

قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى
الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية
السعودية

إعداد الطالب/

عبدالرحمن فهد عبدالرحمن الربيع

العام الدراسي:

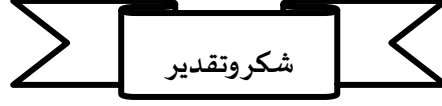
٢٠٢٥



الإهداء

إلى والدي العزيزين وزوجتي العزيزة وأبنائي الأعزاء، أهدي لكم ذلك البحث العلمي ،
أحبكم جميعاً بكل قلبي وأشكركم من القلب على كل ما تبذلونه من دعم وتشجيع. أتمنى
لكم الصحة والسعادة والرضا الدائم، وأن يتحقق لكم كل ما تتمنونه في الحياة.

الباحث



أتوجه بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم في مسيرتي التعليمية وساندني لإنجاز ذلك العمل وأخص بالذكر الأستاذ الفاضل الدكتور /.....) الذي أشرف على ذلك البحث، والذي لم يبخل علي بمعلوماته وتوجيهاته السديدة لإخراج ذلك البحث إلى حيز الوجود، وأحمد الله تعالى حمدا كثيرا طيبا على إتمام ذلك البحث والله عز وجل أسأله التوفيق والسداد ولكم مني جميعا بالغ التقدير وعظيم الامتنان.

الباحث

ملخص البحث باللغة العربية

قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وأداة الاستبانة. وتمثل مجتمع الدراسة في موظفي القطاعين الحكومي والخاص المتعاملين مع القطاع الصحي في محافظة الخرج ، وعددهم (٦١٤) فرد. وتحددت عينة الدراسة في عدد (٢٠٢) مفحوص وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج هامة ومنها: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. ومن التوصيات التي وضعتها الدراسة: تعزيز التعاون بين الجهات الحكومية والقطاع الخاص من خلال إنشاء منصات مشتركة لتبادل المعرفة والخبرات. وتطوير برامج تدريبية موجهة للكوادر الصحية في المناطق النائية، تركيز على أحدث أساليب الرعاية الصحية والتقنيات المستخدمة في القطاع الخاص.

الكلمات المفتاحية:

قياس / أثر الشراكات / القطاعين الحكومي والخاص / الخدمات الصحية .

الموضوع	الصفحة
صفحة العنوان	-
صفحة البسملة	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
ملخص البحث باللغة العربية	هـ
قائمة المحتويات	ز
قائمة الجداول	ح
قائمة الأشكال	ي
قائمة الملاحق	ل
الفصل الأول: مقدمة الدراسة	١
مقدمة الدراسة	١
مشكلة الدراسة	٣
أهمية الدراسة	٥
أهداف الدراسة	٧
أسئلة الدراسة	٩
فروض الدراسة	١٠
النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث	١٢
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	١٦

١٨	الدراسات السابقة
٢٥	التعقيب على الدراسات السابقة
٢٦	الإطار النظري
٤١	الفصل الثالث: منهجية الدراسة
٤١	٣-١: المقدمة
٤١	٣-٢ : منهج الدراسة
٤٣	٣-٣ : متغيرات الدراسة ومقياسها
٤٥	٣-٤: أدوات جمع البيانات
٤٦	٣-٥: طرق التحليل المتبعة
٤٧	٣-٦: الأساليب الإحصائية
٤٩	٣-٧: مجتمع وعينة الدراسة:
٥٢	٣-٨: حدود الدراسة
٥٥	الفصل الرابع: نتائج الدراسة الميدانية
٥٥	٤-١: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:
٥٨	٤-٢: اختبار الفرضيات
٦٢	٤-٣: خلاصة لأهم نتائج الدراسة وتوصياتها
٦٤	١- نتائج الدراسة
٧٠	٢- التوصيات
٧٢	٣- المقترحات
٧٤	المراجع

٧٥	المراجع العربية
٧٦	المراجع الأجنبية
٧٧	الملاحق
٨٧	Abstract

	قائمة الجداول
الصفحة	الجدول
٤٢	جدول رقم (١) مقياس ليكرت الخماسي
٤٣	جدول رقم (٢) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.
٤٥	جدول رقم (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبانة.
٤٦	جدول رقم (٤) معاملات ثبات أداة الدراسة.
٤٧	جدول (٥) الوزن النسبي للدرجات.
٤٨	جدول (٦) المتوسط المرجح للدرجات
٥٠	جدول (٧): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس
٥٣	جدول (٨): توزيع عينة الدراسة حسب العمر
٥٥	جدول (٩): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي
٥٦	جدول (١٠): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة
٥٨	جدول (١١): توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة
٦٠	جدول (١٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية.
٦٢	جدول (١٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لعبارات العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية مرتبة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية.

٦٣	جدول (١٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لعبارات المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج ، مرتبة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية.
٦٤	جدول (١٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لعبارات المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، مرتبة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية.
٦٥	جدول (١٦) الدور المحتمل للعوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية
٦٦	جدول (١٧) الدور المحتمل لجودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.
٦٧	جدول (١٨) الدور المحتمل للتحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.

	قائمة الأشكال
الصفحة	الشكل
٥٠	الشكل رقم (١) توزيع عينة الدراسة حسب النوع
٥١	الشكل رقم (٢) توزيع عينة الدراسة حسب العمر
٥٢	الشكل رقم (٣) توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي
٥٣	الشكل رقم (٤) توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة
٥٤	الشكل رقم (٥) توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

	فهرس الملاحق
الصفحة	الملحق
٧٨	ملحق (١) استبانة التطبيق
٨٥	ملحق (٢) فحص نسبة الاقتباس

الفصل الأول

خطة البحث

مقدمة:

تقوم الشراكات بين القطاعين العام والخاص على التعاون بين الجهات الحكومية والمؤسسات الخاصة لتقديم الخدمات العامة. وفي قطاع الصحة، يتخذ ذلك التعاون أشكالاً متنوعة، منها المشاريع المشتركة، والاتفاقيات التعاقدية، وترتيبات التمويل المشترك. ويتمثل الهدف الرئيسي في تسخير كفاءة القطاع الخاص وخبراته وموارده، مع ضمان تحقيق أهداف الصحة العامة. ويكتسب ذلك التأزر أهمية بالغة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث غالباً ما تكون البنية التحتية الصحية متأخرة عن تلبية الاحتياجات (أبو صالح، ٢٠١٨).

ويعد الوصول إلى الخدمات الصحية قضية متعددة الأبعاد، تشمل حواجز جغرافية ومالية واجتماعية. في العديد من المناطق، وخاصة المناطق الريفية والحضرية التي تعاني من نقص الخدمات، يواجه الأفراد تحديات كبيرة في الحصول على الرعاية الصحية اللازمة. وهنا يأتي دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص في إحداث نقلة نوعية. فمن خلال إشراك الجهات الخاصة، يمكن للحكومات توسيع البنية التحتية، وتحسين تقديم الخدمات، وضمان توافر الخدمات الصحية بسهولة أكبر للمحتاجين. على سبيل المثال، في البلدان التي تعاني من نقص الموارد الحكومية، يمكن للشركاء من القطاع الخاص الاستثمار

في بناء المستشفيات والعيادات ومراكز التشخيص، مما يزيد من القدرة الاستيعابية الإجمالية للنظام الصحي (التميمي، ٢٠١٨).

ومن أهم مزايا الشراكات بين القطاعين العام والخاص إمكانية الابتكار. غالبا ما يتمتع القطاع الخاص بخبرة واسعة في الإدارة والتكنولوجيا وإشراك المرضى. يمكن أن تؤدي تلك الخبرة إلى تطوير نماذج أكثر كفاءة لتقديم الخدمات، مثل التطبيب عن بعد، الذي اكتسب أهمية كبيرة في السنوات الأخيرة. يتيح التطبيب عن بعد الاستشارات عن بعد، مما يقلل من حاجة المرضى إلى السفر لمسافات طويلة لتلقي الرعاية. من خلال دمج التكنولوجيا في الخدمات الصحية، يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص تعزيز إمكانية الوصول، لا سيما للفئات المهمشة التي قد تواجه صعوبة في الوصول إلى المرافق الصحية التقليدية (بوزيد، ٢٠٢١).

وتعد الاستدامة المالية جانبا أساسيا آخر من جوانب الشراكات بين القطاعين العام والخاص. فمن خلال تقاسم العبء المالي بين الجهات العامة والخاصة، يمكن للحكومات تخفيف بعض الضغط على ميزانيات الصحة العامة. ويمكن أن يؤدي ذلك الاستثمار المشترك إلى تخصيص أفضل للموارد وتحسين النتائج الصحية. على سبيل المثال، عندما تستثمر الشركات الخاصة في البنية التحتية الصحية، فإنها غالبا ما تسعى إلى تعظيم عائدها الاستثماري، مما قد يؤدي إلى تحسين معايير الرعاية وزيادة الكفاءة. ويمكن أن تكون تلك النماذج المالية مفيدة بشكل خاص في مواجهة التحديات التي يمثلها ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية ومحدودية التمويل العام (الورداني، ٢٠١٩).

كما يتجلى دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تيسير الوصول إلى الخدمات الصحية من خلال قدرتها على تحسين الجودة. غالبا ما تعمل الجهات الخاصة تحت ضغوط تنافسية تدفعها إلى الحفاظ على معايير رعاية عالية. وعندما تتعاون أنظمة الصحة العامة مع تلك الجهات، تتاح فرصة لوضع معايير ومقاييس أداء تحسن الجودة الشاملة للخدمات الصحية. وذلك من شأنه أن يؤدي إلى نتائج أفضل للمرضى، حيث تسعى المرافق الصحية جاهدة إلى تلبية تلك المعايير أو تجاوزها (الشميمري، ٢٠١٨).

يتضح مما سبق أنه يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص تسهيل تدريب وتطوير الكوادر الصحية. فمن خلال الشراكة مع المؤسسات الخاصة، يمكن لأنظمة الصحة العامة الوصول إلى موارد تدريبية وخبرات وبرامج إرشادية إضافية. ويكتسب ذلك أهمية خاصة في المناطق التي تعاني من نقص في الكوادر الصحية الماهرة. وكثيرا ما وضع القطاع الخاص بروتوكولات تدريب وبرامج تطوير مهني قابلة للتعديل لتناسب العاملين في مجال الصحة العامة. ولا يقتصر ذلك التعاون على تحسين مهارات القوى العاملة فحسب، بل يعزز أيضا الرضا الوظيفي لدى الكوادر الصحية واستبقائهم. ويتناول الباحث في تلك الدراسة موضوع قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية.

مشكلة الدراسة:

تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية. فعلى الرغم من المزايا العديدة للشراكات بين القطاعين العام والخاص، لا تزال هناك تحديات يجب معالجتها لتعظيم فعاليتها في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. ومن أبرز المخاوف احتمالية عدم المساواة. فإذا لم تدار تلك الشراكات بعناية، فقد تحدث، دون قصد، تفاوتات في الحصول على الرعاية. وقد يعطي الشركاء من القطاع الخاص الأولوية للخدمات أو المناطق المربحة، مما يحرم الفئات السكانية الضعيفة من الخدمات. من الضروري أن تطبق الحكومات أطرا تنظيمية تضمن تقديم الخدمات على نحو منصف وتحمي مصالح الفئات المهمشة (القحطاني، ٢٠١٨).

كما أن الشفافية والمساءلة عنصران أساسيان لنجاح الشراكات بين القطاعين العام والخاص. وقد يثير انخراط الجهات الخاصة في الصحة العامة مخاوف بشأن هيمنة دوافع الربح على رعاية المرضى. وتتجلى فعالية الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية بشكل أوضح من خلال الأمثلة الواقعية. ففي العديد من الدول، أدت الشراكات الناجحة إلى تحسينات كبيرة في تقديم الرعاية الصحية. على سبيل المثال، في الهند، أقامت الحكومة شراكات مع شركات خاصة لتوسيع برامج التطعيم، مما أدى إلى زيادة معدلات التطعيم بين الأطفال. لم تحسن تلك المبادرة نتائج صحة الطفل فحسب، بل عززت أيضا البنية التحتية الصحية العامة (الزعي، ٢٠١٩).

ففي أفريقيا، أظهر استخدام الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مكافحة الأمراض المعدية، مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا، نتائج واعدة. ومن خلال التعاون مع المنظمات الخاصة، تمكنت الحكومات من توسيع نطاق الوصول إلى خدمات العلاج والوقاية. وقد سهلت تلك الشراكات توزيع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وإنشاء مراكز الفحص، وتنفيذ الحملات التثقيفية. ونتيجة لذلك، حصل ملايين الأفراد على تدخلات منقذة للحياة (الكواري، ٢٠٢٠).

كما أبرزت جائحة كوفيد-١٩ أهمية الشراكات بين القطاعين العام والخاص في النظم الصحية. فقد تعاونت الحكومات حول العالم مع شركات خاصة لتسريع تطوير اللقاحات وتوزيعها. ولم يقتصر ذلك التعاون على تسريع توافر اللقاحات فحسب، بل أبرز أيضا الحاجة إلى استجابات سريعة لحالات الطوارئ الصحية العامة. ويمكن للدروس المستفادة من تلك التجربة أن تثرى مبادرات الشراكات بين القطاعين العام والخاص المستقبلية، مما يضمن جاهزية النظم الصحية بشكل أفضل لمواجهة الأزمات (الأحمد، ٢٠٢١).

يتضح مما سبق أن الشراكات بين القطاعين العام والخاص استراتيجية حاسمة لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. ومن خلال الاستفادة من نقاط قوة كلا القطاعين، يمكن للأساليب التعاونية أن تعزز البنية التحتية، وتشجع الابتكار، وتحسن جودة الرعاية. ورغم وجود التحديات، فإن الفوائد المحتملة للشراكات بين القطاعين العام والخاص كبيرة، لا سيما في معالجة العوائق المتنوعة التي تعيق الوصول إلى الخدمات

الصحية. ومع استمرار تطور أنظمة الصحة العالمية، من المرجح أن يصبح دور تلك الشراكات أكثر أهمية في ضمان حصول جميع الأفراد على الرعاية التي يحتاجونها، بغض النظر عن ظروفهم. ومن خلال التعاون المستمر والشفافية والالتزام بالإنصاف، يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص أن تسهم في بناء مستقبل أكثر صحة وسهولة للجميع.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة، فيما يلي:

الأهمية العلمية

١. يعزز البحث من فهم العلاقة بين الشراكات الحكومية والخاصة ودورها في تحسين الخدمات الصحية. ومن خلال تحليل البيانات، يمكن استنتاج الأنماط والاتجاهات التي تؤثر في فعالية تلك الشراكات. كما يسهم ذلك في توسيع قاعدة المعرفة حول إدارة الخدمات الصحية.

٢. يسهم البحث في تطوير نظريات جديدة حول الشراكة بين القطاعين. ومن خلال دراسة الحالة في محافظة الخرج، يمكن تحديد العوامل المؤثرة في نجاح أو فشل تلك الشراكات. وذلك سيساعد الأكاديميين والباحثين على زيادة الفهم النظري لتلك الديناميكيات.

٣. يوفر البحث بيانات قيمة تسهم في الأدبيات العلمية المتعلقة بالقطاع الصحي. ويمكن للنتائج أن تكون مرجعا مهما للباحثين المهتمين بدراسة تأثير الشراكات على تحسين

الخدمات. ويساهم ذلك في توسيع نطاق الدراسات السابقة ويعزز من مصداقية الأبحاث المستقبلية.

٤. يعزز البحث من إمكانية إجراء مقارنات بين مناطق مختلفة. ومن خلال تحليل النتائج في محافظة الخرج، يمكن للباحثين مقارنة تلك النتائج بمناطق أخرى في المملكة أو خارجها. وذلك يساعد في فهم التباين المحلي والدولي في تقديم الخدمات الصحية.

٥. يساهم البحث في تعزيز الوعي بأهمية البحث العلمي في المجالات التطبيقية. ومن خلال تقديم نتائج واضحة، يمكن للباحثين إبراز قيمة البحث في تحسين الحياة اليومية. وذلك يمكن أن يؤدي إلى زيادة الدعم للبحوث المستقبلية في المجال الصحي.

٦. يعزز البحث من التفاعل بين الأكاديميين وصناع القرار. ومن خلال تقديم توصيات مبنية على الأدلة، يمكن أن يستخدم البحث كأداة لدعم اتخاذ القرارات. وذلك يساهم في تحسين استراتيجيات الشراكة وتحسين الوصول إلى الخدمات.

٧. يوفر البحث نظرة شاملة حول التحديات التي تواجه الشراكات. من خلال دراسة المعوقات والفجوات، يمكن تطوير استراتيجيات للتغلب عليها. ذلك يعزز من فرص تحسين فعالية الشراكات في تقديم الخدمات الصحية.

الأهمية التطبيقية

١. يساهم البحث في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية. ومن خلال فهم كيف يمكن للشراكات بين القطاعين أن تعمل، يمكن تحسين فعالية تقديم الخدمات. وذلك يؤدي إلى تحسين صحة السكان في المناطق المستهدفة.

٢. يوفر البحث توصيات عملية لصناع القرار في المجال الصحي. ومن خلال تقديم استراتيجيات فعالة، يمكن للمسؤولين تطبيق نتائج البحث في خططهم. وذلك يعزز من فعالية السياسات الصحية ويضمن تقديم خدمات أفضل.
٣. يساعد البحث في تحديد الممارسات الجيدة في الشراكات. ومن خلال تحليل التجارب الناجحة، يمكن نقل المعرفة إلى مناطق أخرى. مما يساهم في تحقيق نتائج إيجابية في توفير الخدمات الصحية.
٤. يعزز البحث من مشاركة المجتمع المحلي في اتخاذ القرارات. ومن خلال فهم احتياجات السكان، يمكن تحسين فعالية الشراكات. مما يعزز من ثقة المواطنين في النظام الصحي ويزيد من التزامهم بالمشاركة.
٥. يساهم البحث في تحديد الموارد اللازمة لتعزيز الشراكات. من خلال تحليل الفجوات في الموارد، يمكن تحديد أولويات الاستثمار. مما يساعد في تحسين استدامة الشراكات وتقديم خدمات صحية فعالة.
٦. يوفر البحث منصة للتعاون بين القطاعين الحكومي والخاص. ومن خلال تحديد الأهداف المشتركة، يمكن تحسين التنسيق بين الشركاء. وذلك يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.
٧. يساهم البحث في تحسين جودة الحياة في المناطق النائية. ومن خلال تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية، يتم تحسين الحالة الصحية العامة للسكان. وذلك يساهم في تقليل الفجوات الصحية ويعزز من التنمية المستدامة في المنطقة.

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيس:

التعرف على أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية

الأهداف الفرعية:

١. تحديد العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.
٢. التعرف على تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.
٣. تحديد التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية.

تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيس :

ما أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية؟

التساؤلات الفرعية:

يتفرع من التساؤل الرئيس السابق، التساؤلات الفرعية التالية:

١. ما العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في

تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية؟

٢. ما تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في

محافظة الخرج؟

٣. ما التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية؟

فروض الدراسة:

١. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العوامل

الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين

الخدمات الصحية في المناطق النائية.

٢. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين جودة الخدمات

الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.

٣. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التحديات التي

تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى

الخدمات الصحية.

النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث

نظرية الشراكة الاستراتيجية بين القطاعين العام والخاص

لقد اكتسبت نظرية الشراكة الاستراتيجية بين القطاعين العام والخاص أهمية متزايدة خلال العقود القليلة الماضية، لا سيما مع تطور تعقيدات الحوكمة وتقديم الخدمات. وتفترض تلك النظرية أن كلا القطاعين قادر على تحقيق المزيد معاً مقارنة بما يمكن تحقيقه بشكل مستقل، مما يسمح باتباع نهج تعاوني لمواجهة التحديات المجتمعية. وتعود أصول تلك النظرية إلى الإدراك المتزايد بأن القطاعين العام والخاص لا يمتلكان وحدهما الموارد والمعارف والقدرات اللازمة لمعالجة القضايا المتعددة الجوانب التي تواجه المجتمعات الحديثة. وفي جوهرها، تركز نظرية الشراكات الاستراتيجية على التآزر الذي ينشأ عند تضافر قوة المؤسسات الخاصة مع التزام القطاع العام بالرعاية الاجتماعية. ومن رواد تلك النظرية علماء مثل جون ديوي، الذي أكد على أهمية التعاون للحوكمة الفعالة، ومنظرين أكثر معاصرة مثل إيلينور أوستروم، التي استكشفت ديناميكيات العمل الجماعي وإدارة الموارد. تقدم أعمال أوستروم، وخاصة تلك المتعلقة بكيفية تنظيم المجتمعات نفسها لإدارة الموارد المشتركة، فهما أساساً لكيفية عمل التعاون بين القطاعين العام والخاص بفعالية (أبو العلا، ٢٠٢٠).

وإحدى الفرضيات الأولية التي تقوم عليها تلك النظرية هي أن الشراكات بين القطاعين العام والخاص يمكن أن تؤدي إلى تحسين كفاءة تقديم الخدمات. غالباً ما يقدم القطاع الخاص ممارسات مبتكرة وكفاءات واستثمارات رأسمالية من شأنها تحسين جودة

وسرعة تقديم الخدمات العامة. ويتجلى ذلك بشكل خاص في مشاريع البنية التحتية، حيث يمكن لخبرة الشركات الخاصة وكفاءتها التشغيلية أن تحقق وفورات كبيرة في التكاليف وتسرع من وتيرة إنجاز المشاريع. والأساس المنطقي هنا بسيط: عندما يتعاون القطاع العام مع القطاع الخاص، فإنه يستطيع الاستفادة من استثماراته وخبراته الخاصة لتلبية الاحتياجات العامة دون استنزاف موارده الخاصة (منصور، ٢٠٢٣).

علاوة على ذلك، تفترض النظرية أيضا أن الشراكات الاستراتيجية قادرة على تعزيز الابتكار. ففي عصر يشهد تقدما تكنولوجيا متسارعا، غالبا ما يجد القطاع العام صعوبة في مواكبة ذلك التطور. ومن خلال الشراكة مع القطاع الخاص، يمكن للمؤسسات العامة الاستفادة من أحدث التقنيات والحلول المبتكرة التي قد تفتقر إليها. على سبيل المثال، شهدت مجالات التعاون في قطاعات مثل الرعاية الصحية والتعليم والتطوير الحضري قيام الشركات الخاصة بتقديم تقنيات جديدة تحسن تقديم الخدمات، وتخفض التكاليف، وتحسن تجارب المستخدمين. ذلك الابتكار ليس مجرد نتيجة ثانوية للتعاون؛ بل هو فرضية أساسية لنظرية الشراكة الاستراتيجية التي تؤكد على المنافع المتبادلة المستمدة من المعرفة والموارد المشتركة (أبو العلا، ٢٠٢٠).

ومن الفرضيات المهمة الأخرى في تلك النظرية فكرة تقاسم المخاطر. وتتيح الشراكات بين القطاعين العام والخاص توزيع المخاطر المرتبطة بالمشاريع الكبرى. وفي كثير من الحالات، تكون الشركات الخاصة أكثر قدرة على إدارة المخاطر المالية والتشغيلية، بينما يوفر القطاع العام الدعم التنظيمي والاستقرار. يمكن أن يجعل ذلك التقاسم للمخاطر

المشاريع أكثر جدوى وجاذبية للمستثمرين، مما يسهل تطوير البنية التحتية والخدمات العامة الأساسية. كما يمكن لتقاسم المخاطر أن يعزز استدامة المشاريع، حيث يرجح أن يستثمر كلا الطرفين في نجاح المشروع الذي يشاركان فيه على المدى الطويل. ومع ذلك، لا تخلو نظرية الشراكة الاستراتيجية من التحديات والانتقادات. ومن أبرز المخاوف احتمال عدم توافق الأهداف بين القطاعين العام والخاص. فبينما يركز القطاع العام في المقام الأول على الرعاية الاجتماعية، تعمل الكيانات الخاصة بدافع الربح. وقد يؤدي ذلك التباين إلى تضارب في الأولويات والأهداف. على سبيل المثال، قد يعطي شريك من القطاع الخاص الأولوية لتدابير خفض التكاليف التي تضعف جودة الخدمة، بينما يهدف القطاع العام إلى الحفاظ على معايير عالية للرعاية العامة. تتطلب معالجة تلك الاختلالات تواصلًا واضحًا، وأدوارًا محددة جيدًا، وهياكل حوكمة متينة تضمن المساءلة والشفافية (منصور، ٢٠٢٣).

علاوة على ذلك، تعتمد فعالية الشراكات الاستراتيجية على البيئة التنظيمية والأطر المؤسسية التي تعمل ضمنها. وتعد هياكل الحوكمة القوية ضرورية للحد من المخاطر المرتبطة بالفساد وسوء الإدارة وانعدام الكفاءة. كما يعد إنشاء أطر قانونية واضحة تحدد حقوق ومسؤوليات كل طرف أمرًا بالغ الأهمية. ويشمل ذلك آليات لرصد الأداء وتقييمه لضمان محاسبة الجهات العامة والخاصة على مساهماتها في الشراكة. وقد أكد باحثون مثل مارك مور على أهمية إنشاء إطار للقيم العامة يوجه تلك الشراكات، ويضمن توافقها مع الأهداف المجتمعية الأوسع. بالإضافة إلى تحديات الحوكمة، تواجه نظرية الشراكات الاستراتيجية أيضًا قضايا تتعلق بالتصور العام والثقة. فكثيرًا ما يبدي المواطنون شكوكًا

تجاه مشاركة القطاع الخاص في الخدمات العامة، خوفاً من أن تطغى دوافع الربح على المصلحة العامة. ويمكن أن يعيق ذلك انعدام الثقة ببناء شراكات فعالة، ويتطلب استراتيجيات مستمرة للتواصل والمشاركة العامة لبناء الثقة في المبادرات التعاونية. وتعد الشفافية في عمليات صنع القرار ونتائجه أمراً أساسياً لتعزيز الثقة وتعزيز الشعور بالملكية لدى أصحاب المصلحة، بمن فيهم عامة الناس. علاوة على ذلك، تسلط النظرية الضوء على أهمية القدرة على التكيف والمرونة في الشراكات. فمع تطور احتياجات المجتمع وتغير الظروف الخارجية، يجب أن تكون الشراكات قادرة على التكيف للحفاظ على فعاليتها. وذلك يتطلب استعداداً لإعادة التفاوض على الشروط، واستكشاف سبل جديدة للتعاون، والتقييم المستمر لأثر الشراكة. فالنهج الجامد قد يؤدي إلى الجمود والفشل في مواجهة التحديات الناشئة، بينما تستطيع الشراكة التكيفية الاستفادة من الفرص الجديدة والاستجابة للظروف المتغيرة بفعالية (أبو العلا، ٢٠٢٠).

ويرى الباحث أنه يمكن الاستفادة من تلك النظرية في الدراسة الحالية من خلال الاستفادة من التطوير التكنولوجي في القطاع الصحي ، فلا شك أن دور التكنولوجيا في تسهيل الشراكات الاستراتيجية بالغ الأهمية. فقد أحدثت التطورات في تكنولوجيا الاتصالات تحولاً جذرياً في كيفية تفاعل الجهات العامة والخاصة، مما أتاح تنسيقاً وتعاوناً أكثر كفاءة. ويمكن للمنصات الرقمية تسهيل تبادل المعلومات، وتبسيط العمليات، وتعزيز مشاركة أصحاب المصلحة. على سبيل المثال، يمكن لتحليلات البيانات أن تثري عمليات صنع القرار، مما يسمح للقطاعين باتخاذ خيارات أكثر وعياً بشأن تخصيص الموارد وتنفيذ

المشاريع. ولا يقتصر دمج التكنولوجيا في الشراكات على تعزيز الكفاءة التشغيلية فحسب، بل يعزز أيضا الابتكار والاستجابة للاحتياجات العامة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

مقدمة:

من أهم مزايا الشراكات بين القطاعين العام والخاص قدرتها على تعزيز كفاءة القطاع الخاص وابتكاراته، إلى جانب التزامه بالعدالة والرفاهية الاجتماعية. وكثيرا ما تواجه الحكومات صعوبات في توسيع البنية التحتية للرعاية الصحية وخدماتها، لا سيما في المناطق النائية أو التي تعاني من نقص الخدمات. ومن خلال التعاون مع الجهات الخاصة التي تمتلك رأس مال ماليا وخبرة تكنولوجية ومرونة تشغيلية، يمكن لسلطات الصحة العامة التغلب على العديد من تلك القيود. فعلى سبيل المثال، يمكن للشركات الخاصة المساهمة في بناء المستشفيات، وتوفير المعدات الطبية المتطورة، أو إدارة مرافق الرعاية الصحية بكفاءة أكبر، بينما تضمن الحكومات بقاء تلك الخدمات في متناول السكان وبأسعار معقولة (مرعي، ٢٠٢١).

كذلك، يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص أن تلعب دورا حيويا في سد الثغرات في القوى العاملة والتدريب في مجال الرعاية الصحية. وتواجه العديد من الدول، وخاصة تلك التي لديها أنظمة رعاية صحية في طور النمو أو تعاني من نقص التمويل، نقصا مزمنا في الكوادر الطبية المدربة. ومن خلال المبادرات المشتركة، يمكن للمؤسسات الخاصة الاستثمار في تعليم وتطوير العاملين في مجال الرعاية الصحية مهنيا بشكل مستمر، مما يعزز قاعدة الموارد البشرية. ويمكن أن يؤدي ذلك التعاون إلى إنشاء مراكز تدريب طبي،

وبرامج منح دراسية، ومنصات تعليم إلكتروني، مما يزيد من فرص التعلم وتبادل المعرفة بين القطاعات. والنتيجة هي قوة عاملة أكثر كفاءة وتوزيعاً أفضل، قادرة على تلبية الاحتياجات المتزايدة لمختلف الفئات السكانية (منصور، ٢٠٢٣).

ومن الأبعاد الأساسية للشراكات بين القطاعين العام والخاص مساهمتها في تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية. ففي العديد من المناطق، تعاني المرافق العامة من تقادم المباني وسوء الصيانة ومحدودية الطاقة الاستيعابية. ومن خلال شراكات منظمة بعناية، يمكن للحكومات العمل مع شركات القطاع الخاص لتطوير أو تجديد أو صيانة المستشفيات والعيادات والمختبرات. وذلك لا يزيد من التوافر المادي للخدمات فحسب، بل يعزز أيضاً جودة الرعاية المقدمة وسلامتها. على سبيل المثال، تمكن نماذج التصميم والبناء والتشغيل الجهات الخاصة من تصميم وإنشاء مرافق الرعاية الصحية وفقاً للمعايير الحديثة وتشغيلها مع التركيز على التميز في الخدمة، بينما تضمن الرقابة العامة الالتزام بالمعايير الأخلاقية والإنصاف (جواد، ٢٠١٩).

بالإضافة إلى البنية التحتية والموارد البشرية، تسهل الشراكات بين القطاعين العام والخاص الوصول إلى الأدوية والتقنيات. غالباً ما تقود شركات الأدوية الخاصة جهود البحث والتطوير، ومن خلال شراكاتها مع الحكومات والمنظمات الدولية، يمكنها المساعدة في ضمان توفير الأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص الأساسية للفئات المحتاجة. ويمكن لاتفاقيات التسعير المشتركة، وبرامج التبرع، وترتيبات التصنيع المحلية أن تخفض التكاليف بشكل كبير وتحسن توافرها. وقد كانت تلك النماذج بالغة الأهمية خلال حالات الطوارئ

الصحية، مثل جائحة كوفيد-١٩، حيث مكنت الإجراءات السريعة والتنسيق بين الجهات المعنية من القطاعين العام والخاص من التوزيع السريع للقاحات والإمدادات الطبية في جميع أنحاء العالم (منصور، ٢٠٢٣).

كما أن التعاون بين القطاعين العام والخاص يمكن من تعزيز أنظمة البيانات وإدارة المعلومات الصحية. فالقطاع الخاص، وخاصة شركات التكنولوجيا، يقدم خبراته في الحلول الرقمية وتحليلات البيانات وتكامل الأنظمة. ومن خلال التعاون مع هيئات الصحة العامة، يمكن لتلك الشراكات أن تسهم في تطوير أنظمة معلومات صحية فعالة تمكن من تحسين الرصد والتخطيط واتخاذ القرارات. ويكتسب ذلك أهمية خاصة في توسيع نطاق الحصول على الرعاية الصحية، إذ تساعد البيانات الدقيقة والحديثة في تحديد فجوات الخدمات، وتتبع تفشي الأمراض، وتخصيص الموارد بكفاءة أكبر. كما يمكن للمنصات الرقمية دعم الطبيب عن بعد والاستشارات عن بعد، مما يوسع نطاق خدمات الرعاية الصحية ليشمل المجتمعات الريفية والمهمشة (مرعي، ٢٠٢١).

علاوة على ذلك، يمكن للاستدامة المالية للأنظمة الصحية أن تستفيد بشكل كبير من التعاون بين القطاعين العام والخاص. غالباً ما تواجه الحكومات قيوداً في الميزانية تعيق قدرتها على الاستثمار في البنية التحتية الصحية أو تغطية التكاليف الكاملة لتقديم الخدمات. يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص جذب استثمارات القطاع الخاص إلى قطاع الصحة، مما يخفف العبء على الأموال العامة ويمكن من التخطيط طويل الأجل.

في الوقت نفسه، تساعد آليات تقاسم المخاطر ضمن تلك الشراكات على توزيع المسؤوليات المالية وضمان استمرارية المشاريع وقدرتها على تلبية احتياجات المجتمع (جواد، ٢٠١٩).

يتناول الباحث الدراسات السابقة مرتبة من الأقدم إلى الأحدث، كما يلي:

دراسة القحطاني (٢٠١٨) بعنوان: "أثر الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفيات منطقة الرياض بالمملكة العربية السعودية". هدفت تلك الدراسة إلى استكشاف أثر الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة بمنطقة الرياض. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وجرى تصميم استبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، وطُبقت على عينة مكونة من (١٥٠) من القيادات الإدارية والطبية في خمسة مستشفيات حكومية تم إدارتها بالشراكة مع القطاع الخاص. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الهامة، أبرزها أن الشراكة بين القطاعين ساهمت في تحسين كفاءة التشغيل وتقليص فترات الانتظار وزيادة رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة. كما أوصت الدراسة بتوسيع نطاق الشراكات ضمن إطار تنظيمي واضح يدعم التوازن بين الربحية والكفاءة الصحية.

دراسة (Levi, 2018) بعنوان: التآزر بين القطاعين العام والخاص في إصلاح الرعاية الصحية: دراسة للتكامل الوطني في كندا. وقد هدفت إلى استكشاف مدى تأثير الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص في تعزيز تكامل الخدمات الصحية داخل النظام الكندي، مع التركيز على البنى التحتية للمستشفيات والتقنيات الرقمية الصحية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لمقارنة نماذج التعاون المختلفة خلال فترة خمس سنوات. وتحددت

الأداة في استبيان مقنن موجه لصناع القرار ومديري المؤسسات الصحية، بينما شملت العينة (٢١٠) مشاركا من قطاعات مختلفة. وتوصلت الدراسة إلى نتائج هامة، من أبرزها أن الشراكة الفعالة قللت من فترات الانتظار بنسبة ٢٣%، وساهمت في إدخال أنظمة صحية رقمية حديثة، كما عززت كفاءة الصرف المالي بنسبة ١٧%، مشيرة إلى أن الشراكة المدروسة توفر موارد إضافية دون المساس بالجودة.

دراسة الزعبي (٢٠١٩) بعنوان: "دور الشراكة بين القطاع العام والخاص في تطوير البنية التحتية الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية": تناولت تلك الدراسة بالدراسة والتحليل واقع البنية التحتية للقطاع الصحي الأردني، وأثر الشراكات مع القطاع الخاص في تعزيز كفاءته وقدرته على الاستجابة للطلب المتزايد على الخدمات. استخدمت الدراسة المنهج الكمي التحليلي، واستعانت بأداة استبانة وزعت على عينة من (١٢٠) مسؤولا ومهندسا ومخططا في وزارة الصحة الأردنية وفي شركات استثمارية طبية. وقد خلصت الدراسة إلى أن الشراكة ساهمت في تسريع تنفيذ المشاريع الصحية الكبرى، لا سيما المستشفيات التخصصية، وتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية في المناطق الطرفية. كما أكدت النتائج أن غياب إطار تشريعي واضح لتوزيع المسؤوليات يحد من فعالية تلك الشراكات.

دراسة (Hernandez, 2019) بعنوان: المشاركة الخاصة في الصحة العامة: النموذج التشيلي للحوكمة التعاونية. هدفت إلى تقييم نموذج الحوكمة التعاونية في تشيلي الذي يعتمد على مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية في المناطق

الريفية. اعتمدت الدراسة المنهج التجريبي من خلال تتبع نتائج مبادرة صحية تم تنفيذها في ثلاث مقاطعات ريفية. استخدمت الأداة في شكل مقابلات شبه موجهة وتحليل وثائق رسمية، وشملت العينة (١٢٤) شخصا من مستفيدين ومقدمي خدمات صحية. وتوصلت الدراسة إلى أن الشراكة ساعدت في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية بنسبة ٣٢%، كما حسنت معدلات التطعيم للأطفال، وعززت من ثقة المجتمع المحلي في النظام الصحي من خلال المشاركة المجتمعية.

دراسة (Baker, 2020) بعنوان: سد الفجوات: الشراكات بين القطاعين العام والخاص في استراتيجية الصحة في المملكة المتحدة بعد خروجها من الاتحاد الأوروبي. هدفت إلى تحليل كيف أثرت الشراكات بين القطاعين على سياسات الصحة البريطانية في مرحلة ما بعد خروج بريطانيا من الاتحاد الأوروبي. تبنت الدراسة المنهج المقارن، حيث قارنت بين مناطق مختلفة في إنجلترا من حيث مستوى انخراط القطاع الخاص في الخدمات الصحية. استخدمت الأداة في تحليل بيانات السجلات الصحية ومقابلات مع كبار مسؤولي الصحة، وبلغت العينة (١٦٠) مشاركا. وأظهرت النتائج أن الشراكات ساعدت على تخفيف الضغط عن النظام الصحي العام، خصوصا في مجالات الرعاية العاجلة وخدمات الصحة العقلية، كما وفرت نماذج تمويل مبتكرة خففت العبء عن الميزانية العامة بنسبة ملحوظة.

دراسة الكواري (٢٠٢٠) بعنوان: "الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على مؤسسة حمد الطبية بدولة قطر". هدفت تلك الدراسة إلى التعرف على أثر نماذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحسين كفاءة

تقديم الخدمات الصحية في قطر، من خلال دراسة تطبيقية على مؤسسة حمد الطبية وبعض العيادات الخاصة المتعاونة معها. استخدمت الدراسة المنهج المختلط (الكمي والنوعي)، فجمعت البيانات من خلال استبانة استهدفت (١٠٠) من مقدمي الخدمات والمرضى، ومقابلات مع (١٠) مسؤولين في القطاع الصحي. وخلصت الدراسة إلى أن الشراكة ساهمت في تسهيل إجراءات التحويل، وزيادة نطاق الخدمات المقدمة، ورفع مستوى التجهيزات الطبية المتاحة، إلا أن التباين في أنظمة التشغيل بين الجهات الحكومية والخاصة كان من أبرز التحديات التي أضعفت من تكامل الشراكة. أوصت الدراسة بإنشاء هيئة وطنية لإدارة وتقييم الشراكات الصحية.

دراسة بوزيد (٢٠٢١) بعنوان: "تفعيل الشراكة بين القطاع الحكومي والخاص لتطوير الخدمات الصحية: دراسة حالة الجزائر العاصمة". تناولت تلك الدراسة واقع التعاون بين القطاعات الحكومية والخاصة في المجال الصحي بالجزائر العاصمة، مسطرة الضوء على أثر تلك الشراكة في تطوير الأداء الصحي وتوسيع التغطية العلاجية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت المقابلات نصف الموجهة كأداة أساسية، وطبقت على عينة مكونة من (٢٥) مسؤولاً من مختلف المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة والعامة. وتوصلت الدراسة إلى أن غياب استراتيجية وطنية موحدة للشراكة أدى إلى وجود مبادرات فردية غير مستدامة، رغم وجود تجارب ناجحة في التخصصات الدقيقة مثل طب القلب والتصوير الطبي. كما دعت إلى تعزيز الإطار القانوني وتفعيل آليات الرقابة والتقييم المشترك بين الطرفين.

دراسة (Romanov، ٢٠٢١) بعنوان: تقديم الرعاية الصحية المتكاملة من خلال النماذج العامة والخاصة في الاتحاد الروسي. سعت الدراسة إلى تقويم تجربة روسيا في دمج خدمات الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص، خاصة في المدن الكبرى مثل موسكو وسانت بطرسبرغ. استخدم الباحث المنهج المختلط (الكمي والكيفي) عبر تحليل استطلاعات رأي ومقابلات معمقة. وتمثلت الأداة في استبيان إلكتروني وتفرغ بيانات المقابلات، بينما شملت العينة (٣٠٠) موظف صحي وإداري. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الشراكات ساعدت في تحسين جودة الخدمات بنسبة ٢٦%، وخفضت من معدلات العدوى داخل المستشفيات نتيجة اعتماد معايير موحدة للجودة، كما حفزت القطاع الخاص على الاستثمار في التكنولوجيا الصحية.

دراسة (Schmidt, 2022) بعنوان: التحالفات الصحية الاستراتيجية: تقييم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في ألمانيا في الاستجابة للجائحة. استهدفت الدراسة تقييم الشراكات بين القطاعين في ألمانيا خلال أزمة جائحة كوفيد-١٩، مركزة على كيفية استجابة النظام الصحي للتحديات الطارئة. استخدمت الدراسة المنهج الاستكشافي بالاعتماد على تحليل دراسات حالة من ثلاث ولايات ألمانية. وتحددت الأداة في تحليل الوثائق الرسمية ومقابلات مع مسؤولي الطوارئ، وبلغ عدد العينة (٨٨) شخصا من مختلف القطاعات. وكشفت النتائج أن الشراكات سهلت الوصول السريع إلى معدات الوقاية واللقاحات، وساهمت في تسريع عملية توزيع الموارد الطبية، كما عززت من مرونة النظام الصحي في مواجهة الأزمات المستقبلية.

دراسة منصور (٢٠٢٣) بعنوان: "أثر الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص في تعزيز الابتكار في الخدمات الصحية: دراسة حالة الجمهورية اللبنانية". هدفت تلك الدراسة إلى بحث تأثير الشراكة بين القطاعين في تعزيز الابتكار وتطوير الحلول التقنية في الخدمات الصحية في لبنان، خاصة في ظل الأزمات الاقتصادية والضغوط التمويلية. استخدمت الدراسة المنهج التجريبي الكمي، واعتمدت على استبانة إلكترونية وزعت على عينة مكونة من (٢٠٠) موظف وممارس صحي في مستشفيات متعاقدة مع القطاع العام. وأظهرت النتائج أن الشراكة كانت عاملا محفزا لتطوير أنظمة المعلومات الصحية، واعتماد تكنولوجيا الطب عن بعد، وتوسيع خدمات الصحة النفسية الرقمية. كما بينت الدراسة أن توفير حوافز استثمارية للشركات الخاصة يعد شرطاً أساسياً لضمان الاستفادة. وخلصت إلى أهمية تأسيس حاضنات أعمال صحية بإشراف مشترك بين القطاعين.

التعقيب على الدراسات السابقة

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في التركيز على أهمية الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. كما اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في استخدام المنهج الوصفي. واختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة لاختلاف الزوايا التي تم تناولها ولاختلاف الأهداف التي سعت إليها كل دراسة. كما تناولت الدراسات السابقة موضوع الدراسة في بيئات مختلفة عن محيط الدراسة الحالية وأيضاً اختلاف الفترة الزمنية التي سوف تتم فيها الدراسة الحالية عن الفترات الزمنية التي تمت فيها الدراسات السابقة. وسوف يستفيد

الباحث من الدراسات السابقة في عدة مواضع منها : التأسيس النظري للدراسة الحالية ، في تحديد مصطلحات الدراسة، في الاطلاع على دراسات سابقة في موضوع الدراسة الحالية ، وفي الاستفادة من الدراسات السابقة في تحديد منهج الدراسة ، في بناء أداة الدراسة ، تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة ، وفي تحليل وتفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة.

الإطار النظري:

١- مفهوم الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مؤسسات الرعاية الصحية

إن مفهوم الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال الرعاية الصحية ليس جديداً، فقد تطور على مدى عقود، مواكبا لتغيرات الاحتياجات الصحية والظروف الاقتصادية والتقدم التكنولوجي. في بداياته، تمحورت أوجه التعاون بشكل رئيسي حول مشاريع محددة، غالبا ما ركزت على بناء المستشفيات أو العيادات. ومع ذلك، ومع تزايد تعقيد تحديات الرعاية الصحية، توسع نطاق الشراكات بين القطاعين العام والخاص ليشمل خدمات متنوعة، بما في ذلك الوقاية من الأمراض، والتثقيف الصحي، وإدارة أنظمة الرعاية الصحية. ومن أهم الدوافع وراء إقامة الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال الرعاية الصحية الحاجة إلى زيادة التمويل. غالبا ما تواجه أنظمة الرعاية الصحية العامة قيودا مالية، مما يحد من قدرتها على الاستثمار في التقنيات والمرافق والكوادر الجديدة. من خلال الشراكة مع القطاع الخاص، يمكن للحكومات الاستفادة من موارد مالية إضافية، مما يمكنها من تحسين تقديم الخدمات دون الاعتماد كلياً على أموال دافعي الضرائب. ويمكن أن يؤدي ذلك الدعم المالي إلى تحديث مرافق الرعاية الصحية، وإدخال تقنيات طبية متقدمة، وتوسيع نطاق الخدمات المقدمة للفئات المحرومة (عبد ربه، ٢٠٢٢).

وفي العديد من البلدان، تشهد البنية التحتية للرعاية الصحية شيخوخة، ويتزايد الطلب على الخدمات نتيجة لعوامل مثل النمو السكاني، وشيخوخة السكان، وتزايد انتشار الأمراض المزمنة. يمكن لتلك الضغوط أن تثقل كاهل أنظمة الرعاية الصحية العامة، مما

يؤدي إلى فترات انتظار طويلة، ورعاية دون المستوى الأمثل، وانخفاض رضا المرضى. يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص أن تخفف بعض تلك الضغوط من خلال تمكين إنجاز المشاريع بشكل أسرع وإدارة خدمات الرعاية الصحية بكفاءة. غالباً ما يقدم الشركاء من القطاع الخاص خبراتهم في إدارة المشاريع، والكفاءة التشغيلية، ورعاية المرضى، مما يعزز الفعالية الإجمالية لتقديم الرعاية الصحية (جواد، ٢٠١٩).

كما يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص أن تعزز الابتكار في مجال الرعاية الصحية. فالقطاع الخاص عادة ما يكون أكثر مرونة واستجابة للتغيرات في التكنولوجيا واحتياجات المرضى. ومن خلال التعاون مع الشركات الخاصة، يمكن لمؤسسات الرعاية الصحية العامة الوصول إلى أحدث التقنيات والممارسات المبتكرة التي قد لا تكون متاحة بسهولة في القطاع العام. ويمكن أن يؤدي ذلك التعاون إلى تحسين نتائج المرضى، من خلال دمج العلاجات والمنهجيات الجديدة في تقديم الرعاية. ومن أهم جوانب الشراكات بين القطاعين العام والخاص تقاسم المخاطر بين القطاعين. ففي نماذج الرعاية الصحية العامة التقليدية، تتحمل الحكومة معظم المخاطر المالية المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية. أما في تلك الشراكات، فغالباً ما يتحمل الشريك الخاص جزءاً من المخاطر المالية، لا سيما في المشاريع الرأسمالية الكبيرة. ويمكن أن تؤدي تلك المسؤولية المشتركة إلى إدارة مالية أكثر حكمة، وتحفز كلا الطرفين على العمل لتحقيق نتائج صحية أفضل. كما يمكن أن تؤدي مشاركة القطاع الخاص إلى استخدام أكثر كفاءة للموارد، إذ يحفز ذلك على تقليل التكاليف وتحسين جودة الخدمات (عبد ربه، ٢٠٢٢).

وعلى الرغم من المزايا العديدة للشراكات بين القطاعين العام والخاص، إلا أن تطبيقها في مجال الرعاية الصحية يواجه تحديات وانتقادات. ومن أبرز المخاوف احتمال أن تغطي دوافع الربح على أهداف الصحة العامة. ففي تلك الشراكات، غالبا ما يكون هدف القطاع الخاص هو تحقيق الربح، مما قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات تعطي الأولوية للعوائد المالية على رعاية المرضى. ويتجلى ذلك التضارب في المصالح بأشكال مختلفة، مثل إعطاء الأولوية للخدمات المربحة على الخدمات الأساسية الأقل ربحية. لذلك، من الضروري أن تضع الجهات العامة مبادئ توجيهية وأطرًا تنظيمية واضحة لضمان توافق الشراكة مع أهداف الصحة العامة (جواد، ٢٠١٩).

كما تشكل إدارة الشراكات بين القطاعين العام والخاص تحديات كبيرة. تتطلب تلك الشراكات هياكل حوكمة متينة وخطوط مساءلة واضحة لضمان وفاء كلا الطرفين بالتزامتهما. قد تكون عملية التفاوض طويلة ومعقدة، وغالبا ما تتطلب خبرة قانونية ومالية واسعة. إضافة إلى ذلك، يعد الحفاظ على الشفافية وثقة الجمهور أمرا بالغ الأهمية، إذ قد يشكك المواطنون في دوافع خصخصة خدمات الرعاية الصحية. لذا، يعد إشراك الجمهور والتواصل معه أمرا بالغ الأهمية لمعالجة تلك المخاوف وتعزيز بيئة تعاونية. وهناك تحد آخر يتمثل في احتمال عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية. فبينما يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص أن تحسن تقديم الخدمات في بعض المناطق، إلا أن هناك خطرا من أنها قد تفاقم، دون قصد، التفاوتات القائمة في الحصول على الرعاية الصحية. فقد يركز الشركاء من القطاع الخاص على الفئات الأكثر ثراء، مما يحرم الفئات الضعيفة

من الخدمات. وللتخفيف من ذلك الخطر، من الضروري أن تضمن الجهات العامة أن تتضمن اتفاقيات الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحكاما تعزز المساواة في الحصول على الرعاية الصحية لجميع شرائح السكان (عبد ربه، ٢٠٢٢).

وعلى الصعيد الدولي، يختلف تطبيق الشراكات بين القطاعين العام والخاص في قطاع الرعاية الصحية اختلافا كبيرا تبعا للسياقات الإقليمية والبيئات التنظيمية والمواقف الثقافية تجاه التعاون بين القطاعين العام والخاص. في بعض الدول، مثل المملكة المتحدة وأستراليا، تم دمج الشراكات بين القطاعين العام والخاص بنجاح في نظام الرعاية الصحية، مما أدى إلى تحسين تقديم الخدمات وتطوير البنية التحتية. في المقابل، قد لا تزال مناطق أخرى تواجه شكوكا بشأن فعالية الشراكات بين القطاعين العام والخاص، غالبا بسبب السوابق التاريخية أو المعارضة الأيديولوجية لخصخصة الرعاية الصحية. على سبيل المثال، في المملكة المتحدة، لجأت هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) إلى الشراكات بين القطاعين العام والخاص لتجديد المستشفيات وتطوير مرافق جديدة. وقد مكنت تلك الشراكات هيئة الخدمات الصحية الوطنية من تحديث بنيتها التحتية دون تكبد ديون كبيرة. ومع ذلك، لا تزال النقاشات قائمة حول الآثار طويلة المدى لمثل تلك التعاونات، وخاصة تأثير الجهات الخاصة على سياسات الصحة العامة (جواد، ٢٠١٩).

ويرى الباحث أنه قد يكون دور الشراكات بين القطاعين العام والخاص أكثر وضوحا. تواجه العديد من الدول منخفضة ومتوسطة الدخل نقصا حادا في موارد الرعاية الصحية وبنيتها التحتية. يمكن للشراكات بين القطاعين العام والخاص أن تتيح مسارا

لتسريع تطوير الرعاية الصحية في تلك المناطق. على سبيل المثال، يمكن للشراكات أن تسهل بناء المستشفيات، وتوفير المستلزمات الطبية، وتدريب الكوادر الصحية، مما يحسن النتائج الصحية. ومع ذلك، غالبا ما يعتمد نجاح تلك المبادرات على قوة الإطار التنظيمي وقدرة الحكومات على التفاوض على شروط مواتية تعطي الأولوية للصحة العامة.

٢- أهداف الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي

تحدد أهداف الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي، فيما يلي:

١. تحسين جودة الخدمات الصحية

تعد الشراكة بين القطاعين العام والخاص وسيلة فعالة لتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تعزيز الكفاءة التشغيلية ورفع معايير الأداء، حيث تسهم تلك الشراكات في إدخال معايير عالمية للجودة في تقديم الرعاية الصحية، وذلك بفضل الخبرات المتقدمة التي يمتلكها القطاع الخاص في إدارة وتشغيل المؤسسات الصحية. وتتيح تلك الشراكات الفرصة لنقل التكنولوجيا والمعرفة وتطبيق نظم إدارة حديثة تركز على النتائج الصحية للمريض، مما ينعكس إيجابا على جودة الخدمات المقدمة. كما أن المنافسة بين مقدمي الخدمات الصحية في بيئة تشاركية تدفع نحو الابتكار والتجويد المستمر. ويلاحظ أن استخدام تقنيات القياس والتحسين المستمر للأداء، التي يعتمدها القطاع الخاص، يساعد على تقليص نسب الأخطاء الطبية وتحسين تجربة المريض. إضافة إلى ذلك، فإن تعزيز مبدأ المساءلة والشفافية في الشراكات يدفع الجهات الشريكة إلى الالتزام بمعايير الجودة المحددة في العقود. ومن المهم أيضا أن تتيح تلك الشراكات تدريب الكوادر الصحية ورفع كفاءتها بما

يتوافق مع الممارسات الدولية، مما يعزز من جودة الخدمات الصحية بشكل شمولي ومستدام (الزعيبي، ٢٠١٩).

٢. زيادة كفاءة استخدام الموارد الصحية

تلعب الشراكات بين القطاعين العام والخاص دوراً محورياً في تحقيق كفاءة عالية في استخدام الموارد الصحية المتاحة، وذلك من خلال تحسين توزيع تلك الموارد وتوجيهها نحو الاستخدام الأمثل. ويسهم القطاع الخاص في تقليل الهدر المالي والإداري عبر اعتماد أنظمة إدارة متقدمة وتحسين الإجراءات التشغيلية. كما تتيح الشراكات إمكانية استخدام البنية التحتية القائمة بكفاءة أكبر، إلى جانب تطوير قدرات التخطيط الصحي الاستراتيجي المشترك بين الطرفين. وبفضل ما يمتلكه القطاع الخاص من مرونة إدارية وتقنية، فإن المشاريع المشتركة تتمتع بقدرة أكبر على التكيف مع المتغيرات، ما يضمن استغلال الموارد البشرية والمادية بشكل أكثر فعالية. علاوة على ذلك، فإن إدخال نظم معلومات صحية متطورة يساهم في جمع وتحليل البيانات الصحية بدقة، مما يساهم في توجيه الإنفاق إلى أولويات صحية حقيقية. وتظهر الأدبيات الحديثة أن الشراكات الفعالة تؤدي إلى تقليص التكاليف التشغيلية وزيادة العائد الصحي مقابل كل وحدة إنفاق. وبالتالي فإن التكامل بين القطاعين في إدارة الموارد يعزز الكفاءة ويقلل من الفاقد في الوقت والمال والخدمات (عبد ربه، ٢٠٢٢).

٣. تحقيق التغطية الصحية الشاملة

تعد الشراكات بين القطاعين العام والخاص أداة استراتيجية رئيسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، عبر توسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية لجميع شرائح المجتمع، خصوصا الفئات المهمشة والفقيرة. وتوفر تلك الشراكات إمكانية بناء وتشغيل مرافق صحية جديدة في المناطق النائية التي غالبا ما تكون خارج اهتمام القطاع العام بمفرده. كما يسهم القطاع الخاص في توسيع مظلة التأمين الصحي وزيادة عدد المستفيدين من خدمات الرعاية الأساسية والمتقدمة على حد سواء. ومن خلال نماذج التمويل المبتكرة، تتيح تلك الشراكات توفير خدمات صحية بتكاليف ميسرة، مع الحفاظ على الجودة والاستدامة. وتتميز الشراكات بمرونتها في تصميم برامج صحية موجهة خصيصا لتلبية احتياجات السكان، مثل رعاية الأمومة والطفولة أو مكافحة الأمراض المزمنة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن تعزيز التغطية الصحية الشاملة عبر تلك الشراكات يتطلب رقابة صارمة لضمان عدم التمييز وضمان العدالة الصحية. وتشير التجارب الدولية إلى أن مثل تلك الشراكات تسرع من وتيرة تحقيق أهداف التنمية المستدامة في المجال الصحي (الزعي، ٢٠١٩).

٤. تعزيز الابتكار في تقديم الخدمات الصحية

توفر الشراكات بين القطاعين العام والخاص بيئة محفزة للابتكار في تقديم الخدمات الصحية، من خلال إدخال تقنيات طبية حديثة ونماذج تشغيل مبتكرة لا تعتمد على الجهات الحكومية التقليدية بمفردها. ويسهم القطاع الخاص بخبراته الواسعة في مجالات التحول الرقمي، والذكاء الاصطناعي، والرعاية الصحية عن بعد، ما يؤدي إلى

تحسين نوعية الرعاية وتوسيع نطاقها. كما تتيح تلك الشراكات تطوير حلول تكنولوجية تساعد في التشخيص المبكر والتدخل العلاجي الفوري، مما يقلل من المضاعفات والتكاليف المرتبطة بالرعاية اللاحقة. وتقوم العديد من المشروعات المشتركة بتطبيق أساليب جديدة في إدارة المرافق الصحية وسلاسل الإمداد، ما يسهم في رفع كفاءة التشغيل والحد من الهدر. ومن الملاحظ أن الابتكار في تلك السياقات لا يقتصر على الجوانب التقنية فقط، بل يشمل كذلك تطوير أساليب تمويل جديدة، مثل الدفع مقابل الأداء أو عقود الشراء المبتكرة. وتوفر الشراكات مجالا لاختبار وتقييم الأفكار الجديدة في بيئة محكومة تعاقديا، مما يقلل من المخاطر ويحسن من فرص تبني الابتكارات الناجحة على نطاق واسع. وذلك ينعكس بشكل مباشر على تحسين مخرجات النظام الصحي وتحقيق استدامته (جواد، ٢٠١٩).

٥. تقليل الأعباء المالية على الحكومات

تمثل الشراكات بين القطاعين العام والخاص وسيلة فعالة لتخفيف العبء المالي الذي تتحمله الحكومات في تمويل النظام الصحي، من خلال إشراك رأس المال الخاص في إنشاء وتشغيل المرافق الصحية وتقديم الخدمات. وتسهم تلك الشراكات في تقليص الحاجة إلى الإنفاق العام المباشر، مما يسمح بتوجيه الموارد الحكومية نحو القطاعات الأخرى ذات الأولوية أو نحو الدعم المالي للفئات غير القادرة. ومن خلال ترتيبات التمويل المشترك، يستطيع القطاع الخاص المساهمة في تمويل المشروعات الكبرى، بما في ذلك المستشفيات المتخصصة والمراكز الطبية المتقدمة، دون أن تضطر الدولة إلى الاقتراض أو الاعتماد على

الميزانية العامة. كما تتيح تلك النماذج تقاسم المخاطر بين القطاعين، مما يخفف العبء عن الدولة في حال حدوث تغيرات اقتصادية أو صحية مفاجئة. ويعد نموذج الدفع مقابل الأداء أحد أهم الآليات التي تقلل من الإنفاق غير المنتج، حيث يربط التمويل بجودة ونتائج الخدمة. وتبرز أهمية تلك الشراكات أيضا في تحسين كفاءة الإنفاق العام، من خلال آليات رقابية تضمن تحقيق أعلى قيمة مقابل المال العام المصروف. ومن ثم، فإن الشراكات توفر بديلا مستداما لتمويل الخدمات الصحية دون تحميل الحكومات أعباء مالية متزايدة (الزعي، ٢٠١٩).

٣- معوقات الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي

تتمثل معوقات الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي، فيما يلي:

١. ضعف الأطر التشريعية والتنظيمية الحاكمة للشراكات

تعد الأطر التشريعية والتنظيمية الحاكمة للشراكات بين القطاعين العام والخاص من أبرز العوامل التي تؤثر بشكل مباشر على نجاح تلك الشراكات في القطاع الصحي. ففي العديد من الحالات، يعاني القطاع الصحي من غياب القوانين الدقيقة أو من ضعف وضوح التشريعات المتعلقة بالشراكات بين القطاعين، مما يؤدي إلى تباين التفسير والتنفيذ بين الأطراف المعنية. وذلك الضعف التشريعي قد يخلق بيئة قانونية غير مستقرة أو غير مواتية للمستثمرين في القطاع الخاص، مما يحد من قدرتهم على الانخراط الفعال في تلك الشراكات. كما أن غياب التنظيمات الفعالة قد يؤدي إلى تأخير في إجراءات التراخيص

والموافقات، مما يعقد العمليات التنفيذية ويزيد من التكلفة الزمنية والمالية. وعلاوة على ذلك، يمكن أن يساهم نقص التنسيق بين الجهات الحكومية المعنية في تعقيد الإجراءات القانونية المتعلقة بالشراكات الصحية. لذلك، فإن غياب أو ضعف تلك الأطر يؤدي إلى عدم استقرار البيئة القانونية ويسهم في تقليل مستوى الثقة بين القطاعين العام والخاص. وبالتالي، يصبح من الصعب إقامة شراكات مستدامة وفعالة تساهم في تطوير القطاع الصحي (الكواري، ٢٠٢٠).

٢. تعارض الأهداف بين القطاعين العام والخاص

من المعوقات الجوهرية التي تواجه الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي هي تعارض الأهداف بين الطرفين، حيث أن كل طرف يسعى لتحقيق أهدافه الخاصة التي قد لا تتماشى مع أهداف الطرف الآخر. وعادة ما يركز القطاع العام على تحقيق العدالة الاجتماعية وتوفير الرعاية الصحية بأسعار ميسرة لجميع المواطنين، بينما يسعى القطاع الخاص إلى تحقيق العوائد المالية والنمو الاقتصادي من خلال تقديم خدمات صحية. وذلك التباين في الأهداف قد يؤدي إلى صراعات في تحديد الأولويات، مما يعرقل قدرة الطرفين على التوصل إلى اتفاقات مشتركة حول كيفية توزيع الموارد وتقديم الخدمات. كما أن القطاع العام قد يتسم بتوجهات سياسية قصيرة الأمد تتأثر بالتغيرات الحكومية، مما يجعل من الصعب الحفاظ على استمرارية الشراكة على المدى الطويل. من جهة أخرى، قد تكون أهداف القطاع الخاص مرتبطة بتحقيق أرباح سريعة وتحسين الكفاءة التشغيلية، مما يتسبب في تحديات تتعلق بالتوازن بين الجودة والكفاءة

الاقتصادية. لذا، يتطلب نجاح الشراكات تنسيقا دقيقا بين الأهداف والرؤى بعناية ومرونة لتجنب ذلك التعارض (منصور، ٢٠٢٣).

٣. محدودية الخبرات الإدارية لدى الجهات الحكومية

تعد محدودية الخبرات الإدارية لدى الجهات الحكومية أحد المعوقات البارزة التي تؤثر في فعالية الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي. حيث تفتقر بعض الجهات الحكومية إلى الكفاءات المتخصصة في إدارة الشراكات طويلة الأمد، وبالتالي يصعب عليها التعامل مع متطلبات ومفاهيم الشراكات الحديثة. عدم قدرة الإدارة الحكومية على فهم التحديات والفرص التي يقدمها القطاع الخاص قد يؤدي إلى إخفاقات في التفاوض على الشروط التعاقدية، أو في وضع خطط استراتيجية فعالة لإدارة المشاريع الصحية المشتركة. إضافة إلى ذلك، يعاني العديد من المسؤولين الحكوميين من نقص في التدريب على أساليب إدارة المشاريع الكبيرة والمعقدة التي تتطلب تنسيقا بين العديد من الأطراف المختلفة. ضعف الخبرات الحكومية في مجال اتخاذ القرارات المعقدة، سواء في إعداد العقود أو في الرقابة على تنفيذ المشاريع، قد يؤدي إلى تعثر تلك المشاريع أو تقليص قدرتها على تحقيق الأهداف المرجوة. لذلك، يجب على الحكومات الاستثمار في تطوير مهارات الإدارة والقيادة لديها لضمان نجاح الشراكات (عبد ربه، ٢٠٢٢).

٤. نقص الشفافية والمساءلة في تنفيذ العقود

تعد الشفافية والمساءلة من الأسس الضرورية لضمان نجاح الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي. ومع ذلك، تعاني بعض الشراكات من نقص في

تلك العناصر، مما يؤدي إلى خلل في تنفيذ العقود وعدم تحقيق الأهداف المنشودة. قد تكون عقود الشراكات غير واضحة أو تحتوي على بنود غامضة تتيح للطرفين التفسير بشكل مختلف، مما يؤدي إلى نزاعات تؤثر سلباً على سير العمل. كما أن غياب آليات فعالة للمراقبة والشفافية قد يعزز من احتمالية الفساد أو سوء استخدام الموارد، مما يتسبب في تدهور جودة الخدمات الصحية المقدمة. وعلاوة على ذلك، فإن غياب المساءلة يؤدي إلى صعوبة قياس الأداء ومتابعة التقدم بشكل دقيق، ما يجعل من الصعب تحديد المسؤوليات في حال حدوث إخفاقات. لذلك، فإن تعزيز الشفافية والمساءلة في جميع مراحل الشراكة يساهم في بناء الثقة بين القطاعين، ويضمن تنفيذ الشراكات بشكل يعكس الأهداف المشتركة (الكواري، ٢٠٢٠).

٥. ضعف التمويل وضمانات الاستثمار للقطاع الخاص

يعتبر ضعف التمويل وضمانات الاستثمار أحد المعوقات الرئيسية التي تحد من مشاركة القطاع الخاص في الشراكات الصحية. فغالبا ما يواجه القطاع الخاص صعوبة في تأمين التمويل اللازم لتنفيذ المشروعات الصحية، خاصة في الدول التي تشهد تقلبات اقتصادية أو عدم استقرار في السياسات المالية. بالإضافة إلى ذلك، فإن قلة الضمانات المقدمة من الحكومة في حال حدوث مخاطر مالية أو تشغيلية قد تؤدي إلى تقليص رغبة القطاع الخاص في الاستثمار في تلك الشراكات. ويميل القطاع الخاص إلى تفضيل المشاريع التي توفر ضمانات للربحية واستدامة العوائد، وهو ما قد لا يتوافر دائما في بيئة الشراكات الحكومية. كما أن التكلفة العالية للاستثمار في البنية التحتية الصحية قد تشكل عبئا كبيرا

على الشركات الخاصة، خاصة في ظل السياسات الحكومية التي تحد من القدرة على رفع الأسعار أو تحقيق عوائد مرتفعة. لذلك، من الضروري توفير آليات تمويل مبتكرة وضمانات قوية لجذب استثمارات القطاع الخاص وتفعيل شركات ناجحة ومستدامة (منصور، ٢٠٢٣).

٦. البيروقراطية الحكومية وتعقيد الإجراءات

تعتبر البيروقراطية الحكومية وتعقيد الإجراءات من المعوقات الكبيرة التي تواجه الشركات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي. ففي العديد من الحالات، تتسم الإجراءات الحكومية بطول المدة وتعقيدها، مما يعطل تنفيذ المشاريع المشتركة ويزيد من التكاليف. البيروقراطية تؤدي إلى تأخير في الموافقات اللازمة لإنشاء وتشغيل المنشآت الصحية، وقد تؤثر سلباً على سرعة تنفيذ الخدمات الصحية المطلوبة. كما أن تعقيد العمليات الإدارية في الجهات الحكومية قد يعرقل التنسيق بين الأطراف المختلفة في الشراكة، مما يؤثر على تنسيق العمليات اليومية بشكل عام. بالإضافة إلى ذلك، يواجه القطاع الخاص تحديات في التفاعل مع الأنظمة الحكومية المعقدة، مما يتطلب وقتاً أطول للامتثال للمتطلبات القانونية والتنظيمية. لذا، فإن تبسيط الإجراءات وتقليص البيروقراطية أمر بالغ الأهمية لتعزيز فعالية الشراكات وتحقيق الأهداف الصحية المشتركة (الكواري، ٢٠٢٠).

ويرى الباحث أن من معوقات الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي: نقص الكوادر الفنية المؤهلة لإدارة الشراكات، حيث يعد نقص الكوادر الفنية

المؤهلة لإدارة الشراكات بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي من أبرز المعوقات التي تؤثر في نجاح تلك الشراكات. فغالبا ما تعاني الجهات الحكومية من نقص في المهارات الإدارية والفنية اللازمة لإدارة شراكات مع القطاع الخاص، سواء من حيث التفاوض على العقود أو متابعة تنفيذ المشاريع. كما أن غياب الكوادر المتخصصة في مجالات إدارة المشاريع الصحية قد يعيق القدرة على مراقبة الجودة وتقييم الأداء بشكل دقيق. تحتاج الحكومات إلى الاستثمار في تدريب وتأهيل الكوادر الوطنية بحيث تكون قادرة على التعامل مع التحديات الفنية والمالية والإدارية المرتبطة بالشراكات الصحية. إضافة إلى ذلك، يجب أن تتوفر لدى الكوادر الحكومية مهارات التفاوض والتخطيط الاستراتيجي لضمان نجاح تلك الشراكات. ومن دون الكفاءات الفنية والإدارية اللازمة، قد تواجه الشراكات صعوبة في تحقيق أهدافها على المدى الطويل، مما يؤثر سلبا على النظام الصحي بشكل عام.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

٣-١: المقدمة

يتناول ذلك الفصل وصفاً مفصلاً لطريقة البحث المتبعة كما يشمل ذلك الفصل متغيرات الدراسة والمقاييس التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة، كما سيتم التحقق من صدق الأداة وثباتها، وعرض إجراءات الدراسة التطبيقية.

٣-٢ : منهج الدراسة

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي . ويستطيع الباحث من خلال المنهج الوصفي التحليلي استخراج النتائج وفقاً لشواهد وقرائن متنوعة. وتم جمع البيانات من مصدرين أساسيين هما:

١-المصادر الأولية: وزع الباحث في الجانب الميداني استبانة لدراسة مفرداتها، ثم قام الباحث بحصر المعلومات التي تتعلق بالدراسة وجمعها.

٢-المصادر الثانوية: استخدم الباحث المصادر الثانوية لمعالجة الإطار النظري في الدراسة من خلال ما يلي: أ-الكتب والمراجع التي تناولت موضوع الدراسة. ب-المقالات والدوريات والدراسات السابقة التي تتعلق بموضوع الدراسة. ج-المؤتمرات والتقارير والنشرات الصادرة عن المؤسسات والمراكز ذات صلة بموضوع الدراسة.

٣-٣ : متغيرات الدراسة ومقياسها

تحدد متغيرات الدراسة، فيما يلي:

المتغير المستقل: الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص

المتغيرات التابعة: الخدمات الصحية في المناطق النائية

وإستخدم الباحث مقياس ليكرت الخماسي للتعرف على استجابات عينة الدراسة لفقرات

الاستبانة، والجدول التالي يوضح بدائل الاستجابات:

جدول رقم (١)

مقياس ليكرت الخماسي

المعيار	موافق بشدة	موافق	إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1
المتوسط الحسابي	٥.٠٠-٤.٢٠	4.19-3.40	3.39-2.60	2.59-1.80	1.79-1.00
درجة الموافقة	مرتفعة جداً	مرتفعة	متوسطة	منخفضة	منخفضة جداً

أدوات جمع البيانات وطرق التحليل المتبعة

٣-٤: أدوات جمع البيانات

قام الباحث بتصميم استبانة من خلال النظر إلى الأدبيات والدراسات السابقة، ثم قام

بتطويرها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، وتكونت أداة الدراسة من قسمين، نوضحها

كما يلي:

القسم الأول: البيانات الشخصية، ويشمل على أربعة أبعاد رئيسية، وهي:

- الجنس
- العمر
- المستوى التعليمي
- الخبرة
- الوظيفة

القسم الثاني: محاور الاستبانة، ويشمل على ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي:

- المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.
- المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.
- المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية.

٣-٥: طرق التحليل المتبعة

استخدم الباحث برنامج التحليل الإحصائي (Statistical Package for the Social Sciences) (SPSS)، استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية لاستخراج النتائج:

١. التحليل الوصفي: ويشمل:

- النسب المئوية (Percentages) والتكرارات (Frequencies) والمتوسطات الحسابية لوصف عينة الدراسة.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha) للتأكد من ثبات فقرات الاستبانة.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لتأكد من صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال استخراج معامل بيرسون بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

٢. التحليل الاستدلالي: ويشمل:

- اختبار (T Test) للتحقق من صحة فرضيات الدراسة.

صدق الأداة

اعتمد الباحث للتحقق من صدق الأدوات على طريقتين، الأولى وتسمى الصدق الظاهري (Face validity)، والثانية وتسمى الاتساق الداخلي (Internal Consistency).

الصدق الظاهري

وهو الصدق المعتمد على المحكمين، حيث تم عرض أداة الدراسة على عدد من الخبراء والمتخصصين بلغ عددهم (٢) محكمين طلب منهم دراسة الأداة وإبداء آرائهم فيها من حيث: مدى ارتباط كل فقرة من فقراتها بالبعد الذي تنتهي إليه. مدى وضوح كل فقرة وسلامة صياغتها اللغوية. ملاءمتها لتحقيق الهدف الذي وضعت من أجله، واقتراح طرق

تحسينها وذلك بالحذف، أو الإضافة، أو إعادة الصياغة، أو غير ما ورد مما يرويه مناسباً. وقد قدموا ملاحظات قيمة أفادت الدِّراسة، وأثرت الأداة، وساعدت على إخراجها بصورة جيدة. وبذلك تكون الادوات قد حققت ما يسمى بالصدق الظاهري أو المنطقي.

صدق الاتساق الداخلي لأداة الدِّراسة:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه كما يوضح نتائجها الجدول التالي:

جدول رقم (٢) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

المحور الأول		المحور الثاني		المحور الثالث	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	*0.589	1	*0.718	1	*0.966
2	*0.802	2	*0.877	2	*0.932
3	*0.808	3	*0.925	3	*0.940
4	*0.769	4	*0.957	4	*0.952
5	*0.626	5	*0.835	5	*0.952
6	*0.707	6	*0.960	6	*0.916
7	*0.766	7	*0.949	7	*0.973
8	*0.949	8	*0.960	8	*0.965
9	*0.964	9	*0.966	9	*0.938

*0.936	10	*0.943	10	*0.856	10
--------	----	--------	----	--------	----

* وجود دلالة عند مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات أداة الدراسة (الاستبانة) والدرجة الكلية للبعد الذي تنتهي إليه جاءت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، مما يدل على توافر درجة عالية من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة (الاستبانة). وقام الباحث باستخراج معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبانة وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبانة.

معامل الارتباط	المحور
*0.975	المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.
*0.891	المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.
*0.903	المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية.

* وجود دلالة عند مستوى (0.05)

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط جاءت بقيم مرتفعة حيث تراوحت بين (0.891 – 0.975)، وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) مما يعني وجود درجة عالية من الصدق البنائي للاستبانة.

ثبات أداة الدِّراسة

للتحقق من ثبات الاستبانة استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ ويوضح الجدول

التالي معاملات الثبات الناتجة باستخدام تلك المعادلة:

جدول رقم (٤) معاملات ثبات أداة الدِّراسة.

البعد	عدد العبارات	معامل الفاكرونباخ
المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.	10	0.843
المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.	10	0.966
المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية.	10	0.988
الاستبانة ككل	30	0.986

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات للأبعاد جاءت بقيم عالية حيث

تراوحت بين (0.843-0.988) وبلغ معامل الثبات الكلي للاستبانة (0.986).

٣-٦: الأساليب الإحصائية

بالإضافة إلى ما سبق استخدامه لتقنين أداة الدِّراسة مثل معامل الارتباط لـ "بيرسون"

(Person Product-moment correlation)، ومعامل "ألفا كرونباخ" (Cronbach Alpha)،

فإنه تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

الإحصاء الوصفي: وذلك من خلال:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف مجتمع الدّراسة بالنسبة للمعلومات الأولية.

- المتوسط الحسابي وذلك لحساب المتوسط الحسابي لكل فقرة ولكل بعد.

- الانحرافات المعياريّة للتعرف على التباين لل فقرات وللأبعاد.

- معادلة المدى لمقياس ليكارت الخماسي لتحديد الدرجة، كما في الجدول التالي:

جدول (٥) الوزن النسبي للدرجات.

الوزن	الدرجة
1	منخفضة جداً
2	منخفضة
3	متوسطة
4	عالية
5	عالية جداً

ثم يتم تحديد الاتجاه لمقياس ليكارت الخماسي كما في الجدول التالي:

جدول (٦) المتوسط المرجح للدرجات

الوزن	الدرجة
1	منخفضة جداً
2	منخفضة
3	متوسطة
4	عالية

الدرجة	الوزن
عالية جداً	5

٣-٧: مجتمع وعينة الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة في موظفي القطاعين الحكومي والخاص المتعاملين مع القطاع الصحي في محافظة الخرج ، وعددهم (٦١٤) فرد. وتحددت عينة الدراسة في عدد (٢٠٢) مفحوص وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية، وقام الباحث بتصميم استبانة إلكترونية لتحقيق أهداف الدراسة. وقد تم إدخال البيانات إلى جهاز الحاسب الآلي وباستخدام البرنامج الإحصائي SPSS تم تحليل النتائج.

المتغيرات الديموغرافية لعينة الدراسة:

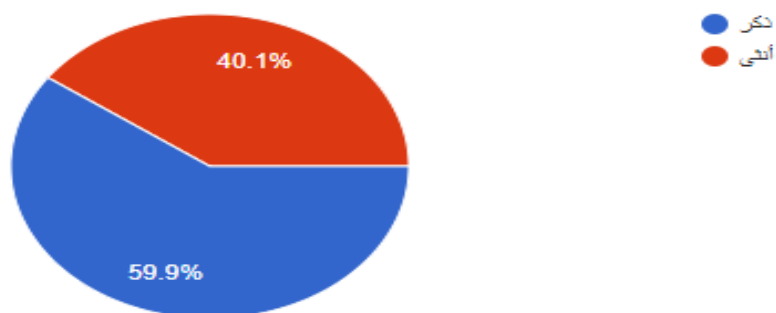
١- حسب الجنس:

جدول (٧): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	١٥١	%٥٩.٩
أنثى	٨١	%٤٠.١
المجموع	٢٠٢	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة في توزيع عينة الدراسة حسب النوع هي ذكر

بنسبة %٥٩.٩، ثم أنثى بنسبة %٤٠.١. كما يتضح من الشكل التالي:



الشكل رقم (١): توزيع عينة الدراسة حسب النوع

٢- حسب العمر:

جدول (٨): توزيع عينة الدراسة حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة
أقل من ٣٠	٥٨	٢٨.٧%
٣٠- أقل ٤٠	٦٧	٣٣.٢%
٤٠- أقل ٥٠	٦٩	٣٤.٢%
من ٥٠ سنة فأكثر	٨	٤%
المجموع	٢٠٢	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة في توزيع عينة الدراسة حسب العمر هي (٤٠- أقل من ٥٠) بنسبة ٣٤.٢%، ثم (٣٠- أقل من ٤٠) بنسبة ٣٣.٢%، ثم (أقل من ٣٠) بنسبة ٢٨.٧%، ثم (من ٥٠ سنة فأكثر) بنسبة ٤%. كما يتضح من الشكل التالي:



الشكل رقم (٢): توزيع عينة الدراسة حسب العمر

٣- حسب المستوى التعليمي:

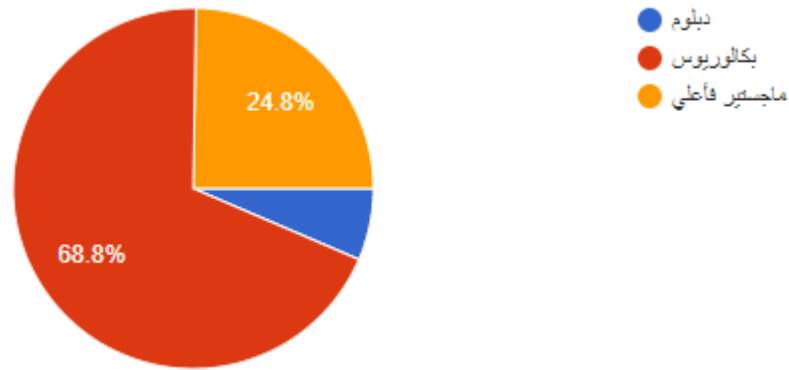
جدول (٩): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
٦.٤%	١٣	دبلوم
٦٨.٨%	١٣٩	بكالوريوس
٢٤.٨%	٥٠	ماجستير فأعلى
١٠٠%	٢٠٢	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة في توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

هي الحاصلين على بكالوريوس بنسبة ٦٨.٨%، ثم ماجستير فأعلى بنسبة ٢٤.٨%، ثم دبلوم

بنسبة ٦.٤%. كما يتضح من الشكل التالي:



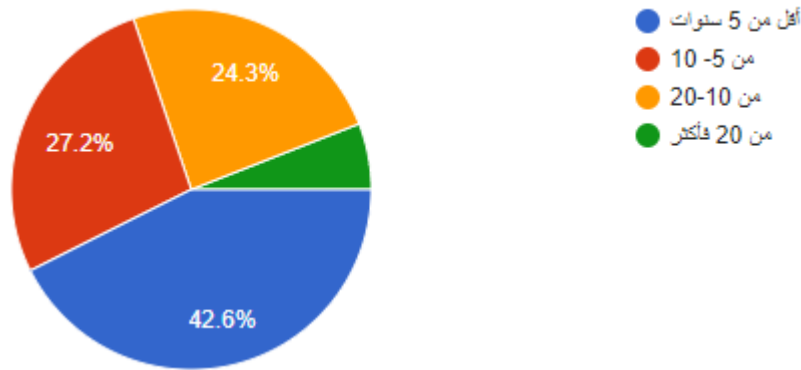
الشكل رقم (٣): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

٤- حسب سنوات الخبرة:

جدول (١٠): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة
أقل من ٥ سنوات	٨٦	%٤٢.٦
١٠-٥	٥٥	%٢٧.٢
٢٠-١٠	٤٩	%٢٤.٣
٢٠ سنة فأكثر	١٢	%٥.٩
المجموع	٢٠٢	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة في توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة هي (أقل من ٥ سنوات) بنسبة %٤٢.٦، ثم (١٠-٥) بنسبة %٢٧.٢، ثم (٢٠-١٠) بنسبة %٢٤.٣، ثم (٢٠ سنة فأكثر) بنسبة %٥.٩. كما يتضح من الشكل التالي:



الشكل رقم (٤): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

٥- حسب المسمى الوظيفي:

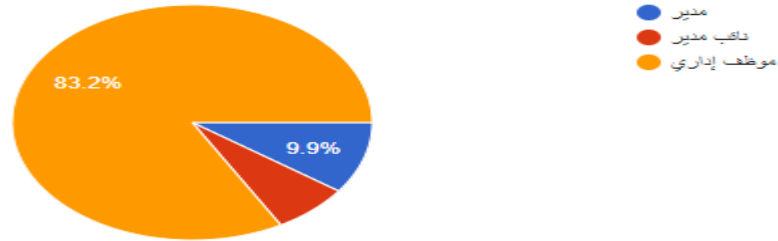
جدول (١١): توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة

الوظيفة	التكرار	النسبة
مدير	٢٠	%٩.٩
نائب مدير	١٤	%٦.٩
موظف إداري	١٦٨	%٨٣.٢
المجموع	٢٠٢	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة في توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الوظيفة

هي موظف إداري بنسبة %٨٣.٢، ثم مدير بنسبة %٩.٩، ثم نائب مدير بنسبة %٦.٩. كما

يتضح من الشكل التالي:



الشكل رقم (٥): توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

٣-٨: حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية بالحدود التالية

■ الحدود الموضوعية

ستركز الدراسة علي قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية.

■ الحدود البشرية

ستطبق الدراسة على موظفي القطاعين الحكومي والخاص المتعاملين مع القطاع الصحي.

■ الحدود المكانية

سوف يتم إجراء الدراسة في محافظة الخرج.

■ الحدود الزمنية

سوف تجري الدراسة خلال العام ٢٠٢٥ م.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة الميدانية

للإجابة على أسئلة الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية ، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (١٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية.

رقم البعد	البعد	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	ترتيب البعد	الدرجة
1	المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.	3.56	٪64	0.893	3	مرتفعة
2	المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.	3.74	٪68	0.771	1	مرتفعة
3	المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين	3.72	٪68	0.819	2	مرتفعة

					القطاعين في المناطق النائية.
مرتفعة		0.793	٪66	3.67	قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية

يتبين من الجدول السابق أن قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية ، جاء بدرجة (مرتفعة)، حيث جاء المتوسط العام للمجموع الكلي (3.67)، بانحراف معياري (0.794).

نتائج الدراسة الميدانية.

وتم تطبيق الاستبيان التالي بعد تحكيمة، وتكون من ثلاث محاور، وهي:

- المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.
- المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.
- المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية.

٤-١: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

مناقشة نتائج السؤال الأول: ما العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية؟

قام الباحث بتخصيص (١٠) عبارات للتعرف على العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.

جدول (١٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لعبارات

العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية مرتبة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية.

الترتيب	الدرجة	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	العبرة	
1	مرتفعة	0.976	٪70	3.79	تحديد الأهداف المشتركة بين القطاعين.	3
2	مرتفعة	1.047	٪67	3.69	مشاركة المجتمع المحلي في اتخاذ القرارات.	7
3	مرتفعة	0.932	٪66	3.64	توفير التمويل اللازم للمشروعات.	4
4	مرتفعة	1.058	٪65	3.62	تحسين البنية التحتية الصحية.	8
5	مرتفعة	1.039	٪64	3.57	وجود إطار قانوني واضح لتنظيم الشراكات.	1
6	مرتفعة	1.042	٪63	3.50	بناء الثقة بين الشركاء.	6
7	مرتفعة	1.042	٪62	3.48	استخدام التكنولوجيا الحديثة في الخدمات.	9
8	مرتفعة	1.087	٪62	3.48	دعم الحكومة للمبادرات المشتركة.	2
9	مرتفعة	0.991	٪61	3.43	الشفافية في إدارة الموارد.	5

الترتيب	الدرجة	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	العبارة
10	مرتفعة	0.983	٪60	3.41	10 تدريب الكوادر البشرية في القطاعين.
	مرتفعة	0.894	٪64	3.56	العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية

المصدر: اعداد الباحث من واقع الدراسة الميدانية

من خلال الجدول الموضح أعلاه يتضح ان عبارات المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية ، جاءت بدرجة (مرتفعة) حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.56 من 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (3.40 إلى 4.19) وهي الفئة التي تشير إلى درجة (مرتفعة).

كما يتضح من النتائج أن هناك تفاوتاً في استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية. حيث تراوحت المتوسطات ما بين (3.41 إلى 3.79 من 5) وهي متوسطات تقع ضمن الفئتين الثالثة والرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي وتشير إلى درجة (متوسطة، مرتفعة) على التوالي.

كما يوضح الجدول السابق، ما يلي:

- جاءت العبارة (تحديد الأهداف المشتركة بين القطاعين) بالمرتبة الأولى بدرجة (مرتفعة) بمتوسط حسابي (3.79) ونسبة مئوية بلغت (٪70).

- جاءت العبارة (تدريب الكوادر البشرية في القطاعين) بالمرتبة العاشرة بدرجة (مرتفعة)، بمتوسط حسابي (3.41) ونسبة مئوية بلغت (60%).

ويفسر الباحث حصول العبارة (تحديد الأهداف المشتركة بين القطاعين) على الترتيب الأول بدرجة (مرتفعة) إلى خبرة عينة الدراسة وما لاحظوه خلال عملهم

مناقشة نتائج السؤال الثاني: ما تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج؟

قام الباحث بتخصيص (١٠) عبارات لتحديد تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج ، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (١٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لعبارات المحور

الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج ، مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية.

م	العبارة	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
8	تعزيز الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية بفعالية أكبر.	4.12	78%	0.861	مرتفعة	1
9	توفير برامج تدريب وتطوير مهني للكوادر الطبية.	3.95	74%	0.909	مرتفعة	2
4	تطوير برامج صحية مخصصة تلبي احتياجات المجتمع المحلي بشكل أكثر فعالية.	3.86	71%	0.843	مرتفعة	3
5	زيادة الاستثمارات في البنية التحتية الصحية، مما يرفع مستوى الخدمات.	3.71	68%	1.066	مرتفعة	4
6	تشجيع الابتكار في تقديم الخدمات واستخدام تقنيات جديدة.	3.69	67%	0.975	مرتفعة	5

م	العبارة	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
3	تعزيز كفاءة استخدام الموارد، مما يؤدي إلى توفير خدمات أفضل بتكلفة أقل.	3.64	٪66	0.983	مرتفعة	6
1	زيادة الوصول إلى الخدمات الصحية، مما يساهم في تقليل الفجوة بين المناطق الحضرية والنائية.	3.62	٪65	0.854	مرتفعة	7
7	تحسين نظام الرعاية الصحية من خلال دمج الخدمات الحكومية والخاصة.	3.60	٪65	1.127	مرتفعة	8
10	رفع مستوى الوعي الصحي بين السكان من خلال حملات مشتركة.	3.36	٪59	0.906	متوسطة	9
2	تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة من خلال تبادل الخبرات والمعرفة بين القطاعين.	3.32	٪57	0.901	متوسطة	10
	تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج	3.74	٪68	0.772	مرتفعة	

المصدر: اعداد الباحث من واقع الدراسة الميدانية

من خلال الجدول الموضح أعلاه يتضح ان عبارات المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج ، جاءت بدرجة (مرتفعة) حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.74 من 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (3.40 إلى 4.19) وهي الفئة التي تشير إلى درجة (مرتفعة).

كما يتضح من النتائج أن هناك تفاوتاً في استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج. حيث تراوحت المتوسطات ما بين (3.32 إلى 4.12 من 5) وهي متوسطات

تقع ضمن الفئتين الثالثة والرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي وتشير إلى درجة (متوسطة، مرتفعة) على التوالي.

كما يوضح الجدول السابق ما يلي:

- جاءت العبارة (تعزيز الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية بفعالية أكبر) بالمرتبة الأولى بدرجة (مرتفعة) بمتوسط حسابي (4.12) ونسبة مئوية بلغت (78%).
- جاءت العبارة (تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة من خلال تبادل الخبرات والمعرفة بين القطاعين) بالمرتبة العاشرة بدرجة (متوسطة) بمتوسط حسابي (3.32) ونسبة مئوية بلغت (57%).

ويفسر الباحث حصول العبارة (تعزيز الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية بفعالية أكبر) على الترتيب الأول بدرجة (مرتفعة) إلى خبرة عينة الدراسة وما لمسوه خلال واقع عملهم.

مناقشة نتائج السؤال الثالث: ما التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية؟

قام الباحث بتخصيص (١٠) عبارات لتحديد التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (١٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لعبارات المحور

الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، مرتبة

تنازليا حسب المتوسطات الحسابية.

م	العبارة	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
4	نقص الوعي والمعرفة لدى المشاركين حول فوائد الشراكات.	3.86	٪71	0.872	مرتفعة	1
1	نقص الموارد المالية اللازمة لبدء وتنفيذ الشراكات بشكل فعال.	3.79	٪70	1.001	مرتفعة	2
2	ضعف البنية التحتية في المناطق النائية، مما يعوق تقديم الخدمات.	3.79	٪70	0.871	مرتفعة	3
6	عدم التنسيق الفعال بين المؤسسات الحكومية والخاصة.	3.74	٪68	0.912	مرتفعة	4
7	قلة الكوادر المؤهلة والمتخصصة في المجالات الصحية.	3.71	٪68	0.918	مرتفعة	5
5	مقاومة التغيير من قبل بعض موظفي القطاعين.	3.69	٪67	0.869	مرتفعة	6
3	عدم وجود إطار قانوني واضح يحدد آليات الشراكة.	3.67	٪67	0.928	مرتفعة	7
10	ارتفاع تكاليف التشغيل والصيانة في المناطق النائية.	3.65	٪66	0.926	مرتفعة	8
9	صعوبة قياس وتقييم أداء الشراكات بفعالية.	3.62	٪65	1.035	مرتفعة	9
8	تحديات في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية.	3.52	٪63	0.994	مرتفعة	10
	التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية	3.72	٪68	0.820	مرتفعة	

المصدر: اعداد الباحث من واقع الدراسة الميدانية

من خلال الجدول السابق الموضح أعلاه يتضح ان عبارات المحور الثالث: التحديات

التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، جاءت بدرجة (مرتفعة) حيث

بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.72 من 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (3.40 إلى 4.19) وهي الفئة التي تشير إلى درجة (مرتفعة).

كما يتضح من النتائج أن هناك تفاوتاً في استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، حيث تراوحت المتوسطات ما بين (3.52 إلى 3.86 من 5) وهي متوسطات تقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي وتشير إلى درجة (مرتفعة).

كما يوضح الجدول السابق ما يلي:

- جاءت العبارة (نقص الوعي والمعرفة لدى المشاركين حول فوائد الشراكات) بالمرتبة الأولى بدرجة (مرتفعة) بمتوسط حسابي (3.86) ونسبة مئوية بلغت (71%).
- جاءت العبارة (تحديات في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية) بالمرتبة العاشرة بدرجة (مرتفعة) بمتوسط حسابي (3.52) ونسبة مئوية بلغت (63%).

ويفسر الباحث حصول العبارة (نقص الوعي والمعرفة لدى المشاركين حول فوائد الشراكات) على الترتيب الأول بدرجة (مرتفعة) إلى واقع خبرة عينة الدراسة ورغبتهم التي عبروا عنها.

٤-٢: اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.

لاختبار تلك الفرضية تم استخدام اختبار T لعينتين مستقلتين للتحقق من الدور المحتمل للعوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية. كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٦)

الدور المحتمل للعوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	معامل الارتباط	Sig.* مستوى الدلالة
الدور المحتمل للعوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في المناطق النائية	3.58	0.560	23.103	79.501	0.000

			0.423	3.83	في تحسين الخدمات الصحية	
--	--	--	-------	------	-------------------------------	--

يوضح الجدول السابق الدور المحتمل للعوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية. حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود دور ذي دلالة إحصائية للعوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية ، إذ بلغ معامل الارتباط (٧٩.٥٠١). كما بلغت قيمة T المحسوبة (٢٣.١٠٣) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة T الجدولية البالغة (١.٩٨٠). وذلك يؤكد صحة قبول الفرضية الأولى، وعليه ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.

الفرضية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.

لاختبار تلك الفرضية تم استخدام اختبار T لعينتين مستقلتين للتحقق من الدور المحتمل لجودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.. كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٧)

الدور المحتمل لجودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.

Sig.* مستوى الدلالة	معامل الارتباط	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البيان
0.000	75.115	17.360	0.420	3.83	جودة الخدمات الصحية
			0.423	3.83	فعالية الشراكات بين القطاعين.

يوضح الجدول السابق الدور المحتمل لجودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين. حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود دور ذي دلالة إحصائية المحتمل لجودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين. إذ بلغ معامل الارتباط (٧٥.١١٥). كما بلغت قيمة T المحسوبة (١٧.٣٦٠) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة T الجدولية البالغة (١.٩٨٠). وذلك يؤكد صحة قبول الفرضية الثانية، وعليه ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.

الفرضية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.

لاختبار تلك الفرضية تم استخدام اختبار T لعينتين مستقلتين للتحقق من الدور المحتمل للتحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. وكما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (١٨)

الدور المحتمل للتحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.

Sig.* مستوى الدلالة	معامل الارتباط	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البيان	
0.000	0.731	13.081	0.450	3.97	التحديات	الدور المحتمل للتحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.
			0.423	3.83	الوصول إلى الخدمات الصحية	

يوضح الجدول السابق الدور المحتمل للتحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود دور ذي دلالة إحصائية للتحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية. إذ بلغ معامل الارتباط

(٠.٧٣١). كما بلغت قيمة T المحسوبة (١٣.٠٨١) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة T الجدولية البالغة (١.٩٨٠). وذلك يؤكد صحة قبول الفرضية الثالثة، وعليه ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.

٤-٣ : خلاصة لأهم نتائج الدراسة وتوصياتها

١- نتائج الدراسة

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

— توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية ونجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.

— توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج وفعالية الشراكات بين القطاعين.

— توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ونجاح تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية.

— إن عبارات المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية ، جاءت بدرجة (مرتفعة) حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.56 من 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (3.40 إلى 4.19) وهي الفئة التي تشير إلى درجة (مرتفعة).

— إن هناك تفاوتاً في استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الأول: العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية. حيث تراوحت المتوسطات ما بين (3.41 إلى 3.79 من 5) وهي متوسطات تقع ضمن الفئتين الثالثة والرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي وتشير إلى درجة (متوسطة، مرتفعة) على التوالي.

— إن عبارات المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج ، جاءت بدرجة (مرتفعة) حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.74 من 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (3.40 إلى 4.19) وهي الفئة التي تشير إلى درجة (مرتفعة).

— إن هناك تفاوتاً في استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج. حيث تراوحت المتوسطات ما بين (3.32 إلى 4.12 من 5) وهي متوسطات تقع

ضمن الفئتين الثالثة والرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي وتشير إلى درجة (متوسطة، مرتفعة) على التوالي.

— إن عبارات المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، جاءت بدرجة (مرتفعة) حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.72 من 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (3.40 إلى 4.19) وهي الفئة التي تشير إلى درجة (مرتفعة).

— إن هناك تفاوتاً في استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين في المناطق النائية ، حيث تراوحت المتوسطات ما بين (3.52 إلى 3.86 من 5) وهي متوسطات تقع ضمن الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي وتشير إلى درجة (مرتفعة).

٢-التوصيات

يوصي الباحث بضرورة الاهتمام بالتوصيات التالية:

- تعزيز التعاون بين الجهات الحكومية والقطاع الخاص من خلال إنشاء منصات مشتركة لتبادل المعرفة والخبرات، مما يساهم في تحسين الخدمات الصحية المقدمة.
- تطوير برامج تدريبية موجهة للكوادر الصحية في المناطق النائية، تركز على أحدث أساليب الرعاية الصحية والتقنيات المستخدمة في القطاع الخاص.

- إنشاء حوافز مالية للقطاع الخاص للاستثمار في مشاريع صحية في المناطق النائية، مما يزيد من وجود الخدمات الصحية في تلك المناطق.
- استخدام تقنيات المعلومات والاتصالات لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية، مثل الاستشارات الطبية عن بعد، لتلبية احتياجات السكان في المناطق النائية.
- وضع معايير واضحة لتقييم الشراكات بين القطاعين، مما يسهل قياس الأثر الفعلي لتلك الشراكات على تحسين الخدمات الصحية.
- إجراء دراسات ميدانية دورية لتحديد احتياجات المجتمعات في المناطق النائية، لضمان تخصيص الموارد بشكل فعال.
- تشجيع الابتكار في تقديم الخدمات الصحية من خلال دعم المشاريع الناشئة في القطاع الصحي، مما يعزز من مستوى الخدمة المقدمة.
- تعزيز الوعي الصحي بين السكان المحليين حول أهمية الخدمات الصحية المتاحة وكيفية الوصول إليها، من خلال حملات توعوية مستمرة.
- إقامة شراكات استراتيجية مع المنظمات غير الحكومية لتعزيز الجهود المبذولة في تحسين الرعاية الصحية في المناطق النائية.
- دعم المشاريع الصحية المتكاملة التي تجمع بين الخدمات الوقائية والعلاجية لضمان تقديم رعاية شاملة للسكان.
- تحسين البنية التحتية الصحية في المناطق النائية من خلال التعاون بين الحكومة والقطاع الخاص، مما يساهم في توفير بيئة صحية ملائمة.

- إنشاء قاعدة بيانات مركزية تتعلق بالخدمات الصحية المتاحة في المناطق النائية، مما يسهل الوصول إلى المعلومات ويعزز التخطيط الفعال.
- تنظيم ورش عمل دورية تجمع بين الفاعلين في القطاعين الحكومي والخاص لمناقشة التحديات والحلول المتعلقة بالخدمات الصحية.
- تعزيز المشاركة المجتمعية في تصميم وتنفيذ البرامج الصحية، لضمان تلبيتها لاحتياجات السكان المحليين.
- تقييم الأثر الاجتماعي والاقتصادي للشراكات الصحية بانتظام، لضمان تحقيق النتائج المرجوة وتحسين الخدمات بشكل مستمر.

٣-المقترحات

يقترح الباحث ضرورة إجراء الدراسات التالية:

١. تقييم فعالية الشراكات بين القطاعين في تعزيز الخدمات الصحية في المناطق النائية: دراسة حالة محافظة الخرج
٢. أثر التعاون بين الحكومة والقطاع الخاص على تحسين الرعاية الصحية في القرى النائية
٣. استراتيجيات الشراكة بين القطاعين لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية: دراسة ميدانية في محافظة الخرج
٤. تحليل تأثير الاستثمارات الخاصة في القطاع الصحي على جودة الخدمات في المناطق

النائية

٥. دور الابتكار في الشراكات الحكومية والخاصة في تحسين الخدمات الصحية بالمناطق

النائية بالمملكة

المراجع

المراجع العربية:

- القحطاني، سارة بنت عبد الله. (٢٠١٨). أثر الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفيات منطقة الرياض بالمملكة العربية السعودية. (رسالة ماجستير)، جامعة الملك سعود، كلية إدارة الأعمال، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الزعبي، خالد محمد. (٢٠١٩). دور الشراكة بين القطاع العام والخاص في تطوير البنية التحتية الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية. (رسالة ماجستير)، الجامعة الأردنية، كلية الأعمال، عمان، الأردن.
- الكواري، موزة أحمد. (٢٠٢٠). الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على مؤسسة حمد الطبية بدولة قطر. (رسالة ماجستير)، جامعة قطر، كلية الإدارة والاقتصاد، الدوحة، قطر.
- أبو صالح، أحمد علي. (٢٠١٨). إدارة الأعمال الدولية: منظور سلوكي واستراتيجي. بيروت: مطبعة الهلال.
- أبو العلا، ليلى محمد. (٢٠٢٠). مفاهيم ورؤى في الإدارة والقيادة بين الأصالة والحداثة. ط٢. بيروت: مكتبة بيروت الحرة.
- الأحمد، أحمد إبراهيم. (٢٠٢١). إدارة الأزمات الصحية- منظور عالمي. القاهرة: مكتبة الانجلو.
- التميمي، خلف كريم. (٢٠١٨). استراتيجيات العلاقات العامة في إدارة الأزمات. ط٢. بيروت: مكتبة بيروت الحرة.
- الشميمري، أحمد عبد الله. (٢٠١٨). مبادئ إدارة الأعمال: الأساسيات والاتجاهات الحديثة. الرياض: مكتبة دار القلم.
- الورداني، محمد عبد العزيز. (٢٠١٩). إدارة الأزمات الأسس والمراحل والآليات. القاهرة: مكتبة العاصمة الجديدة.
- بوزيد، نسرين. (٢٠٢١). تفعيل الشراكة بين القطاع الحكومي والخاص لتطوير الخدمات الصحية: دراسة حالة الجزائر العاصمة. (رسالة ماجستير)، جامعة الجزائر ١، كلية العلوم الاقتصادية، الجزائر.

- جواد، شوقي ناجي. (٢٠١٩). المرجع المتكامل في إدارة الأعمال: منظور كلي. ط ٣. بيروت: مكتبة بيروت الحرة.
 - عبد ربه، رائد محمد. (٢٠٢٢). مبادئ إدارة الأعمال. الرياض: مكتبة دار القلم.
 - مرعي، مثنى فائق. (٢٠٢١). أزمة جائحة كورونا والنظام العالمي. القاهرة: مكتبة العاصمة الجديدة.
 - منصور، رامي عبد السلام. (٢٠٢٣). أثر الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص في تعزيز الابتكار في الخدمات الصحية: دراسة حالة الجمهورية اللبنانية. (رسالة ماجستير)، الجامعة اللبنانية، كلية الصحة العامة، بيروت، لبنان.
- المراجع الأجنبية:

- Baker, L. (2020). Bridging Gaps: Public-Private Partnerships in the United Kingdom's Post-Brexit Health Strategy. *British Medical Governance Journal*, 22(4), 45–67.
- Hernandez, C. (2019). Private Engagement in Public Health: The Chilean Model of Collaborative Governance. *Latin American Health Review*, 27(3), 78–96.
- Levi, J. (2018). Public-Private Synergy in Healthcare Reform: A Study of National Integration in Canada. *Canadian Journal of Health Policy*, 14(2), 101–119.
- Romanov, S. (2021). Integrative Healthcare Delivery through Public-Private Models in the Russian Federation. *Eastern European Journal of Public Health*, 18(1), 112–130.
- Schmidt, O. (2022). Strategic Health Alliances: Evaluating Germany's PPPs in Pandemic Response. *European Journal of Crisis and Health Management*, 30(2), 55–73.

الملاحق

ملحق (١) استبانة التطبيق

سعادة الأستاذ / ة : تحية طيبة، وبعد،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يجري الباحث دراسة علمية بعنوان (قياس أثر الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص على تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية التابعة لمحافظة الخرج بالمملكة العربية السعودية).

ولتحقيق هدف الدراسة؛ تم تصميم ذلك الاستبيان .

أملين منكم الإجابة على فقرات الاستبانة التالية، وفق ما ينطبق على آرائكم. علماً أن تلك المعلومات ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لغايات البحث العلمي.

شاكر ، ومقدر لحسن تعاونكم سلفاً، والله يحفظكم ويرعاكم.

الباحث

الجزء الأول : (البيانات الشخصية):

الجنس			
() ذكر	() أنثى		
العمر			
() أقل من ٣٠ سنة	() ٤٠-٣٠	() ٥٠-٤٠	() ٥٠ فأكثر
المستوى التعليمي			
() دبلوم	() بكالوريوس	() ماجستير فأعلى	
سنوات الخبرة			
() أقل من ٥ سنوات	() ١٠-٥	() ٢٠-١٠	() ٢٠ فأكثر
الوظيفة			
() مدير	() نائب مدير	() موظف إداري	

ثانياً: المعلومات العامة: الرجاء وضع علامة (✓) على الإجابة المعينة:

المحور الأول : العوامل الرئيسية التي تؤثر في نجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في تحسين الخدمات الصحية في المناطق النائية.

رقم	السؤال	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
١	وجود إطار قانوني واضح لتنظيم الشراكات.					
٢	دعم الحكومة للمبادرات المشتركة.					
٣	تحديد الأهداف المشتركة بين القطاعين.					
٤	توفير التمويل اللازم للمشروعات.					
٥	الشفافية في إدارة الموارد.					
٦	بناء الثقة بين الشركاء.					
٧	مشاركة المجتمع المحلي في اتخاذ القرارات.					
٨	تحسين البنية التحتية الصحية.					
٩	استخدام التكنولوجيا الحديثة في الخدمات.					
١٠	تدريب الكوادر البشرية في القطاعين.					

المحور الثاني: تأثير الشراكات بين القطاعين على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في محافظة الخرج.

رقم	السؤال	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
١	زيادة الوصول إلى الخدمات الصحية، مما يساهم في تقليل الفجوة بين المناطق الحضرية والنائية.					
٢	تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة من خلال تبادل الخبرات والمعرفة بين القطاعين.					
٣	تعزيز كفاءة استخدام الموارد، مما يؤدي إلى توفير خدمات أفضل بتكلفة أقل.					
٤	تطوير برامج صحية مخصصة تلبي احتياجات المجتمع المحلي بشكل أكثر فعالية.					
٥	زيادة الاستثمارات في البنية التحتية الصحية، مما يرفع مستوى الخدمات.					
٦	تشجيع الابتكار في تقديم الخدمات واستخدام تقنيات جديدة.					
٧	تحسين نظام الرعاية الصحية من خلال دمج الخدمات الحكومية والخاصة.					
٨	تعزيز الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية بفعالية أكبر.					
٩	توفير برامج تدريب وتطوير مهني للكوادر الطبية.					
١٠	رفع مستوى الوعي الصحي بين السكان					

					من خلال حملات مشتركة.
--	--	--	--	--	-----------------------

المحور الثالث: التحديات التي تواجه تنفيذ الشراكات بين القطاعين العام والخاص في المناطق النائية.

رقم	السؤال	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
١	نقص الموارد المالية اللازمة لبدء وتنفيذ الشراكات بشكل فعال.					
٢	ضعف البنية التحتية في المناطق النائية، مما يعوق تقديم الخدمات.					
٣	عدم وجود إطار قانوني واضح يحدد آليات الشراكة.					
٤	نقص الوعي والمعرفة لدى المشاركين حول فوائد الشراكات.					
٥	مقاومة التغيير من قبل بعض موظفي القطاعين.					
٦	عدم التنسيق الفعال بين المؤسسات الحكومية والخاصة.					
٧	قلة الكوادر المؤهلة والمتخصصة في المجالات الصحية.					
٨	تحديات في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية.					
٩	صعوبة قياس وتقييم أداء الشراكات بفعالية.					
١٠	ارتفاع تكاليف التشغيل والصيانة في					

					المناطق النائية.
--	--	--	--	--	------------------

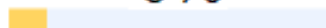
ملحق (٢)
فحص نسبة الاقتباس



Plagiarism Checker X - Report

Originality Assessment

6%



Overall Similarity

Matches: 2967 / 24884 words
Sources: 51

Remarks: Low similarity detected, check with your supervisor if changes are required.

Verify Report:
Scan this QR Code



Abstract

Measuring the Impact of Public-Private Partnerships on Improving Access to Health Services in Remote Areas of Al-Kharj Governorate, Kingdom of Saudi Arabia.

The study aimed to identify the impact of public-private partnerships on improving access to health services in remote areas of Al-Kharj Governorate, Kingdom of Saudi Arabia. The study used a descriptive-analytical approach and a questionnaire. The study population consisted of (614) public and private sector employees dealing with the health sector in Al-Kharj Governorate. The study sample consisted of (202) randomly selected subjects. The study reached important results, including: There is a statistically significant relationship at a significance level of ($\alpha \geq 0.05$) between economic and social factors and the success of public-private partnerships in improving health services in remote areas. There is a statistically significant relationship at a significance level of ($\alpha \geq 0.05$) between the quality of health services provided to the population in Al-Kharj Governorate and the effectiveness of partnerships between the two sectors. There is a statistically significant relationship at the significance level ($\alpha \geq 0.05$) between the challenges facing the implementation of public-private partnerships in remote areas and the success of improving access to health services. The study's recommendations include: enhancing cooperation between government agencies and the private sector by establishing joint platforms for the exchange of knowledge and expertise. Developing targeted training programs for health workers in remote areas, focusing on the latest healthcare methods and technologies used in the private sector.

Keywords:

Measuring/Impact of partnerships/Public-Private sectors/Health services.

Mid-Ocean University

College of Management

Department/Specialization: Business Administration



**Measuring the Impact of Public-Private Partnerships on Improving Access to Health Services in
Remote Areas of Al-Kharj Governorate, Kingdom of Saudi Arabia**

Prepared by Student/

Abdulrahman Fahd Abdulrahman Al-Rabi'a

Academic Year:

2025