

جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف

د. عبد الله ضاوي العتيبي*

مستخلص

تعد جودة الخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين من المجالات الأكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية ، ولكي يتم الوصول إلى جودة الخدمات الصحية كمنتج نهائي للعميل، لابد من العمل على تخفيض الفارق بين الخدمة الصحية المتوقعة (المرغوب فيها) والخدمة الصحية الفعلية (المنجزة)، لذلك هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتقييم أداء الخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين إلى المستفيدين، من خلال قياس أبعاد جودة هذه الخدمات باستخدام استبانة محكمة من قبل المتخصصين وتضمنت خمسة متغيرات تمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية، وتتكون عينة الدراسة من 96 من عملاء شركات التأمين. ولقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها انخفاض مستوى جودة خدمة التأمين الصحي التي تقدمها شركات التأمين من وجهة نظر عملائها ، كما تبين صحة فرضية الدراسة بوجود علاقة قوية ذات دلالة إحصائية بين الجودة الكلية للخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين من جهة وأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة (الاعتمادية ، الملموسية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف) ، حيث بلغ معامل الارتباط 98% ، كما أوصت الدراسة بالعديد من التوصيات منها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية بشركات التأمين والنظر إليها باعتبارها نظام متكامل من الخدمات .

مقدمة :

تشكل الرعاية الصحية جوهر النظام الصحي وأساسه في العديد من دول العالم وذلك لاعتبارات كثيرة في مقدمتها أن خطط التنمية وبرامجها المختلفة تعتمد على توافر قوى عاملة

• أستاذ الإدارة المساعد، كلية إدارة الأعمال، جامعة الطائف، السعودية

تتمتع بقدر من الصحة والكفاءة العالية ، لذلك تسعى الكثير من شركات التأمين للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية التي تقدمها لعملائها حتى تصل لدرجة التميز، إذ تقوم هذه الشركات باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها، ومن أهم هذه الاستراتيجيات هو الاهتمام بالجودة، باعتبارها أنها توفر خدمات تشبع الرغبات الكاملة للعملاء، وتلبى احتياجاتهم ورغباتهم .

والاهتمام بجودة الخدمات ليس موضوعاً جديداً بشركات التأمين بينما الجديد هو في كيفية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة ، وكذلك في وضع المعايير الملائمة بشركات التأمين. حيث أن الخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين تحتاج إلى رصد وتحليل متواصل لحاجات العملاء ورغباتهم عبر إجراء المسوح الميدانية لمعرفة تقييمهم لجودة الخدمة التأمينية وقياس مستوى الرضا الناجم عن جودة هذه الخدمة، ولاسيما وان هذه الشركات تعمل في ظل بيئة تنافسية .

بالتالي فإن الارتقاء بجودة الخدمات الصحية التأمينية وتطوير مواصفاتها ودراسة واقع العمل والاستجابة لرغباته وفق الضوابط هو من الأهداف التي يسعى البحث إلى تحقيقها .
وهناك بعض المزايا التي تعود علي شركات التأمين من وراء جودة الخدمة الصحية بشركات التأمين هي(بوحروود ، 2006):

1. تحقيق ميزة تنافسية عن بقية الشركات المنافسة.
2. تحمل تكاليف أقل بسبب قلة الأخطاء والتحكم في أداء العمليات التأمينية.
3. إن الخدمة المتميزة تتيح الفرصة لشركة التأمين إمكانية رفع الأسعار والعمولات وتحقيق أرباح أكبر.
4. إن الخدمة المتميزة وذات الجودة العالية تمكن شركة التأمين من الاحتفاظ بالعملاء الحاليين واجتذاب عملاء جدد.

ويعاني قطاع التأمين من العديد من المشاكل منها جودة الخدمات الصحية، لان كافة شركات التأمين تقدم خدماتها للعملاء بدرجة عالية من التشابه والنمطية من حيث طبيعتها ونوعيتها ، وعدم الجدية في الاهتمام بالعملاء ، ومعرفة وجهة نظرهم عما تقدمه الشركة من منتجات وخدمات صحية .

ومن ثم تحاول هذه الدراسة التوصل إلى قياس وتقييم أبعاد جودة الخدمة الصحية التي تقدمها شركات التأمين من وجهة نظر عملائها، مستخدماً في ذلك نموذج تحليل الانحدار المتعدد، ولقد اعتمدت الدراسة على الكشف مدى درجة التطابق بين توقعات العملاء وإدراكات القائمين على تقديم الخدمة التأمينية بشركة التأمين، وذلك من خلال استخدام نموذج الإدراكات والتوقعات

لقياس جودة الخدمة الصحية.

1- مشكلة البحث :

من خلال الزيارات الميدانية لواقع شركات التأمين بالطائف والتي تقوم بتقديم الخدمات الصحية تبين أنها تعاني من مشاكل منها قلة الامكانيات المادية والبشرية وضعف الشعور بالمسؤولية المهنية ،بالإضافة إلى قلة التخصيصات المالية الممنوحة ، مما أدى إلى ضعف مستويات الخدمة المقدمة للعملاء مما أثار الرغبة لدى الباحث فى دراسة هذه المشكلة والوقوف على أسبابها ومحاولة إيجاد حلول لها .

2- أهداف البحث :

يهدف هذا البحث إلى :

1. التعرف على مفهوم وأبعاد ومستوى جودة الخدمة الصحية.
2. تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية (على مستوى الجودة ككل) ورضا العميل .
3. تقليص حجم الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة للوصول إلى أفضل الخدمات الصحية .
4. التعرف على مدى اهتمام شركات التأمين بموضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة للعملاء .

3- فروض البحث

بناء على مشكلة وأهداف الدراسة فإنه يمكن وضع فروض الدراسة كالتالي :

الفرض الأول : وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الجودة الكلية للخدمات الصحية وأبعاد جودة الخدمة الصحية.

الفرض الثاني : وجود فروق ذات دلالة معنوية إحصائية بين أبعاد جودة الخدمات الصحية .

الفرض الثالث : وجود فروق ذات دلالة معنوية إحصائية نحو مستوى جودة الخدمات تبعاً للمتغير الكلى للجودة الصحية .

4- أسلوب البحث :

اعتمدت طريقة البحث على أسلوبين :

أ- الأسلوب الوصفي (النظري): هو يتمثل في جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بمفهوم الخدمة والجودة والخدمة الصحية ومقاييس جودة الخدمة الصحية ومعايير جودة الخدمات الصحية .

ب- الأسلوب التطبيقي : تم استخدام استمارة الاستبانة التي تضمنت خمسة أبعاد رئيسية

وهي : الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف.

وتحتوي الاستبانة على 20 سؤال وجهت إلى عينة البحث ثم تم تفرغها وتحليلها إحصائياً. تم الاعتماد على المنهج الوصفي والتحليلي خلال المراحل المختلفة للبحث ، حيث تم استغلال البيانات التي تم الحصول عليها من مصادرها الثانوية في تحليل ووصف الخلفية النظرية لموضوع البحث، و تم التوجه إلى ميدان الدراسة وجمع البيانات الخاصة بالمستفيدين محل الدراسة وتبويبها وتفسيرها بهدف اختبار الفرضيات واستخلاص النتائج .

5- مجتمع وعينة البحث :

لغرض اختبار فرضيات البحث تم اختيار عملاء شركات التأمين بالطائف مجالاً للدراسة ، حيث بلغت حجم المجتمع 150 شخصاً من المستفيدين بالخدمات الصحية بشركات التأمين محل الدراسة، وقد تم تحديد حجم العينة باستخدام المعادلة الآتية (Mark L & , 1999) : (David

$$n = \frac{n_o N}{n_o + (N - 1)}$$

$$n_o = \frac{Z^2 P(1 - p)}{e^2}$$

حيث أن :

$Z =$ عند مستوى الثقة (95 %) تكون 1.96 (هي القيمة الجدولية تحت منحنى التوزيع الطبيعي عند مستوى معنوية 5%).

$e =$ الخطأ العشوائي المسموح به - خطأ المعاينة - ويفترض الباحث أنه (5%).

$P =$ نسبة النجاح - النسبة في المجتمع - (نختار قيمة p لتكون قيمة (1-p) أكبر ما يمكن

وذلك عندما يتحقق $p = 0.50$

$(1-p) =$ هي النسبة المكملة لنسبة النجاح p .

$n_o =$ حجم العينة .

$N :$ حجم المجتمع .

وبتطبيق المعادلة السابقة نجد أن :

$$n_o = \frac{Z^2 P(1-p)}{e^2}$$

$$n_o = \frac{(1.96)^2 * 0.50(1-0.50)}{(0.5)^2}$$

$$= 384$$

- عينة الدراسة :

$$n = \frac{n_o N}{n_o + (N - 1)}$$

$$n = \frac{384 * 150}{384 + (150 - 1)} = 117$$

حيث أن :

N = حجم مجتمع الدراسة .

n_o = حجم عينة الدراسة .

وبتوزيع 117 استبانة للعينة وجدنا أن هناك 21 استمارة غير صالحة، وبالتالي تم استرجاع 96 استمارة صالحة للتحليل الإحصائي.

6- أداة البحث :

تمثلت أداة الدراسة الحالية بمقياس الفجوة لقياس جودة الخدمة والذي أعده بصورته الأصلية بارشورامان Parasuraman وآخرون عام 1988، حيث تم استخدامه في قياس جودة الخدمة الصحية، والمحور الأساسي لقياس جودة الخدمة هو الفجوة بين إدراك المستفيد لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة. وتتمثل هذه الفجوة في خمس فجوات متمثلة في الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف).

وتتكون الاستبانة من عدة محاور كل محور يتكون من مجموعة من الأسئلة وكل سؤال

يحتاج الإجابة عنه بـ:

غير راضي تماماً	غير راضي	غير متأكد	راضي	راضي تماماً
1	2	3	4	5

7- مجال البحث :

أ- الحدود المكانية : طبقت الدراسة على شركات التأمين بالطائف والتي تمارس التأمين الصحي.

ب- الحدود الزمنية : تمت الدراسة خلال عام 2016 & 2107 .

ج- الحدود العلمية: اقتصرت الدراسة على تقييم جودة الخدمات الصحية في شركات التأمين من وجهة نظر عملائها.

8- متغيرات الدراسة :

في ضوء الإطار النظري للبحث والدراسات السابقة التي عرضها الباحث ، فإن متغيرات الدراسة التي يشملها البحث تتمثل فيما يلي :

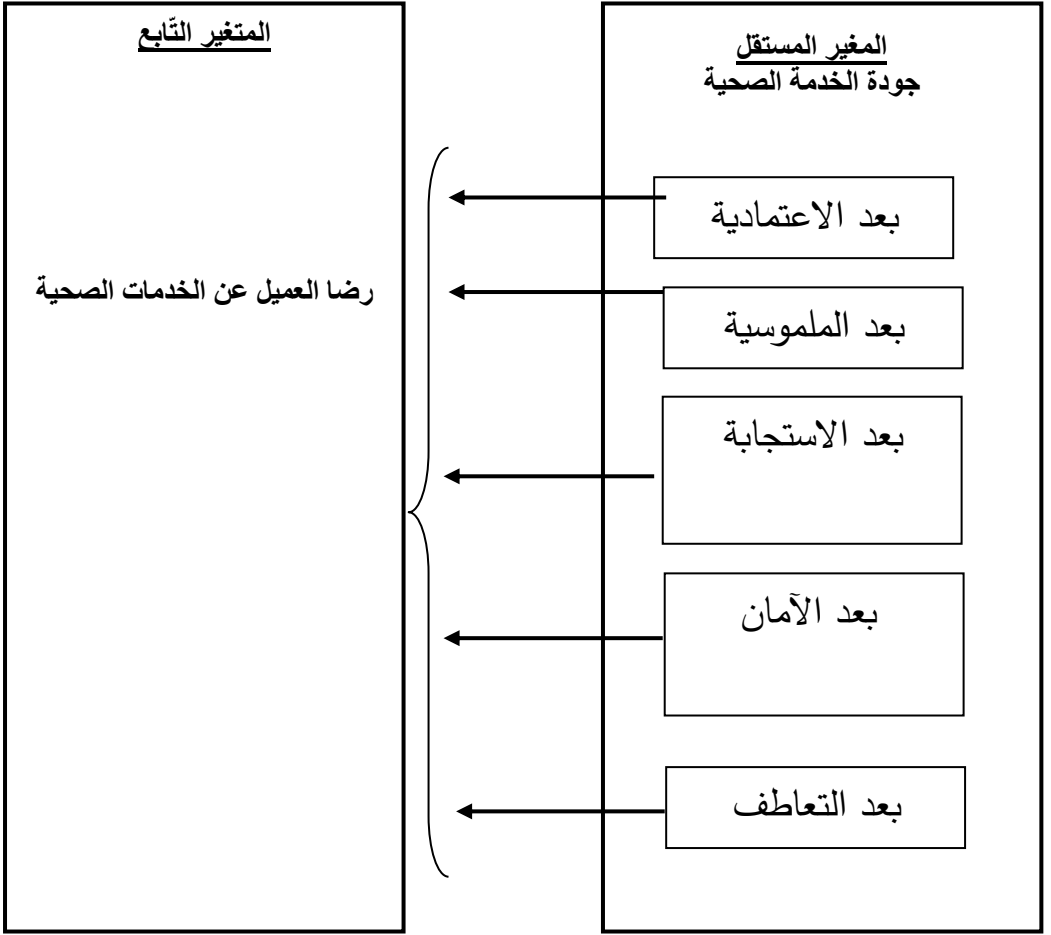
- المتغير التابع : رضا العميل الذي يتعامل مع شركات التأمين .
- المتغيرات المستقلة : أبعاد جودة الخدمة الصحية ، وتشمل :
الاعتمادية - الملموسية - الاستجابة - الأمان - التعاطف .

والجدول التالي يوضح متغيرات الدراسة :

المتغير المستقل	رقم الفقرة	البعد
المتغير المستقل		
هناك التزام وتعهد من شركة التأمين بتقديم خدمة صحية وعلاجية	1	الاعتمادية
هناك اهتمام والتزام من شركة التأمين بتقديم الخدمة بشكل صحيح وسريع ودقيق	2	
هناك ثقة من المرضى بنوع الخدمة المقدمة والمهارة المهنية الطبية	3	
هناك اهتمام الادارة بتسجيل المعلومات الخاصة بالمرضى في السجلات والحاسوب	4	الملموسية
هناك تحديث الاجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حاليا	5	
هناك أماكن الانتظار للمرضى ومكاتب الاطباء والعاملين	6	
هناك اهتمام ادارة المنشأة والعاملين بطريقة وهيئة ملابس العمل	7	
هناك الملاءة والقدرة المالية للمنشأة.	8	الاستجابة
هناك اخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم	9	
هناك تقديم الخدمة الفورية للمرضى	10	
هناك مساعدة المرضى بشكل دائم	11	
هناك تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغالهم	12	الامان
يوجد ثقة للمرضى بالعاملين بالمستشفى	13	
هناك اطمئنان المريض	14	
هناك تفاعل الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى.	15	
هناك توفر الجدارة , الكياسة ,المصداقية لدى العاملين عند اداء العمل	16	التعاطف
هناك اهتمام ادارة المنشأة بالعباية الشخصية للمرضى	17	
هناك قدرة العاملين في المنشأة الصحية على تقديم عناية شخصية للمرضى	18	
هناك معرفة العاملين لحاجات المرضى	19	
هناك عمل ادارة المنشأة الصحية بساعات عمل حسب حاجات المرضى	20	

نموذج البحث:

يظهر نموذج البحث من خلال الشكل رقم (1):
شكل رقم (1) : نموذج البحث



المصدر : إعداد الباحث ، 1438هـ / 2017

9- الأساليب الإحصائية المستخدمة :

من أهم الأساليب التي تم الاعتماد عليها لإجراء اختبار فروض الدراسة ووصف متغيراتها على النحو التالي :

1- استخدام معامل كرونباخ لقياس درجة الثقة والثبات.

2- تحليل الانحدار المتعدد: لبيان العلاقة الارتباطية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين ، ونسبة التفسير (المتغيرات المستقلة للمتغير التابع) ، وتحديد العوامل المؤثرة في رضا المستفيدين للخدمات الصحية المقدمة لهم ، سواء على مستوى الجودة ككل أو على مستوى أبعاد الجودة كل بعد على حدة .

3- تحليل التباين

الدراسات السابقة :

(1) دراسة نعسائي وآخرون (2007) :

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافى الجامعية السورية لمعرفة أي من أبعاد الجودة الصحية التي تحقق أكبر قدر ممكن من رضا المريض بالتركيز عليها وتفعيلها سعياً لتحقيق أعلى رضا ممكن ولتحسين واقع الخدمة الطبية في المشافى السورية ، وتوصلت الدراسة أن النموذج الأمثل الذي يحقق أقصى رضا ممكن للمريض هو مزيج من ثلاثة ابعاد هو جوهر الخدمة ومصادقية الخدمة والتعاطف .

(2) دراسة الرئيس (2008) :

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بمحافظة جدة والتعرف على مستوى استيعاب العاملين في القطاع الصحى لنظم الجودة في الخدمة الصحية وأهميته في تطوير وتحسين الأداء ، ومدى ممارسة نظام الجودة وفاعليته في تشجيع الادارة على تقويم جودة الانتاجية وكميتها بدلا من التركيز على كمية الانتاج، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن قصور الوعي بمفهوم الجودة لدى العاملين في القطاع الصحى السعودى يؤثر سلباً على تطبيق نظم الجودة في هذا القطاع ، كما أن عمليات التحسين والتطوير في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات لا تلقى الاهتمام الكافى .

(3) دراسة أسامة الفراج (2009) :

يسلط هذ البحث الضوء على مستوى الرضا وجودة الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات التعليم العالي في سورية ،من خلال استطلاع الآراء والانطباعات الشخصية للمستفيدين من هذه الخدمات. ومن ثم يهدف البحث إلى تكوين مقياس يساعد في قياس فاعلية الخدمات وتقييم جودتها ،وذلك من وجهة نظر المرضى .مما يتيح للقائمين على إدارة هذه المستشفيات

الاستفادة من نتائج هذا القياس لتحسين واقع خدماتها، وتحقيق التعاون بين المستفيدين والمعنيين بتقديم الخدمة.

واستخدم البحث استبانة سهلة الاستخدام بهدف كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى ومن وجهة نظرهم. فضلاً عن أن هذه الأداة كانت موضع اختبار لبيان مدى صلاحيتها والموثوقية بها وقدرتها على التمييز بين مستويات ومكونات عدة للرضا. وقد تم اعتماد التحليل السيكولوجي لتقييم مختلف السمات والخصائص التي سعت الاستبانة لإظهارها. فضلاً عن التحليل الإحصائي الوصفي المتوسطات أو الانحرافات المعيارية لمختلف مستويات الرضا. وقد توصلت إلى أن مستوى الرضا العام تجاوز القيمة 2.5 نقطة بالمتوسط على مقياس من 1 إلى 4. وقد عبر 75 % من المرضى عن رضاه عن الخدمات التي قدمتها المستشفيات التعليمية.

(4) دراسة ديون عبدالقادر (2012) :

تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات من أبرزها ارتفاع التكاليف وتبني أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المعلنة إلى جانب تدني مستوى الرضا لدى المستفيدين ولدى الموارد البشرية في المؤسسة ،لذلك يعتبر منتج المؤسسات الصحية أكثر حساسية نظر الطبيعة المنفعة لتستفيد منها كل المجتمعات بصورة لا تستلزم التأجيل والانتظار ، وتدرك المؤسسة أن الإنسان هو العامل الأساسي لعمليات التنمية ويعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها ، في هذا الإطار تبرز أهمية الموضوع في تزايد الاهتمام بضرورة تحسين الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الاستشفائية نظراً لكون هذه المؤسسات تعرف تغيراً ملحوظاً في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية وكذلك الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين هذه الخدمة لذلك تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها. وفي هذا السياق جاء هذا المقال ليستعرض فعالية تحسين الخدمة الصحية من خلال التطرق إلى جودة الخدمة الصحية كمؤشر أساسي لفعالية الخدمة الصحية لأن الأمر يتعلق بالمنتج الصحي الذي تقدمه المؤسسة للأفراد والجماعات.

(5) دراسة (2012) فضيلة داود، وعلاء البلداوي

يهدف البحث إلى قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في مراكز الخدمة الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات (Data envelopment analysis) خلال عام (2006). وحسب هذه النماذج تتراوح درجة الكفاءة بين الصفر والواحد الصحيح . حيث تم تقدير الكفاءة الحجمية، وباستخدام نوعين من مؤشرات التوجه هما التوجه الداخلي والإخراجي. وقد بينت النتائج وحسب مؤشر التوجه الداخلي للكفاءة الحجمية هي (0.975) في

محافظة كربلاء. في ما بلغ مؤشر التوجه الادخالي للكفاءة الحجمية بالمتوسط هي (0.946).
(6) دراسة عطية مصلح (2013):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً للمتغيرات الآتية: المستشفى، المبحوث، الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة.

وتكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث الدولية (انوروا)، وشملت العينة 126 موظفاً ومريضاً من أصل 420 شخصاً أيضاً نسبته % 30 من مجتمع الدراسة لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية، SERVPERF استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس تكونت الاستبانة من 28 فقرة مقسمة إلى 6 مجالات وهي: الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، قوة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف، خصائص المستشفى. واستعان الباحث بالأدب التربوي والدراسات السابقة في بناء الأداة، كما أخضعت للتحكيم والمعالجة الإحصائية، وتأكد الباحث من صدقها وثباتها، ومدى ملائمتها لأغراض الدراسة.

وقد أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية. ووجد فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، الأمان والثقة، والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور، وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

(7) دراسة (Sureshchandar, et al., 2002)

أثبتت هذه الدراسة أن هناك إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الأبعاد الخمسة التي أوضحها Parasuraman وبين شعور متلقي الخدمة بالرضا عن كل بعد من تلك الأبعاد بمعنى أنه كلما زادت جودة الخدمة المدركة من جانب متلقي الخدمة (العميل) لبعد من الأبعاد المكونة لجودتها سوف يزيد بالتالي شعوره بالرضا عن نفس ذلك البعد، ومن نتائج تلك الدراسة هو أن هناك علاقة إيجابية معنوية بين بعدى الأمان والاستجابة وبين الشعور بالرضا من جانب متلقي الخدمة (العميل).

(8) دراسة (Eleuch, 2011):

أجرى الباحث دراسة بعنوان " إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان"، هدفت هذه الدراسة

لتقييم تصورات المرضى اليابانيين لنوعية الخدمة والرعاية الصحية وتسليط الضوء على ميزات الخدمة الأكثر وضوحاً ، استخدمت الدراسة البرمجة غير الخطية واعتمدت على نموذج حديث للكشف عن أهمية الرعاية الصحية وميزات الخدمة الصحية للحكم على جودة الخدمة ، ولقد أظهرت النتائج بيان المرضى اليابانيين ينظرون إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال العملية التعويضية ، كما سلطت هذه الدراسة الضوء على الحاجة إلى اعتماد التطور الذي يعزز الجودة الفنية والممارسات الطبية في أماكن الرعاية الصحية اليابانية .

(9) دراسة (واخرون 2011 , Kumar) :

أجرى الباحثون دراسة بعنوان " فحص الجودة والكفاءة في نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة" ، إن الاهتمام الأساسي لهذه الدراسة البحثية هو معرفة نوعية وكفاءة خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة ، وسعت لمعرفة أثر نوعية وكفاءة هذه الخدمات على مختلف الجهات المعنية لتحقيق أفضل قيمة مقابل كل دولار ينفق على الرعاية الصحية .

تهدف الدراسة إلى تقديم رؤى حول جهود إصلاح الجودة، وسياسة الرعاية الصحية المعاصرة والتغيرات القادمة عليها من قبل الاتحاد الفيدرالي والسياسة المالية الخاصة بذلك، والخروج بتوصيات من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مقارنة مع تلك الدول المتقدمة الأخرى.

ثانياً : الاطار النظرى لجودة الخدمات الصحية

هناك بعض المفاهيم المرتبطة بجودة أداء الخدمة الصحية وهى، الخدمة، والجودة، وجودة الخدمة، والخدمة الصحية ، وجودة الخدمة الصحية، وقياس جودة الخدمة الصحية، وسوف يتناول الباحث هذه المفاهيم على النحو التالى :

أولاً : تعريف الخدمة :

وردت عدة تعريفات للخدمة فعرفها Stanton بإن الخدمة هى "النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للعميل ، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى ، أى إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية (Stanton,W.J.,2006).

وعرفها P.Kotler على أنها " نشاط أو منفعة يمكن أن تقدم لظرف آخر ، وهى أساس غير ملموس ، ولا يمكن نقل ملكيتها، وإنتاجها يمكن أن يرتبط أحياناً بسلعة" (ساعاتي، 1998).

من التعاريف السابقة للخدمة يمكن أن نستنتج الآتى :

- تكون الخدمة فى الغالب غير ملموسة .

- قد ترتبط بمنتج مادى ملموس.

- لا يمكن تملك الخدمة.

- الخدمة تدرك من خلال المنفعة.

ثانياً : تعريف الجودة :

بالرغم من اهتمام الكثير بموضوع الجودة إلا أن هناك اختلاف فى مفهوم الجودة :

- حسب منظمة المواصفات القياسية الدولية ، تعرف الجودة بأنها مجموعة الصفات المميزة للمنتج (أو النشاط أو العملية أو المنظمة أو الشخص) والتي تجعله ملبيا للحاجات المعلنة أو المتوقعة ، أو القادر على تلبيتها".

- ويرى آخرون بأن الجودة تعنى القدرة على تحقيق رغبات العميل بالشكل الذى يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه عن السلعة أو الخدمة التى تقدم له (جودة، 2002) .

- ويرى آخرون بأن الجودة هى المطابقة للمواصفات والمعايير (الحداد، 1999) .

ثالثاً : تعريف جودة الخدمة :

يعرف (Parasuraman,1988,125) جودة الخدمة بأنها الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكهم للأداء الفعلى لها "، كما يعرف (Kotler,2000,p.55) جودة الخدمة بأنها الخصائص والصورة الكلية للمنتج التي تؤدي إلى إشباع حاجات ضمنية للعملاء ، كما يعرف المكتب القومى للتنمية الاقتصادية فى بريطانيا الجودة على أنها مجموعة العوامل أو الخصائص التى يجب أن تتوفر فى منتج أو خدمة معينة بهدف الوفاء بمتطلبات السوق (فضل، 2006، ص38).

من هنا يمكن للباحث النظر إلى جودة الخدمة على إنها مجموع الخصائص والصفات التي تمتاز بها السلعة أو الخدمة التي تجعلها تفي بالاحتياجات المطلوبة ، ويتم الحكم عليها من خلال معرفة الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكهم للأداء الفعلى لها .

رابعاً : تعريف الخدمة الصحية :

تتمتع الخدمات الصحية كباقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى:

- اللاملموسة : أى عدم إمكانية مشاهدتها ولمسها.

- عدم التجانس : أى عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات مماثلة ومتجانسة على الدوام.

- غير قابلة للتخزين : أى عدم القدرة على الاحتفاظ بها فترة من الزمن.

- عدم التملك : أى عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق إمتلاكها .

خامساً: تعريف جودة الخدمة الصحية :

من التعاريف السابقة لجودة الخدمة ، نجد أن جودة الخدمة الصحية تحتوى على العناصر

التالية:

- الرضا التام للمرضى .
 - المطابقة مع المتطلبات الصحية .
 - دقة الاستخدام حسب ما يراه المريض .
 - درجة متوقعه من التناسق والاعتماد تناسب السوق بتكلفة منخفضة .
- ونستنتج من هذه التعاريف بأن (الجودة الصحية) تتعلق بمنظور المريض وتوقعاته وذلك بمقارنة الأداء الفعلي للمنتج أو الخدمة مع التوقعات المرجوة من هذه الخدمة وبالتالي يمكن الحكم من خلال منظور العميل بجودة أو رداءة ذلك المنتج أو الخدمة . فإذا كان المنتج أو الخدمة تحقق توقعات العميل فإنه قد أمكن تحقيق مضمون الجودة . فجودة الخدمة الصحية تعني تقديم خدمة بمستوي عال من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها علي الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها بالصورة التي تتفق مع توقعاتهم ، وتحقيق الرضا والسعادة لديهم من خلال مقاييس موضوعة مسبقاً لإنتاج وتقديم الخدمة وإيجاد صفة التمييز فيها .

سادساً : قياس جودة الخدمات الصحية:

أعتبر باراشورامان Parasuraman في الدراسة التي قدمها يان المحور الأساسي لقياس جودة الخدمة هو الفجوة بين إدراك المستفيد لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة وهو ما يسمى بمقياس الإدراكات /التوقعات، وهذه الفجوة تأخذ عدة أشكال وهي:

(عباس، 2005)

- الفجوة سالبة : يدل ذلك على أن جودة الخدمة التأمينية فشلت في تحقيق توقعات العملاء .
 - الفجوة موجبة : يدل ذلك على أن جودة الخدمة الصحية فاقت توقعات المستفيدين .
 - الفجوة صفر : يدل ذلك على أن جودة الخدمة الصحية حققت توقعات المستفيدين .
- وتوصل باراشورامان إلى نموذج موحد لتقييم جودة الخدمات ، ويتم ذلك عن طريق استبيان آراء المستفيدين حول توقع وجود الخدمة الفعلية من قبل المنظمة ، باستخدام خمسة أبعاد رئيسية ، ويتم قياس هذه الأبعاد ب 22 سؤالاً ، وتقاس هذه الفروق بخمس فجوات بين التوقعات والمدركات (العلاق، ومحمود، 2002).

ويرى كثير من الباحثين أن نموذج جودة الخدمة الصحية يتكون من 5 محاور هي :

- 1- الاعتمادية : هو قدرة شركات التأمين على أداء الخدمة الصحية وفقاً للوعود المقدمة بدقة وبدون أخطاء .
- 2- الجوانب المادية الملموسة : وهو يعنى بالأجهزة والأدوات والمعدات المستخدمة في إنتاج الخدمة، أي العوامل التي يمكن للعميل إدراكها بالحواس كالبصر والسمع واللمس.
- 3- الأمان والضمان : وهو يعنى ما توفره المنظمة من ثقة وأمان للمستفيدين ، أي قدرة

العاملين بشركات التأمين على توليد الثقة والطمأنينة لدى العملاء .

4- الاستجابة : هو مدى استعداد العاملين بالشركة لمساعدة العملاء أو المستفيدين، ويركز هذا البعد على الاعتناء والانتباه والسرعة في التعامل مع مطالب واستفسارات وشكاوى ومشاكل العملاء .

5- التعاطف : هو مقدار ما تقدمه المنظمة من خدمة متميزة لجذب العملاء من خدماتها، أو بمعنى آخر أن العميل يريد أن يشعر بأن شركة التأمين تقدم له كل احتياجاته وتحل مشاكله وتفعل أفضل ما لديها لتقديم الخدمة له .

ثالثاً : تحليل النتائج :

أولاً : اختبار صدق وثبات الأداء :

قام الباحث بحساب قيم ألفا كرونباخ لبيان مدي إمكانية الاعتماد علي أسئلة الاستبانة حتي يمكن إتمام التحليل الإحصائي بصورة صحيحة ، وتم التحقق من صدق الأداء عن طريق استخدام اختبار معامل ألفا كرونباخ لاختبار الثبات ، حيث تبين من النتائج بأن قيمة معامل إلفا (معامل الصدق) علي مستوي الأبعاد ككل وصل إلي 0.74 ، حيث أن العبارات تتمتع بالمصداقية والثبات التي تؤهلها للاعتماد عليها في جمع البيانات الأولية وإجراء التحليل الإحصائي لها ، والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (1): اختبار معامل إلفا كرونباخ

البعد	قيمة الثبات (معامل ألفا كرونباخ)
الاعتمادية	0.658
الملموسية	0.336
الاستجابة	0.67
الأمان	0.297
التعاطف	0.65
الإجمالي	0.743

ثالثاً: اختبار فروض الدراسة :

تناول الباحث النتائج التي أسفرت عنها الدراسة فيما يتعلق باختبار كل فرض من الفروض الخاصة بالبحث :

اختبار الفرض الاول :

القائل " بوجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الجودة الكلية للخدمة الصحية وأبعاد

جودة الخدمة الصحية " .

من اجل اختبار هذا الفرض ، استخدم الباحث تحليل الانحدار التدريجي ، كما هو واضح في الجداول التالية :

جدول (2) : Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.981 ^a	.963	.958	.16715	2.572

a. Predictors: (Constant), x20, x15, x11, x13, x9, x8, x17, x1, x14, x2, x6, x18

b. Dependent Variable: y

نلاحظ من الجدول السابق إن معامل التحديد يبلغ (0.96) أي أن المتغيرات المستقلة تفسر 96% من التغيرات التي تحدث في المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية) . كما أن معامل الارتباط وصل إلى 98% ، بالتالي توجد علاقة ارتباطية قوية بين

جدول (3) : معاملات الانحدار Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		

(Constant)	7.685	.572		13.428	.000
x1	.722	.042	.564	17.050	.000
x2	-.116-	.042	-.102-	-2.754-	.007
x6	.058	.030	.084	1.899	.061
x8	.255	.046	.264	5.588	.000
1 x9	-.344-	.047	-.288-	-7.259-	.000
x11	.064	.046	.069	1.396	.166
x13	-.755-	.040	-.554-	-18.776-	.000
x14	.202	.070	.118	2.906	.005
x15	.262	.049	.267	5.367	.000
x17	.616	.048	.611	12.882	.000
x18	-1.629-	.109	-.964-	-14.989-	.000
x20	.080	.031	.098	2.605	.011

a. Dependent Variable: y

من الجدول السابق يتضح ما يلي :

- 1- أن العوامل الأكثر تأثيراً على جودة الخدمة الصحية بشركات التأمين تتمثل فيما يلي :
- المتغير الاول : هناك التزام وتعهد من شركة التأمين بتقديم خدمة صحية وعلاجية .
 - المتغير الثاني : تقدم الشركة خدمات تأمين متنوعة .
 - المتغير السادس : يوجد صالات وأماكن الانتظار للمرضى ومكاتب الاطباء والعاملين .
 - المتغير الثامن : الملاءة والقدرة المالية للمنشأة .
 - المتغير التاسع : اخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم .
 - المتغير الحادى عشر : مساعدة المرضى بشكل دائم .
 - المتغير الثالث عشر : يوجد ثقة للمرضى بالعاملين بالمستشفى .
 - المتغير الرابع عشر : هناك اطمئنان المريض .
 - المتغير الخامس عشر : يوجد تفاعل الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى .
 - المتغير السابع عشر : هناك اهتمام ادارة المنشأة بالعاية الشخصية للمرضى .

• المتغير الثامن عشر : هناك قدرة العاملين في المنشأة الصحية على تقديم عناية شخصية للمرضى.

• المتغير العشرون : هناك عمل ادارة المنشأة الصحية بساعات عمل حسب حاجات المرضى

2- مما سبق يتبين من نتائج تحليل الانحدار التدريجي للجودة بشكلها الإجمالي أن أبعاد جودة الخدمة الصحية بشركات التأمين تؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمة الصحية الكلية، وبالتالي يستدعى قبول الفرض القائل " بوجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الجودة الكلية للخدمة الصحية وأبعاد جودة الخدمة الصحية " .
اختبار الفرضية الثانية :

تم استخدام تحليل التباين باتجاه واحد لاختبار الفرضية التي تنص على " ظهور فروق ذات دلالة معنوية إحصائية فى أبعاد جودة الخدمات الصحية " .

جدول (4) : نتائج تحليل التباين لاختبار أبعاد الخدمة الصحية بشركات التأمين

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	60.767	12	5.064	181.257	.000 ^b
1 Residual	2.347	84	.028		
Total	63.113	96			

a. Dependent Variable: y

b. Predictors: (Constant), x20, x15, x11, x13, x9, x8, x17, x1, x14, x2, x6, x18

يوضح نتائج جدول تحليل التباين لاختبار الفرضية الاحصائية التي تتضمن على وجود فروق معنوية فى أبعاد الخدمة الصحية بشركات التأمين ، ومن الجدول نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 181.257 وهى عند مستوى معنوية (0.01) تكون معنوية أى لا يوجد فروق معنوية فى أبعاد جودة الخدمات الصحية .
الفرض الثالث :

تم استخدام تحليل التباين باتجاه واحد لاختبار الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة معنوية إحصائية نحو مستوى جودة الخدمات تبعاً للمتغير الكلي للجودة.

جدول (5) : نتائج تحليل التباين الاحادي لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعاً للمتغير الكلي للجودة

مستوى الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البعد
0.00 معنوى	24.295	8.105	4	32.421	بين المجموعات	الاول الاعتمادية
		0.334	92	30.693	داخل المجموعات	
			96	63.114	الإجمالي	
0.00 معنوى	25.183	8.247	4	32.986	بين المجموعات	الثاني الملموسية
		0.327	92	30.127	داخل المجموعات	
			96	63.113	الإجمالي	
0.00 معنوى	12.68	8.24	4	32.97	بين المجموعات	الثالث الاستجابة
		0.65	92	60.127	داخل المجموعات	
			96	63.113	الإجمالي	
0.00 معنوى	29.411	8.854	4	35.417	بين المجموعات	الرابع الامان
		0.301	92	27.697	داخل المجموعات	
		8.854	96	63.113	الإجمالي	
0.00 معنوى	10.383	4.908	4	19.631	بين المجموعات	الخامس التعاطف
		0.473	92	43.483	داخل المجموعات	
			96	63.113	الإجمالي	

نلاحظ من الجدول السابق :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) فى استجابة عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من شركات التأمين تبعاً لمتغير الجودة الكلية للخدمة الصحية على جميع الابعاد وبهذا نقبل الفرضية الصفرية للفرض الثالث .
الاستنتاجات والتوصيات :

- الاستنتاجات :

- 1- قيمة معامل الثبات لأبعاد الدراسة هو %74 وهي قيمة صالحة لأغراض التحليل الإحصائي مقارنة مع النسبة المعتمدة %70 .
- 2- أن العوامل الأكثر تأثراً على جودة الخدمة الصحية بشركات التأمين تتمثل فيما يلي :
 - أ- هناك التزام وتعهد من شركة التأمين بتقديم خدمة صحية وعلاجية .
 - ب- تقدم الشركة خدمات تأمين متنوعة .
 - ج- يوجد صالات وأماكن الانتظار للمرضى ومكاتب الأطباء والعاملين.
 - د- الملاءة والقدرة المالية للمنشأة .
 - هـ- اخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم .
 - و- مساعدة المرضى بشكل دائم .
 - ع- يوجد ثقة للمرضى بالعاملين بالمستشفى .
 - غ- هناك اطمئنان المريض .
 - ل - يوجد تفاعل الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى.
 - ف- هناك اهتمام ادارة المنشأة بالعاية الشخصية للمرضى .
 - ق - هناك قدرة العاملين في المنشأة الصحية على تقديم عناية شخصية للمرضى .
 - ى - هناك عمل ادارة المنشأة الصحية بساعات عمل حسب حاجات المرضى .
- 3 - إن معامل التحديد لنموذج الانحدار يبلغ (0.96) أي أن المتغيرات المستقلة (أبعاد الجودة الصحية) تفسر %96 من التغيرات التي تحدث في المتغير التابع (الجودة الكلية).
 - 4- توجد علاقة قوية ذات دلالة إحصائية بين الجودة الكلية للخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين من جهة وأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة (الاعتمادية ، الملموسية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف) ، حيث بلغ معامل الارتباط %98،
 - 5- أن أبعاد جودة الخدمة الصحية بشركات التأمين تؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمة الصحية الكلية ، وبالتالي يستدعى قبول الفرض القائل " بوجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الجودة الكلية للخدمة الصحية وأبعاد جودة الخدمة الصحية .
 - 6- لا يوجد فروق معنوية فى أبعاد جودة الخدمات الصحية حيث وصلت قيمة F المحسوبة 181.257 وهي تكون معنوية عند مستوى معنوية (0.01) .

7- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) فى استجابة عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من شركات التأمين تبعاً لمتغير الجودة الكلية للخدمة الصحية على جميع الأبعاد وبهذا نقبل الفرضية الصفرية للفرض الثالث .

- التوصيات :

- 1- قيام شركات التأمين بتقديم الخدمة الصحية الفورية لعملائها .
- 2- خلق الرغبة لدى الموظفين نحو مساعدة عملائها بشكل دائم ، وتحسين ثقة العاملين فى مجال تقديم الخدمات الصحية .
- 3- ضرورة قيام إدارة شركات التأمين بمعرفة المحددات الأساسية لجودة الخدمات الصحية التى تقدمها للعملاء ، من خلال توزيع استبيان على العملاء وإجراء بحوث دورية لمعرفة تقييمات العملاء لأبعاد الجودة المختلفة .
- 4- ضرورة الاهتمام بزيادة الثقة بين شركات التأمين وعمالها وذلك من خلال ما يلى :
 - الاستماع للعملاء وتلقى الشكاوى والمقترحات وسرعة حلها والاستفادة من المقترحات .
 - توفير المعلومات عن الخدمات التى تمنحها شركات التأمين.
 - ضرورة الاهتمام بالسرعة والدقة فى تقديم الخدمة الصحية .
- 5- توفير أنظمة معلومات لمتابعة حالات العملاء سواء كان ذلك بدخول المستشفى أو المركز الطبى التابع لشركات التأمين أو عند خروج العميل .
- 6- ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية فى شركات التأمين والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات عن طريق ترسيخ ثقافة الجودة الصحية لدى موظفى شركات التأمين.

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

1. البلقينى، محمد توفيق، وزكى، مها محمد، "مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها فى صناعة التأمين"، المجلة المصرية للدراسات التجارية ، كلية التجارة - جامعة المنصورة، المجلد الخامس والثلاثون، العدد الرابع، 2010.
2. البكرى، ثامر ياسر، "تسويق الخدمات الصحية"، دار البازورى العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2015.

3. "إدارة المستشفيات" ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2015.
4. العراقي، أحمد محمد، وحميدة، صفوت على، "إدارة الجودة الشاملة - مدخل تنمية الطلب على التأمين في مصر"، المجلة المصرية للدراسات التجارية، كلية التجارة، جامعة المنصورة، المجلد الواحد والعشرون، ج.2، 1997.
5. العلاق ، بشير، " استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين جودة الخدمة المدركة ورضا المستفيد"، الإداري، العدد 88 ، عمان، 2012.
6. الفراج، أسامة " تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى"، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية -المجلد 25 العدد الثاني 2009 .
7. بواعنه ، عبد المهدي، " إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية- مفاهيم فى الإدارة الصحية" ، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2014 .
8. تبيدي، ماجدة عبد الله، "أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على نتائج العملاء في المؤسسات بقطاع التأمين بالسودان - دراسة حالة شركة شيكان للتأمين وإعادة التأمين"، رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، جامعة السودان المفتوحة، 2012.
9. حسان، محمد فؤاد، "قياس جودة الخدمات في شركات التأمين بالتطبيق على شركات القطاع العام بجمهورية مصر العربية (مصر- الشرق- الأهلية)"، مجلة آفاق جديدة، كلية التجارة، جامعة المنوفية، السنة التاسعة، العدد الثالث، 1997م.
10. حسين، أحمد على أحمد، "قياس جودة الخدمة بالتطبيق على الخدمات الطلابية بجامعة أسيوط وجنوب الوادى"، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، كلية التجارة بسوهاج - جامعة جنوب الوادى، العدد الثانى، 1996.
11. جودة، يسرى السيد يوسف، "مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية"، مجلة البحوث الإدارية ، المجلد الرابع والعشرون ،جامعة الزقازيق، العدد الأول، 2002.
12. داود، فضيلة سلمان، والبلداوى، علاء عبد الكريم، "قياس كفاءة جودة خدمات المراكز الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحويل التطويقي للبيانات (DEA)"، مجلة دراسات محاسبية ومالية-المجلد السابع-العدد 20 -الفصل الثالث-2012 .
13. ساعاتي، عبد الله، " مبادئ إدارة المستشفيات"، دار الفكر العربي ، القاهرة، 1998.
14. سليمان، عفاف محمد، وعبد العزيز، عمر عبد الجواد، "قياس جودة الخدمة التأمينية باستخدام مقياس

الفجوة بين ادراكات/ توقعات العملاء وأثرها في رضا العملاء - دراسة تصنيفية"، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، كلية التجارة جامعة سوهاج المجلد الحادي والعشرون - العدد الأول، 2007م.

15. عادل ، نها " مفهوم الجودة في الخدمات الصحية"، سلسلة ضمان الجودة ، وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع وكالة الولايات المتحدة للإتماء الدولي، 2001.

16. عبدالقادر، دبون، "دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية" مجلة الباحث - عدد 11 - 2012.

17. عيشاوي، أحمد، "إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية"، مجلة الباحث، العدد 4، جامعة ورقلة، 2006م.

18. عيضة، عبد الله، وشلابي، مصطفى، "قياس جودة الخدمة التعليمية باستخدام مقياس الإدراكات / التوقعات، دراسة ميدانية بالتطبيق على كلية المجتمع بالرياض، جامعة الملك سعود"، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، كلية التجارة جامعة سوهاج، المجلد الرابع والعشرون، العدد الأول، يونيو 2010.

19. مصلح، عطية، " قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية"، جامعة القدس المفتوحة 2013.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

1. Ahiauzu, A.I, "Total Quality Insurance Marketer", Unpublished paper presentation, International Centre for Management Research and Training, 2008.
2. Crasly, L.A., & Nancy, J. Stephens, "Effects of Relationship Marketing on satisfaction .Retention and prices in life Insurance Industry", Journal of Marketing Research, Vol. 24,Nov.1997.
3. Cronin, J., & Taylor, S., "measuring Services Quality :a Re-examination and Extension", Journal of Marketing, Vol. 56, July 1992.
4. Kotler, P., Marketing management – analysis, planning, implementation and control, 8th edition. Prentice Hall International Editions. New Jersey, 2006.
5. Lewis, B.R., "Customer Services; A Major U.K.b Bank", Financial Services Research Center, Manchester School, August,1998.
6. Mersal, .C.E., "Can we Be consumer –oriented in a Changing Financial

- Services World?', The Journal of consumer Marketing, Vol. 2, Nov., 1995.
7. Philip, E. Heckman, Total Quality Management in Property/Casualty Insurance: An Actuarial Perspective Casualty, Actuarial Society, 2002.
 8. Puspa, J., &Kühl, R., "Quality Assurance and other Marketing Management", University of Justus Liebig, Germany, 2007.
 9. Sekaran, U., Research Methods For Business, ASkill Building approach, 4th ed., New Delhi, 2006.
 10. Spathis, G., Petridou ,E., and Glaveli, N., "Managing Service Quality in Banks Customers Gender Effects", Managing Services Quality, Jan, 2004.
 11. Zeithaml, V., Berry,L., and Paras, Wanan , A., "Service Quality, Profitability and The Economic Worth of customers : what we know and What we need to learn", Academy of Marketing science, 28 jan., 2000.