشخصية للتعرف على خصائص عينة الدراسة من خلال الجنس والفئة العمرية والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي وجهة العمل وكانت النتائج كما هي مبينة في الجداول التالية:

١. توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

جدول ٥ : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	%
ذكر	258	67.2%
انثى	126	32.8%
الاجمالي	384	100.0



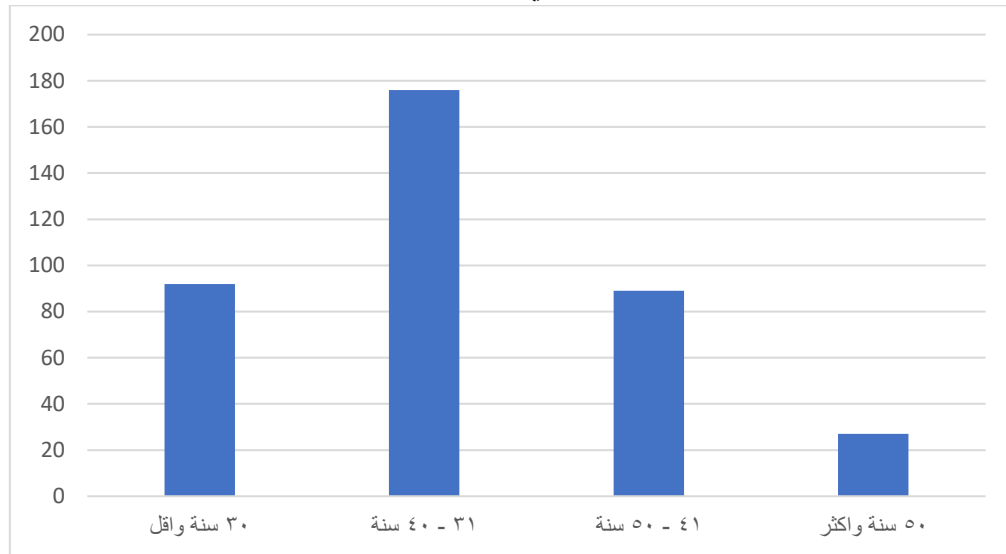
شكل ٢: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

يوضح جدول (٥) أن غالبية أفراد عينة الدراسة من الذكور، حيث بلغ عددهم (٢٥٨) بنسبة (٦٧.٢٪)، في حين بلغ عدد الإناث (١٢٦) بنسبة (٣٢.٨٪) من إجمالي العينة البالغ عددها (٣٨٤) فرداً. وتشير هذه النتيجة إلى أن مشاركة الذكور كانت الأعلى في الدراسة، وقد يرتبط ذلك بطبيعة التوزيع الوظيفي للعاملين في الجهات والمؤسسات الصحية التي شملتها الدراسة. ومع ذلك، فإن تمثيل الإناث بنسبة تقارب الثلث يدعم تنوع العينة ويعكس مشاركة فئات وظيفية مختلفة في إبداء آرائهم حول الشراكة والخدمات الصحية.

٢. توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

جدول ٦: توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	%
30 سنة وأقل	92	24.0
31 - 40 سنة	176	45.8
41 - 50 سنة	89	23.2
50 سنة وأكثر	27	7.0
الاجمالي	384	100.0%



شكل ٣: توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

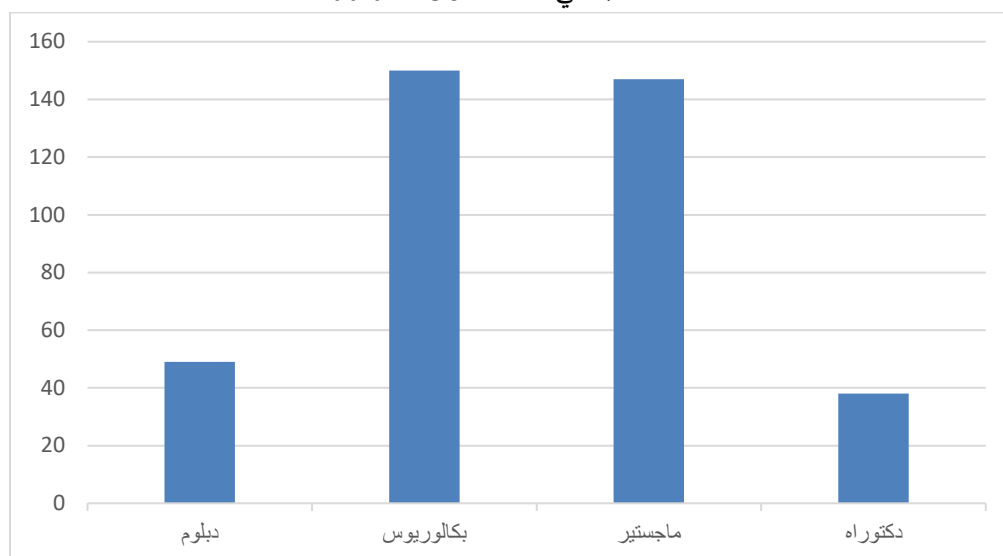
يوضح جدول (٦) أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً في عينة الدراسة هي فئة (٣١-٤٠ سنة)، إذ بلغ عددها (١٧٦) فرداً بنسبة (٤٥.٨٪)، تلتها فئة (٣٠ سنة فأقل) بعدد (٩٢) فرداً بنسبة (٢٤.٠٪). كما بلغت نسبة الفئة العمرية (٤١-٥٠ سنة) (٢٣.٢٪)، في حين جاءت فئة (٥٠ سنة فأكثر) في المرتبة الأخيرة بنسبة (٧.٠٪). وتشير هذه النتائج إلى أن العينة تتركز في الفئات العمرية ذات النشاط المهني والخبرة العملية، بما يعزز ملائمة آرائهم لدراسة واقع الشراكة وكفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٣. توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

جدول ٧: توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	%
دبلوم	49	12.8
بكالوريوس	150	39.1

38.3	147	ماجستير
9.9	38	دكتوراه
100.0	384	الاجمالي



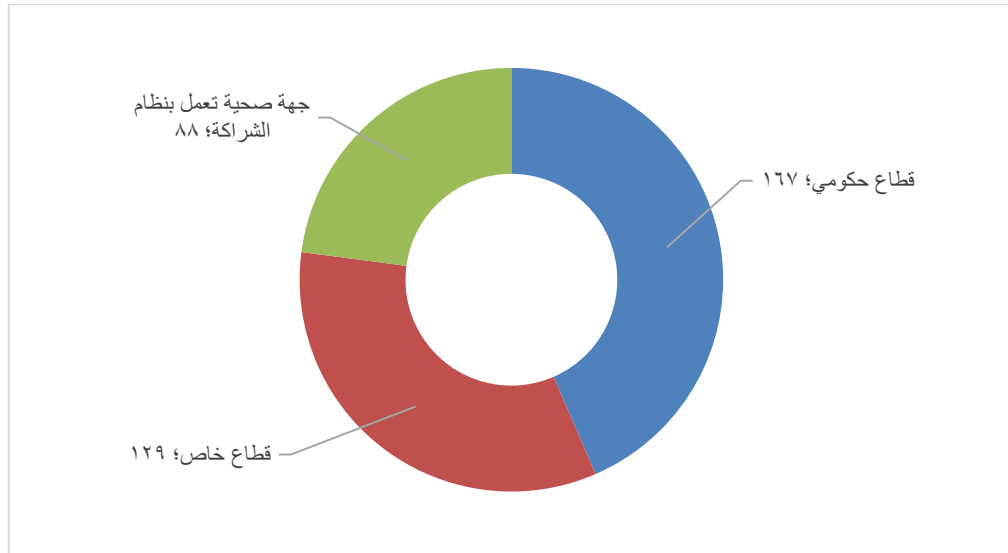
شكل ٤: توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

يوضح جدول (٨) أن حملة البكالوريوس يمثلون النسبة الأعلى من أفراد العينة بواقع (١٥٠) فرداً بنسبة (٣٩.١٪)، تلاهم حملة الماجستير بعدد (١٤٧) فرداً بنسبة (٣٨.٣٪). كما بلغ عدد حملة الدبلوم (٤٩) فرداً بنسبة (١٢.٨٪)، في حين بلغ عدد حملة الدكتوراه (٣٨) فرداً بنسبة (٩.٩٪). وتشير هذه النتائج إلى ارتفاع المستوى العلمي لأفراد العينة، الأمر الذي يعزز قدرتهم على تقديم آراء واعية حول واقع الشراكة بين القطاعين العام والخاص وأثرها في كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٤. توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل

جدول ٨: توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل

جهة العمل	العدد	%
قطاع حكومي	167	43.5
قطاع خاص	129	33.6
جهة صحية تعمل بنظام الشراكة	88	22.9
الاجمالي	384	100.0%



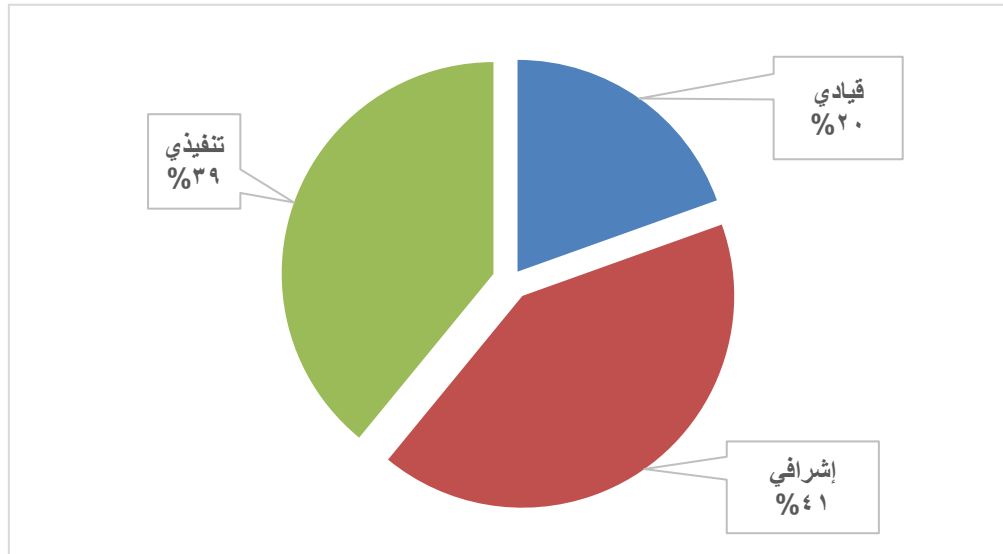
شكل ٥: توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل

يوضح الجدول والشكل أعلاه أن أفراد العينة العاملين في القطاع الحكومي يمثلون النسبة الأعلى، حيث بلغ عددهم (١٦٧) فرداً بنسبة (٤٣.٥٪)، تلاهم العاملون في القطاع الخاص بعدد (١٢٩) فرداً بنسبة (٣٣.٦٪). كما بلغ عدد العاملين في الجهات الصحية التي تعمل بنظام الشراكة (٨٨) فرداً بنسبة (٢٢.٩٪). وتشير هذه النتائج إلى تنوع جهات عمل أفراد العينة، بما يتيح استيعاب وجهات نظر مرتبطة بواقع الشراكة من المؤسسات الحكومية والخاصة والجهات التي تطبق نموذج الشراكة الصحية.

٥. توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

جدول ٩: توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	العدد	%
قيادي	75	19.5
إشرافي	159	41.4
تنفيذي	150	39.1
الاجمالي	384	100.0



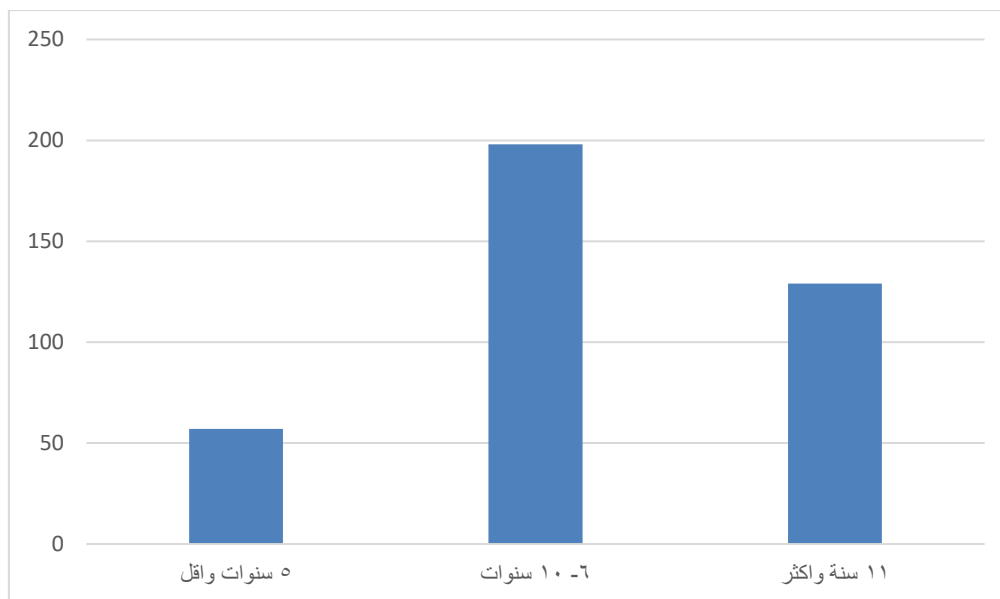
شكل ٦: توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

يوضح جدول (٧) أن الفئة الإشرافية تمثل النسبة الأعلى من أفراد العينة، حيث بلغ عددها (١٥٩) فرداً بنسبة (٤١.٤٪)، تلتها الفئة التنفيذية بعدد (١٥٠) فرداً بنسبة (٣٩.١٪). بينما بلغ عدد شاغلي الوظائف القيادية (٧٥) فرداً بنسبة (١٩.٥٪). وتشير هذه النتائج إلى أن العينة تضم مستويات وظيفية متنوعة، مع الأغلبية للفئات الإشرافية والتنفيذية التي ترتبط بصورة مباشرة بمتابعة العمليات والخدمات الصحية، مما يدعم واقعية آرائهم حول أثر الشراكة في كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

٦. توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

جدول ١٠: توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	العدد	%
٥ سنوات وأقل	57	14.8
٦ - ١٠ سنوات	198	51.6
١١ سنة وأكثر	129	33.6
الاجمالي	384	100.0



شكل ٧: توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

يوضح جدول (١٠) أن الفئة الأكثر تمثيلاً في عينة الدراسة هي فئة ذوي الخبرة من (٦-١٠ سنوات)، حيث بلغ عددهم (١٩٨) فرداً بنسبة (٥١.٦٪)، تلتها فئة ذوي الخبرة (١١ سنة فأكثر) بعدد (١٢٩) فرداً بنسبة (٣٣.٦٪). بينما بلغت نسبة ذوي الخبرة (٥ سنوات فأقل) (١٤.٨٪) بواقع (٥٧) فرداً. وتشير هذه النتائج إلى أن غالبية أفراد العينة يمتلكون خبرة عملية مناسبة في بيئة العمل الصحية، مما يعزز موثوقية آرائهم حول واقع الشراكة بين القطاعين العام والخاص وأثرها في كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

ثانياً: تحليل آراء أفراد عينة الدراسة

اعتمدت الإجابة على فقرات الاستبانة للمتغير التابع والمستقل (غير موافق بشدة - غير موافق - محايد - موافق - موافق بشدة)، واعطيت الأوزان (١، ٢، ٣، ٤، ٥) على التوالي، وفق مقياس ليكرت الخماسي، وتم استخراج الحدود الحقيقية لفئات المتوسط الحسابي، واستخراج مدى الأوزان، بإيجاد الفرق بين أعلى وزن وأقل وزن لبدائل سلم الإجابة (٥ - ١ = ٤)، وتحديد طول الفئة، ثم بتقسيم مدى الأوزان على عدد البدائل (٥/٤ = ١.٢٥)، وفي الجدول أدناه وضحت فئات الحدود الحقيقية والمعنى اللفظي لقيم المتوسط الحسابي :

جدول ١١: الحدود الحقيقية لفئات المتوسط الحسابي

مدى المتوسط (فئات الحدود الحقيقية)	المعنى اللفظي (درجة الممارسة)
1.80 - 1	ضعيفة جداً (غير موافق بشدة)
2.60 - 1.81	ضعيفة (غير موافق)

متوسطة (محايد)	3.40 - 2.61
مرتفعة (موافق)	4.20 - 3.41
مرتفعة جدا (موافق بشدة)	5 - 4.21

أولا : الشراكة بين القطاعين العام والخاص

في هذا القسم تم الاجابة على التساؤلات التالية: ما مستوى تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية؟
وذلك بإيجاد المتوسط والانحراف المعياري والوزن النسبي ودرجة القبول لآراء افراد العينة حول فقرات متغير الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادهما، والموضح في الجداول ادناه:
جدول ١٢: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لفقرات الشراكة بين القطاعين العام والخاص

الترتيب	درجة القبول	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الشراكة بين القطاعين العام والخاص
2	مرتفعة جدا	80%	.660	4.44	تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تعزيز التكامل بين الجهات الصحية بما يحقق الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة.
4	مرتفعة جدا	84%	.279	3.98	توجد آليات فعالة لتبادل المعلومات والبيانات بين مؤسسات القطاعين العام والخاص بما يدعم عملية اتخاذ القرار .
3	مرتفعة جدا	82%	.519	4.29	تساعد الشراكة في توحيد الجهود المؤسسية لتحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي.
1	مرتفعة جدا	80%	.662	4.48	تسهم الشراكة في تعزيز التعاون المستمر بين الأطراف المعنية بما يرفع مستوى كفاءة تقديم الخدمات الصحية.
	مرتفعة جدا	82%	.32326	4.2988	المتوسط الكلي للبعد
4	مرتفعة	85%	.999	3.99	تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في توفير موارد مالية إضافية تدعم تطوير الخدمات الصحية.
1	مرتفعة جدا	86%	.925	4.22	تساعد الاستثمارات الخاصة في تحسين قدرة المؤسسات الصحية على تنفيذ مشاريع التوسع والتحديث.
2	مرتفعة	84%	.843	4.12	تسهم الشراكة في رفع كفاءة تخصيص الموارد المالية بما يحقق الاستفادة القصوى منها.
3	مرتفعة	87%	.796	4.01	تدعم الشراكة استدامة التمويل اللازم لتطوير وتحسين الخدمات الصحية على المدى الطويل.

	المتوسط الكلي للبعد	4.0853	.76372	86%	مرتفعة	
الحوكمة والتنظيم	تسهم الأنظمة والتشريعات المنظمة للشراكة في تعزيز كفاءة إدارة الخدمات الصحية.	4.25	.499	87%	مرتفعة جداً	3
	تتسم الأدوار والمسؤوليات بين الشركاء بالوضوح بما يحد من تضارب الاختصاصات.	4.32	.684	79%	مرتفعة جداً	2
	تسهم إجراءات الرقابة والمتابعة المرتبطة بالشراكة في تعزيز الشفافية والمساءلة.	4.20	.452	80%	مرتفعة	4
	تساعد الحوكمة الفعالة في ضمان الالتزام بمعايير الجودة والأداء في المؤسسات الصحية.	4.36	.507	84%	مرتفعة جداً	1
	المتوسط الكلي للبعد	4.2799	.27709	83%	مرتفعة جداً	
إدارة المخاطر	تتضمن مشروعات الشراكة الصحية آليات واضحة لتحديد المخاطر المحتملة وتقييمها.	4.34	.792	80%	مرتفعة جداً	1
	يتم توزيع المخاطر بين الشركاء بصورة عادلة تتناسب مع قدرات كل طرف وإمكاناته.	3.97	.781	84%	مرتفعة	4
	تسهم إجراءات إدارة المخاطر في الحد من الآثار السلبية للتحديات التشغيلية والمالية.	4.00	.319	82%	مرتفعة	3
	تساعد خطط إدارة المخاطر على ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفاعلية.	4.21	.598	80%	مرتفعة جداً	2
	المتوسط الكلي للبعد	4.1296	.43205	82%	مرتفعة	
المتوسط العام لمتغير الشراكة بين القطاعين العام والخاص		4.1984	.39733	84%	مرتفعة	

أظهرت النتائج أن المتوسط العام لمتغير الشراكة بين القطاعين العام والخاص بلغ (٤.١٩٨٤) بوزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة، بما يعكس وجود مستوى جيد من تطبيق الشراكات في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية. وتشير هذه النتيجة إلى أن الشراكة تسهم بصورة ملموسة في دعم الجوانب التنظيمية والتمويلية والتشغيلية، بما يعزز كفاءة الخدمات الصحية ويدعم تحسين جودتها.

أولاً: بُعد التعاون والتنسيق بين القطاعين

أظهرت النتائج أن المتوسط الكلي لبُعد التعاون والتنسيق بين القطاعين بلغ (٤.٢٩٨٨) بوزن نسبي (٨٢٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتدل هذه النتيجة على أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص تسهم في تعزيز التكامل المؤسسي وتنسيق الجهود بين الجهات الصحية، بما ينعكس على كفاءة تقديم الخدمات والاستفادة من الإمكانيات المتاحة.

جاءت الفقرة "تسهم الشراكة في تعزيز التعاون المستمر بين الأطراف المعنية بما يرفع مستوى كفاءة تقديم الخدمات الصحية". في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٤٨) ووزن نسبي (٨٠٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويعكس ذلك إدراك أفراد العينة لأهمية التعاون المستمر في تقليل الازدواجية وتحسين انسيابية الخدمات الصحية. وجاءت الفقرة "تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تعزيز التكامل بين الجهات الصحية بما يحقق الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة". في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤.٤٤) ووزن نسبي (٨٠٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتشير هذه النتيجة إلى أن التكامل بين الجهات الصحية يساعد على توجيه الموارد البشرية والمادية بصورة أكثر كفاءة. أما الفقرة "تساعد الشراكة في توحيد الجهود المؤسسية لتحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي". فقد جاءت في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٢٩) ووزن نسبي (٨٢٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتوضح هذه النتيجة أن الشراكة تدعم مواءمة المبادرات الصحية مع الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي في المملكة. وجاءت الفقرة "توجد آليات فعالة لتبادل المعلومات والبيانات بين مؤسسات القطاعين العام والخاص بما يدعم عملية اتخاذ القرار". في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٣.٩٨) ووزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ورغم ارتفاع القبول، فإن ترتيبها المتأخر نسبياً يشير إلى الحاجة إلى مزيد من التطوير في آليات تبادل البيانات وربط الأنظمة المعلوماتية بين الشركاء.

وتشير النتائج مجتمعة إلى أن التعاون والتنسيق يمثلان أساساً مهماً لنجاح الشراكات الصحية، من خلال توحيد الجهود وتحسين استخدام الموارد. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة العتيبي وآخرين (٢٠٢٥) التي بينت أن الشراكة تسهم في تحسين كفاءة العمليات والخدمات الطبية، كما تتسجم مع دراسة Al-Hanawi وAlmalki (٢٠١٨) التي أكدت دور الشراكات في رفع كفاءة تنفيذ المشروعات الصحية.

ثانياً: بُعد الدعم المالي والاستثماري

أظهرت النتائج أن المتوسط الكلي لبُعد الدعم المالي والاستثماري بلغ (٤.٠٨٥٣) بوزن نسبي (٨٦٪) ودرجة قبول مرتفعة. وتشير هذه النتيجة إلى أن الشراكة توفر دعماً مالياً واستثمارياً مهماً للمؤسسات الصحية، إلا أن هذا الجانب لا يزال بحاجة إلى تعزيز مستمر لضمان استدامة التمويل وتوسيع نطاق التطوير الصحي.

جاءت الفقرة "تساعد الاستثمارات الخاصة في تحسين قدرة المؤسسات الصحية على تنفيذ مشاريع التوسع والتحديث". في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٢٢) ووزن نسبي (٨٦٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويعكس ذلك دور الاستثمارات الخاصة في تطوير البنية التحتية والتجهيزات

الصحية ورفع الطاقة الاستيعابية للمؤسسات. وجاءت الفقرة **"تسهم الشراكة في رفع كفاءة تخصيص الموارد المالية بما يحقق الاستفادة القصوى منها"** في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤.١٢) ووزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة. وتشير هذه النتيجة إلى أن الشراكة تساعد في توجيه التمويل نحو الأولويات الصحية وتقليل الهدر في استخدام الموارد. أما الفقرة **"تدعم الشراكة استدامة التمويل اللازم لتطوير وتحسين الخدمات الصحية على المدى الطويل"** فقد جاءت في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٠١) ووزن نسبي (٨٧٪) ودرجة قبول مرتفعة. ويشير ترتيبها إلى أهمية تطوير نماذج تمويلية أكثر استقراراً تضمن استمرار مشاريع التحسين والتطوير الصحي. وجاءت الفقرة **"تسهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في توفير موارد مالية إضافية تدعم تطوير الخدمات الصحية"** في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٣.٩٩) ووزن نسبي (٨٥٪) ودرجة قبول مرتفعة. وتوضح هذه النتيجة أن توفير التمويل الإضافي قائم بدرجة جيدة، لكنه يحتاج إلى تنوع مصادر التمويل وتعزيز فاعلية توجيهه.

وتشير النتائج إلى أن الشراكة تمثل أداة داعمة لتوفير الاستثمارات وتحسين كفاءة إدارة الموارد المالية في القطاع الصحي. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Al-Hanawi و Qattan (٢٠١٩) التي أوضحت أن الشراكات يمكن أن توفر تمويلاً بديلاً وتحسن معايير الرعاية الصحية، كما تتسجم مع دراسة Alqusumi (٢٠٢٤) التي أكدت دور التشريعات الداعمة للقطاع الخاص في تطوير التحول الصحي.

ثالثاً: بُعد الحوكمة والتنظيم

أظهرت النتائج أن المتوسط الكلي لبُعد الحوكمة والتنظيم بلغ (٤.٢٧٩٩) بوزن نسبي (٨٣٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتعكس هذه النتيجة وجود إدراك مرتفع لأهمية الحوكمة في تنظيم العلاقات بين الشركاء وضمان الالتزام بالمعايير المهنية والجودة في المؤسسات الصحية.

جاءت الفقرة **"تساعد الحوكمة الفعالة في ضمان الالتزام بمعايير الجودة والأداء في المؤسسات الصحية"** في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٦) ووزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويشير ذلك إلى أن الحوكمة تمثل أداة رئيسية لضبط الأداء وتحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة الخدمات المقدمة. وجاءت الفقرة **"تتسم الأدوار والمسؤوليات بين الشركاء بالوضوح بما يحيد من تضارب الاختصاصات"** في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٢) ووزن نسبي (٧٩٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتعكس النتيجة أهمية وضوح المسؤوليات في تسهيل تنفيذ الشراكات وتقليل التعارض بين الأطراف المعنية. أما الفقرة **"تسهم الأنظمة والتشريعات المنظمة للشراكة في تعزيز كفاءة إدارة الخدمات الصحية"** فقد جاءت في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٢٥) ووزن

نسبي (٨٧٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتوضح هذه النتيجة أن البيئة التشريعية المنظمة تسهم في تحسين إدارة العقود والمشروعات الصحية المشتركة. وجاءت الفقرة "تسهم إجراءات الرقابة والمتابعة المرتبطة بالشراكة في تعزيز الشفافية والمساءلة." في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٤٠.٢٠) ووزن نسبي (٨٠٪) ودرجة قبول مرتفعة. ويشير ترتيبها إلى ضرورة استمرار تطوير أدوات الرقابة والمتابعة لضمان وضوح الأداء وحماية الموارد العامة.

وتشير النتائج مجتمعة إلى أن الحوكمة والتنظيم يشكلان ركناً أساسياً لضمان نجاح الشراكات الصحية وتحقيق الجودة والكفاءة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Al-Hanawi وآخرين (٢٠٢٠) التي أكدت أن ضعف الشفافية والمساءلة يمثل من أبرز معوقات نجاح الشراكات، كما تتسجم مع دراسة Albuti (٢٠٢٠) التي شددت على أهمية مؤشرات الأداء والجودة في عقود الشراكة الصحية.

رابعاً: بُعد إدارة المخاطر

أظهرت النتائج أن المتوسط الكلي لبُعد إدارة المخاطر بلغ (٤٠.١٢٩٦) بوزن نسبي (٨٢٪) ودرجة قبول مرتفعة. وتشير هذه النتيجة إلى أن المؤسسات الصحية تدرك أهمية إدارة المخاطر في مشروعات الشراكة، بما يضمن استمرارية الخدمات وتقليل الآثار الناتجة عن التحديات التشغيلية والمالية.

جاءت الفقرة "تتضمن مشروعات الشراكة الصحية آليات واضحة لتحديد المخاطر المحتملة وتقييمها." في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤٠.٣٤) ووزن نسبي (٨٠٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويعكس ذلك اهتمام المؤسسات الصحية بالتعرف المبكر على المخاطر بما يدعم اتخاذ إجراءات وقائية مناسبة. وجاءت الفقرة "تساعد خطط إدارة المخاطر على ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية." في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤٠.٢١) ووزن نسبي (٨٠٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتوضح هذه النتيجة أن التخطيط للمخاطر يسهم في المحافظة على استمرارية الخدمة، خصوصاً عند مواجهة التحديات الطارئة. أما الفقرة "تسهم إجراءات إدارة المخاطر في الحد من الآثار السلبية للتحديات التشغيلية والمالية." فقد جاءت في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤٠.٠٠) ووزن نسبي (٨٢٪) ودرجة قبول مرتفعة. ويشير ذلك إلى أن الإجراءات المتبعة تسهم في الحد من المخاطر، مع الحاجة إلى تعزيز فاعليتها في الجوانب التشغيلية والمالية. وجاءت الفقرة "يتم توزيع المخاطر بين الشركاء بصورة عادلة تتناسب مع قدرات كل طرف وإمكاناته." في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٣٠.٩٧) ووزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة. ورغم ارتفاع مستوى القبول، فإن ترتيبها المتأخر يشير إلى أهمية مراجعة آليات توزيع المخاطر بما يحقق التوازن بين مسؤوليات القطاعين.

وتشير النتائج إلى أن إدارة المخاطر تؤدي دوراً مهماً في حماية استدامة الشراكات الصحية والحد من آثار التحديات المختلفة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Almalki و Al-Hanawi (٢٠١٨) التي أكدت أهمية تقاسم المخاطر لتحسين التدفقات المالية واستمرارية المشروعات، كما تتسجم مع دراسة Alonazi (٢٠١٧) التي بينت أن إدارة المخاطر القائمة على النتائج تعد من العوامل المهمة لاستدامة الشراكات الصحية.

ثانياً : المتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية)

في هذا القسم تم الاجابة على التساؤل التالي: ما مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية؟، وذلك بإيجاد المتوسط والانحراف المعياري والوزن النسبي ودرجة القبول لآراء افراد العينة حول فقرات متغير كفاءة وجودة الخدمات الصحية، والموضح في الجدول ادناه:

جدول ١٣: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لفقرات كفاءة وجودة الخدمات الصحية

كفاءة وجودة الخدمات الصحية					
الترتيب	درجة القبول	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
2	مرتفعة جداً	87%	.688	4.37	أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين استغلال الموارد البشرية والمالية في المؤسسات الصحية.
1	مرتفعة جداً	88%	.520	4.39	ساعدت الشراكة في رفع مستوى الإنتاجية التشغيلية للمرافق الصحية.
3	مرتفعة جداً	86%	.656	4.32	أسهمت الشراكة في تقليل الوقت اللازم للحصول على الخدمات الصحية.
4	مرتفعة جداً	81%	.445	4.05	ساعدت الشراكة في تحسين سرعة الاستجابة لاحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية.
1	مرتفعة جداً	88%	.672	4.39	أسهمت الشراكة في تحسين كفاءة العمليات والإجراءات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية.
	مرتفعة جداً	86%	.36818	4.3026	المتوسط الكلي للبعد
1	مرتفعة جداً	92%	.807	4.58	أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين.
3	مرتفعة جداً	86%	.927	4.32	ساعدت الشراكة في رفع مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
5	مرتفعة جداً	79%	.429	3.94	أسهمت الشراكة في تطوير البنية التحتية والتجهيزات والتقنيات المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية.

2	مرتفعة جداً	89%	.753	4.45	ساعدت الشراكة في تعزيز كفاءة وتأهيل الكوادر الصحية من خلال التدريب والتطوير المستمر.
4	مرتفعة	84%	.654	4.18	أسهمت الشراكة في تعزيز معايير سلامة المرضى والحد من الأخطاء المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية.
	مرتفعة جداً	86%	.58470	4.2922	المتوسط الكلي للبعد
	مرتفعة	84%	.39733	4.1984	المتوسط العام لمتغير كفاءة وجودة الخدمات الصحية

أظهرت النتائج أن المتوسط العام لمتغير كفاءة وجودة الخدمات الصحية بلغ (٤.١٩٨٤) بوزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة، مما يشير إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص ترتبط بمستوى إيجابي من الكفاءة والجودة في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية. ويعكس ذلك إسهام الشراكة في تطوير العمليات الصحية وتحسين تجربة المستفيدين ورفع مستوى الأداء المؤسسي.

أولاً: كفاءة الخدمات الصحية

أظهرت النتائج أن المتوسط الكلي لُبعد كفاءة الخدمات الصحية بلغ (٤.٣٠٢٦) بوزن نسبي (٨٦٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتشير هذه النتيجة إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص تسهم في تحسين الأداء التشغيلي للمؤسسات الصحية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد، ورفع الإنتاجية، وتسريع تقديم الخدمات.

جاءت الفقرة "ساعدت الشراكة في رفع مستوى الإنتاجية التشغيلية للمرافق الصحية." في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٩) ووزن نسبي (٨٨٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتعكس هذه النتيجة أن الشراكة تدعم تطوير أساليب التشغيل وتوظيف الإمكانيات المتاحة بما يرفع إنتاجية المرافق الصحية. وجاءت الفقرة "أسهمت الشراكة في تحسين كفاءة العمليات والإجراءات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية." في المرتبة الأولى مكررة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٩) ووزن نسبي (٨٨٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويشير ذلك إلى أن الشراكة تسهم في تبسيط الإجراءات التشغيلية وتحسين تدفق الخدمات بما يقلل الهدر والتأخير. أما الفقرة "أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين استغلال الموارد البشرية والمالية في المؤسسات الصحية." فقد جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٧) ووزن نسبي (٨٧٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتوضح هذه النتيجة أن تكامل قدرات القطاعين يساعد على توجيه الموارد نحو الاحتياجات الفعلية وتحسين كفاءة استخدامها. وجاءت الفقرة "أسهمت الشراكة في تقليل الوقت اللازم للحصول على الخدمات الصحية." في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٢) ووزن نسبي (٨٦٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويعكس ذلك دور الشراكة في تطوير مسارات الخدمة وزيادة الطاقة التشغيلية، بما يحد من فترات الانتظار أمام المستفيدين. وجاءت الفقرة "ساعدت الشراكة في تحسين سرعة الاستجابة لاحتياجات المستفيدين

من الخدمات الصحية". في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٠٥) ووزن نسبي (٨١٪) ودرجة قبول مرتفعة. ورغم إيجابية النتيجة، فإن ترتيبها المتأخر نسبياً يشير إلى الحاجة إلى تعزيز مرونة الإجراءات وآليات متابعة احتياجات المستفيدين بصورة أسرع.

وتشير النتائج مجتمعة إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص تمثل أداة فاعلة لتحسين الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية، ولا سيما في إدارة الموارد والإجراءات ورفع الإنتاجية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة العتيبي وآخرين (٢٠٢٥) التي أظهرت أن الشراكة حسنت كفاءة الفحص الطبي وجدولة المواعيد ووقت الانتظار، كما تتسجم مع دراسة Khan و Nasrulddin (٢٠٢٢) التي أكدت ارتباط ترتيبات الخصخصة والشراكة بتحسين كفاءة المستشفيات.

ثانياً: بُعد جودة الخدمات الصحية

أظهرت النتائج أن المتوسط الكلي لبُعد جودة الخدمات الصحية بلغ (٤.٢٩٢٢) بوزن نسبي (٨٦٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتدل هذه النتيجة على أن الشراكة تسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تطوير قدرات الكوادر، وتعزيز رضا المستفيدين، والالتزام بسلامة المرضى ومعايير الأداء.

جاءت الفقرة **أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين**. في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٥٨) ووزن نسبي (٩٢٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتشير هذه النتيجة إلى أن الشراكة تدعم تقديم خدمات صحية أكثر توافقاً مع احتياجات المستفيدين ومعايير الجودة المهنية. وجاءت الفقرة **"ساعدت الشراكة في تعزيز كفاءة وتأهيل الكوادر الصحية من خلال التدريب والتطوير المستمر"**. في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤.٤٥) ووزن نسبي (٨٩٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. ويعكس ذلك أهمية الشراكة في نقل الخبرات وتطوير المهارات المهنية بما يحسن جودة الممارسات الصحية. أما الفقرة **"ساعدت الشراكة في رفع مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة"**. فقد جاءت في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤.٣٢) ووزن نسبي (٨٦٪) ودرجة قبول مرتفعة جداً. وتوضح هذه النتيجة أن التحسن في تنظيم الخدمة وكفاءة تقديمها ينعكس بصورة مباشرة على رضا المستفيدين. وجاءت الفقرة **أسهمت الشراكة في تعزيز معايير سلامة المرضى والحد من الأخطاء المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية**. في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٤.١٨) ووزن نسبي (٨٤٪) ودرجة قبول مرتفعة. ويشير ذلك إلى أن الشراكة تدعم تطبيق معايير السلامة، مع أهمية الاستمرار في تطوير أنظمة الرقابة والإبلاغ عن الأخطاء. وجاءت الفقرة **أسهمت الشراكة في تطوير البنية التحتية والتجهيزات والتقنيات المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية**. في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي بلغ (٣.٩٤)

ووزن نسبي (٧٩٪) ودرجة قبول مرتفعة. ورغم إيجابية النتيجة، فإن ترتيبها الأخير يشير إلى أن تطوير البنية التحتية والتقنيات يحتاج إلى مزيد من الاستثمارات والتوسع في المشروعات المشتركة. وتشير النتائج مجتمعة إلى أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص تسهم في رفع جودة الخدمات الصحية من خلال تحسين الرعاية، وتأهيل الكوادر، وتعزيز رضا المستفيدين وسلامة المرضى. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Almalki و Al-Hanawi (٢٠١٨) التي أكدت أن الشراكات تعزز جودة الخدمات وتدعم كفاءة مشروعات البنية التحتية الصحية، كما تنسجم مع دراسة Tabrizi وآخرين (٢٠٢٠) التي أظهرت أن الشراكة تحسن الوصول إلى الرعاية وجودة الخدمات وكفاءتها.

ثالثاً: اختبار الفرضيات

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

الفرضيات الفرعية

- ١) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للتعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٢) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للدعم المالي والاستثماري على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٣) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للحوكمة والتنظيم على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٤) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ لإدارة المخاطر على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.
- ٥) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية) بالمتغير المستقل (الشراكة بين القطاعين العام والخاص)، واستخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لمعرفة دور الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية، والموضح كما يلي :

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ للشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

وللإجابة على الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية، تم أولاً إيجاد معامل ارتباط بيرسون، لمعرفة مدى ارتباط الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها بالمتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية)، والموضح كما يلي:

جدول (١٤): ارتباط الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها بالمتغير التابع (كفاءة وجودة الخدمات الصحية)

الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التعاون والتنسيق بين القطاعين	.856**	.000
الدعم المالي والاستثماري	.683**	.000
الحوكمة والتنظيم	.689**	.000
إدارة المخاطر	.764**	.000
الشراكة بين القطاعين العام والخاص	.782**	.000

أظهرت نتائج معامل ارتباط بيرسون وجود علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين الشراكة بين القطاعين العام والخاص وكفاءة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط الكلي (٠.٧٨٢) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠)، وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$). كما تبين أن جميع أبعاد الشراكة ترتبط إيجابياً بالمتغير التابع، وكان بُعد التعاون والتنسيق الأعلى ارتباطاً بواقع (٠.٨٥٦)، يليه بُعد إدارة المخاطر بواقع (٠.٧٦٤)، ثم الحوكمة والتنظيم بواقع (٠.٦٨٩)، وأخيراً الدعم المالي والاستثماري بواقع (٠.٦٨٣). وتشير هذه النتائج إلى أن ارتفاع مستوى تطبيق الشراكة بأبعادها المختلفة يرتبط بتحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية. وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية الرئيسية، وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود أثر ذي دلالة إحصائية للشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

(١) الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

جدول ١٥: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للتعاون والتنسيق بين القطاعين على السلامة التشغيلية

ملخص النماذج					تحليل التباين الاحادي One Way ANOVA		معاملات الانحدار			
المتغير التابع	R	R ²	F	مستوى الدلالة	المتغير المستقل	b	الخطأ المعياري	t	مستوى الدلالة	
كفاءة وجودة الخدمات الصحية	.856	.733	1049.036	.000	التعاون والتنسيق بين القطاعين	.225	.038	32.389	.000	

أظهرت نتائج الانحدار الخطي البسيط وجود أثر ذي دلالة إحصائية لبُعد التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص على كفاءة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط ($R=0.856$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2=0.733$)، بما يعني أن البُعد يفسر ما نسبته (٧٣.٣٪) من التباين في كفاءة وجودة الخدمات الصحية. كما بلغت قيمة ($F=1049.036$) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠٠)، وبلغ معامل الانحدار ($b=0.225$) بقيمة ($t=32.389$) ودلالة (٠.٠٠٠٠). وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة التي تؤكد وجود أثر ذي دلالة إحصائية للتعاون والتنسيق على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

(٢) **الفرضية الفرعية الثانية:** لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للدعم المالي والاستثماري على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

جدول ١٦: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للدعم المالي والاستثماري على كفاءة وجودة الخدمات الصحية

معاملات الانحدار					تحليل التباين الاحادي One Way ANOVA		ملخص النماذج		
مستوى الدلالة	t	الخطأ المعياري	b	المتغير المستقل	مستوى الدلالة	F	R^2	R	المتغير التابع
.000	14.009	.025	.353	الدعم المالي والاستثماري	.000	196.266	.339	.583	كفاءة وجودة الخدمات الصحية

بينت نتائج الانحدار الخطي البسيط وجود أثر ذي دلالة إحصائية للدعم المالي والاستثماري على كفاءة وجودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط ($R=0.583$)، بينما بلغ معامل التحديد ($R^2=0.339$)، بما يشير إلى أن الدعم المالي والاستثماري يفسر ما نسبته (٣٣.٩٪) من التباين في المتغير التابع. كما بلغت قيمة ($F=196.266$) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠٠)، وبلغ معامل الانحدار ($b=0.353$) بقيمة ($t=14.009$) ودلالة (٠.٠٠٠٠). وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود أثر ذي دلالة إحصائية للدعم المالي والاستثماري على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

(٣) **الفرضية الفرعية الثالثة:** لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للحكومة والتنظيم على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

جدول ١٧: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للحكومة والتنظيم على كفاءة وجودة الخدمات الصحية

معاملات الانحدار		تحليل التباين الاحادي One Way ANOVA	ملخص النماذج
------------------	--	--	--------------

المتغير التابع	R	R ²	F	مستوى الدلالة	المتغير المستقل	b	الخطأ المعياري	t	مستوى الدلالة
كفاءة وجودة الخدمات الصحية	.689	.474	344.803	.000	الحوكمة والتنظيم	1.150	.062	18.569	.000

أظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية للحوكمة والتنظيم على كفاءة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط ($R=0.689$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2=0.474$)، مما يعني أن الحوكمة والتنظيم يفسران ما نسبته (٤٧.٤٪) من التباين في كفاءة وجودة الخدمات الصحية. كما بلغت قيمة ($F=344.803$) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠)، في حين بلغ معامل الانحدار ($b=1.150$) وقيمة ($t=18.569$) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠). وتشير هذه النتيجة إلى أن وضوح الأدوار والرقابة والالتزام بالمعايير التنظيمية يسهم في رفع كفاءة الخدمات وجودتها؛ وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

٤) الفرضية الفرعية الرابع: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة المخاطر على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

جدول ١٨: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لإدارة المخاطر على كفاءة وجودة الخدمات الصحية

ملخص النماذج			تحليل التباين الاحادي One Way ANOVA			معاملات الانحدار			
المتغير التابع	R	R ²	F	مستوى الدلالة	المتغير المستقل	b	الخطأ المعياري	t	مستوى الدلالة
كفاءة وجودة الخدمات الصحية	.764	.583	533.958	.000	إدارة المخاطر	0.817	.035	23.108	.000

أظهرت نتائج التحليل وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة المخاطر على كفاءة وجودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط ($R=0.764$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2=0.583$)، بما يدل على أن إدارة المخاطر تفسر ما نسبته (٥٨.٣٪) من التباين في كفاءة وجودة الخدمات الصحية. كما بلغت قيمة ($F=533.958$) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠)، وبلغ معامل الانحدار ($b=0.817$) بقيمة ($t=23.108$) ودلالة (٠.٠٠٠). ويعكس ذلك أهمية تحديد المخاطر وتوزيعها وإدارتها في ضمان استمرارية الخدمات الصحية وتحسين أدائها؛ وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

٥) الفرضية الفرعية الخامسة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

جدول ١٩: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على كفاءة وجودة

الخدمات الصحية

معاملات الانحدار					تحليل التباين الاحادي One Way ANOVA		ملخص النماذج		
مستوى الدلالة	t	الخطأ المعياري	b	المتغير المستقل	مستوى الدلالة	F	R ²	R	المتغير التابع
.002	24.500	.037	.910	الشراكة بين القطاعين العام والخاص	.000	600.244	.611	.782	كفاءة وجودة الخدمات الصحية

بينت نتائج الانحدار الخطي البسيط وجود أثر ذي دلالة إحصائية للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة على كفاءة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط ($R=0.782$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2=0.611$)، مما يعني أن الشراكة تقسر ما نسبته (٦١.١٪) من التباين في كفاءة وجودة الخدمات الصحية. كما بلغت قيمة ($F=600.244$) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠٢)، وبلغ معامل الانحدار ($b=0.910$) بقيمة ($t=24.500$) ومستوى دلالة (٠.٠٠٠٢). وتؤكد هذه النتيجة أن التكامل بين أبعاد الشراكة يسهم بصورة إيجابية في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية؛ وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

نتائج الدراسة

توصلت الدراسة الى العديد من النتائج أهمها:

١. أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية جاء مرتفعاً، بمتوسط عام بلغ (٤.١٩٨٤) ووزن نسبي (٨٤٪).
٢. جاء بُعد التعاون والتنسيق بين القطاعين في مستوى مرتفع جداً، مما يؤكد إسهام الشراكة في توحيد الجهود وتعزيز التكامل بين الجهات الصحية ورفع كفاءة تقديم الخدمات.
٣. حقق بُعد الحوكمة والتنظيم مستوى مرتفعاً جداً، بما يعكس أهمية وضوح الأدوار والرقابة والالتزام بمعايير الجودة في نجاح الشراكات الصحية.
٤. أظهرت النتائج أن الدعم المالي والاستثماري وإدارة المخاطر جاءا بدرجة قبول مرتفعة، بما يشير إلى دورهما في دعم استدامة التمويل والحد من التحديات التشغيلية والمالية المرتبطة بالمشروعات الصحية.
٥. تبين أن مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية جاء مرتفعاً، بمتوسط عام بلغ (٤.١٩٨٤) ووزن نسبي (٨٤٪)، مما يعكس تحسن الأداء الصحي في المؤسسات محل الدراسة.

٦. جاء بُعد كفاءة الخدمات الصحية بدرجة مرتفعة جداً، حيث أسهمت الشراكة في رفع الإنتاجية التشغيلية وتحسين كفاءة الإجراءات واستغلال الموارد وتقليل الوقت اللازم للحصول على الخدمات.
٧. أظهرت النتائج أن جودة الخدمات الصحية جاءت بدرجة مرتفعة جداً، وكان أبرز جوانبها تحسين جودة الرعاية الصحية، وتأهيل الكوادر، ورفع رضا المستفيدين، وتعزيز سلامة المرضى.
٨. كشفت نتائج الارتباط عن وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الشراكة بين القطاعين العام والخاص وكفاءة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط الكلي (٠.٧٨٢) عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠).
٩. أظهرت نتائج الانحدار وجود أثر ذي دلالة إحصائية لجميع أبعاد الشراكة في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية، وكان بُعد التعاون والتنسيق الأكثر تفسيراً للتباين في المتغير التابع بنسبة بلغت (٧٣.٣٪).
١٠. أكدت نتائج التحليل أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها مجتمعة تؤثر إيجابياً في كفاءة وجودة الخدمات الصحية، إذ فسرت ما نسبته (٦١.١٪) من التباين في المتغير التابع، مما أدى إلى رفض الفرضية الصفرية الرئيسية وقبول الفرضية البديلة.

توصيات الدراسة

بناء على النتائج التي توصلت إليها الدراسة يمكنني صياغة التوصيات التالية:

١. تعزيز آليات التعاون والتنسيق المستمر بين الجهات الصحية الحكومية والخاصة، من خلال لجان مشتركة وقنوات اتصال واضحة تدعم توحيد الجهود وتحسين سرعة اتخاذ القرار.
٢. تطوير أنظمة موحدة وأمنة لتبادل المعلومات والبيانات الصحية بين الشركاء، بما يساهم في رفع كفاءة التخطيط والمتابعة وتحسين الاستجابة لاحتياجات المستفيدين.
٣. توسيع الاستثمارات الخاصة في مشاريع تطوير البنية التحتية والتجهيزات والتقنيات الصحية، مع توجيهها نحو المجالات ذات الأولوية واحتياجات المناطق الصحية المختلفة.
٤. وضع نماذج تمويلية مستدامة للشراكات الصحية تضمن استمرارية تطوير الخدمات، وتحقيق التوازن بين العائد الاستثماري للقطاع الخاص والمصلحة العامة للمستفيدين.
٥. تعزيز أطر الحوكمة والرقابة في مشروعات الشراكة، من خلال تحديد الأدوار والمسؤوليات ومؤشرات الأداء وآليات المساءلة بصورة واضحة في العقود والاتفاقيات.

٦. تطوير آليات عادلة وشفافة لتوزيع المخاطر بين القطاعين العام والخاص، بما يتناسب مع قدرات كل طرف وطبيعة المشروع الصحي ومستوى المخاطر المرتبطة به.
٧. دعم برامج التدريب والتطوير المهني للكوادر الصحية والإدارية العاملة في مشروعات الشراكة، بما يعزز كفاءتهم في إدارة العمليات وتحسين جودة الرعاية الصحية.
٨. الاهتمام بتطوير البنية التحتية الصحية والتحول الرقمي، خاصة في المجالات التي تسهم في تقليل وقت الانتظار وتحسين سرعة الاستجابة ورفع رضا المستفيدين.
٩. اعتماد مؤشرات أداء دورية لقياس أثر الشراكة في الإنتاجية التشغيلية وجودة الرعاية وسلامة المرضى ورضا المستفيدين، مع الاستفادة من نتائج القياس في تحسين المشروعات القائمة.
١٠. تشجيع إجراء تقييمات دورية لمشروعات الشراكة الصحية لضمان استدامتها، والكشف المبكر عن التحديات التشغيلية أو المالية أو التنظيمية ومعالجتها قبل تأثيرها في مستوى الخدمة.

الحلول والمقترحات المستقبلية

يمكن تعزيز فاعلية الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال إنشاء منصة وطنية موحدة لإدارة مشروعات الشراكة الصحية، تتضمن بيانات المشروعات ومؤشرات الأداء ونسب الإنجاز والمخاطر والتحديات. كما يمكن تطوير نماذج تعاقدية مرنة تراعي اختلاف طبيعة الخدمات الصحية، وتحدد بصورة دقيقة التزامات الأطراف ومعايير الجودة وآليات التقييم والمساءلة.

ويقترح كذلك التوسع في استخدام الحلول الرقمية، مثل السجلات الصحية الإلكترونية والأنظمة الذكية لإدارة المواعيد والموارد، بما يسهم في تقليل فترات الانتظار وتحسين سرعة تقديم الخدمة. ومن المناسب أيضاً تعزيز مشاركة المستفيدين في تقييم الخدمات الصحية من خلال استبيانات رضا دورية وقنوات ملاحظات واضحة، بحيث تصبح احتياجات المرضى أحد الأسس الرئيسية لتطوير مشروعات الشراكة.

أما على مستوى الدراسات المستقبلية، فيمكن إجراء دراسات مقارنة بين المناطق الصحية في المملكة، أو بين المؤسسات الحكومية والخاصة والجهات التي تعمل بنظام الشراكة، لمعرفة الفروق في مستوى الكفاءة والجودة. كما يمكن دراسة أثر التحول الرقمي، والابتكار الصحي، ورضا العاملين، والعدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية بوصفها متغيرات مرتبطة بنجاح الشراكات الصحية.

الخاتمة

تناولت هذه الدراسة أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، بالتطبيق على مدينة الرياض نموذجاً، انطلاقاً من أهمية

الشراكة بوصفها أحد المداخل الحديثة الداعمة لتطوير القطاع الصحي وتحقيق الاستفادة المثلى من الموارد والإمكانات المتاحة. وقد سعت الدراسة إلى التعرف على مستوى تطبيق الشراكة في المؤسسات الصحية، وقياس أثر أبعادها المتمثلة في التعاون والتنسيق، والدعم المالي والاستثماري، والحوكمة والتنظيم، وإدارة المخاطر في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداةً لجمع البيانات من عينة بلغت (٣٨٤) فرداً من العاملين في الجهات الصحية الحكومية والخاصة والجهات العاملة بنظام الشراكة في مدينة الرياض. وتمت معالجة البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 26)، من خلال توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية، إلى جانب معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار فرضيات الدراسة. وأظهرت النتائج أن مستوى تطبيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص جاء مرتفعاً، كما جاء مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية بدرجة مرتفعة. وبينت النتائج أن التعاون والتنسيق بين القطاعين يمثلان من أبرز الجوانب المؤثرة في تحسين الأداء الصحي، لما لهما من دور في توحيد الجهود، وتعزيز تبادل المعلومات، وتحسين استغلال الموارد، ورفع سرعة الاستجابة لاحتياجات المستفيدين. كما أكدت النتائج أهمية الحوكمة والتنظيم في توضيح الأدوار والمسؤوليات، وتعزيز الشفافية والمساءلة، وضمان الالتزام بمعايير الجودة والأداء داخل المؤسسات الصحية.

كذلك أوضحت الدراسة أن الدعم المالي والاستثماري يسهم في دعم التوسع والتحديث وتحسين تخصيص الموارد، في حين تمثل إدارة المخاطر عنصراً مهماً في ضمان استمرارية الخدمات الصحية والحد من الآثار الناتجة عن التحديات التشغيلية والمالية. وقد أكدت نتائج اختبار الفرضيات وجود أثر ذي دلالة إحصائية للشراكة بين القطاعين العام والخاص بأبعادها المختلفة على كفاءة وجودة الخدمات الصحية، مما يعزز أهمية تبني نماذج شراكة متوازنة تقوم على التكامل بين الأدوار، ووضوح الالتزامات، واستدامة التمويل، والرقابة الفاعلة.

وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة، يمكن القول إن نجاح الشراكة الصحية لا يرتبط بمجرد مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات أو تمويلها، وإنما يعتمد على جودة تصميم الشراكة وإدارتها ومتابعتها، ومدى قدرتها على تحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية والمصلحة العامة وجودة الرعاية الصحية. ومن ثم، فإن تعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص يمثل مساراً مهماً لدعم تطوير الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، وتحسين تجربة المستفيدين، ورفع كفاءة المؤسسات الصحية، والمساهمة في تحقيق أهداف التحول الصحي بصورة أكثر استدامة وفاعلية.

قائمة المراجع

المراجع العربية

الدوسري، س. م.، والحربي، م. س. (٢٠٢٣). رؤية السعودية ٢٠٣٠ وتصور الأطباء للشراكات بين القطاعين العام والخاص في الرعاية الصحية. مجلة الصحة العامة وإدارة الصحة،

٢(١)، الوصول المفتوح. [https://doi.org/10.59644/oaphhar.2\(1\).41](https://doi.org/10.59644/oaphhar.2(1).41)

العتيبي، إ. م.، & الدين، ش. ع. ع. (٢٠٢٥). أثر الشراكة بين القطاعين الخاص والعام على مستوى الخدمات الطبية المقدمة: دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للخطوط الجوية العربية السعودية ومجموعة فقيه الطبية. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، ٩ (٧)، ١-

٢٢ <https://doi.org/10.26389/AJSRP.B020225>

المعاوي، ع. أ. ب. س.، طيبة، ح. ب. ع. أ.، & جفري، ع. ب. ع. (٢٠٢١). تأثير الشراكة بين القطاع العام والخاص على مستوى جودة الخدمات—دراسة ميدانية على النقل المدرسي بمحافظة المخوة—المملكة العربية السعودية -. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية و

القانونية، ٥ (٥)، <https://doi.org/10.26389/AJSRP.A250720٦٨-٨٨>

المالكي، أ.، والحنائي، م. (٢٠١٨). الشراكات والتعاون بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية: دراسة نوعية. المجلة العالمية لعلوم الصحة، ١٠ (٦)،

ص ١٠ <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n6p10>

بن صالح، ع. أ. (٢٠٢١). أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تطوير الطاقات المتجددة لتحقيق الاستدامة -مدينة الملك عبد الله بالمملكة العربية السعودية أنموذجاً-. مجلة الاقتصاد الجديد، ١٢ (٣)، ٣٧٦-٣٨٨.

خيري، م. (٢٠٢٢). أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر. مجلة الاقتصاد الجديد، ١٣ (٢)، ٥٣٦-٥٥٦.

لشهب، آ.، & تونسلي، ش. (٢٠٢٣). واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص .

<https://dspace.univ-guelma.dz/jspui/handle/123456789/14566>

وزارة الصحة. (٢٠٢٦). مشاركة القطاع الخاص: الرؤية والرسالة والأهداف.

<https://www.moh.gov.sa/en/ministry/vro/private-sector-participation/pages/vision.aspx>

- Abdul, S., Ehizogie Paul Adeghe, Bisola Oluwafadekemi Adegoke, Adebukola Adejumo Adegoke, & Emem Henry Udedeh. (2024). Public-private partnerships in health sector innovation: Lessons from around the world. *Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy*, 12(1), 045–059. <https://doi.org/10.30574/msabp.2024.12.1.0032>
- Albuthi, A. (2020). *CREATING PERFORMANCE INDICATORS FOR PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN HEALTHCARE-SAUDI ARABIA*.
- Aldabaan, G. G., Alshamari, H. F., & Faimah Mnzil Saleh Alanazi, M. M. A. (2023). The Role of Public-Private Partnerships in Shaping Saudi Arabia's Healthcare Workforce. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 338–341. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.2084>
- Aldawsari, S. M., & Alharbi, M. S. (2023). Saudi Vision 2030 and Physician's Perception of Public-Private Partnerships in Healthcare. *Open Access Public Health and Health Administration Review*, 2(1), 18–31. [https://doi.org/10.59644/oaphhar.2\(1\).41](https://doi.org/10.59644/oaphhar.2(1).41)
- Al-Hanawi, M. K., Almubark, S., Qattan, A. M. N., Cenkier, A., & Kosycarz, E. A. (2020). Barriers to the implementation of public-private partnerships in the healthcare sector in the Kingdom of Saudi Arabia. *PloS One*, 15(6), e0233802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233802>
- Al-Hanawi, M. K., & Qattan, A. M. (2019). An Analysis of Public-Private Partnerships and Sustainable Health Care Provision in the Kingdom of Saudi Arabia. *Health Services Insights*, 12, 1178632919859008. <https://doi.org/10.1177/1178632919859008>
- Alkhamis, A., Ali Miraj, S. S., Al Qumaizi, K. I., & Alaiban, K. (2021). Privatization of Healthcare in Saudi Arabia: Opportunities and Challenges. في *Handbook of Healthcare in the Arab World* (ص ١٨٦٥ - ١٩٠٧). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36811-1_177
- Almalki, A., & Al-Hanawi, M. (2018). Public Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector in the Kingdom of Saudi Arabia: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 10(6), p10. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n6p10>

- Alonazi, W. B. (2017). Exploring shared risks through public-private partnerships in public health programs: A mixed method. *BMC Public Health*, 17(1), 571. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4489-z>
- Alqusumi, F. (2024). Transforming Healthcare in Saudi Arabia through Strategic Planning and Innovation. *International Journal of Integrated Science and Technology*, 2(2), 61–74. <https://doi.org/10.59890/ijist.v2i2.1425>
- Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Calu, D. A. (2011). Empirical research on the public–private partnership into the public hospitals from Romania. *AFRICAN JOURNAL OF BUSINESS MANAGEMENT*, 5(34). <https://doi.org/10.5897/AJBM11.1997>
- Carvalho, J. M. S., & Rodrigues, N. (2022). Perceived Quality and Users' Satisfaction with Public–Private Partnerships in Health Sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19138188>
- Harithy, K. A., Nushayli, A. M., Elham Hassan Nami, L. M. J., & Nourah Ahmad Alsumairi, M. A. H. K. (2024). The Role of Digital Health in Supporting Privatization of Healthcare Services in health care sitting Saudi Arabia: A Systematic Review. *The Review of Diabetic Studies*, 200–216. <https://doi.org/10.70082/kbr1g388>
- Indurthy, S. G., & Kashyap, G. C. (2020). Role of public-private partnerships to enhance the health care delivery system during the pandemic COVID-19. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 7(9), 3762. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20203955>
- Khan, C., & Nasrulddin, V. (2022). Privatization, Corporatization, and Public-Private Partnership in the Kingdom of Saudi Arabia. *Health Services Insights*, 15, 11786329221104240. <https://doi.org/10.1177/11786329221104240>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships.

<https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0392>

- Okafor, C. (2016). Improving Outcomes in the Nigeria Healthcare Sector through Public- Private Partnership. *African Research Review*, 10(4), 1–17. <https://doi.org/10.4314/afrrrev.v10i4.1>
- Rahman, R. (2020). The Privatization of Health Care System in Saudi Arabia. *Health Services Insights*, 13, 1178632920934497. <https://doi.org/10.1177/1178632920934497>
- Ranganadhan, S. (2018). *Public-Private Partnership in Health Sector— Opportunities for better Health Care delivery*.
- Sadeghi, A., Barati, O., Bastani, P., Jafari, D. D., & Etemadian, M. (2016). Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(11), 1401–1406.
- Sekhri, N., Feachem, R., & Ni, A. (2011). Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential To Improve Health Care Access, Quality, And Efficiency. *Health Affairs*, 30(8), 1498–1507. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0461>
- Tabrizi, J. S., Azami-aghdash, S., & Gharaee, H. (2020). Public-Private Partnership Policy in Primary Health Care: A Scoping Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720943769. <https://doi.org/10.1177/2150132720943769>
- World Bank Group. (2017). Public-private partnerships reference guide (Version 3.0). <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/reference-guide>
- World Health Organization. (2010). The world health report: Health systems financing—The path to universal coverage. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

الملاحق

الاستبيان

عزيزي المشارك/عزيزتي المشاركة،

أقوم بإعداد دراسة علمية ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة الصحية،
بعنوان: "أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية في
المملكة العربية السعودية".

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على آرائكم حول دور الشراكة بين القطاعين العام والخاص
في تطوير الخدمات الصحية وتعزيز كفاءتها وجودتها. وستُعامل جميع المعلومات والبيانات التي
يتم الإدلاء بها بسرية تامة، ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

إن مشاركتكم تمثل دعمًا مهمًا لنجاح هذه الدراسة، لذا أرجو التكرم بالإجابة على جميع الفقرات
بكل موضوعية ودقة.

شاكرًا لكم وقتكم وتعاونكم الكريم.

القسم الأول: البيانات الديموغرافية

يرجى وضع علامة (✓) أمام الاختيار المناسب

الجنس	١. ذكر ٢. انثى
الفئة العمرية	١. أقل من ٣٠ سنة ٢. من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة ٣. من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة ٤. ٥٠ سنة فأكثر
جهة العمل	١. قطاع حكومي ٢. قطاع خاص ٣. جهة صحية تعمل بنظام الشراكة
المؤهل العلمي	١. دبلوم ٢. بكالوريوس ٣. ماجستير ٤. دكتوراه
المسمى الوظيفي	١. قيادي (مدير عام، مدير إدارة، مدير مستشفى ٢. إشرافي (رئيس قسم، مشرف) ٣. تنفيذي (أخصائي، فني، إداري)
سنوات الخبرة	١. ٥ سنوات فأقل ٢. ٦-١٠ سنوات ٣. ١١ سنة وأكثر

القسم ب:

يرجى الإشارة إلى درجة موافقتك أو عدم موافقتك على العبارات التالية، لذا يرجى وضع علامة (✓) أمام الخيار الذي يعكس رأيك من خلال اختيار أحد البدائل الخمسة.

المحور الاول المتغير المستقل: العبارات التالية تقيس واقع الشراكة بين القطاعين العام والخاص، . يرجى وضع علامة (✓) وفقاً لمستوى موافقتك.

م	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
أولاً: التعاون والتنسيق بين القطاعين						
١.	تسهل الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تعزيز التكامل بين الجهات الصحية بما يحقق الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة.					
٢.	توجد آليات فعالة لتبادل المعلومات والبيانات بين مؤسسات القطاعين العام والخاص بما يدعم عملية اتخاذ القرار.					
٣.	تساعد الشراكة في توحيد الجهود المؤسسية لتحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي.					
٤.	تسهل الشراكة في تعزيز التعاون المستمر بين الأطراف المعنية بما يرفع مستوى كفاءة تقديم الخدمات الصحية					
ثانياً: الدعم المالي والاستثماري						
٥.	تسهل الشراكة بين القطاعين العام والخاص في توفير موارد مالية إضافية تدعم تطوير الخدمات الصحية.					
٦.	تساعد الاستثمارات الخاصة في تحسين قدرة المؤسسات الصحية على تنفيذ مشاريع التوسع والتحديث.					
٧.	تسهل الشراكة في رفع كفاءة تخصيص الموارد المالية بما يحقق الاستفادة القصوى منها.					
٨.	تدعم الشراكة استدامة التمويل اللازم لتطوير وتحسين الخدمات الصحية على المدى الطويل.					
ثالثاً: الحوكمة والتنظيم						
٩.	تسهل الأنظمة والتشريعات المنظمة للشراكة في تعزيز كفاءة إدارة الخدمات الصحية.					

					١٠. تتسم الأدوار والمسؤوليات بين الشركاء بالوضوح بما يحد من تضارب الاختصاصات.
					١١. تسهم إجراءات الرقابة والمتابعة المرتبطة بالشراكة في تعزيز الشفافية والمساءلة.
					١٢. تساعد الحوكمة الفعالة في ضمان الالتزام بمعايير الجودة والأداء في المؤسسات الصحية
رابعاً: إدارة المخاطر					
					١٣. تتضمن مشروعات الشراكة الصحية آليات واضحة لتحديد المخاطر المحتملة وتقييمها.
					١٤. يتم توزيع المخاطر بين الشركاء بصورة عادلة تتناسب مع قدرات كل طرف وإمكاناته.
					١٥. تسهم إجراءات إدارة المخاطر في الحد من الآثار السلبية للتحديات التشغيلية والمالية.
					١٦. تساعد خطط إدارة المخاطر على ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية.

المتغير التابع: العبارات التالية تقيس مستوى كفاءة وجودة الخدمات الصحية في يرجى وضع علامة (✓) وفقاً لمستوى موافقتك

م	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
أولاً: كفاءة الخدمات الصحية						
١.	أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين استغلال الموارد البشرية والمالية في المؤسسات الصحية.					
٢.	ساعدت الشراكة في رفع مستوى الإنتاجية التشغيلية للمرافق الصحية.					
٣.	أسهمت الشراكة في تقليل الوقت اللازم للحصول على الخدمات الصحية.					
٤.	ساعدت الشراكة في تحسين سرعة الاستجابة لاحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية.					
٥.	أسهمت الشراكة في تحسين كفاءة العمليات والإجراءات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية.					
ثانياً: جودة الخدمات الصحية						
٦.	أسهمت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين.					
٧.	ساعدت الشراكة في رفع مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.					
٨.	أسهمت الشراكة في تطوير البنية التحتية والتجهيزات والتقنيات المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية.					
٩.	ساعدت الشراكة في تعزيز كفاءة وتأهيل الكوادر الصحية من خلال التدريب والتطوير المستمر.					
١٠.	أسهمت الشراكة في تعزيز معايير سلامة المرضى والحد من الأخطاء المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية.					

نشكرك على تخصيص وقتك لملء الاستبيان، وإن مشاركتك تعني الكثير بالنسبة لنا ونحن نقدرها بشدة، إن المعلومات التي شاركناها مهمة لتحليلنا وستمكنا من إجراء تحسينات.

مرة أخرى، نحن ممتنون جداً لمساهماتك.

مع خالص التقدير،،،،

Abstract

This study aimed to examine the impact of public–private partnerships on improving the efficiency and quality of healthcare services in the Kingdom of Saudi Arabia, using Riyadh City as a case study. The study adopted a descriptive-analytical approach and used a questionnaire to collect data from a sample of 384 employees working in the public sector, private sector, and healthcare entities operating under partnership arrangements. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 26), relying on means, standard deviations, relative weights, Pearson’s correlation coefficient, and simple linear regression analysis. The findings showed that the level of implementing public–private partnerships was high, and that the level of healthcare service efficiency and quality was also high. The results further revealed a statistically significant positive relationship between public–private partnerships and the efficiency and quality of healthcare services, with an overall correlation coefficient of 0.782. Regression results indicated that public–private partnerships, through their combined dimensions, explained 61.1% of the variance in healthcare service efficiency and quality. The study recommended strengthening coordination among partners, improving health data exchange, supporting governance and risk management practices, and expanding investment in healthcare infrastructure and technologies.

Keywords: Public–Private Partnership, Healthcare Sector, Service Efficiency, Quality of Care, Riyadh City.

Midocean University
College of Management
Master/ Health Administration



**"The Impact of Public-Private Partnerships on
Improving the Efficiency and Quality of Health
Services in the Kingdom of Saudi Arabia"**

Prepared by:

Nasser Abdulhadi Aljarullah

Supervised by:

Dr. Faisal Abdul Hamid Mohammed

Dr. Fayez Ali Jarad

Year:2026