REPUBLIC OF YEMEN
Ministry of High Education & Research Scientific
21 September UMAS
Faculty of Medical Administration

الجمهورية اليمنية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة٢١ سبتمبر للعلوم الطبيةٌ والتطبيقية
كليةٌ الإدارة الطبية

معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في بعض مستشفيات أمانة العاصمة (دراسة ميدانية)

بحث مقدم لاستكمال درجة البكالوريوس بكلية الإدارة الطبية -جامعة ٢١ سبتمبر

إعداد فريق البحث

١. ابتسام علي مهدي علي
٢. حنان نجيب صالح الارياني
٣. رنـا خالـد علي الدحملـي عبـال
٤. عائشة علي إبراهيم ال نـاصـر
٥. نجلاء ريحان محي الدين الكحلي
٦. هنـادي سميـر صالـح
٧.هنادي منصور أحمد المشرقي

إشراف
أ.م.د/ محمد علي المكردي
أستاذ الاقتصاد والتأمين الصحي المشارك

ذو القعدة ١٤٤٤هـ
يونيو ٢٠٢٣م

الاستهلال

قال تعالى: -((وَمَآ أُوتِيتُم مِّنَ ٱلۡعِلۡمِ إِلَّا قَلِيلٗا))

صدق الله العظيم

(الاسراء :٨٥)

الإهداء

إلى وطننا الغالي نكن له كل الإخلاص وننتمي إليه بكل جوارحنا . . .

لحبيبتنا وقرة أعيننا لمن سهرت أعواماَ لتداوينا لتلك الإنسانة التي نغمة صوتها كفيلة بأن تنشر الدفء بداخلنا إليك يا قمر لياليناوشمس نهارنا إليك يا نجمة قلوبنا . . .

إلى أمهاتنا الحبيبات

لتاج رأسنا وسندنا الغالي لذلك الرجل الذي أعطانا من الحياة روحه ليحمينا لذلك الشخص الذي مهما تحدثنا عنه خجلت حروفنا وتلاشت كلماتنا . . . .

إلى أبائنا الأعزاء

لمن نشكر القدر لمعرفتهم . . . لمن علمونا الصبر والإحترام . . .

لكم دكاترتنا الكرام

شُكر وعرفان

عُرفاناً بالجميل ووفاءً لأهل الفضل، وعملاً بقوله تعالى: (هل جزاءُ الإحسان إلا الإحسانُ) (**الرحمن :٦٠**)، وقال رسوله الكريم ﷺ: " من لم يشكر الناس، لم يشكر الله عزوجل"

بعد رحلة بحث وجهد واجتهاداً تكللنا بإنجاز هذا البحث المتواضع، الشكر لله اولاً وآخراً نحمد الله تعالى حمداً كثيراً طيباً مباركاً ملئ السماوات والأرض على ما أكرمنا به ووفقنا في عمله وإتمامه، الذي نرجو أن ننال رضاه آملين أن ينتفع بهذا العمل وبعد:

نتقدم بجزيل الشُكر والعرفان إلى جامعة ٢١ سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية ممثلة برئيسها الأستاذ الدكتور /مجاهد علي معصار، ونائبيه وأعضاء هيئة التدريس بالجامعة، وجميع الكادر لما بذلوه في سبيل الارتقاء بالعملية التعليمية في الجامعة.

كما نتقدم بجزيل الشُكر والعرفان إلى كلية الإدارة الطبية ممثلة بعميدها الدكتور/ جميل أحسن مجلي مدرس مادة بحث التخرج على كل ما قدمه لنا من توجيهات ومعلومات ساهمت في إثراء موضوع بحثنا في جوانبه المختلفة ونشكر نائبة الدكتور/ صادق السدعي على جهوده المبذولة معنا.

وكما نخص بالشُكر والتقدير والامتنان إلى الأستاذ الدكتور الفاضل / محمد علي المكردي حفظه الله وأطال في عمره ورفع قدره ومكانته الذي أفاض علينا من علمه الغزير، ومعرفته الواسعة وعلى جهده المتميز في الإشراف على هذا البحث، ومساهمته الفكرية في تعزيز منهجيته العلمية وإثراء مضامينه الفكرية، وعلى حسن معاملته، وجميل صبره ... جزاه الله عنا خير الجزاء.

كما نتقدم بخالص الشُكر والتقدير للأستاذ الدكتور /منير مصلح الوصابي على كل ما قدمه لنا من توجيهات وإرشادات ومعلومات ومساعدتنا في هذا البحث.

وأخيراً نتقدم بالشُكر والتقدير إلى كل من ساهم في إنجاز هذا البحث سواء من قريب أو بعيد.

معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في بعض مستشفيات أمانة العاصمة (دراسة ميدانية)

إعداد فريق البحث

١. ابتسام علي مهدي علي
٢. حنان نجيب صالح الارياني
٣. رنا خالد علي الدحملي
٤. عائشة علي إبراهيم ال ناصر
٥. نجلاء ريحان محي الدين الكحيلي
٦. هنادي سمير صالح عبال
٧. هنادي منصور أحمد المشرقي

إشراف

أ.م.د/ محمد علي المكردي

أستاذ الاقتصاد والتأمين الصحي المشارك

ملخص البحث

هدف البحث إلى دراسة المعايير التي تقوم عليها سياسة تسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية ودراسة الأسس النظرية للتسعير وفق مبدأ التكلفة الفعلية في المستشفيات الخاصة والحكومية للخدمات الصحية ودراسة العوامل المؤثرة في تسعير الخدمات الصحية.

وقد كانت هناك أسباب عديدة أدت للقيام بهذا البحث، ومن هذه الأسباب تباين أسعار الخدمات الصحية في مستشفيات أمانة العاصمة بسبب عدم وجود استراتيجية محددة وواضحة لتسعير الخدمات الصحية.

واعتمدت الدراسة في إجراء التحليل على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام استمارة الاستبانة حيث تم توزيع عدد(٦٧) استبانة للعاملين في الأقسام المسئولة عن عمليات التسعير والتخطيط من الأقسام المالية والتسويق في بعض مستشفيات أمانة العاصمة، وتم جمع هذه البيانات وتحليليها باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وكذلك جمع البيانات والمعلومات من خلال المقابلة، وكما تم جمع بعض البيانات والمعلومات من وزارة الصحة من خلال المقابلة مع الأشخاص المسئولين عن تسعير الخدمات الصحية.

وتوصل البحث إلى عدة نتائج أهمها الآتي: عدم إدراك القائمين على تسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية للأخذ بالمعايير الاقتصادية عند تسعير الخدمات المقدمة من قبلهم، وتقوم عملية التسعير في مستشفيات أمانة العاصمة الخاصة على معيار التكلفة دون الأخذ في الاعتبار ببقية معايير التسعير كالمنافسة والجودة، وتوضيح عمليات التسويق في المستشفيات الخاصة واعتماده.

فقد خلص البحث إلى مجموعة من التوصيات وكان أبرزها: وضع معايير سعرية محددة وواضحة لتسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية، العمل على تكوين فريق متكامل متخصص بتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي يشمل جميع البيانات والمعلومات، إلزام المستشفيات اليمنية الحكومية أو الخاصة بتطبيق الأسعار المحددة من قبل وزارة الصحة وإحكام الرقابة بشكل دوري ومستمر للتأكد من تطبيق الأسعار الموضوعة.

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
الغلاف	أ
الآية القرآنية	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
ملخص الدراسة باللغة العربية	هـ
قائمة المحتويات	ز
قائمة الجداول	ي
قائمة الاشكال	ك
الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث والدراسات السابقة **المبحث الأول: الإطار المنهجي للبحث**	٢
١-١مقدمة الدراسة	٢
١-١-٢إشكالية الدراسة	٤
١-١-٣ فرضيات الدراسة	٥
١-١-٤أهداف الدراسة	٥
١-١-٥أهمية الدراسة العلمية والعملية	٦
١-١-٦منهجية الدراسة	٧
١-١-٧حدود الدراسة	٧
١-١-٨ مصطلحات الدراسة	٨
١-١-٩محتويات الدراسة	٩
المبحث الثاني: الدراسات السابقة	١٠
١-٢-١الدراسات العربية	١٠
١-٢-٢الدراسات الأجنبية	١٤
١-٢-٣التعليق على الدراسات السابقة	١٦
١-٢-٤أوجة الاختلاف بين الدراسات السابقة	١٧
١-٢-٥ التميز بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة	١٧
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة **المبحث الأول: تسعير الخدمات الصحية ومتطلبات التسعير**	١٩

تمهيد	١٩
٢-١-١ ماهية الخدمات الصحة وخصائصها	١٩
٢-١-٢مفهوم التسعير وأهميته وأهدافه	٢٨
٢-١-٣سياسات تسعير الخدمات الصحية	٣٤
المبحث الثاني: معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي	٣٩
تمهيد	٣٩
٢-٢-١معايير تسعير الخدمات الصحية	٣٩
٢-٢-٢ العوامل المؤثرة في استراتيجيات تسعير الخدمات الصحية	٤٨
٢-٢-٣ أسس التحكم بقرارات تسعير الخدمات الصحية	٥٦
الفصل الثالث: الإطار العملي (الدراسة الميدانية)	
تمهيد	٦٦
المبحث الأول: الطرق والإجراءات	٦٦
٣-١-١منهجية ومجتمع الدراسة	٦٦
٣-١-١-١منهج الدراسة	٦٦
٣-١-١-٢مصادر جمع البيانات	٦٧
٣-١-١-٣مجتمع الدراسة	٦٨
٣-١-١-٤عينة الدراسة	٦٨
٣-١-٢تصميم واختبار أداة الدراسة	٦٩
٣-١-٢-١تصميم أداة الاستبيان	٦٩
٣-١-٢-٢صدق وثبات الأداة (الاستبانة)	٧٠
٣-١-٢-٢-١ اختبار صدق الاستبانة	٧٠
٣-١-٢-٢-٢صدق الاتساق الداخلي	٧٠
٣-١-٢-٢-٣اختبار ثبات الاستبانة	٧١
٣-١-٣جمع البيانات وأساليب المعالجة	٧٣
٣-١-٣-٢الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	٧٣

٣-١-٤اختبار التوزيع الطبيعي	٧٣
٣-١-٥احتساب التقدير اللفظي لإجابات الاستبيان	٧٤
المبحث الثاني: وصف متغيرات البحث ونتائج الفرضيات	
٣-٢-١الوصف الإحصائي لعينة البحث وفق المتغيرات الديمغرافية والشخصية	٧٦
٣-٢-٢نتائج اختبار فرضيات الدراسة والتكرارات	٨١
المبحث الثالث: الاستنتاجات والتوصيات	
٣-٣-١ نتائج الدراسة	١٠٢
٣-٣-٢التوصيات	١٠٣
الخاتمة	١٠٥
قائمة المراجع	١٠٦
قائمة الملاحق	١١٥

قائمة الجداول

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
٣-١	المستجيبين وفقاً لمتغير المستشفى	٦٩
٣-٢	معاملات ارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاستبانة في كل محور ومجموع المحور والدرجة الكلية للاستبانة	٧٢
٣-٣	ثبات الاستبانة بطريقة الفا كرونباخ	٧٢
٣-٤	يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي	٧٥
٣-٥	الدرجة الموزعة على أسئلة الاستبانة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي	٧٦
٣-٦	توزيع المستجيبين وفقاً لمتغير الجنس	٧٧
٣-٧	توزيع المستجيبين وفقاً للمؤهل العلمي	٧٨
٣-٨	توزيع المستجيبين وفقاً للتخصص الأكاديمي	٧٩
٣-٩	توزيع المستجيبين وفقاً لسنوات الخبرة	٨٠
٣-١٠	توزيع المستجيبين وفقاً لمتغير المركز الوظيفي	٨١
٣-١١	نتائج معيار التكلفة	٨٣
٣-١٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الدلالة لتطبيق معيار المنافسة لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي	٨٧
٣-١٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الدلالة لتطبيق معيار عائد تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي	٩٠
٣-١٤	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الدلالة لتطبيق تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي	٩٢
٣-١٥	قيمة "t" ودلالتها للفروق مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وفقاً لمتغير الجنس	٩٦
٣-١٦	قيمة "t" ودلالتها للفروق في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وفقاً لمتغير نوع المستشفى.	٩٧
٣-١٧	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفقاً لعدد سنوات الخبرة	٩٨
٣-١٨	اختبار One Way ANOVA للفروق في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة ".	١٠٠
٣-١٩	قيم اختبار الفروق ودلالتها للمقارنات البعدية	١٠١

قائمة الاشكال

رقم الشكل	الموضوع	الصفحة
٣-١	توزيع عينة الدراسة وفقاً للمستشفيات	٧٨
٣-٤	التوزيع الطبيعي لاستجابات العينة على الدرجة الكلية للاستبيان	٧٥
٣-٦	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس	٧٨
٣-٧	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير المؤهل العلمي	٧٩
٣-٨	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير التخصص	٨٠
٣-٩	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير سنوات الخبرة	٨١
٣-١٠	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير المركز الوظيفي	٨٢

الفصل الأول

الإطار المنهجي للبحث والدراسات السابقة

المبحث الأول: الإطار المنهجي للبحث

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

الفصل الأول
الإطار المنهجي للبحث والدراسات السابقة

١-١مقدمة الدراسة:

الخدمات الصحية مطلب أساسي لكل فرد، تسعى جميع المجتمعات إلى توفيرها مهما اختلفت أنظمتها السياسية والاقتصادية كما أن عملية تسعير الخدمات الصحية واحدة من أهم خطوات تقدير أي خدمة طبية جديدة، حيث تهدف من خلالها الوصول إلى الأهداف المرجوة أو تحقيق رغبات المجتمع وبما يحقق الموازنة بين التكلفة والربحية للمنشآت الصحية وتحقيق المنافع المرجوة من تلك الخدمات وبما يحقق كفاءة وفاعلية تلك الخدمات.

ويُعد السعر أحد المكونات الرئيسية في المزيج التسويقي إلى جانب كل من المنتج والمكان والترويج، لكن الاختلاف الجوهري بين السعر وباقي مكونات المزيج التسويقي هو أن السعر يترتب عليه الحصول على إيرادات في حين أن باقي المكونات تحتاج إلى دفع تكاليف لتكتمل بشكل جيد؛ وبناءً على ذلك فإن تسعير الخدمات الصحية ذو أهمية بالغة لكل المنشآت الصحية، ويستند إلى ذلك توافق جميع التخصصات والمنظمات والمستشفيات الطبية بقرار الالتزام بأسعار تناسب المرضى ويتوافق مع مبادئ ومعايير الاقتصاد الصحي والالتزام بتوفير الخدمات الصحية لمحتاجيها ووضع سياسات واستراتيجيات لتسعير الخدمات الصحية.

إن استراتيجية تسعير الخدمات الصحية والسلع سلاح ذو حدين حيث يمكن أن يحقق للمنظمة الصحية البقاء والاستمرار والجانب الآخر يمكن أن يفشل جميع أنشطة المنظمة ويخرجها من السوق لذلك يجب تحديد هذه الاستراتيجية استناداً إلى الأهداف الممكن تحقيقها في بيئة تنافسية وفي حدود القدرة الشرائية، للمستفيدين من هذه الخدمات والسلع في المؤسسات الصحية وللسعر دور رئيسي في عملية التخطيط الاستراتيجي للسلعة والخدمة التي قد تواجه منافسة قوية وحادة من طرف السلع أو خدمات منافسة، وقد تتمتع بمزايا تنافسية مرغوبة من قبل مستهلك الخدمات الصحية.

إن اختلاف الأسعار يؤدي إلى آثار كبيرة في الخدمات الصحية مما يؤدي إلى تطور حالاتهم المرضية ويمكن استنتاج مدى تأثير وتطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية كعنصر من عناصر الاقتصاد، ومن خلال استخدام المنهج الوصفي التحليلي، سوف يمكن وزارة الصحة العامة والسكان لإعادة النظر بشكل أكبر للمستشفيات والمنظمات الصحية في أهمية الخدمات الصحية، وضبط المعايير التي تتعلق في تسعير الخدمات الصحية والرقابة الدورية للتأكد من تطبيقها في الجمهورية اليمنية.

حيث ستعمل هذه الدراسة على التعرف على آلية تسعير الخدمات الصحية، وتوضيح أهمية تطبيقها، ومعرفة أسباب عدم تطبيقها في المستشفيات الخاصة في اليمن، والبحث عن العوامل التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد سعر الخدمات الصحية في اليمن، وكذلك السعي على المساهمة في وضع معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي.

١-١-٢مشكلة الدراسة:

من خلال المؤشرات الأولية والتعرف على واقع المستشفيات في صنعاء وأهدافها وأنشطتها، فإن مشكلة الدراسة تتلخص في عدم توفر استراتيجية واضحة لتسعير الخدمات الصحية في المستشفيات العاملة في اليمن، مما يجعل القائمين على السياسة الصحية غير قادرين على تسعير الخدمات الصحية وفق استراتيجية واضحة قائمة على معايير اقتصادية تربط ما بين العائد والتكلفة من جانب وتراعي دخل المجتمع من جانب آخر مما يعكس على كفاءة الخدمات الصحية في المنشآت الصحية اليمنية.

ويمكن بلورة المشكلة بالتساؤل الرئيسي الآتي

هل يوجد استراتيجية واضحة للتسعير تقوم على مبادئ ومعايير الاقتصاد الصحي؟

ومن أجل دراسة المشكلة وتحليلها والخروج بحلول يمكن تفريع هذا السؤال إلى مجموعة من الأسئلة الفرعية:

١. ما مستوى تطبيق معايير التسعير للخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية؟
   - ما مدى تطبيق إدارات المستشفيات العامة والخاصة لاستراتيجية معايير تسعير الخدمات الصحية وفقاً لمبدأ الاقتصاد الصحي في خفض التكاليف؟
   - ما مدى تطبيق معيار عائد تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات؟
   - ما مدى تطبيق معيار المنافسة لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية؟
   - ما مدى مراعاة المعايير إن وجدت لمبدأ الربحية والتكلفة؟
   - هل يوجد معايير وطنية معتمدة في اليمن؟
٢. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات عند مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي؟

١-١-٣فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية الأولى:

١. مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض. وتتفرع منها الفرضيات الفرعية الآتية:

أ. مستوى تطبيق معيار تكلفة تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض.

ب. مستوى تطبيق معيار المنافسة لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض.

ج. مستوى تطبيق معيار عائد تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض.

د. مستوى تطبيق تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض.

الفرضية الرئيسية الثانية:

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية تعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والشخصية (الجنس ونوع المستشفى، المؤهل العلمي، وسنوات الخبرة).

١-١-٤ أهداف الدراسة:

١. دراسة المعايير التي تقوم عليها سياسة تسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية.
٢. دراسة الأسس النظرية للتسعير وفق مبدأ التكلفة الفعلية في المستشفيات الخاصة والحكومية للخدمات الصحية.
٣. دراسة العوامل المؤثرة في تسعير الخدمات الصحية.
٤. قياس العلاقة بين السعر والقدرة التنافسية ووضع مقترحات لمعايير التسعير للخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وتطبيقها في الواقع.

١-١-٥أهمية الدراسة العلمية والعملية:

الأهمية العلمية:

يُعد موضوع تسعير الخدمات الصحية من أهم الجوانب التي تسعى إلى تحقيقها المنظمات الصحية، ويُعد هذا الموضوع حسب علم الباحثين نادراً حيث تندر الدراسات التي تتناول موضوع تسعير الخدمات الصحية مما يعطي لهذا الموضوع أهمية، حيث تُساهم في رفد المكتبة اليمنية والعربية بدراسة يمكن أن تساعد على فتح مجال لإشباع هذا الموضوع بالدراسات والأبحاث.

الأهمية العملية:

تُساعد القائمين على السياسة الصحية على وضع معايير وطنية لتسعير الخدمات الصحية وفق مبادئ الاقتصاد الصحي.

دوافع اختيار الموضوع: يرجع اختيار الموضوع إلى أسباب عديدة

١. قلة البحوث والدراسات في هذا المجال.
٢. أهمية الموضوع في الميدان العملي المتعلق بتسعير للخدمات.
٣. تباين أسعار الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية.

صعوبات الدراسة: من الصعوبات التي واجهت الباحثون نذكر

١. ندرة المراجع المعالجة لمتغير الدراسة خصوصاً المتعلقة بمعايير تسعير الخدمات الصحية.
٢. صعوبة الحصول على المعلومات المتعلقة بكيفية اتخاذ قرارات تسعير الخدمات الصحية.
٣. صعوبة الحصول ومعرفة وجود المعايير المتبعة التي تم تسعير على أساسها في المستشفيات.
٤. صعوبة الحصول من المسؤولين في المستشفيات عن الطريقة التي اتبعوها في تسعير خدماتهم وأسباب عدم أتباعهم للأسعار التي قررتها وزارة الصحة.

١-١-٦منهجية الدراسة:

لغرض دراسة البحث والإلمام بمختلف جوانبه وللإجابة عن الإشكالية وتساؤلات البحث وإيضاح أهدافه وأهميته، سيتم استخدام المنهج الوصفي والتحليلي، حيث سيتم استخدام المنهج الوصفي في الجانب النظري في محاولة الوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لأسلوب معايير تسعير الخدمات الصحية، والمنهج التحليلي في الجانب التطبيقي باستخدام أدوات الاستبانة بالاعتماد على مجموعة من المصادر والمراجع التي تناولت موضوع البحث أو ذات الصلة به.

١-١-٧حدود الدراسة:

هناك جملة من الحدود الزمانية والمكانية التي أقتصر البحث عليها ومنها ما يلي:

١-١-٧-١الحدود المكانية للدراسة:

يقتصر هذا البحث في وزارة الصحة وفي المستشفى اليمني الألماني، المستشفى الملكي ومستشفى الثورة لتمثيل العينة المختارة لإجراء البحث.

١-١-٧-٢الحدود البشرية: العاملين في قسم الإدارة المالية والتابعين لها والعاملين في قسم إدارة التسويق في المستشفيات، وكذل الدوائر المسئولة عن عمليات التسعير والتخطيط والإحصاء في وزارة الصحة العامة والسكان لمعرفة المعايير المستخدمة).

١-١-٧-٣الحدودالموضوعية: معايير تسعير الخدمات الصحية (من جانب معيار التكلفة، ومعيار المنافسة، ومعيار العائد وفق أسس الاقتصاد الصحي.

١ -١-٨ مصطلحات الدراسة:

المعايير:

هي مجموعة من المقاييس والقواعد المُنظِمة للقيام بالأشياء، وهي الخطوط العامة التي يرجع إليها أصحاب القرار والعاملين في المؤسسات الخدمية على اختلاف أنشطتها (https://ww.bsigrouup.com).

السعر:

يمكن تعريف السعر بأنه كمية النقود أو السلع والخدمات التي يتوجب تقديمها للحصول على السلع والخدمات المرغوبة بالمقابل (ديب ،٢٠٠٨، ص ٤).

التسعير:

هو عملية تحديد سعر مناسب للمنتجات متضمناً عدد من القرارات التي تستند إلى تحقيق الأهداف المختلفة من خلال استراتيجيات سليمة للتسعير السليم (https://ae.linkedin.com).

تسعير الخدمات الصحية:

هو وضع الأسعار للخدمات الصحية بما يغطي التكاليف والحصول على فائدة من جهة، وأسعار منخفضة بما يكفي لجذب المرضى من جهة أخرى (كورتل،٢٠١٠، ص١٧٢).

الخدمات الصحية:

عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو انتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية (https//almerja.com/reading.).

الأسس:

مبدأ عام تعتمد عليه طائفة من الظواهر أو القضايا (https://www.maajim.com).

مفهوم الاقتصاد:

"هو أحد العلوم الاجتماعية الذي يهتم بدراسة السلوك أو النشاط الاقتصادي للأفراد والمجتمعات واختيار أكفأ أساليب توظيف موارد الإنتاج النادرة لإنتاج مختلف السلع والخدمات وتوزيعها بين الأفراد بهدف تحقيق أقصى إشباع ممكن للأفراد" (الأفندي،٢٠٠٥، ص ٢).

الاقتصاد الصحي:

فرع من فروع علم الاقتصاد يبحث في تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية **(https: //ar.wikipedia.org/wiki).**

١-١-٩محتويات الدراسة:

تم تقسيم هذا البحث إلى ثلاثة فصول وخاتمة يركز الفصل الأول على دراسة الإطار المنهجي والدراسات السابقة والفصل الثاني الإطار النظري للدراسة ويتكون من مبحثين المبحث الأول تسعير الخدمات الصحية ويتكون من ثلاثة مطالب المطلب الأول ماهية الخدمات الصحية وخصائصها والمطلب الثاني مفهوم التسعير وأهميته وأهدافه والمطلب الثالث سياسات تسعير الخدمات الصحية والمبحث الثاني معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي ويتكون من ثلاثة مطالب المطلب الأول معايير تسعير الخدمات الصحية والمطلب الثاني العوامل المؤثرة في استراتيجيات تسعير الخدمات الصحية والمطلب الثالث أسس التحكم بقرارات تسعير الخدمات الصحية.

المبحث الثاني الدراسات السابقة:

الدراسات السابقة هي المصدر المهم والخصب للباحثين في تكوين خلفيات علمية لأبحاثهم، وتمثل الدراسات السابقة أهمية بالغة في تحديد مسار البحث، وانطلاق البحث من حيث انتهى وتوصل إليه العلم والباحثين السابقين في مجال معايير تسعير الخدمات الصحية.

وقد حاول الباحثون رغم ندرة الدراسات السابقة في هذا المجال، الحصول على ما توفر من تلك الدراسات بمختلف الطرق الممكنة من المكتبات اليمنية أو من المواقع الإلكترونية ومن مصادر عربية وأجنبية، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية، وتم ترتيبها زمنياً من الأحدث إلى الأقدم.

ويود الباحثون الإشارة إلى الدراسات السابقة التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية بين ٢٠٠٤م و٢٠٢١م، وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

وفيما يلي عرضاً لهذه الدراسات، وبيان جوانب الاتفاق والاختلاف بينها، للوصول إلى الفجوة البحثية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، وأخيراً جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

١-٢-١الدراسات العربية:

١. **دراسة (الهدى، ٢٠٢١) بعنوان" آلية التسعير ضمن المزيج التسويقي وأثره على أداء المستشفيات (دراسة تحليلية)"**

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على أهمية التسعير ضمن المزيج التسويقي ودوره في تحسين أداء المستشفيات من خلال إبراز الفرق بين تسعير الخدمات الصحية كعنصر ضمن الاقتصاد وتسعير الخدمات الصحية ضمن الاستراتيجية التسويقية والمزايا التي تحققها، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لوصف متغيرات الدراسة وإبراز العلاقة التي تربط بين هذه المتغيرات وتحليلها، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها الآتي:

إن تسعير الخدمة الصحية هو أكثر من مجرد توازن الطلب مع العرض وأنه قائم على استراتيجيات تسويقية تبحث عن تحقيق عوائد وأرباح لتغطية المؤسسة لتكاليفها وتحقيق رضا الزبون الناتج عن جودة الخدمة المقدمة.

٢. **دراسة (أسماء ،٢٠٢٠) بعنوان "استخدام التكلفة المستهدفة للتحكم في تسعير الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لطب العيون بسكرة)"**

حيث هدفت الدراسة إلى بيان طريقة استخدام هذا الأسلوب للتحكم في تسعير الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية لطب العيون بسكرة، واستخدمت الدراسة المنهج الحديث في التسعير ومحاولة تطبيقه على عملية "الساد"، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها الآتي:

أسلوب التكلفة المستهدفة قائم على التحديد المسبق لسعر البيع وهامش الربح وبالتالي تحديد طريقة الإنتاج في حدود التكلفة المستهدفة، مع وجود إمكانية لاستخدام هذا الأسلوب في تسعير الخدمات الصحية، فمعظم التكاليف

يتم تحديدها في مرحلة التصميم، وفي حالة إنتاج الخدمة وطرحها للسوق لا يمكن تخفيض التكلفة بما يتوافق مع أسعار المنافسين، الأمر الذي يؤثر على ربحية المؤسسة الصحية حال تطبيق النظام التعاقدي في البيئة الجزائرية، وبعد محاولة تنفيذ هذا الأسلوب والمساهمة في حساب سعر عملية "الساد" تبين أنه يوفر معلومات هامة حول تخفيض التكاليف إلى القيمة التي تجعل أسعار خدماتها في مستوى مقبول من طرف الزبائن.

٣. **دراسة (أحمد، ٢٠٢٠) بعنوان "دور التسعير في تحقيق الميزة التنافسية بالشركات الخاصة (دراسة حالة شركة إل جي للأدوات الكهربائية، والية الجزيرة، السودان)"**

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على دور التسعير في تحقيق الميزة التنافسية بشركةLG للأدوات الكهربائية، وتمثلت مشكلة الدراسة في التعرف على دور التسعير في تحقيق الميزة التنافسية بالشركات الخاصة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي باستخدام استمارة الاستبانة حيث تم توزيع عدد (٦٦) استبانة للعاملين بالشركة وتم جمع هذه البيانات وتحليليها باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها الآتي: إن استراتيجيات التسعير تمكن الشركة من خلق سمعة جيدة بين الشركات الأخرى والمستهلكين مما يؤدي لزيادة حجم المبيعات، وتعمل الاستراتيجية على عدم وصول منافسين جدد إلى السوق نتيجة الأسعار المنخفضة، وتوصي الدراسة بأن تسعى الشركة لخلق سمعة جيدة بين الشركات والمستهلكين من خلال جودة المنتجات وانخفاض الأسعار، وأن تتبع الشركة استراتيجية التسعير (السعر المتغير) بصورة أكبر.

٤. **دراسة (مرهج، ٢٠١٨) بعنوان" أثر تطوير جودة الخدمة الصحية وتسعيرها على زيادة رضا عملاء المنظمات الخدمية (دراسة استقصائية على المستشفيات الخاصة)"**

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة وبيان طبيعة سوق الخدمات الصحية، والإجراءات والعمليات المتبعة من أجل تسعير الخدمة والاستراتيجيات التسعيرية المتبعة في المستشفيات، وتمثلت عينتها في جميع الموظفين الإداريين وجميع الأطباء والكادر التمريضي وعينة عشوائية بسيطة من المرضى والمستفيدين من خدمة المستشفيات التي مقرها محافظتي دمشق واللاذقية، واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي من خلال الدراسات النظرية والدراسات الميدانية، وكانت أداة الدراسة المقابلة الشخصية والاستبانة لجمع البيانات، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها الآتي:

إن تسعير الخدمة الصحية يؤثر تأثيراً طردياً معنوياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (٥٦.٧%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية وبنسبة (٥١.٤%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية.

٥. **دراسة (ناصر،٢٠١٠) بعنوان "استخدام مدخل التكلفة المستهدفة في ترشيد قرارات التسعير (دراسة تطبيقية في معمل الألبسة الولادية في الموصل)"**

حيث هدفت الدراسة إلى مدى مساهمة مدخل التكلفة المستهدفة كأحد الأساليب الحديثة في مجال خفض الكلف في ترشيد قرارات التسعير في معمل الألبسة الولادية في الموصل حيث تحدد الكلف الحيوية هذا القطاع الصناعي من حيث بموجبه وفقاً لأسعار البيع التي يقبلها السوق ونظراً لارتباطه بالتطور التقني وشدة المنافسة ولتحقيق هدف الدراسة فقد تم تقسيمه إلى ثلاث محاور إذ خصص المحور الأول لنشأة التكلفة المستهدفة ومفهومها وهدفها، بينما تناول المحور الثاني التسعير

وفق التكلفة المستهدفة، في حين تناول المحور الثالث تطبيق التكلفة المستهدفة في معمل الألبسة الولادية في الموصل إذ أثبت التطبيق العملي على المنتجات عينة البحث أنه تم التوصل إلى إجراءات في تخفيض الكلف للمنتجات ومن خلال المقارنة بين الأسعار المعتمدة من قبل المعمل والأسعار وفقاً لأسلوب التكلفة المستهدفة ظهر أن أسلوب التكلفة المستهدفة أفضل بالنسبة للمعمل والمستهلك لأن الأسعار أقل من الأسعار التي تم اعتمادها من قبل المعمل وبالتالي فإن الأرباح المتحققة من بيع المنتجات تكون أعلى من الأرباح التي تحققت في ضوء تكاليف المنتجات السابقة.

٦. دراسة (عواد، ٢٠٠٨) بعنوان "أهمية استخدام منهج التكلفة المستهدفة في تحسين كفاءة تسعير الخدمات المصرفية"

حيث هدفت الدراسة إلى استكشاف ما إذا كانت البنوك التجارية العاملة في الأردن تدرك المزايا المترتبة على تبني منهج التكلفة المستهدفة في تسعير خدماتها المصرفية وأهمية هذا المنهج في تحسين كفاءة تسعير الخدمات المصرفية، واستخدمت المنهج التحليلي الوصفي، وكانت أداة الدراسة الاستبانة، وتم اختيار العينة العشوائية ممثلة بالمجتمع وتكونت من مدراء الدوائر ذات العلاقة بعملية التسعير أو من ينوب عنهم تم تمثيلهم ٣٣موظف موزعين على عشره بنوك، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها الآتي:

توفر تسعير الخدمات المصرفية بموجب منهج التكلفة المستهدفة للمزيد من المرونة في تطبيق سياسة تسعير هذه الخدمات وذلك من خلال توليد الحوافز لتخفيض تكلفتها، وتسعير الخدمات المصرفية بموجب منهج التكلفة المستهدفة أكثر عدالة من وجهة نظر العميل من تسعيرها بموجب منهج التكلفة الفعلية.

٧. دراسة (شملخ،٢٠٠٨) بعنوان "العوامل المؤثرة في قرارات تسعير الخدمات في المصارف التجارية العاملة في قطاع غزة (دراسة ميدانية)"

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل التي تؤخذ بالاعتبار من قبل إيرادات المصارف العاملة في قطاع غزة عند تسعير الخدمات المصرفية والتعرف على الصعوبات التي تواجه المصارف عند تسعير الخدمات المصرفية، وتمثلت عينتها في المصارف التجارية في غزة وعددها ١١ مصرفاً، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أداة الدراسة الاستبانة والمقابلة لجمع البيانات، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: أن العوامل المحددة بالدراسة جميعها تؤخذ بالاعتبار عند تسعير الخدمات المصرفية وكانت هذه العوامل مرتبة حسب الأهمية (المخاطر، السيولة، الأرباح المحصلة من العميل، المنافسة، التكلفة، قرارات سلطة النقد، عدد الخدمات المباعة)، وأن أهم المعوقات التي تواجه المصارف هي سرية العمل المصرفي وتدخل الإدارة العليا في قرارات التسعير، وأن خصائص المصارف مثل رأس المال وعدد الفروع ونوع المصرف لا تؤثر في قرارات تسعير الخدمات المصرفية.

٨. دراسة (الموسوي، ٢٠٠٨) بعنوان "دور المقارنة المرجعية في ترشيد قرارات التسعير المبنية على أساس الكلفة المستهدفة"

حيث هدفت الدراسة إلى دراسة وتحليل فلسفة المقارنة المرجعية والكلفة المستهدفة مع بيان دور المقارنة المرجعية في ترشيد قرارات التسعير المبنية على أساس الكلفة المستهدفة مفترضاً بذلك وجود دوراً فاعلاً للمقارنة المرجعية في إنجاح تلك القرارات، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: وجود دور كبير للمقارنة المرجعية في تحديد سعر البيع باعتماد أساس السوق (الكلفة المستهدفة) في التسعير، إذ أثبت

التطبيق العملي وجود فارقاً كبيراً عن أساس الكلفة، بالإضافة إلى أن الشركة لم تستخدم التقنيات الحديثة لإدارة الكلفة وتعتمد أساس الكلفة في تسعير منتجاتها.

٩. **دراسة (الخلف، زويلف ،٢٠٠٧) بعنوان "التسعير باستخدام منهج التكلفة المستهدفة (دراسة ميدانية في قطاع صناعة الأدوية البيطرية الأردني)"**

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع أساليب التسعير المستخدمة في قطاع صناعة الأدوية البيطرية الأردني ومدى ملائمتها للتطورات الجارية وتعدد أشكال المنافسة، واستخدمت الدراسة المنهج الجانب التطبيقي وأسلوب الحالة الدراجة أيضاً، والحصول على البيانات من خلال المشاهدة المباشرة والمقابلات الشخصية، إضافة إلى تصميم استمارة الاستبانة،

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: أن قرارات التسعير تتأثر بالعديد من العوامل كالزبائن والمنافسين والتكاليف، وأن اعتماد المنهج التقليدي في التسعير في عصر العولمة وحرية التجارة لا يمكن من المنافسة في حدود السعر السائد في الأسواق التنافسية، وأن منهج التكلفة المستهدفة يمثل طريقة للتسعير ونظام لتخطيط الربحية وإدارة التكلفة في البيئة التنافسية. كما أن الشركات محل عينة البحث تطبق نظام تكاليف فعلي وتستند في تسعير منتجاتها بصورة رئيسة على التكلفة الكلية. أما أهم التوصيات التي تقدمت بها الدراسة، فيمكن تلخيصها في ضرورة تطوير أنظمة التكاليف للمساهمة في ترشيد عملية اتخاذ القرارات واعتماد منهج التكلفة المستهدفة في التسعير لرفع كفاءة القرارات ذات الصلة، مع أهمية قيام الشركات محل عينة البحث بإعداد البرامج والدورات التدريبية المتطورة والمتخصصة في مجال التسعير لتزويد كوادرها بآخر المستجدات في هذا الميدان.

١-٢-٢الدراسات الأجنبية:

١. **دراسة AL-Shaibani(2021) بعنوان " تأثير أهداف ومحددات التسعير على استراتيجية التسعير في الصيدليات الخاصة في اليمن"**

حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهداف التسعير والعناصر الأساسية لقرار التسعير التي يطلق عليها المحددات والتي بدورها تؤثر على اختيار استراتيجيات التسعير في الصيدليات الخاصة في اليمن، وتمثلت عينتها في الصيدليات الخاصة في مدينة صنعاء، واستخدمت أداة الاستبانة لجمع البيانات وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS) وفق المنهج الوصفي التحليلي، وكان من أبرز نتائجها تم اكتشاف عن أربع استراتيجيات هي الأكثر اعتماداً من قبل الصيدليات الخاصة في اليمن وهي على التوالي : التسعير المنخفض، وتسعير التكلفة الإضافية، والتسعير المتكافئ، وتسعير منحنى الخبرة، وكانت التوصيات الرئيسية لهذه الدراسة تتلخص في المزيد من التركيز على احتياج السوق، والتركيز على الحصول على بيانات أكثر حول نمو السوق، وكذلك التركيز على التميّز.

٢. **دراسةkwon Kim (2020) بعنوان " تناسق أسعار الأدوية الجديدة في كوريا: تجسير الاختلافات بين الأفراد في مفاوضات الأسعار"**

حيث هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الأداء والوضع الراهن لمفاوضات الأسعار على مدى ١٠ سنوات، وتحديد الاختلافات في قرارات التسعير بين الموظفين المسؤولين، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: تم الكشف عن الفروق الفردية في تسعير الأدوية الجديدة بين المراجعين والتي من شأنها أن تعيق اتساق

اتخاذ القرارات السعرية وتؤثر بشكل كبير على النتائج المالية ومع ذلك فإن عملية التسعير مغلقة تماماً ولم يتم إجراء تقييمات مناسبة، وهناك حاجة إلى بعض التدابير لتعزيز الشفافية والاتساق في صنع القرار بشأن الأسعار.

٣. **دراسة(٢٠١٨) Naiji.Hong بعنوان " توفير الخدمة والتسعير ورضا المريض في المجتمعات الصحية عبر الإنترنت"**

حيث هدفت الدراسة إلى توسيع وتنويع قنوات التفاعل بين المريض والطبيب، وظهور المجتمعات الصحية عبر الإنترنت، وتحسين الكفاءة الطبية من خلال رضا المرضى، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي التطبيقي المقارن، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: أنه يمكن تحسين رضا المرضى من خلال توفير خدمات تسعير فعالة، وعلى وجه التحديد يمكن للأطباء تقديم العديد من الخدمات الصحية بتكلفة معقولة ومناسبة للمرضى، واستكشاف علاقة غير خطية بين سعر الخدمة ورضا المريض حيث أن مستوى السعر المنخفض أدى إلى زيادة رضا المرضى في حين أن مستوى السعر المرتفع يمكن أن يكون له تأثير معاكس.

٤. **دراسة(٢٠٠٨) Tengilimoglu Dziegielewski بعنوان " تسعير الخدمات الصحية في تركيا"**

حيث هدفت الدراسة إلى تحليل كيفية تحديد المستشفيات الخاصة والحكومية التسعير، أو التكلفة الفعلية للخدمات الصحية، أيضا يتم إجراء المقارنات بين نفقات الخدمات الصحية ومؤشر أسعار المستهلك مع اقتراحات مقدمة لمديري المستشفيات العامة والخاصة فيما يتعلق بالتكلفة العامة للخدمات الصحية.

٥. **دراسة (2004) Hussey.Waters بعنوان " تسعير الخدمات الصحية للمشترين: مراجعة الطرق والخبرات"**

حيث هدفت الدراسة إلى استعراض المنهجيات والخبرة الدولية المتعلقة بتكلفة الخدمات الصحية والتسعير وتوصلت الدراسة إلى تحديد مجموعة من الأساليب والخبرات في تحديد الأسعار في أنظمة دفع مختلفة، وتحديد العوامل الرئيسية التي تؤثر على كيفية تعيين الأسعار، وقياس التكاليف، وخصائص المشترين ومقدمي الخدمات.

١-٢-٣التعليق على الدراسات السابقة:

فيما سبق استعرض فريق البحث عدداً من الدراسات العربية والأجنبية والتي لها علاقة بمعايير تسعير الخدمات الصحية في المستشفيات، ويمكن القول إنها أفادت بأن أكدت لنا أهمية موضوع البحث بما سيقدمه من إضافة علمية وعملية.

وحيث توصلت الدراسات السابقة إلى مجموعة من النتائج التي ساعدتنا في إثراء بحثنا بالإضافة إلى ما ورد فيها من معلومات أعانت الباحثين في إعداد الإطار النظري للبحث ومن أهم ملاحظات فريق البحث على الدراسات السابقة:

١. أكدت معظم الدراسات على أهمية التسعير ودوره في تحسين أداء المستشفيات.
٢. أكدت بعض الدراسات على أن استراتيجيات التسعير تمكن المؤسسة من خلق سمعة جيدة لها.
٣. ركزت بعض الدراسات على ضرورة الربط بين تكلفة الخدمة المناسبة وتحقيق رضا الزبون الناتج عن جودة الخدمة المقدمة.
٤. ركزت بعض الدراسات على الفروق في تسعير الخدمات الجديدة والتي من شأنها أن تعيق اتساق اتخاذ القرارات السعرية.

٥. لقد لوحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة تنوع المنهجية المستخدمة بين المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التحليلي التطبيقي المقارن.
٦. تناولت بعض تلك الدراسات العربية والأجنبية استراتيجيات تسعير الخدمات الصحية وضرورة إيجاد استراتيجيات واضحة ومحددة لتسعير السلع والخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد، وهي في هذه تتشابه نوعاً ما مع دراستنا.

١-٢-٤ أوجه الاختلاف بين الدراسة السابقة والدراسة الحالية:

- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في الإطار الزمني والمكاني للدراسة.
- تختلف الدراسة الحالية عن بعض الدراسات السابقة في تناولها لموضوع تسعير الخدمات الصحية وفي الأهداف والأساليب نتيجة الاختلاف في المتغير التابع أو المستقل.

ولكن ما يميز دراستنا عن الدراسات السابقة هو:

١. تركيزها بشكل خاص على قياس مستوى تواجد معايير لتسعير الخدمات الصحية داخل الوزارة الصحية اليمنية أو المستشفيات اليمنية ومدى تطبيق المستشفيات محل الدراسة لمعايير التسعير.
٢. تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من وجهة نظر الباحثين أنها من أوائل الدراسات الميدانية التي تبحث في معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي، وتوزيع الاستبانة على أكثر من مستشفى مما يجعل نتائجها أكثر دقة وموضوعية.
٣. نعتقد أن دراستنا ستقدم الإضافة إلى المكتبة اليمنية أولاً والمكتبة العربية ثانياً في حال تم نشره.
٤. تضيف هذه الدراسة علماً جديداً أو أفاقاً واسعة للباحثين، ونيل شرف المساهمة والمشاركة في دعم المستشفيات من خلال دراسة معايير تسعير الخدمات الصحية، ويتمنى فريق البحث أن تستفيد وزارة الصحة اليمنية من هذا الدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول:

تسعير الخدمات الصحية ومتطلبات التسعير

المبحث الثاني:

معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي

المبحث الأول

تسعير الخدمات الصحية ومتطلبات التسعير

تمهيد:

تواجه المؤسسة الصحية العديد من التحديات أبرزها تقديم خدمات تحقق رضا المرضى (الزبائن)وذات نوعية جيدة في حدود دخلهم حتى يتحقق ذلك يتوجب العناية بعنصر السعر باعتباره أحد العوامل الداخلية التي تستطيع المؤسسة التحكم فيها، فالسعر من القرارات المهمة لتأثيره الواضح على القرارات الاستراتيجية، فضلاً عن علاقته بالأهداف المرتبطة بنشاطات المؤسسة كالمنافسة.

ومن أجل توضيح ذلك سوف نتناول في هذا الفصل عن تسعير الخدمات الصحية ومتطلبات التسعير.

٢-١-١ماهية الخدمات الصحية:

يحتل قطاع الخدمات مكانة كبيرة في الحياة اليومية، نظراً لأهميته في مختلف مجالات الاستعمال، وتعتبر الخدمات الصحية مظهراً من مظاهر التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي بلد من البلدان، حيث تساهم في بناء إنسان قادر على الأداء والعطاء.

لذلك خصص هذا المطلب لتوضيح مفهوم وخصائص هذا النوع من الخدمات وتصنيفها وأنوعها:

٢-١-١-١مفهوم الخدمات

وردت عدة تعاريف للخدمة، حيث اختلفت هذه التعاريف باختلاف أراء الباحثين والكُتاب، منها:

- عُرفت الخدمة على أنها" أنشطة أو فعاليات غير ملموسة، ونسبية سريعة الزوال، أو أنها نشاط وأداء يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف لتلبية توقعات العملاء وإرضائهم مع عدم نقل الملكية" (الرب،٢٠٠٨، ص ٤٠).

ويؤكد هذا التعريف على الجانب غير الملموس للخدمة، وأنها لا تتم إلا بوجود طلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

- وعرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة بأنها " أنشطة أو منافع تعرض للبيع كسلعة نهائية أو تعرض للبيع لارتباطها بسلعة معينة كسلعة وسيطة"(عزام، واخرون ،٢٠٠٧، ص ٢٥٩).
- ويرى "Lovelock "أن الخدمة هي "عبارة عن منفعة مدركة بالحواس قائمة بحد ذاتها أو متأصلة بشيء مادي وتكون قابلة للتبادل ولا يترتب عليها ملكية وهي في الغالب غير محسوسة"(كورتل، وآخرون ،٢٠١٠، ص ٤٤).
- عرف "Stanton "الخدمة بأنها " نشاطات غير ملموسة تهدف إلى إشباع الرغبات والاحتياجات عندما يتم تسويقها إلى المستهلك النهائي(الزبون) مقابل سداد مبلغ معني من المال، بحيث لا يقترن إنتاج الخدمة أو تقديمها ببيع منتجات أخرى استخدام سلعة مادية (Stanton, 1984 p 494).

- كما تُعرف أيضاَ بأنها:" تمثل سلسلة من الفعاليات والأنشطة المصممة والتي تعزز مستوى الرضا للمستفيد وأن هذه الخدمات تقدم من قبل المجهز والتي تعزز مستوى الرضا للمستفيد والذي قد يتمثل بالأفراد أو عن طريق الأجهزة والتي من خلالها يحصل المستهلك على الخدمة".
(الصميدعي، يوسف،٢٠١٠، ص٢٤)
كما يمكن تعريف الخدمات بأنها " عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يُقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عليها نقل ملكية أي شيء، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس"(بدير، ١٩٩٩، ص ٤٨).

ومما سبق يمكن تعريف الخدمة بأنها:" نشاط أو منفعة أو أداء قابلة للتداول غير ملموسة أو غير محسوسة ولا يترتب عليها ملكية، تُعرض للبيع بهدف إشباع رغبات المستهلك النهائي أو المستعمل الصناعي بمقابل مادي وغالباً ما يصعب تحديدها أو معرفتها لأنها تظهر للوجود بنفس الوقت التي يتم شرائها واستهلاكها "(أسماء،٢٠٢٠، ص٥٧)

٢-١-١-٢-٢ الخصائص الأساسية للخدمات:

بعد عرض التعاريف السابقة نجد أن أغلبها أشار إلى بعض خصائص الخدمات، وهذه الخصائص تتمثل في الآتي:

- **اللاملموسية اللامادية:**

الخدمة تمثل جهداً أو عملاً يقدمه فرد لآخر أو شخص لآخر أو منظمة لمنظمة أخرى، أو منظمة لشخص، أي أن الخدمة لا يمكن رؤيتها أو تذوقها أو شمها أو سماعها قبل شرائها وهذا أهم ما يميزها عن السلع (يوسف،٢٠١٤، ص٣٨).

وقد اقترح Wilson إمكانية تقديم مفهوم اللاملموسية إلى أبعد من ذلك، فهناك خدمات تتميز بعدم الملموسية الكاملة وخدمات تعطي قيمة مضافة للشيء الملموس (كخدمات التأمين)، وأخرى تعمل على توفير شيء مادي ملموس (كالخدمات المالية) (سميرة،٢٠٠٧، ص٢٦).

- **التلازم (عدم الانفصال):**

تعني تزامن الإنتاج والاستهلاك، أي أن معظم الخدمات تنتج وتستهلك في نفس الوقت وأنها تعتمد في تقديمها على الاتصال الشخصي بين مقدمي الخدمة والزبون، ويترتب عن ذلك ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها، مما جعل درجة الترابط أعلى بكثير في الخدمات قياساً إلى السلع، فالسلع تنتج ثم تباع ثم تستهلك، في حين أن الخدمة تباع ومن ثم تنتج وتستهلك وعدم القدرة على فصلها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة وهذا بخالف ما عليه في المنتجات الملموسة (الصحن،٢٠٠٢، ص ٣٥٢).

- **عدم القابلية للتخزين:**

إن هذه الخاصية تعكس حقيقة أن الخدمات لا يمكن جردها ولا تخزينها بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق فهي تتلاشى وتنتهي سواء تم الاستفادة منها أو غير ذلك لعدم إمكانية خزنها والاستفادة منها لحين وقوع الطلب عليها، ولكي يتم تخفيف آثار عدم استقرار الطلب يجب أن يتم استخدام أنظمة الحجز المسبق لإدارة ومواجهة التغير في مستوى الطلب؛ وتطوير أساليب الخدمات المشتركة (تقديم الخدمة لمجاميع)؛ وحيث أن التسعير

المختلف الذي ينقل الطلب من فترات متزايدة إلى فترات أخرى مثل الحجز المسبق بأسعار أقل ولا يمكن إكسابها منفعة زمنية، فإن لم تكن مشتراه في الوقت الذي عُرضت فيه فإن الخدمة ستختفي للأبد تماماً ولا يمكن استردادها، مثل المقاعد التي لا يمكن حجزها على سرير في غرفة في المستشفى لا يمكن تحويلها أو تخزينها إلى مريض آخر. وخاصة في حالة كون الطلب غير مستقر ومتغير حسب ظروف الزمن (أدريان،٢٠٠٩، ص٤٥).

- **عدم التجانس في الخدمات:**

إن الخدمات الصحية تتصف بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وأداء وسلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المريض له، فالمريض يختلف من حيث السلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل (سميرة ،٢٠٠٧، ص٢٦)

حيث يختلف تقديم الخدمة من شخص إلى آخر، خاصة إذا تعلق الأمر بخدمات تعتمد بالدرجة الأولى على التدخل الإنساني (درجة اللاملموسية للخدمة أكبر من درجة الملموسية). يصعب على المرضى المقارنة بين نفس الخدمات المعروضة قبل شرائها. ويكون من الصعب على مقدم الخدمة إنتاج نفس الخدمة وبنفس الصفات في الوقت والمكان نفسه، بالإضافة إلى أن الخدمات تقدم في أماكن عديدة ومن طرف أشخاص يختلفون من مؤسسة إلى أخرى. (Roubaud,2000,p72)

- **عدم تملك الخدمة:**

إن عدم انتقال الملكية تمثل صفة واضحة تجعل الإنتاج السلعي يتميز عن الخدمي، لأن المستهلك له الحق فقط باستعمال الخدمة لفترة دون امتلاكها، فالدفع يكون بغرض الاستخدام أو الاستئجار، بينما في حالة شراء السلعة فالمستهلك له الحق في التصرف بها (أدريان،٢٠٠٩، ص٤٥).

- **تنتج الخدمة عند وقوع الطلب عليها:**

إن ما يميز الخدمات أنه يتم إنتاجها عند وقوع الطلب عليها وذلك لكونها أداة فعل أو نشاط يقوم به طرف لطرف آخر في لحظة تقابل الطرفان أو وقوع الطلب عليها سواء كان بشكل مباشر أو غير مباشر (يوسف، الصميدعي،٢٠١٤، ص٣٨).

- **تغير الجودة من مقدم خدمة إلى آخر:**

تعتمد هذه الخاصية وتعود على جودة الخدمة و ترتبط بطبيعة مقدمها والمستفيد منها ونوع الأجهزة والمعدات التي تساهم في تقديمها، حيث يواجه الزبون صعوبة أكبر عند تقييم جودة الخدمة المقدمة له بالمقارنة بالسلع الملموسة والمادية(Schneider,Susan,2004,p8).

- **صعوبة تنميط الخدمة:**

يعد من المستحيل تنميط ما يقدم من خدمات من قبل المقدمين لنفس الخدمة أو حتى تنميط خدمة مقدمها نفسه، وتجدر الإشارة إلى أنه تتفاوت هذه الخصائص من صناعة خدمية لأخرى، فإنها مشاهدة في أغلب الخدمات،

وتجعل قياس جودة الخدمة أكثر صعوبة لغالبية الخصائص الذاتية للخدمة على الخصائص المادية والملموسة(Gilmore,2003,p11).

٢-١-٣الخدمات الصحية:

٢-١-٣-١مفهوم الخدمات الصحية

- **تعريف الخدمات الصحية:**" عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية" (إبراهيم،١٩٨٣، ص ٢٣).
- **تعريف الخدمة الصحية بأنها:**" مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب" (عبد الرزاق، ٢٠١١، ص٢٨٧).
- **الصحة والمؤسسة الصحية**: تعددت المفاهيم المتعلقة بالصحة في السنوات الأخيرة، خاصة وأن الشائع في وسط العاملين في الميدان الطبي بأن الصحة تعني:" غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل"، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرأ من الداء، فذلك معناه أن هذا الجسم سليم، إلا أن المختصين في مجال الصحة اعتبروا هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي لمجرد أنه علاج للمرض (صغيرو،٢٠١٢، ص ١٢).

وكما عرفها الباحثون بأنها الخدمات التشخيصية العلاجية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي يتم تقديمها في الأقسام العلاجية وكذلك في الأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية العادية وخدمات الإسعاف والطوارئ والخدمات الصيدلانية والخدمات التمريضية.

٢-١-٣-٢خصائص الخدمات الصحية:(يوسف، الصميدعي، ٢٠٠٨، ص ١٠٢-١٠٣).

أ- الخدمات الشخصية
ب- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: أي تتطلب سرعة في تقديمها (زمانية، مكانية)
ت- صعوبة تحديد، قياس وتقييم الخدمة الصحية (الجودة)
ث- تنتج الخدمات الصحية عند وقوع الطلب عليها.
ج- تذبذب الطلب: يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب وعدم الاستقرار.
ح- قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية.
خ- الطبيعة الاحتكارية.
د- التطور التكنولوجي السريع.
ذ- التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية
ر- تتميز خدمات المؤسسات الصحية بكونها عامة للجمهور.
ز- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة حيث أنها مرتبطة بحياة وشفاء الإنسان.

س- تتأثر المؤسسات الصحية سواء كانت عامة أو خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص.
ش- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، يستوجب الاستعداد المبكر.
ص- صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية على الخدمة الصحية باعتبارها مرتبطة بالإنسان.
ض- وجوب الاتصال المباشر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من الخدمة.
ط- تتوزع قوة القرار في المؤسسات الصحية بين مجموعة الأطباء ومجموعة الإدارة.

٢-١-٤تصنيف الخدمات الصحية:

هناك عدة أشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية فإما أن تتصف هذه الخدمات حسب الجهات التي تقدمها، وحسب المستفيدين من هذه الخدمات وحسب وظائف وأنشطة المستشفى.

٢-١-٤-١تصنيف الخدمات الصحية وفقاً للجهات التي تقدمها:

وفقاً لهذا التصنيف، فإن الخدمات الصحية تنقسم إلى ثلاثة أنواع هي:(إبراهيم، سمير،٢٠٠٦، ص٢٠)

١. **خدمات القطاع العام:** وتشمل كافة الخدمات الصحية التي تقدم من قبل المنظمات التابعة للدولة بمختلف أحجامها وأنواعها، والتي تدار من قبل وزارة الصحة والسكان، وتقدم خدماتها مجاناً أو بأسعار رمزية لكل المواطنين بدون استثناء.
٢. **خدمات القطاع الخاص:** وتشمل كافة الخدمات الصحية التي تقدم بواسطة الأفراد أو الأطباء أو المنظمات الصحية الخاصة بمختلف أشكالها وأحجامها، إلا أن الهدف الأساسي للخدمات المقدمة بواسطة هذا القطاع هو تحقيق الربح.
٣. **خدمات القطاع الحكومي (العسكري):** ويشمل على كافة الخدمات المقدمة بواسطة المنظمات الصحية العسكرية بمختلف أشكالها وأحجامها، وغالباً ما تنحصر الخدمات الصحية التي تقدم في هذا القطاع على الموظفين التابعين لهذا القطاع وعائلاتهم فقط.

٢-١-٤-٢تصنيف الخدمات الصحية حسب المستفيدين من هذه الخدمات:

وفقاً لهذا التصنيف تنقسم الخدمات الصحية إلى قسمين هما:(رمضان، أمير،١٩٨٩، ص٥٩-٥٥)

١. **خدمات الصحة العامة**: وتشمل كافة الخدمات الصحية المقدمة لكافة السكان ومن قبل إي جهة أو شخص أو منظمة صحية، ومن أمثلة هذه الخدمات: خدمات الوقاية من الأمراض المعدية، خدمات الترويج والإرشاد الصحي، خدمات تحسين الصحة، خدمات صحة البيئة والخدمات الاستشفائية والتعليمية للصحة العامة.
٢. **خدمات الصحية الفردية:** وتشمل الخدمات الصحية المقدمة من قبل الأخصائيين لشخص معين، ومن أمثلة هذه الخدمات: خدمات الوقاية من الحوادث والأمراض والأخطار المهنية، خدمات ترشيد تناول الأغذية، خدمات العلاج والتشخيص، خدمات البحث والتكوين، وأخيراً خدمات النقاهة والإنعاش والحضانة.

٢-١-٤-٣ تصنيف الخدمات الصحية وفقاً لوظائف وأنشطة المستشفى:

وفقاً لهذا التصنيف يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى ستة أقسام رئيسية هي:(توفيق،٢٠٠٨، ص٥٩-٦١)

١. **خدمات الفحص والتشخيص والاستشارة الطبية:** وتشمل الخدمات الصحية التي تقدم في العيادات الخارجية في المستشفى، ويقاس أداء الخدمات في العيادات الخارجية بالوقت المستغرق لأداء الخدمة.
٢. **الخدمات الفنية المساعدة:** وتشمل الخدمات التي تقدم في الأقسام التشخيصية المساعدة في المستشفى، مثل: الأشعة والفحوصات المخبرية وضرب الإبر والمجارحة وغيرها.
٣. **خدمات العمليات:** وتشمل كافة الخدمات المقدمة من قبل الأقسام المتخصصة في المستشفى، مثل الجراحة والمناظير وغيرها وتتطلب توفر إمكانيات وتجهيزات وغرف خاصة.
٤. **خدمات متابعة الحالات المرضية:** وتشمل الخدمات العلاجية الخاصة بالفحص والتشخيص والتمريض وخدمات الإيواء، كما أن هذه الخدمات يتم التركز عليها عند قياس أداء المستشفى بسبب أن إقامة المريض لفترة زمنية في المستشفى يتطلب توفر مجموعة من الإمكانيات المادية اللازمة لخدمة هذا المريض، بالإضافة إلى أن البحوث والدراسات التي تجرى على المرضى تعتمد على تحليل البيانات الخاصة بالمرضى داخل الأقسام الداخلية.
٥. **خدمات الاستجابة لحالات الإسعاف الحرجة:** وتشمل الخدمات المقدمة من قبل أقسام الاستقبال ووحدات الطوارئ.
٦. **خدمات التدريب والتكوين:** وتشمل خدمات التدريب والتعليم المقدمة لطلبة المدارس والكليات ومراكز البحث الملحقة بالمستشفى.

٢-١-٥مفهوم إدارة الخدمات الطبية

٢-١-٥-١مفهوم إدارة الخدمات الطبية:

نظراً لما يواجهه القطاع الصحي من مشاكل وقضايا ومعوقات داخلية وخارجية تتعلق بالفاعلية والكفاءة والعدالة وجودة الخدمات الطبية يتطلب ذلك وجود إدارة لكل خدمة من الخدمات الطبية وذلك للتعامل مع المشاكل وحلها عن طريق التركيز على هذا المجال، ومن ذلك فإن مفهوم إدارة الخدمات الطبية يتمثل في أنها الإدارة التي تقوم بعملية التخطيط، والتنظيم، والتنسيق، والتوجيه، والرقابة واتخاذ القرارات في إدارة الخدمات والتي تضمن سير الأعمال بكفاءة وفعالية، وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة منه.

٢-١-٢مفهوم التسعير وأهميته وأهدافه

تمهيد:

يُعتبر قرار تسعير الخدمة الصحية من أهم القرارات المؤثرة والمعقدة التي يتعين على متخذي القرار أن يضعوا التسعير وفق أسس ومعايير اقتصادية حتى يكون له أثر إيجابي على رضا المرضى؛ خصوصاً إن كان يعكس جودة الخدمة المقدمة في حدود دخلهم، وحتى يتحقق ذلك، يجب العناية باستراتيجية التسعير فهي تعتبر أحد أهم عناصر المزيج التسويقي حيث أن المنظمات الخدمية تعتمد على المبرر الربحي في بقائها واستمرارها بجانب المبرر الإنساني والحاجة الاجتماعية التي تنظمها الدولة.

لذا يجب على متخذي قرار التسعير أن يدرك أهمية حصول المريض على السلع والخدمات الصحية وأن الارتفاع في أسعارها سوف يؤثر سلباً على اتخاذ قرار الشراء سواء بالتحول إلى سلع وخدمات صحية أو غير صحية أرخص أو تأجيل الحصول على الخدمة وحصول مضاعفات قد تؤدي إلى فقدان حياة المريض أو عضو أو وظيفة حيوية.

سنتناول في هذا المطلب العديد من المواضيع الهامة عن مفهوم التسعير وأهميته وأهدافه.

٢-١-٢-١مفهوم السعر

ويمكن تعريف السعر والتسعير في ميدان الخدمات الصحية كالآتي:

"تعرف جمعية المستشفيات الأمريكية مفهوم السعر على أنه القيم التي تفرض لقاء كل خدمة، والتي يجب أن تعكس بدقة تكاليف التشغيل للخدمة المقدمة مع حصة عادلة لتأمين الاحتياجات المالية الأخرى، ليكون المريض مسؤولا عنها. أما التسعير فهو قرار وضع الأسعار الذي يتخذ من خلال عملية إدارية متكاملة مع مراعاة عدة أمور تدخل في مفهوم السعر.

مفهوم التسعير هو وضع أسعار بما يكفي لتغطية التكاليف والحصول على فائدة من جهة، ومنخفضة بما يكفي لاجتذاب الزبائن من جهة أخرى". (البكري،٢٠٠٥، ص٢٦١)

السعر من منظور اقتصادي:

يركز الاقتصاديون على مفهوم المنفعة والقيمة في تحديدهم للسعر، فهم يرون أن السعر ما هو إلا القيمة التبادلية للسلعة أو الخدمة معبراً عنها بصورة نقدية، وهو يمثل قيمة المنتج ويربطون بين القيمة والمنفعة، فالمنفعة تخلق القيمة والقيمة تقاس من خلال السعر (الصيرفي،٢٠٠٩، ص٢٧٥).

وكما عرفه الباحثون:

إن التسعير هو قرار وضع الأسعار المناسبة للخدمات الصحية من خلال وحدة إدارية ذات كفاءة وخبرة وفق أسس ومعايير اقتصادية محددة، مع مراعاة وضع أسعار تغطي تكاليف التشغيل.

٢-١-٢-٢ أهمية تسعير الخدمات الصحية:

تظهر أهمية تسعير الخدمات الصحية كما يلي: (البكري، الرحومي،٢٠٠٥، ص٣٢٤-٣٢٦)

٢-١-٢-٢-١أهمية التسعير بالنسبة للمستفيدين:

- السعر يكون قادراً على تغطية التكاليف التي يتحملها البائع نظير تقديمه للخدمة، وشاملة بذلك عمليات إنتاج الخدمة وتسويقها إلى الإطراق المستهدفة، ولكن احتساب هذه التكاليف في الخدمات الصحية تكتنفه صعوبة خاصة المصاريف غير مباشرة.
- السعر هو دالة أو علامة للعائد الذي يمكن تحقيقه من بيع الخدمات للمستفيدين، وبطبيعة الحال فإن هذا العائد سيمثل في ذات الوقت مجمل الأرباح المتحققة نظير ذلك التقديم للخدمة، وما يمكن أن يسهم به لاحقاً من أرباح صافية تعود إلى تعزيز الموقع التنافسي للمؤسسة الصحية وتقدمها في العمل واستمرارها.

٢-١-٢-٢-٢أهمية التسعير بالنسبة للمريض:

- يُعبر السعر عن مقدار التكلفة التي يتحملها المشتري نظير انتفاع للمريض من الخدمة الصحية المقدمة له، وقد تكون هذه التكلفة مباشرة ومرتبطة بتقديم الخدمة الصحية ذاتها، وقد تكون غير مباشرة ولكنها ترتبط بالخدمة والانتفاع منها.
- يُعبر عن قيمة الخدمة الصحية المقدمة والمرتبطة بذات الوقت مع مستوى الأداء المتحقق في تقديم الخدمة أو سمعة ومكانة المؤسسة الصحية.
- العديد من الخدمات الصحية يُعبر السعر المحدد لها عن مستوى الجودة التي تتمتع بها الخدمة، وذلك من خلال العلاقة الطردية بين السعر والجودة للخدمة، ولكن الجودة وتقييمها من قبل المريض تكون صعبة ومعقدة في كثير من الأحيان، ومتباينة حسب وجهة نظر متلقيها أو مقدمها.

٢-١-٢-٣أهداف تسعير الخدمات الصحية: (النسور، ٢٠١٢، ص٢٩٥-٢٩٦)

بما أن السعر عملية لتحديد قيمة السلعة أو الخدمة لفترة زمنية معينة، إلى أن هناك وجود اختلاف بين المنظمات الصحية الهادفة للربح والمنظمات الصحية غير الهادفة للربح والاختلاف يكمن في الآتي:

- المنظمات التي لا تهدف إلى الربح تحاول تحديد سعر عادل، وتهدف من وراءه خدمة المجتمع من جهة وتحقيق جزء من النفقات على التجهيزات والمستلزمات. بينما تحاول المنظمات الصحية الهادفة إلى الربح جاهدة لتحديد سعر أكبر بقدر الإمكان مما يغطي التكاليف ويحقق الأرباح.
- تهتم الأولى لتعظيم المنافع للمجتمع وتحقيق الربح بالجانب الاجتماعي في خدماتها، بينما الثانية تهتم بتنمية وتعظيم الربح المادي.

ومن بين أهداف تسعير الخدمات الصحية لابد لمديري المؤسسات الصحية من تحديد الأهداف التي تكمن وراء قرار التسعير لمؤسساتهم، هناك عدة أهداف نوجزها في التالي:

- **تحقيق الفائض:** يستعمل مفهوم الفائض في المستشفيات غير الربحية والتي غالباً ما تحقق خسائر في نهاية السنة، وتعوض الخسارة بالتبرعات والتمويل الخارجي، ولتراجع الدعم الخارجي أصبحت

المستشفيات غير الربحية حريصة على تحقيق فائض من الخدمات التي تقدمها لضمان توفير الأموال اللازمة للاستثمار والنمو المستقبلي، والفائض كمفهوم هو الفرق بين الايراد الحاصل من الخدمات المقدمة للمرضى والخصومات التي يمنحها المستشفى لبعض مستهلكي الخدمة، أو الديون المعدومة، وأية مبالغ متسامح بها نتيجة التعاقد مع بعض المرضى، حيث يمكن تحقيق الفائض أيضاً من توفير النفقات من خلال الاستفادة من اقتصاديات الحجم في المستشفيات الكبيرة في الحجم، ومن تحسين كفاءة التشغيل ومركزية الإدارة والعمليات، وقد يأتي الفائض من التسعير المبالغ فيه ومن الكفاءة في تحصيل الديون أكثر منه من كفاءة التشغيل، ويعتبر الفائض عامل مهم لضمان بقاء واستمرارية المؤسسة.

هذه المؤسسات تقوم بدراسة الطلب والتكاليف على مستويات مختلفة من الأسعار ومن ثم اختيار السعر المناسب الذي يحقق أهدافها الربحية.

- **البقاء:** وهو من أهم الأهداف لارتباطه بوجود المؤسسة والمحافظة على بقائها في السوق والاستمرار والنمو، لذلك فإن تخفيض السعر يؤدي إلى زيادة المبيعات، نمو الحصة السوقية وزيادة الأرباح على المدى الطويل.
- **تعظيم الايراد الصافي من خدمات المرضى:** يمكن تعظيم الايراد الصافي من خلال اجتذاب عدد كبير من فئات محددة من المرضى، مثل المؤمنين من خلال برامج التأمين التجارية، والمرضى الأغنياء من غير المؤمنين، ولابد للمستشفى عند تبين هذا الهدف الموازنة بين التزامه الأخلاقي والإنساني بعلاج المرضى الفقراء وغير المؤمنين، كما يتأثر تحقيق هذا الهدف بالممارسات المحاسبية والمالية التي قد يلجأ لها المستشفى بخصوص قرارات توزيع تكلفة التشغيل وتحميلها على الخدمات ذات الاستعمالية العالية والتي يتم تعويض المستشفى عنها على أساس تكلفة الخدمة.
- **استرجاع التكلفة:** وهو هدف تسعى له الكثير من المستشفيات غير الربحية والحكومية، حيث تضع سعراً يمكنها من استرجاع التكلفة أو جزء منها لأنها تعتمد على مصادر أخرى لتعويض التكلفة غير المستردة، وجدير بالذكر أن تعويض المستشفيات المرتكز على التكلفة يحقق هذا الهدف، والذي يتطلب من المستشفى معرفة وتحديد تكلفة إنتاج خدماته.
- **تعظيم استعمالية الخدمات والموارد:** تسعى الكثير من المستشفيات لتعظيم استعمالية خدماتها من أجل تعظيم الايراد الصافي من خدمات المرضى، وخاصة عندما تكون التكلفة المتغيرة منخفضة، وبذلك يكون كل مستعمل للخدمة يمثل إيراداً صافياً للمستشفى، قد يقدم المستشفى الخدمة بأسعار أقل لتعظيم استقلال مواردها.
- **قيادة الجودة:** لتقديم خدمات ذات جودة عالية تتطلب استثمار عالي وتكاليف مرتفعة لإنتاج وتقديم هذه الخدمات بالجودة المطلوبة، هذا ما ينعكس على السياسة السعرية للخدمات المقدمة وجعلتها تميل نحو الارتفاع.
- **المسؤولية الاجتماعية:** تسعى الكثير من المؤسسات التي تحمل المسؤولية الاجتماعية وتقليل الأضرار الناجمة عن تقديم الخدمات وإشباع حاجات ورغبات الأفراد.
- **اختراق أسواق جديدة:** جميع المؤسسات الخدمية تهتم بالدخول إلى أسواق جديدة لأنها تحاول أن تحقق طموحها المستقبلي، واختراق أسواق جديد يتطلب ذلك التعرف على حاجات ورغبات هذه الأسواق والقوة الشرائية لكي تتمكن من رسم السياسة السعرية المناسبة.

- **زيادة الطلب على الخدمة:** يعتبر هدف زيادة الطلب على الخدمة من الأهداف الأساسية لتحديد الأسعار والتي من خلالها تستطيع المؤسسات جذب أكبر عدد ممكن من الزبائن المحتملين في السوق المستهدفة وتعظيم الحصة السوقية وبناء موقع قيادي في السوق.
- **تقديم تشكيلة من الخدمات:** نظراً لاختلاف القوة الشرائية للمستهلكين فإن المؤسسات الخدمية تعمل على تقديم خدمات متنوعة وبأسعار مختلفة لكي تتمكن من الاستجابة لطلب أكثر من سوق.
- **تغطية التكاليف:** التكاليف تعتبر من الأسس المهمة لتحديد الأسعار والتي تشكل جزء أساسي من السعر ويتكون من مجموع التكاليف الإجمالية والربح.
- **التكيف مع العوامل الاقتصادية:** تعتبر العوامل الاقتصادية من العوامل الخارجية التي تؤثر بشكل مباشر على القوة الشرائية للأفراد وعلى كمية الطلب، لذا تعمل المؤسسات الخدمية على تكييف أسعارها حسب طبيعة الدورة الاقتصادية للتضخم والركود التي تمد بها الأسواق التي تقدم خدماتها، فإذا كانت هذه الأسواق في دولة ما تمر بمرحلة رخاء فإن القوة الشرائية تكون مرتفعة ويزداد الطلب على الخدمات فتتجه الأسعار نحو الارتفاع، أما إذا كانت الأسوق تمر بمرحلة انكماش وكساد فإن ذلك سوف يؤدي إلى انخفاض الطلب والقوة الشرائية مما يدفع المؤسسات الخدمية إلى إتباع سياسة سعرية منخفضة.
- **تثبيط استعمالية بعض الخدمات والمنتجات:** استعمال التسعير لخفض الطلب على الخدمة أو سلعة معينة إما السلعة سيئة وضارة كالتدخين والمشروبات الكحولية، حيث تفرض عليها ضرائب عالية، وإما الخدمة غير ملائمة أو غير مرغوب فيها في زمان ومكان محدد، حيث تفرض بعض المستشفيات سعراً عالياً لخدمات الطوارئ ليلا لمن لا يحتاج فعلاً إلى خدمة الرعاية الأولية، مما يثبط الطلب عليها، وقد تفرض سعر أعلى للمرضى الذين ليست لهم مواعيد لزيارة العيادة أو على الزيارات خارج الوقت المحدد للعيادة، وقد يثبط الطلب على الخدمة عن طريق إعطاء مواعيد بعيدة للمرضى، خاصة عندما يكون معدل استعمال الخدمة والطلب عليها عاليا كما هو الحال في المستشفيات الحكومية، كما قد يستعمل الهدف السعري للتقليل من الحصول على الخدمة من مزودين محددين لارتفاع أسعارهم وتشجيع الزبون على استعمال مزود خدمة محدد أو مفضلاً كما هو الحال في مؤسسات صيانة الصحة ومؤسسات المزود المفضل.
- **تدعيم صورة المستشفى والعلاقات العامة مع المجتمع:** تلجأ بعض المستشفيات إلى تبين أسعار منخفضة لبعض الخدمات، خاصة تلك التي هي محل حديث المجتمع وتحت بصره، كأسعار الغرف، بينما تتقاضى أسعارا عالية للخدمات المقدمة، فالمستشفيات لابد لها عند تحديد هدف التسعير أن تأخذ في اعتبارها تأثير أسعارها على سمعتها وعلاقاتها العامة في المجتمع.
- **التدعيم والإعانة المالية بين الخدمات والأقسام:** وهو أحد أهداف التسعير الهامة حيث تتبناه الكثير من المستشفيات لإحداث التوازن بين الخدمات التي تحقق فائضا والتي تحقق خسارة، لذلك لابد من دعم الخدمات وإعانتها من الفائض الذي تحققه الخدمات المربحة، حيث هناك فئات من المرضى تدفع سعراً أقل لا يغطي التكلفة أو قد لا يدفع شيئا ويتم تغطية ذلك بالدعم المالي من مرضى آخرين أو من المرضى المؤمنين.
- **تعظيم الحصة السوقية:** يقصد بها زيادة نسبة مبيعات المؤسسة الصحية من الخدمات بالنسبة لمبيعات المنافسين من نفس الخدمة، لتحقيق هذا الهدف يتطلب منها استخدام سياسة سعرية مناسبة تدفع وتشجع الزبائن على طلب خدماته.

٢-١-٣سياسات تسعير الخدمات الصحية:

عندما تقوم المؤسسة بتصميم سياساتها السعرية فإنها تواجه مجموعة من السياسات السعرية البديلة التي نبينها كما يلي: (النسور،٢٠١٢، ص٣٠٢-٣٠٤).

٢-١-٣-١سياسات السعر الرائد:

ترتبط هذه السياسات بالخدمات الجديدة، وفيها يتم التسعير وفقا لأسعار الخدمات البديلة المتواجدة في السوق، وعند استخدام هذا النوع من السياسات فيجب التنبه لضرورة تغطية التكاليف بأسرع وقت ممكن، سرعة دخول المنافسين إلى السوق، وضمن هذا الإطار يمكن استخدام إحدى السياستين:

- **سياسة كشط السوق:** تقوم هذه السياسة على أساس السعر المرتفع لتغطية تكاليف الخدمة الصحية في أقصر وقت ممكن، وتتميز هذه السياسة بالمرونة بسبب قدرتها على تخفيض السعر فيما بعد، ويحتاج نجاح هذه السياسة أن يكون الطلب على الخدمة غير مرن، وصعوبة تقليد الخدمة من قبل المنافسين.
- تمثل هذه السياسة الوجه الآخر للسياسة السابقة، وهي التي تقوم على أساس السعر المنخفض الذي يواجه صعوبة في رفعه في الفترات اللاحقة، تشترط هذه السياسة مرونة الطلب على الخدمة الصحية، وسهولة تقليد الخدمة من قبل المنافسين، مع إمكانية زيادة حجم الإنتاج للاستفادة من اقتصاديات الحجم.

٢-١-٣-١-٢سياسة التسعير النفسي:

ويشمل ذلك استخدام كل من شأنه التأثير النفسي على الزبون، ويكثر استخدام هذه الخدمة في الأسواق الاستهلاكية ومن أمثلة هذه السياسة:

- **سياسة الأسعار الكسرية:** أو تسمى بالنهايات السعرية، الهدف منها جعل الزبون يشعر نفسياً بشيء من الراحة تجاه السعر الحقيقي للخدمة الصحية، أو الاعتقاد بانخفاضه عن بقية المنافسين ولو بجزء قليل.
- **سياسة الأسعار المعتادة:** ويقصد بها الأسعار التي أعتاد عليها الزبون ولا يقبل بأسعار غيرها، إن بقاء هذه الأسعار قد لا يحقق الأهداف الربحية للخدمة الصحية، لذلك يلجأ مزود الخدمة بتغيير نوع المواد الداخلة في تقديم الخدمة، للحفاظ على السعر الاعتيادي، لكن يعد هذا نوع من الغش والاحتيال التجاري.
- **سياسة الأسعار التفاخرية:**

يستخدم في هذه السياسة السعر المرتفع كمؤشر للدلالة على جودة الخدمة الصحية، فيقبلون على طلب الخدمة لشعورهم بالتميز أو التفرد عن غيرهم من أقرانهم في المجتمع، وتصلح هذه السياسة لتطبيقها على أصحاب الطبقات الاجتماعية العليا والخاصة في المجتمع.

٢-١-٣-١-٣**التسعير المهني:** تستخدم هذه السياسة من قبل بعض الأشخاص الذين لديهم مهنة في مجال معين، والأساس الذي تحدد به أسعار خدمات هؤلاء المهنيين غير واضح، فقد يكون هذا الأساس هو الخبرة والمعرفة والوقت وطبيعة السلعة، بالتالي فإن أخلاقيات أصحاب المهنة (الطبيب والمهندس) تلعب دوراً هاماً في التسعير.

٢-١-٣-١-٤**سياسات التسعير الترويجي:** يعتبر السعر والترويج عنصران مهمان يجب أن يتناسقا ويتوافقا مع بعضها البعض، حتى المختصين يعتبرون أن سياسات التسعير بالأساس هي سياسات ترويجية في اتجاهاتها، وتشمل هذه السياسات ما يلي:

- **القيادة السعرية:** وتشمل هذه السياسة تسعير بعض الخدمات بمستوى لا يقل عن تكلفتها وذلك بهدف زيادة معدل المبيعات من الخدمة وبالتالي زيادة الأرباح، وهنا قد تعلن بعض المؤسسات استعدادها لبيع بعض الخدمات الحيوية بالنسبة للزبائن بأسعار أقل من المنافسين أو أقل من مستوى التكلفة، والهدف هو تشجيع الطلب على بقية الخدمات الأخرى التي يؤمل أن يزداد الطلب عليها.
- **تسعير المواسم الخاصة:** تستخدم هذه السياسة في بعض المواسم خاصة بداية فصلي الصيف والشتاء لكثرة الأمراض والأوبئة، حيث يؤدي زيادة عدد وحدات المنشآت الصحية إلى تحقيق مبدأ وفورات الحجم مما يؤدي إلى تخفيض تكلفة وحدات الخدمة وتحقيق مزيد من الأرباح.

٢-١-٣-٢التسعير والتأمين الصحي:

يترتب على تزايد النسبة التي تدفعها الحكومة والتأمين الصحي (الخاص أو العام) من فاتورة الخدمات الصحية تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية، وكذلك على اختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات، ويكون من نتيجة ذلك تهميش وإزالة الحوافز السعرية من جانب المرضى وزيادة قدرة مقدمي الخدمات الصحية على تحميل الأسعار المرتفعة لطرف ثالث، ومن ثم فإن التوسع في التأمين الصحي والإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية (الدمرادش، ٢٠٠٦، ص١٠١).

ذلك لأن الأمراض والإصابات تحدث للناس بعشوائية تامة، مُحدثة مخاطر صحية والتي تخلق مخاطر مالية للناس الذين يبحثون عن رعاية صحية لتقليل آثار المرض، ويفضل معظم الناس أن يتجنبوا المخاطر المالية، وسيبحثون عن التأمين ضدها، ذلك يزود بالدافع الأول لشراء تامين الصحة (تجنب المخاطر)، ومن الواضح أن الناس يختلفون في كمية المخاطرة التي يفضلون مواجهتها، أو أكثر أهمية على الكمية التي يقبلونها لتخفيض أو إزالة المخاطر المالية، ولهذا فالميول تجاه المخاطر تؤثر بالأهمية على طلب التامين. (phelps,2003,p45-46)

ويتم سداد مقابل الخدمات الصحية(سعرها) من قبل عدة جهات منها: (المساعد، ٢٠٠٣، ص١٣٠-١٣١)

- أن يتحمل المستفيد قيمة الخدمة المقدمة له.
- أو يتحمل هذه المصروفات شخص آخر أو جهة أخرى قد تكون هذه الجهة نقابة الأطباء، أو إدارة الإسعاف، أو الهلال الأحمر، أو هيئات العلاج العامة الأخرى، أو الجهات الخيرية.
- أو عن طريق التأمين الصحي.

٢-١-٣-٢-١مفهوم التأمين الصحي:

هناك طلب متزايد لتغطية خدمات الرعاية بواسطة التأمين الصحي، والذي يتم فتحه للقطاع الخاص أو القطاع الحكومي، ولتحديد القسط القابل للتغطية والذي يتم توفيره فمن الضروري معرفة التكلفة لوجود العديد من الترتيبات للمؤسسات الصحية مع مؤسسات الأعمال بهدف توفير الرعاية والفحوصات الصحية، يمكن تنفيذ هذه الخطط بما يعود بالفائدة لكلا الطرفين إذا تمت معرفة التكاليف (زهران، ٢٠٠٧، ٤٢٢).

ويمكن تعريف التأمين الصحي بأنه تأمين ضد ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية يضمن تقديم خدمات ذات مستوى جيد للمؤمن عليهم بمؤسسة التأمين مقابل قسط تأميني محدد في العقد، ويسمح بحماية المرضى من الأعباء المالية الناتجة من أخطار المرض أو الإصابة.

٢-١-٣-٢-٢أهداف التامين الصحي:

يمكن حصر مجموعة من الأهداف للتأمين الصحي في النقاط التالية: (حسن،٢٠٠٣، ص٩)

- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي وتخفيف أعباء الميزانية العامة للدولة في علاج العاملين لديها.
- توفير خدمات طبية متكاملة للمواطن بتكلفة مقبولة وتحسين مستوى الخدمات المقدمة.
- رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى العاملين، خاصةً إذا كان التأمين الصحي يشمل الموظف وأفراد عائلته ويغطي جميع أنواع الأمراض.
- توفير فرص عمل في مؤسسات التأمين الصحية.

٢-١-٣-٣-١ أقسام التأمين الصحي الحكومي:

التأمين الصحي الحكومي: وهو التأمين الذي تنشأه وتديره الدولة، ويشمل التأمين الصحي الحكومي بشكل عام التأمين الصحي الإجباري والتأمين الصحي الطوعي:

- **التأمين الصحي الإجباري:** ويتم تمويل هذا النوع من التأمين عن طريق الرسوم أو الضرائب أو الاثنين معاً، وبموجبه يحق لكل دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة، مقابل الاقتطاع الإجباري لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي.
- **التأمين الصحي الطوعي:** الخاص بالأفراد الذين يرغبون أن ينظموا للتأمين الصحي الحكومي باختيارهم حيث تعتمد الأنظمة التأمينية على أقساط تدفعها الأسر، ولهذا فهي عادة ما تستهدف المناطق الريفية متوسطة الدخل بينما يتم تغطية بقية التكلفة من خلال دعم المانحين وتعاون منظمات المجتمع المدني ومن نسبة المشاركة التي يدفعها المرضى (محمد، ١٩٩٩، ص٧).

- يُعد التأمين الصحي واحداً من الوسائل الأكثر شيوعاً لتمويل الخدمات الصحية، وهو يؤثر على التسعير عن طريق تقليل عدم اليقين في الإيرادات وتكلفة الخدمات الصحية، كما يمكنه أيضاً تحفيز المرضى على استخدام الخدمات الصحية بشكل أكثر فاعلية لكن في بعض الأحيان يمكن أن يزيد التأمين الصحي من التكاليف الإجمالية للخدمات الصحية، حيث يمكن أن يتم تحويل تكاليف الرعاية من المرضى الذين يدفعون من جيوبهم إلى شريحة أوسع من المرضى الذين يشتركون في التأمين، وبالتالي، يمكن أن يؤثر التأمين الصحي على التسعير والخدمات الطبية المتاحة في مجمل المجتمع، إذا تم تنظيمه بشكل لائق وفعال .وتحديداً في الأسواق التي ينظمها القطاع الخاص، يمكن للمنظمات الراغبة في الاشتراك في التأمين الصحي تطبيق قيود على الخدمات الطبية المتاحة أو الأسعار الدنيا للخدمات وعلى النقيض من ذلك، إذا تم تنظيم التأمين الصحي بشكل سيئ، فإنه قد يتسبب في انتعاش الأسعار لتعويض ما يدفعه المرضى المؤمن عليهم، مما يترك العديد من الأشخاص خارج نطاق الرعاية الصحية المناسبة (ب ت).

المبحث الثاني:

معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي

٢-٢-١معايير تسعير الخدمات الصحية:

إن العاملين في إدارة المؤسسة الصحية وفي إدارة التسويق يدركون جيداً بأن لاستراتيجيات أو معايير التسعير جانبين: الجانب الأول يمكن أن يعزز قدرة المؤسسة على البقاء والاستمرار والجانب الثاني يمكن أن يرفع المؤسسة نحو يفشل ويحد من نشاطها ويخرجها من السوق، لذلك يجب تحديد هذه المعايير استناداً إلى الأهداف الممكن تحقيقها في بيئة تنافسية وفي حدود القوة الشرائية للمستفيدين من هذه الخدمات فقرارات التسعير المتخذة في المؤسسات الصحية الهادفة لتحقيق الربح، تختلف كلياً عن ممارسة التسعير في المؤسسات الغير هادفة لتحقيق الربح، فهذه الغير هادفة للربح تحدد أسعارها من خلال تقدير التكاليف الكلية مضافاً إليه هامش الربح أحد الربح المرغوب فيه ولذلك لابد من مراعاة مبادئ السوق للوصول إلى سعر يعرف بالفائض المضاف إلى التكلفة وعلى العكس من ذلك، فإن المؤسسات الصحية الهادفة للربح تؤكد على أن التسعير يجب أن يستند إلى معرفة تكلفة الخدمة المعينة أو الطلب أو رغبة الزبائن في الدفع أو قابلية استجابة المنافسين، بعد تحديد المستشفى الأهداف التسعيرية لأبد من اختيار معايير تسعير تمكنه من تحقيق أهدافه وتنسجم مع رسالته، وفيما يلي الاستراتيجيات أو المعايير التي يمكن استخدامها لتحديد سعر الخدمات الصحية والتسعير يجب أن يستند إلى ستة عناصر:

أ- معرفة تكلفة الخدمة المعنية.
ب- معرفة حجم الطلب مثل (العمليات القيصرية وعمليات استئصال اللوزتين).
ج- معرفة مدى رغبة الزبائن في الخدمة مثل (عمليات التجميل للأنف أو الثدي).
د- قدرة المستهلكين على الدفع (القدرة الشرائية).
ه- قابلية استجابة المنافسين.
و- تصنيف الخدمة الى ضرورية وملحة بمعنى وجود حاجة طبية ملحة مثل (الولادات أو يمكن جدولتها مثل عمليات التجميل الاختيارية). (https://sawahealth.blogspot.com/2018)

٢-٢-١-١التسعير على اساس التكلفة(دردر، ٢٠١٣، ص ٣٤٥، ٣٤٦)

يتم تحديد السعر وفق هذه الطريقة على أساس احتساب جميع التكاليف وتحديد الأرباح كنسب معينة من مجموع هذه التكاليف، والتسعير على أساس التكلفة مستعمل بصورة واسعة حيث أن:

السعر = التكاليف الإجمالية + هامش الربح

فوضع الأسعار على أساس التكلفة الكلية يعتبر استعادة للتكاليف السابقة إلى التكاليف المستقبلية، وعلى العموم ما يحيط بالتكاليف من عدم التأكد أقل مما يحيط بالطلب، ولذلك فإن اعتماد التسعير على أساس التكلفة يمكن أن يكون بسيطاً إلى حد كبير ولا توجد حاجة لإجراء تعديلات متكررة عند تغير ظروف الطلب.

كما أن معقولية هذه الطريقة تتمثل في أنها تجعل بيع الخدمات أمراً منصفاً، من خلال كونها عادلة بالنسبة للمؤسسة الصحية واسترجاعها للتكاليف الكلية مع هامش ربح، ولا تتطلب فائدة مالية لاسترجاعها

التكاليف من المريض، ومع ذلك لها محدودية، إذا ليس لكل أنواع التكاليف نفس التأثير في زيادة أو نقصان المخرجات، فبعض الخدمات كالطوارئ تُسعر بأقل من تكلفتها الحقيقية من أجل أن تكون في متناول شريحة واسعة من المرضى.

هناك العديد من الطرق لتحديد التكلفة، يمكن التعبير عن المعادلة المستخدمة لحساب السعر كما يلي:

$$P= (ACV + CF \%)\backslash(1+MK \%)$$

حيث (p) يمثل السعر، (ACV) يمثل متوسط التكلفة المتغيرة،) (CF) ويمثل التوزيع النسبي للتكاليف الثابتة، أما (MK) فيعبر عن الهامش النسبي، كما يمكن استخدام طريقة أخرى بديلة للقيام بحساب السعر نفسه، وذلك كما يلي:

$$P= (ACV+CF \%)\backslash(1-MK \%)$$

حيث يكون سعر الخدمة الصحية مرتكزاً على تكلفة المدخلات إضافة إلى هامش ربح على مجمل التكلفة المستعملة في عملية إنتاج وتقديم الخدمة، بحيث تستند هذه الطريقة على أساس منطقي

مفاده أنها عادلة بالنسبة للمستشفى ولا تستغل المرضى مالياً من مساوئها أن تجعل سعر بعض الخدمات خارج متناول المرضى كخدمات غرفة الطوارئ ذات التكلفة الثابتة العالية عند تدني الطلب عليها، كما أنها قد تشجع المستشفيات على المبالغة في استعمال المدخلات لزيادة الإيرادات، وبالتالي ارتفاع فاتورة الاستشفاء على المرضى الذين يدفعون مباشرة، وعلى الطرف الثالث الدافع للتكلفة.

هذه الطريقة شائعة في تسعير الخدمات الصحية للمزايا التالية:

أ- تقدير التكلفة هي درجة أقل من عدم التأكد بالمقارنة مع تقدير الطلب على أي خدمة، وبالتالي فإن تقدير السعر بناءً على تكلفة إنتاج الخدمة يصبح يسيراً على إدارة المستشفى، ولا تحتاج إلى إدخال تغيير وتعديل متكرر على أسعارها عند تغير الطلب.

ب- عند استعمال كل المستشفيات لهذا المدخل تكون أسعارها متشابهة إذا كانت تكلفة الإنتاج متساوية وهامش الربح متساوي، وبذلك تنخفض احتمالية المنافسة السعرية بين المستشفيات.

ت- تعتبر هذه الطريقة عادلة اجتماعياً لكل من مزود الخدمة ومستهلكي الخدمة، حيث تحول هذه الطريقة دون استغلال المشترين عند زيادة الطلب على الخدمة، وبنفس الوقت تمكن مزودي الخدمات من تحقيق عائد مرضي على الاستثمار.

ث- تتطلب معلومات قليلة.

ج- يمكن إدارته بسهولة.

ح- تميل إلى المحافظة على استقرار الأسواق عند تغير الطلب والعوامل المؤثرة عليه.

خ- يمثل هذا المنهج ميزة تصب في الجانب الأخلاقي للمؤسسة التي تطبقه وتتميز هذه الطريقة بمجموعة من المساوئ.

د- تميل إلى تجاهل دور المستهلكين في تحديد السعر المناسب لهم ولقدراتهم.

ذ- تميل إلى تجاهل دور المنافسة والمنافسين في السوق.

ر- تستخدم التكاليف المحاسبية التاريخية بصورة أكثر.

ز- تستخدم الناتج العادي أو المعياري لتوزيع التكاليف الثابتة.

س- تحتوي على ما يسمى التكاليف الغارقة.

ش- تتجاهل تكلفة الفرصة البديلة.

٢-٢-١-٢التسعير على أساس نقطة التعادل: (نسور،٢٠١٢، ص٣٠٧-٣٠١٥)

تُعرف نقطة التعادل بأنها النقطة التي يتساوى عندها حجم الإيرادات الكلية مع التكاليف الكلية، وتقوم هذه الطريقة على الموازنة بين النفقات والإيرادات من جهة، وبين حجم النشاط أو العمليات من جهة أخرى خلال فترة زمنية محددة.

تستند المؤسسات الصحية في هذه الطريقة إلى تحديد السعر الذي يعادل كمية الطلب، ومعه يمكن تغطية التكاليف الثابتة التي تتحملها المؤسسة مثل مصاريف الايجارات، التأمينات، اشتراكات الكهرباء والماء والهاتف، رواتب المدراء ويتم ذلك باستخدام هامش المساهمة الذي يشير إلى مقدار الطلب حال انخفاضه، أي أنه يُبين العلاقة بين السعر وحجم الطلب بطريقة تناسبية.

يستخدم هذا التحليل حجم الإنتاج الذي يجعل التكاليف التي تتحملها المؤسسة مساوية لإيراداتها، لذا فتحليل نقطة التعادل يعني تحديد مستوى المبيعات التي تجعل مستوى الأرباح مساوياً للصفر، واعتماداً لهذا التعريف فإن مبيعات نقطة التعادل تكون مساوية للتكاليف الثابتة مضافاً إليها التكاليف المتغيرة، يمكن التعبير عن هذا المفهوم بالصورة التالية:

مبيعات نقطة التعادل= الربح+ التكاليف الثابتة+ التكاليف المتغيرة

ووفقاً للتعريف فإن تحليل نقطة التعادل هو مستوى المبيعات عندما تكون الأرباح تساوي صفر، لذلك يمكن حساب هذه النقطة من خلال إيجاد النقطة التي تكون فيها المبيعات مساوية لمجمل النفقات المتغيرة + النفقات الثابتة + الربح.

تُفسر نقطة التعادل العلاقة بين التكلفة، الإنتاج، الحجم، العوائد، ويمكن توسعة ذلك ليشمل تأثير حجم التغير في التكاليف الثابتة والمتغيرة، وفي أسعار الخدمات، وفي الإيرادات وهي جميعها تنعكس على مستويات الربح وعلى نقاط التعادل، لذلك فإن التحليل هو أكثر فائدة عند وضع الموازنات الجزئية في المؤسسات، وتقنيات الموازنة الرأسمالية، كون أن الفائدة الرئيسية لهذا التحليل تصب في جانب تحديد الحجم الأقل من النشاط الاقتصادي الضروري لتجنب الخسائر.

يقوم هذا المنهج على عدد من الافتراضات كما يلي:

- يُعبر متوسط سعر بيع كل وحدة عن إيراد كل وحدة في نفس الوقت.
- متوسط تكلفة الوحدة الواحدة تُعبر عن التكلفة المتغيرة لكل وحدة من المبيعات.
- يجب استخدام التكاليف الثابتة المنتظمة المستمرة التي تتضمن دفع النفقات العادية (مجمل النفقات التشغيلية الشهرية).
- هناك صعوبة في إيجاد نقطة التعادل لكافة أنواع الخدمات بسبب الاختلاف في معدل أرباحها وتكاليفها.
- يفرض استخدام هذه الطريقة حساب بعض البنود باستمرار مثل: الأجور وأسعار المواد.

٢-٢-١-٢-١استراتيجية الدفع المحدد مسبقاً:

حيث يتم تحديد مبلغ ثابت على أساس التشخيص المرضي، فالمستشفيات التي تستطيع إدارة عمليات التشغيل وتقديم الخدمة المطلوبة بأقل من المبلغ المحدد سلفاً للتعويض يمكنها تحقيق فائض، أما إذا كانت تكلفة العمليات

لديها تفوق المبلغ المحدد مسبقاً سوف تتحمل خسائر، إن التحول في طريقة تعويض المستشفيات من الطرق التي تركز على التكلفة، إلى الطرق التي تركز على السعر المحدد مسبقاً على أساس التشخيص المرضي، سوف يؤثر وبشكل كبير مالياً وتشغيلياً على المستشفيات، حيث تلجأ عادةً إلى تقليل حجم الخدمات المقدمة للمرضى، بحيث لا تزيد تكلفة إدخال المريض عن معدل التعويض (السعر المدفوع سلفاً) المقرر مسبقاً لكل تشخيص مرضي، وقد تشجع المستشفيات على تحسين كفاءة عمليات التشغيل وجعلها أكثر ترشيداً في استعمال الموارد المتاحة لها.

ومن الآثار السلبية لهذه الاستراتيجية تدني جودة الخدمة والتخريج السريع للمرضى قبل الشفاء، مما يؤثر سلباً على النتيجة النهائية لعملية الرعاية الاستشفائية.

٢-٢-١-٢-٢استراتيجية التسعير القائم على معدل العائد:

تُستخدم هذه الاستراتيجية في الغالب وبشكل حصري من قبل قائد السوق أو المحتكر، وفيها يتم تحديد معدل هامش الربح والذي قد يكون مثلاً ٥% من رأس المال المستثمر، أو قد يكون ١٠% من مجمل إيراد المبيعات، وعليه يمكن أن يتحقق معدل العائد المستهدف.

إن النتائج غير الاعتيادية لهذا النموذج تظهر في أنه يحافظ على معدل ثابت للعائد المستهدف، ولكن المؤسسات العاملة في السوق تكون بحاجة مستمرة إلى تغير السعر، عند كل مستوى من التغيرات التي تحدث في مستوى الطلب.

٢-٢-١-٢-٣استراتيجية هامش المساهمة:

تقوم هذه الاستراتيجية عل أن كل وحدة مباعة سوف تساهم بمبلغ أو مقدار معين في هامش المساهمة، وهذا الهامش يغطي التكاليف الثابتة التي تتحملها المؤسسة، ولإيجاد عدد الوحدات التي يجب بيعها لتحقيق كمية التعادل، فمن الممكن قسمة مجمل التكاليف الثابتة على هامش المساهمة.

٢-٢-١-٣ التسعير على أساس المنافسة: (Burnett, 2021, p338-340)

تقوم المنظمات الصحية بوضع أسعارها وفق الأسعار، التي يفرضها المنافسون أي وفق بيئة يشتد فيها التنافس، والتي تظهر فيها المنظمات الصحية بمختلف أنواعها، سواء في القطاع العام أو الخاص والتي تعمل جنباً إلى جنب في وضع سياسات تسعيرية متشابهة، وباستخدام هذه الطريقة تعمل المستشفيات على تثبيت أسعارها، في مستوى أسعار المنظمات التي تقدم نفس الخدمة، وتنفيذ

هذه الطريقة يتطلب من المستشفى الحصول على معلومات حول أسعار المنافسين.

إن الصفة المميزة في المنظمة الصحية وفق هذه الطريقة، أنها تبحث عن إقامة علاقة دائمة بين الأسعار والتكاليف والطلب لكون التكلفة والطلب يتغيران، وبالتالي أي تغيير يحدث في كل من التكلفة أو الطلب سيؤثر على تحديد الأسعار، لكن في ظل المنافسة تحاول المنظمة الحفاظ على أسعارها.

إذا قررت المنظمة الصحية الاعتماد على التسعير وفق استراتيجية المنافسة لديها، فهناك كثير من الأدوات والأساليب التي من الممكن استخدامها، فتبدأ عملية التسعير في هذه الحالة بتحديد أسلوب تعامل المنظمة مع السوق أو العملاء.

- **أساليب التعامل مع السوق والعملاء:**

يُعد السعر معياراً مهماً لدى العملاء عند الموازنة بين الخدمات المختلفة كما أنه يلعب دوراً مهماً في تحديد موقع المنظمة الصحية وبصفة عامة تستطيع المنظمة الصحية أن تختار اسعاراً أعلى أو أدنى من منافسيها أو مساوية لهم

أ- التسعير المساوي للمنافسين:

كثير من المنظمات الصحية تحاول تحديد أسعارها بناءً على متوسط الأسعار لدى أبرز المنظمات المنافسة لها فالخدمات الصحية المقدّمة للمستفيدين متشابهة في المنظمات الصحية فيتم تقديرها بأسعار متشابهة، وتستخدم المنظمة في هذه الحالة أدوات ومعدات وأجهزة؛ تتميز بالجودة العالية أو التكنولوجيا المتقدمة والإعلانات الإبداعية وغيرها من عناصر المزيج التسويقي.

فالتعرف على المنافسين وأسعارهم يسمح لمدير المنظمة بتنفيذ هذه الاستراتيجية على نحو فعال ولهذا تتفقد المنظمات الصحية بعضها باستمرار للتأكد من أسعار الخدمات التي تقدمها.

ب- التسعير أعلى من المنافسين:

يمكن للتسعير الأعلى من تسعير المنافسين أن يعود على المنظمة الصحية بمزيد من الفوائد ولكن عليها أن تفهم أهداف هذه السياسة بدقة وتستخدم مزيج تسويقي مناسب، يمكن للمنظمة من تنفيذ هذه السياسات بنجاح.

إن التسعير الأعلى من تسعير المنافسين يتطلب وجود ميزة تنافسية واضحة في أحد العناصر غير السعرية في المزيج التسويقي فقد تكون الميزة التنافسية في تقديم الخدمات ذات جودة عالية مما يدفع العملاء أو المستفيدين إلى الحصول عليها.
فمفتاح النجاح هو أن تثبت للمستفيد أن الخدمة التي تقدمها تستحق فعلاً سعراً أعلى من الخدمات الأخرى المقدمة عند المنافسين.

ج- التسعير الأقل من تسعير المنافسين:

في حين أخر تسعى بعض المنظمات الصحية إلى رفع الأسعار فوق أسعار المنافسين، فتحاول منظمات أخرى الاستحواذ والاحتفاظ بعملائها وولائهم لها، وذلك من خلال خفض الأسعار دون أسعار المنافسين هذه السياسة عادةً إلى زيادة حجم المبيعات من خلال خفض السعر وتقليص هامش الربح فتستطيع المنظمة تحقيق قدر معقول من الأرباح رغم انخفاض هامش الربح.

وهذه الاستراتيجية تزداد فاعليتها عندما يكون جزء كبير من السوق حساساً تجاه السعر، أو تكون تكاليف عمل المنظمة أقل من المنافسين.

كما أن عدم قدرة المنظمة على رفع الأسعار، أو تحسين صورتها في نظر المستفيد، يعد من أخطر عيوب هذه الاستراتيجية.

٢-٢-١-٤التسعير على أساس حجم الطلب: (كورتل، وآخرون،٢٠١٠، ص١٧٤-١٧٦)

يتم وضع السعر وفق هذه الطريقة بما يتماشى مع حجم الطلب على السلع والخدمات الصحية، فعندما يكون الطلب مرتفعاً يتم وضع أسعار مرتفعة وفي حال انخفاض مستوى الطلب يتم وضع أسعار أقل من أجل زيادة حجم الطلب.

إن مستوى الدخل ومستوى القدرة الشرائية دوراً مهماً في الطلب على السلع والخدمات والقيام بشرائها والحصول عليها وخاصة إذا كان دخل المستفيد محدود وبالتالي فإن ارتفاع مستوى الدخل سيؤدي إلى ارتفاع القدرة الشرائية للمستفيد (زيادة الطلب)، وهذا سيؤدي إلى إمكانية رفع الأسعار في المؤسسات الصحية وبالتالي ستزداد الأرباح والعكس صحيح؛ فإن انخفاض مستويات الدخل ستؤدي إلى انخفاض القدرة الشرائية فتنخفض الأسعار.

تؤخذ هذه الطريقة عدم إمكانية تحديد الطلب على الخدمة بشكل دقيق.

يتم التسعير على أساس الطلب بالتركيز على تأثير حالة الطلب بصورة أكبر من تأثير مستوى التكاليف في تحديد الأسعار، فكلما زاد حجم الطلب اتجهت الأسعار نحو الارتفاع.

تُعتبر هذه الطريقة من أهم الطرق المستخدمة لتحديد أسعار السلع والخدمات، وفيها يرتبط سعر الوحدة بأداة الطلب على هذه المنتجات، يمكن التعبير على دالة الطلب كما يلي:

$$Q=a-b\ p$$

حيث:(Q) هي الكمية المطلوبة، ويمثل (a) مقدار نسبي يرتبط بمستوى خصائص المنتج، و(b) مقدار نسبي يرتبط بأسعار المنافسين، أما (p)فهو سعر الوحدة الواحدة للمنتج.

ولتحديد هذا السعر يمكن اتباع الخطوات التالية:

- **تحليل الإيراد الكلي:**

يمكن صياغة معادلة الإيراد الكلي كما يلي:

$$TR=PxQ$$

حيث تمثل (TR)الإيراد الكلي، (P)سعر الوحدة أما (Q) فهي كمية الطلب.

نعوض المعادلة السابقة في معادلة الإيراد الكلي كالتالي:

$$TR = P\ (a - BP) \quad \ldots\ldots\ldots 1$$

- **تحليل التكاليف الكلية:**

$$TC=CF+CV\ldots\ldots\ 2$$

حيث أن) (TC) هي التكاليف الكلية، (CF) تعبر عن التكاليف الثابتة (CV) التكلفة المتغيرة لكل وحدة.

$$TC=CF+V\ (a-Bp)..... 3$$
$$TC=CF+Va-Vbp…..... 4$$
$$\pi = TR – TC….....$$
$$\pi =(Pa-Bp) - (CF+Va-vBp) …..... 5$$

حيث يقوم مزود الخدمة بتقدير إدراك المشتري لقيمة الخدمة، ومن ثم تحديد السعر بناءً على القيمة المدركة من المشتري، وعلى ذلك يمكن لمزودي الخدمات أن يتقاضوا أسعاراً مختلفة للخدمة الواحدة أو المشابهة نتيجة لاختلاف وإدراك القيمة من مشتري لآخر، مما يجعل هذه الطريقة غير عادلة للمشترين، وتمكن مزودي الخدمات من ممارسة التمييز السعري بين المشترين، ويتخذ التمييز السعري أسس مختلفة، فقد يكون على أساس الزبون مثل دفع المريض الفقير سعراً أقل من الغني والمريض غير المؤمن أقل من المؤمن، وقد يكون أساس التمييز المنتج، فسعر الغرفة الفردية عادة يكون أعلى من سعر الغرفة المزدوجة، وتتم ممارسة التمييز السعري في حالة كون السوق قابلاً للتجزئة خاصة عند اختلاف أجزاء السوق من حيث مستوى وحجم الطلب على الخدمة نتيجة اختلافهم في الحساسية السعرية. كون مستهلكي الخدمات غير المؤمنين أكثر حساسية للسعر، وبالتالي يمارسون التسوق للحصول على خدمة بسعر أقل كما يحصل في خدمات الأسنان والخدمات الوقائية (جرعات التطعيم) وخدمات تصحيح البصر والجراحات التجميلية ومن استراتيجيات التسعير المرتكزة على الطلب والمستعملة من بعض مزودي الخدمة عند إدراكهم لحقيقة الربط بين جودة الخدمة والسعر الأعلى من بعض المشترين للخدمة حيث يبحث المشتري عن المزود الأعلى سعراً للحصول على الجودة الأعلى.

٢-٢-٢العوامل المؤثرة في استراتيجيات التسعير

٢-٢-٢-١العوامل المؤثرة

إن تحديد استراتيجيات التسعير يتأثر بعوامل عديدة منها عوامل خارجية لا يمكن السيطرة عليها ومنها عوامل داخلية يمكن السيطرة عليها وإحداث التفاعل والتنسيق والتكامل فيما بينها، ويمكن تمثيل هذه العوامل على النحو التالي:

٢-٢-٢-١-١العوامل الخارجية: تمثل العوامل الخارجية الضغوط والتهديدات التي تتعرض لها المؤسسة الصحية والاستراتيجيات الإنتاجية ولأيمكن السيطرة على هذه العوامل أو التحكم بها، وإنما هي خارج إطار سيطرة المؤسسة الخدمية، تعمل المؤسسة على صياغة الخطط التي تمكنها من التكيف حسب هذه العوامل وتحقيق أهدافها من خلال ذلك، ومنها ما يلي: (يوسف، ٢٠٠٨، ص١٥٩-١٦٤)

١. **العوامل الاقتصادية:** تعتبر العوامل الاقتصادية مهمة وفعالة لإنجاح استراتيجية تسعير الخدمات، لأنها تحدد دخل الفرد والقوة الشرائية استناداً إلى دورة الأعمال التي تمر بها دولة ما وعلى النحو التالي:

- **مرحلة الرخاء:** وتتميز هذه المرحلة بارتفاع الإنتاج، زيادة كمية الخدمات الصحية المقدمة، وارتفاع القوة الشرائية، زيادة الدخل وعدم وجود حساسية تجاه الأسعار، وإن مؤسسات الخدمات الصحية في ظل هذه المرحلة تتوفر لها ظروف مناسبة لاستخدام سياسة سعرية مرتفعة.
- **مرحلة الركود والكساد أو الانكماش:** وتتميز هذه المرحلة بالاستمرار بالإنتاج ثم إيقافه، وانخفاض الدخل، وانخفاض القدرة الشرائية، وجود حساسية كبيرة تجاه الأسعار، وإن مؤسسات الخدمات الصحية كباقي المؤسسات تعمل على تخفيض أسعار السلع والخدمات واستخدام سياسة سعرية مناسبة.
- **مرحلة الانتعاش**: تتميز هذه المرحلة أن يبدأ الاقتصاد بالتعافي وتدور حركة الإنتاج من جديد ويتم توفير فرص عمل، إن المؤسسات الصحية تبدأ بزيادة كمية تقديم السلع والخدمات المعروضة في السوق، وتعمل على رفع السعر تدريجياً وفقا لسير الانتعاش، ويلاحظ زيادة الطلب على مختلف أنواع السلع والخدمات، ومن ثم تستطيع المؤسسة أن تتحرك بحرية أكبر في اتخاذ قراراتها السعرية والتمتع باستقلالية واضحة في صياغة استراتيجية التسعير.

٢. **التطور التكنولوجي:** يلعب دوراً هاماً وفعالاً في تخفيض تكاليف إنتاج السلع والخدمات، ولأن التكاليف هي القاعدة الأساسية والتي تبين عليها مهمة تحديد الأسعار، فإن الأسعار ستخفف عندما تنخفض التكاليف، وإن المؤسسات الصحية التي تعتمد على تكنولوجيا متطورة، تمكنها من تقديم خدمات ذات جودة مرتفعة وأسعار مناسبة، إضافة إلى تقليل استخدام العاملين وبذلك تنخفض تكلفة الإنتاج.

٣. **الطلب:** يحتاج المسوقون أن يعرفوا عدد المرضى الذين يطلبون خدماتهم والكمية التي يرغبون في الحصول عليها والتي تعتبر قاعدة في تحديد السعر ودرجة حساسيته في السوق.

٤. **القوانين والتشريعات:** تتخذ الحكومات قرارات تتعلق بالأسعار لمعاجلة ظاهرة اقتصادية معينة، فيمكن للدولة أن تثبت الأسعار عند مستوى معين أو تحدد المعدات التي يفترض أن تكون عليها تسن القوانين والتشريعات بهدف حماية الفرد ومؤسسات الخدمات الصحية وذلك:

- للسيطرة على أسعار الخدمات الصحية لأهميتها بالنسبة للفرد والمجتمع؛
- لدعم أسعار السلع والخدمات الصحية من قبل الدولة؛
- للسيطرة على جودة السلع والخدمات الصحية؛
- لوجود مراكز صحية ومستشفيات تابعة للدولة، والتي تقدم خدماتها بأسعار رمزية أو مجاناً.

٥. **الزبون:** للزبون المستفيد من الخدمات الصحية دور أساسي في قبول مستوى معين من السعر أو عدم قبوله، لأنهم يستندون في اتخاذ قرار الشراء على تحديد أعلى سعر مقبول، وإذا تجاوز سعر السلع والخدمات الصحية فإنهم لا يشتروها في المقابل، وبالتالي ستقوم إدارة المؤسسة الصحية بتحديد السعر الذي يكون في متناول الزبون، لذا على مخطط السعر دراسة خصائص الزبائن الذين لهم علاقة بالخدمة مع إدراكه أن سلوك المشتري تجاه السعر يتوقف على عدة عوامل منها:

- **درجة الحساسية للسعر:** يختلف رد فعل الزبون لأي تغيرات في الأسعار حسب العديد من العوامل منها القدرة الشرائية والدخل الفردي، وهذه الحساسية تنعكس بشكل مباشر على حجم السلع والخدمات المقدمة ومن ثم فإنها سوف تشكل ضغطاً على قرارا التسعير، فإذا كانت حساسية الزبون للسعر منخفضة فإن في مقدور مخطط السعر أن يحدد السعر الذي يحقق أهداف المؤسسة دون خوف من رد فعل الزبائن، أما في الحالة العكسية، فعلى مخطط السعر أن يحسب ردود الفعل لكل بديل سعري وما سيخسره أو يكسبه من السلع والخدمات المقدمة وأرباح.

- **الصورة الذهنية التي يحملها الزبون للخدمة:** كلما كانت هذه الصورة قوية وإيجابية يكون الزبون على استعداد لدفع أسعار أعلى مقابل الحصول على الخدمة والعكس صحيح، وبذلك على مخطط السعر أن يستوعب هذه الحقيقة ويسعر خدماته على أساسها.
- **درجة إدراك الزبون للربط بين السعر والمنفعة المتوقعة:** حيث أنه إذا ما تمكن الزبون من الوصول إلى القيمة المضافة، من خلال الربط بين سعر الخدمة والمنافع المتوقعة منها، فإنه سيكون أكثر قدرة على قبول السعر أو رفضه، ومن ثم فإنه يجب على مخطط السعر أن يسعى لمساعدة الزبون على إدراك العلاقة بين السعر والمنافع المتوقعة من الخدمة، كي يضمن بيع خدمته بالسعر المعلن والذي يحقق القيمة الأعلى للزبون.
- **درجة أهمية الخدمة بالنسبة للزبون:** ونقصد بذلك موقع الخدمة في سلم احتياجات وتفضيلات الزبائن، فكلما كانت الخدمة مهمة من وجهة نظر المريض فإنه سيكون مستعداً لدفع سعراً أعلى، أما إذا كانت الخدمة غير مهمة من وجهة نظره فإنه لا يكون مستعداً لدفع السعر الذي يعتقد أنه أعلى من قيمة السلعة والخدمة والتي تقع في آخر اهتماماته.

٦. **خصائص السوق:** وتتمثل تلك الخصائص فيما يلي:

- **دوافع الشراء:** وهنا نجد أن فاعلية السعر تختلف كعنصر مساعد في البيع للخدمة حسب دوافع الشراء.
- **معدل تكرارية الشراء:** السلع والخدمات ذات معدل دوران مرتفع تكون هامش ربح منخفض، وعلى النقيض من ذلك السلع والخدمات بطيئة الدوران هامش الربح يكون فيها مرتفع.
- **الطلب السوقي:** حيث أنه عندما يكون الطلب غير مرن على سلعة أو خدمة ما فإن محاولات تخفيض السعر لن تجدي في زيادة حجم السلع والخدمات المقدمة، بل قد يؤثر ذلك فقط على حجم الإيرادات إذ ستميل إلى انخفاض السعر.
- **هيكل وأنماط توزيع الدخل:** يجب التنبيه على المؤسسات الصحية بأنه إذا حدث أي تغيير في هيكل وأنماط توزيع الدخل في المجتمع، فإنه لأبد أن يصاحب ذلك إحداث تغيير في الهيكل السعري فزيادة مستويات دخول الفئات المتوسطة قد تدفع بعض المؤسسات الصحية إلى تخفيض أسعار بعض خدماتها أمالاً في كسب أفراد تلك البيئة.

٧. **المنافسة:** يجب على المؤسسة الصحية التنبه للسياسات السعرية للمنافسين وتكييف أو تعديل الأسعار طبقاً لذلك، كما أن السعر يؤثر في الموقع التنافسي للمؤسسة الصحية وحصتها في السوق، مع العلم أن أسعار الخدمات الصحية تتأثر بطبيعة المنافسة في السوق، فإذا كانت المنافسة شديدة تكون الأسعار متقاربة، أما إذا كان مقدم الخدمات الصحية منفرداً بالسوق ومحتكراً فإن الأسعار تميل إلى الارتفاع، حيث تؤثر المنافسة تأثيراً ملحوظاً على الأسعار وذلك حسب الأسواق والتي تنقسم إلى:

- **سوق المنافسة التامة:** تتحدد الأسعار على أساس التفاعل بين قوى العرض والطلب، ولا يكون للمؤسسة أي سيطرة على الأسعار.
- **سوق الاحتكار:** تقوم المؤسسة الصحية المحتكرة بتحديد السعر المرتفع الذي يحقق لها أكبر الأرباح، ويلاحظ هنا أن المحتكر لا يمكنه التحكم في كل من الخدمات المطلوبة والسعر في وقت واحد، بل من الواجب عليه أخذ مرونة الطلب على السلعة أو الخدمة في الاعتبار، إذ كثيراً ما يلزم لتحقيق الزيادة في الخدمات المقدمة عمل التخفيضات اللازمة في سعر تقديم الخدمة.

- **سوق المنافسة الاحتكارية:** في مثل هذه الحالة يمكن لكل مؤسسة إتباع السياسة السعرية الملائمة لها وذلك نظراً لوجود عدد كبير من مقدمين الخدمات الصحية الذين يتبعون سياسة التمييز، والتي من شأنها الخروج بالخدمة في مجال النمطية حيث يتمكن كل منتج من السيطرة على جز معين من السوق.
- **سوق احتكار القلة:** وفي مثل هذه الحالة تتبع معظم المؤسسات الصحية السياسة السعرية للمؤسسة القائدة الأكثر نفوذاً في سوق السلع أو الخدمات، حيث تضع هذه المؤسسة الصحية مستوى للأسعار تتبعه المؤسسات الأخرى في سوق السلع أو الخدمات.

٨. **الكثافة السكانية:** إن زيادة الكثافة السكانية يلعب دوراً كبيراً في زيادة الطلب على الخدمات الصحية، فكلما زاد الطلب على الخدمات الصحية تستطيع المؤسسات الصحية رفع أسعار خدماتها، مثل اللقاح ضد السل، اللقاح الثلاثي، لقاح التيفوئيد، خدمات الولادة، التصوير الشعاعي، التحاليل المرضية، الفحص ورعاية الشيخوخة، ورعاية الأمومة والطفولة وغيرها من الخدمات الصحية.

٩. **المهنة:** هناك مخاطر في الكثير من المهملين، وكلما ازداد عدد المصانع زادت نسبة وقوع الحوادث والتي تتطلب رعاية صحية، والعاملين في المؤسسات الصحية أكثر عرضة للأمراض لاتصالهم المباشر بالمرضى، وكلما زاد الطلب كلما زادت امكانية رفع أسعار الخدمات الصحية.

١٠. **التحصيل الدراسي:** إن لارتفاع مستوى التحصيل الدراسي دوراً فعالاً في زيادة الوعي الصحي للأفراد، والذي يساهم في زيادة الطلب على الخدمات الصحية، ووجود الطلب سوف يسهل تنفيذ استراتيجيات رفع الأسعار.

١١. **الاعتبارات الأخلاقية:** يقصد بها المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة تجاه المجتمع، فإذا كانت المؤسسة قادرة لأن تحدد السعر الذي ترغبه، فإن هناك محددات أخلاقية يجيب عليها الالتزام بها من أجل تعزيز الصورة الذهنية لها فيجب على المؤسسة كبح جماح الأسعار بحيث لا تفوق قدرة الزبون.

٢-٢-٢-١-٢ العوامل الداخلية:

يمكن إيجاز العوامل الداخلية فيما يلي:(يوسف،٢٠٠٩، ص١٦٤-١٦٧)

١. **مقدم الخدمة:** إن تكاليف مقدم الخدمة الصحية، والأنشطة والفعاليات الخاصة بذلك، وتكاليف السلع والخدمات الإنتاجية التي تدخل أو تساعد على إنتاجها جميعاً، تمثل تكاليف جزئية من التكلفة الإجمالية والتي بازديادها يزداد السعر.

٢. **الأهداف**: على متخذ القرار السعري أن يسأل قبل اتخاذ قراره الخاص بتحديد السعر، ما هو الهدف الذي سيسعى لتحقيقه عند وضع سعر محدد للسعة هل هو:

- تحقيق أعلى الأرباح.
- تحقيق أعلى تدفق نقدي.
- تحقيق أعلى مبيعات.
- تحقيق أعلى حصة سوقية.
- تحقيق الاستقرار والثبات لما هو قائم.

ثم يسعى المخطط بعد ذلك إلى تحديد السعر الذي يحقق له واحداً أو أكثر من تلك الأهداف مع الأخذ في الاعتبار ضرورة انسجام تلك الأهداف مع الأهداف العامة في المؤسسة الصحية وكذا مع الأهداف التسويقية.

٣. **التكاليف التسويقية:** تشكل التكاليف التسويقية (التوزيع، الترويج والبيع) عنصراً أساسياً من عناصر التكلفة، فكلما ارتفعت أدت إلى ارتفاع السعر.

٤. **الأهداف التسويقية:** تسعى إدارة التسويق إلى تحقيق مجموعة من الأهداف من خلال تحديد الأسعار، لإدراكها أهمية السعر لاتخاذ قرار الشراء، خاصة لذوي الدخل المحدود، حيث دخولهم لا يمكنهم من الحصول على خدمات صحية ذات أسعار مرتفعة من جهة، ولحاجتهم للخدمات الصحية من جهة أخرى وعدم إمكانية حرمانهم منها، وبما أن هذه البيئة تمثل قاعدة واسعة في المجتمعات، فإن أداة التسويق تسعى إلى الوصول إلى أكبر عدد من الذين يحتاجون إلى الخدمات الصحية، من خلال استخدام سياسة الأسعار المنخفضة أو المعتدلة مع المحافظة على جودة هذه الخدمات بما يحقق لهم الاستفادة منها وتحقيق الشفاء.

٥. **التكلفة:** إن المؤسسات الصحية تعمل على تقليل التكاليف، وذلك من خلال تنظيم وتنسيق العمل، ومنع الازدواج والتضارب، تحقيق أفضل الصفقات من حيث الأسعار والجودة مع استخدام نظام توزيعي فعال وغيرها من الأنشطة التي تقوم بها المؤسسة، لأن العاملين فيها يدركون بأن السعر جيب أن يغطي هذه التكاليف ويضيف نسبة الربح.

٦. **درجة تفرد الخدمة وتميزه:** أي احتوائه على بعض الخصائص والمميزات التي لا توجد في غيره من الخدمات الأخرى حيث أن ذلك يجعل الزبون غير قادر على إجراء المقارنات السعرية بين تقديم خدمات والخدمات الأخرى المنافسة لها.

٧. **الاعتبارات التنظيمية:** يقصد بالاعتبارات التنظيمية تحديد تلك الجهة المسؤولة عن تحديد الأسعار، وفي الحقيقة فإن ذلك يتوقف على عوامل كثيرة منها نوع التنظيم، عدد المستويات التنظيمية، حجم المؤسسة الصحية وسعتها، وينبغي الإشارة إلى أنه نتيجة لتعدد الخدمات في المؤسسة الصحية، توجد لها خدمات منافسة متعددة ونتيجة للاعتماد على الإعلان في الترويج، ورغبة الإدارة في عدد كبير من المؤسسات في إتباع سياسة السعر الموحد لنفس الخدمة، فقد أصبح التسعير مسؤولية الإدارة العليا في المؤسسة، خاصة وأن قرارات التسعير تتطلب أن يكون هناك تكامل بين النواحي الإنتاجية والمالية والقانونية والنواحي المتصلة بالعلاقات العامة، غير أن ذلك لا يلغي المسؤولية عن إدارة التسويق بل عليها القيام بالدراسات اللازمة لتسعير خدمات المؤسسة، واقتراح الحالة للإدارة العليا وإدارة الشؤون المتعلقة بالتسعير ومن الاقتراحات الأنواع المختلفة من الخصم، تحديد الوقت الملائم لتغير السعر وحماية الموزع من مخاطر هذا التغير في السعر.

٨. **استراتيجية المزيج التسويقي:** يعتبر السعر من أهم عناصر المزيج التسويقي، بل أن إحداث أي تغيير في الأسعار سوف يتبعه تغيرات أخرى في عناصر المزيج التسويقي:

- فالنسبة لسعر الخدمة المرتفع قليلاً يؤدي إلى قلة الطلب على الخدمة، ومن ثم يؤدي ذلك إلى خفض حجم الإنتاج، فارتفاع التكلفة الثابتة ومن ثم ارتفاع التكلفة الكلية للخدمة.
- بالنسبة لقنوات التوزيع يرتبط السعر بقنوات التوزيع، فالخدمات ذات الجودة المرتفعة والسعر العالي توزع بمنافذ توزيعية منتقاة لتعكس طبيعة الخدمة وسعرها، كما توزع الخدمات ذات الأسعار المنخفضة من خلال منافذ توزيعية مكثفة.
- بالنسبة للترويج للسعر علاقة أيضا بأدوات الترويج المختارة، فالخدمات المرتفعة الثمن غالباً ما يفضل فيها إتباع أسلوب البيع الشخصي، بينما الخدمات ذات السعر المنخفض يستخدم فيها الإعلان بشكل مكثف.

٢-٢-٢-٣ ربط الصحة بالاقتصاد:

عند محاولة الربط بين الصحة والاقتصاد عادة ما يفكر الفرد في:

- الصحة هي أثمن سلعة أو خدمة ممكن أن يحصل عليها الفرد، ويجب عليه عمل أي شيء من أجل الحفاظ عليها. (أي أغلى ما يملكه الإنسان)
- الرعاية الصحية ستعاني من مشكلة عدم وصول الفرد إليها وذلك لاستمرار ارتفاع تكاليفها فقد تصبح غير متاحة لمعظم الناس الذين بحاجة إليها.

على الرغم من أن المصطلحين السابقين يبدو أنهما متناقضان، إلا أنهما يتفقان في أن الصحة لا تُقدر بثمن سواء كان بالمعنى الأخلاقي (لا تُقدر بثمن) أو بالمعنى الاقتصادي (مكلفة للغاية). (المكردي،٢٠٢٣، ص٢-٧)

٢-٢-٢-٤ المشكلة الاقتصادية في القطاع الصحي:

- كما نعلم أن القطاع الصحي يتكون من مجموعة من الخدمات والعمليات المنتظمة من الرعاية الصحية الأولية إلى الجراحة إلى تحسين الصحة وطب الأسنان والخدمات الفنية المساعدة في الكشف عن الأمراض، بالإضافة إلى السياسة الصحية التي تهدف إلى تنظيم أعمال القطاع الصحي وتحسين كفاءته وفاعليته بما يحقق الصحة للجميع، وهذا الأمر يتطلب العمل الصحي في مختلف مكونات النشاط الصحي بكفاءة وفاعلية من قبل متخصصين في الإدارة الصحية.
- وتكمن المشكلة الاقتصادية في القطاع الصحي في ندرة الموارد وتعدد الحاجات والرغبات واختلاف أسعار الخدمات الصحية المقدمة في المنظمات الصحية فالاقتصاد الصحي يُعنى بدراسة الندرة ودراسة معايير تسعير الخدمات الصحية لضبط أسعارها وتقديم خدمات صحية بسعر مناسب.

٢-٢-٢-٥ الاختيار وتكلفة الفرصة البديلة:

هذان المفهومان هما الأهم في الاقتصاديات فطالما أن المريض ذو الدخل المنخفض لا يستطيع أن يحصل على خدمة ذات جودة عالية وبسعر منخفض فإنه يجب عليه أن يتم الاختيار، وذلك لندرة الموارد وارتفاع أسعار الخدمة الصحية المقدمة فإن المريض عند اختياره لخدمة ما بشكل أساسي يختار الخدمة التي تعطي له قدر من الفائدة وبتكلفة مناسبة وبالتالي يحجم عن اختيار الخدمة البديلة ذات الجودة العالية ذات التكلفة العالية. (Guinness, Wiseman, 2015, P19)

٢-٢-٣أسس التحكم بقرارات تسعير الخدمات الصحية

٢-٢-٣-١-١قرار التسعير:

إن قرار تسعير السلع والخدمات الصحية يتوقف إلى حد كبير على تكلفة هذه السلع والخدمات المقدمة، وقد تختلف الآراء العلمية والاقتراحات العملية فيما يتعلق باختيار الأساس المناسب للتسعير خاصة حدود الفترة الزمنية التي يتوقع أن يسري خلالها هذا السعر، وبشكل عام تعتمد المؤسسات الصحية لتحديد أسعار سلعها وخدماتها على العديد من الأسس منها: (يوسف،٢٠٠٨، ص١٦٨-١٦٩)

- **التكاليف:**

تشكل التكاليف العنصر الأساسي في تحديد الأسعار لأن السعر يجب أن يغطي هذه التكاليف مع إضافة الربح، وكلما ارتفعت التكاليف تؤثر بشكل مباشر بارتفاع الأسعار، وكلما انخفضت هذه التكاليف بدئها إلى انخفاض الأسعار، وتزداد التكاليف في المؤسسات الصحية عندما تقوم بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية ومميزة.

- **حجم الطلب والقوة الشرائية:**

يتأثر حجم الطلب بشكل مباشر بالقوة الشرائية، فكلما كانت القوة الشرائية مرتفعة زاد حجم الطلب، فعندما يزداد الطلب على الخدمات الصحية فإن الأسعار ترتفع.

- **أسعار المنافسين:**

إن المؤسسات التي تعمل في سوق تنافسية شديدة، تكون أسعار الخدمات متقاربة وبشكل عام تستخدم أسعار مناسبة لكسب الزبائن والمحافظة على حصتها السوقية.

- التسعير للمنتجات الصحية تستطيع المؤسسات الصحية أن تحدد أسعاراً مختلفة لمنتجاتها استناداً إلى:
- مستوى تميز الخدمات وانفراد المؤسسة بتقديمها للسوق أو انفراد عدد قليل جداً من المؤسسات بتقديمها بمستوى عالي من الجودة مثل (عمليات التجميل، أطفال الأنابيب، زراعة القلب، ففي هذه الحالة تقوم المؤسسة بتحديد أسعار مرتفعة.
- عندما يكون عرض الخدمات الصحية أقل من الطلب عليها، اضافة إلى ضرورة هذه الخدمات، لاستمرار الزبون على قيد الحياة، فيكون على استعداد لدفع سعر أعلى للحصول عليها.
- شهرة المؤسسة الصحية ومستوى الثقة يعمل على زيادة الطلب على خدماتها، وبالتالي استخدام سياسة سعرية مرتفعة.

٢-٢-٣-١-٢تأثير المدى الزمني على قرارات التسعير:

إن قرارات التسعير تتغير حسب المدى الزمني المرتبط به وحسب طبيعة متخذ القرار، فهو يعتبر من أهم القرارات التي تتخذها المنظمة الصحية فهو لا يعتبر تسويقياً أو تمويلياً، بل يمتد ايضاً لكل نواحي أنشطة المنظمة بما يؤثر على قدرة المنظمة على البقاء والاستمرار والمنافسة في العمل على المدى الطويل.

فمعظم قرارات التسعير تتعلق إما بالزمن القصير أو بالزمن الطويل، ولقرارات الزمن القصير مدى زمني أقل من سنة واحدة وتسجل قرارات مثل تسعير الأوامر الخاصة التي تتم لمرة واحدة دون أي تأثير

على المدى الزمني الطويل، أما القرارات طويلة الأجل فمداها الزمني أكثر من سنة واحدة وتشمل تسعير الخدمة في الجهة أو المكان الرئيسي حيث يوجد أساس للسعر، ويتأثر قرار التسعير في الزمن الطويل بعاملين هما:

- التكاليف الغير مناسبة لقرارات التسعير قصرية الأجل مثل التكاليف الثابتة التي لا يمكن أن تتغير وغالباً ما تكون ملائمة للزمن الطويل.
- هوامش الربح في قرارات تسعير المدى الطويل والتي يجب أن تحقق عائدا مناسبا على الاستثمار. (القباني ،٢٠١٢، ص ٣٧٧)
-

٢-٢-٣-١-٣ المعلومات اللازمة لاتخاذ قرار التسعير:

اتخاذ قرارات التسعير يحتاج توفر معلومات محاسبية واقتصادية ملائمة بجانب الخبرة العملية لدى متخذ القرار، حيث يقوم الباحث باختبار الفرضيات بجمع معلومات أساسية من المنظمة فيقوم بتوزيع الاستبيان على عينة من أفراد المنظمة ويتم تحليل البيانات باستخدام طرق إحصائية ورياضية بسيطة.

تمثل المعلومات أهمية بالغة في صنع قرارات التسعير، والذي يعتمد على توفر هيكل معلومات تتضمن عناصره الرئيسية ما يلي: (عمارة، ٢٠١٠، ص٢٤)

أ- مدى مرونة الطلب على الخدمة موضع التسعير.
ب- مستوى جودة الخدمة محل التسعير ومدى إمكانية تمييزه عن الخدمات المنافسة والبديلة.
ت- طبيعة السوق التي تعمل بها المؤسسة الخدمية إذا كانت احتكارية أو شبه احتكارية أو منافسة تامة.

دراسة وتحليل الزبائن الحاليين والمرتقبين بحسب الخصائص الديمغرافية (الدخل، السن، النوع، التوزيع الجغرافي، الجنسية، التعليم، .... الخ).

ث- دراسة وتحليل البيئة التنافسية، من حيث عدد المنافسين، ومزيج خدماتهم، وجودة خدماتهم، وأسعارهم، واتجاهاتهم الترويجية والتسعيرية، ومراكزهم السوقية ونقاط الضعف والقوة لديهم.
ج- دراسة وتحليل الخدمات المقدمة للزبائن حسب الزمن.
ح- تجزأه الخدمة وحساب تكلفة الخدمة المقدمة في كل مرحلة وتأثيرها على التكلفة الإجمالية.

فتوفر المعلومات الدقيقة والموضوعية في الوقت المناسب يساهم وبشكل كبير في اتخاذ قرارات تسعير مناسبة وتؤمن خدمات مقبولة لدى الزبائن وبدرجة عالية، ما يدعم قدرتها التنافسية واستمراريتها في سوق الخدمات الصحية وتحقيق أهدافها الاستراتيجية.

٢-٢-٣-١-٤متخذو قرار التسعير:

يجب على إدارات المؤسسات أن تحدد فإن الجهة المسؤولة عن عملية التسعير وتختلف باختلاف حجم المؤسسة، وفي حالة مؤسسة كبيرة الحجم فان مسؤولية التسعير توكل بمسؤولي الدوائر والفروع، أما في المؤسسات الصغيرة تقع مسؤولية التسعير على عاتق الإدارة العليا.

فقد تقوم بعض المؤسسات بتشكيل كان لتسعير خدماتها تكون مكونة من دوائر التسويق والعمليات والتسهيلات والفروع والمحاسبة الإدارية والتخطيط وتقوم هذه اللجان بالاجتماع بشكل منتظم أو عند الحاجة وتسلم مقترحاتها للإدارة العليا لمراجعة الأسعار.

لكي يتم التخطيط للسعر بمعزل عن رغبات وحاجات الزبائن يجب عدم اغفال دور المستويات الإدارية المختلفة في عملية التسعير وخاصة التي تتعامل مع الجمهور، وذلك بسبب أن هذه المستويات على اطلاع دائم بحاجات ورغبات الزبائن، بالإضافة إلى أن هذه المستويات قد تكون رافداً مهماً للمعلومات من واقع تعاملها المباشر مع الزبائن (قطيشات،٢٠١٣، ص١١٠-١١١).

٢-٢-٣-١-٥معوقات اتخاذ قرار التسعير:

تواجه عملية اتخاذ قرار التسعير وتصميم سياساته العديد من القيود والمعوقات سنذكر فيما يلي بعضاً منها: (قطيشات، ٢٠١٣، ص١٣٦)

أ- عدم توفر الوقت الكافي لمتخذي القرارات الخاصة بالتسعير لقراءة الكتابات والبحوث الخاصة بتحليل المعلومات وكل ما ينشر من بيانات الأسعار.
ب- اختلاف أهداف التسعير من الناحية العملية عن تلك الأهداف التي تسعى البحوث لبلوغها.
ت- تعدد أنواع الخدمات التي تقدمها بعض مؤسسات الخدمات الصحية.
ث- صعوبة إيجاد طريقة لقياس تأثير وجود الخدمات البديلة على قرار التسعير.
ج- صعوبة تقدير ردود أفعال المنافسين والزبائن لقرارات التسعير.
ح- عدم توفر الإمكانيات المادية والمالية والوقت الكافي لتقدير الطلب على الخدمة والاكتفاء على الخبرة والمكتسبات القبلية والقرار الشخصي في تحديد السعر.

٢-٢-٣-٢مراحل تحديد السعر: يمكن تحديد خطوات تحديد السعر بمرحلتين:

٢-٢-٣-٢-١تحليل ودراسة العوامل البيئية:

يتم في هذه المرحلة التعرف على العوامل البيئية وتحديد العوامل المؤثرة على السعر، وبعد ذلك تحديد الأهداف السعرية المراد تحقيقها بعدها تحديد خصائص الأسواق المستهدفة توضح كما يلي:(الجياشي، وآخرون،٢٠٠٢، ص٣٠-٣١)

١. **التحليل البيئي والعوامل المؤثرة على السعر:**

يتطلب عند قرار التسعير دراسة جميع الظروف المتعلقة بالسعر ومدى انعكاسها على سعر الخدمة الصحية، ومن هذه العوامل ما يمنح القوة والدعم لمتخذ قرار التسعير والبعض الآخر يمثل نقاط ضعف، فالمنافسة الشديدة تمثل تهديداً لمتخذ القرار في حين تميز الخدمة يمثل دعماً لقرار التسعير

(فهي أكبر مؤثر على سعر المنتج لأنه في حالة ارتفاع تكاليف الإنتاج فسوف يكون سعر المنتج النهائي مرتفع).

٢. **تحديد أهداف استراتيجية التسعير:**

تساعد استراتيجيات التسعير على اختيار الأسعار التي تزيد من الأرباح، مع مراعاة طلب الزبون والسوق وتأخذ استراتيجيات التسعير في الاعتبار العديد من عوامل العمل، مثل أهداف الإيرادات وأهداف التسويق والمجتمع المستهدف ووضع العلامة التجارية وسمات المنتج، كما أنها تتأثر بعوامل خارجية، مثل طلب الزبون، والأسعار التنافسية، والاتجاهات العامة للسوق والاقتصاد.

٣. **تحديد خصائص الأسواق المستهدفة:**

في هذه المرحلة يتم تحديد القيم السلوكية التي تدفع الزبائن إلى التصرف بشكل معين أو غيره، لذلك فإن خصائص الزبائن المحتملين، مدى قدرتهم الشرائية، معرفة توقعاتهم لمستويات الأسعار، ورغباتهم تعتبر من الأمور المهمة التي ينبغي على متخذ قرار التسعير أخذها بالاعتبار عند اتخاذ قرار تحديد السعر.

٢-٢-٣-٢-٢تحديد سعر الخدمات الصحية:

في هذه المرحلة تقوم المؤسسة بتقدير الطلب، تقدير التكاليف والايرادات، ثم تحليل العلاقة بين التكلفة المبيعات والربح بعد ذلك دراسة وتقييم تكاليف وأسعار المنافسين، لاختيار سياسة التسعير المناسبة وتحديد سعر الخدمة الصحية، وهذا ما سنوضحه في النقاط التالية:(القواس، وآخرون، ٢٠١٤، ص٢٥-٢٧)

١. **تحديد الطلب:**

إن السعر الذي تحدده المؤسسة لخدمتها له أثر في مستوى الطلب على هذه الخدمة، فالتغيير في الأسعار يؤدي إلى تغيير الكميات المطلوبة في الأوضاع الطبيعية، لذا فالعلاقة بين السعر والطلب عكسية، بمعنى أن انخفاض السعر يؤدي إلى زيادة الطلب بينما زيادة السعر يؤدي إلى انخفاض الطلب مع ثبات العوامل الأخرى المتعلقة بالزبون كالقدرة الشرائية رغبات وأذواق الزبائن وكذلك ثبات العوامل الأخرى المتعلقة ببنية المزيج التسويقي (الخدمة والترويج والتوزيع).

٢. **تحديد العرض:**

إن السعر الذي تحدده المؤسسة لخدمتها له أثر في مستوى العرض للخدمات الصحية، فالتغيير في الأسعار يؤدي إلى تغيير الكميات المعروضة في الأوضاع الطبيعية، لذا فالعلاقة بين السعر والعرض طردية، بمعنى أن انخفاض السعر يؤدي إلى انخفاض العرض بينما زيادة السعر يؤدي إلى زيادة العرض مع ثبات العوامل الأخرى، حيث يعتمد عرض الرعاية الصحية بصفة أولية على هذه العوامل الاقتصادية: كتكلفة المدخلات، سعر الناتج النهائي، والقيود المفروضة بالتكنولوجيا المتاحة.

حيث أن تكاليف المدخلات وسعر الناتج: في كل هيكل سوقي متصور حلله الاقتصاديون، وجدوا أن أسعاراً أعلى للمدخلات تؤدي إلى تكلفة أعلى وبالتالي أسعاراً أعلى للناتج النهائي، وهذا صحيح في أسواق الرعاية الصحية سواء كانت المؤسسة هي مستشفيات لا تهدف إلى الربح، أو مصانع أدوية تسعى إلى تعظيم الربح.

٣. **تقدير التكاليف والايرادات:**

- **حيث أن تقدير التكاليف:**

يمكن النظر إلى التكاليف على أنها القاعدة التي لا يستطيع القائمون على النشاط التسويقي تسعير منتجاتهم بأقل منها على المدى الطويل، بينما يمكن اعتبار الطلب هو الحد الأعلى الذي لا يستطيعون تجاوزه، أيضاً يمكن التمييز بين نوعين من التكاليف التي تتكبدها المؤسسة أثناء عملها لتوفير السلع والخدمات، وهذه التكاليف ثابتة ومتغيرة حيث أن:

- **التكاليف الثابتة الكلية:**

هي التي لا تتغير في مجموعها الحاصلان بتغير عدد السلع والخدمات المقدمة ومن أمثلتها إيجار المؤسسة الصحية، وهذه التكاليف ليست ثابتة ثباتا مطلقاً بمعنى أنها غير قابلة للزيادة أو النقصان.

- **التكاليف المتغيرة الكلية:**

تشير مجموع التكاليف المتغيرة والمتعلقة مباشرة بإنتاج أو بيع السلع والخدمات، ويشمل هذا النوع من التكاليف تلك التكاليف المتعلقة بالمواد الأولية أجور العاملين ويفترض أن تكون هذه التكاليف صفراً عندما لا يكون هناك إنتاجاً على الإطلاق، ويشتق من التكاليف المتغيرة الكلية متوسط التكاليف المتغيرة وهو نصيب الوحدة الواحدة من التكاليف المتغيرة.

- **مجموع التكاليف:**

وهو عبارة عن مجموع التكاليف الثابتة والمتغيرة للسلع والخدمات المقدمة، فكلما زادت هذه الوحدات كلما زادت هذه التكاليف، نتيجة لزيادة مجموع التكاليف المتغيرة نتيجة الزيادة في استخدام المواد الأولية.

- **متوسط التكاليف الكلية:**

وينتج ذلك من قسمة التكاليف الكلية على عدد السلع والخدمات المقدمة، وتنخفض هذه التكاليف كلما زادت عدد السلع والخدمات المقدمة، نتيجة لانخفاض نصيب الوحدة الواحدة من التكاليف الثابتة.

- **التكلفة الحدية:** تتكبدها المؤسسة نتيجة إنتاج وحد واحدة، إضافية أي التكاليف التي تتحملها.

التكلفة الحدية=التغير في التكلفة الكلية÷ التغير في الكمية المطلوبة

- **حيث أن تقدير الإيرادات:**

يقصد به مجموع ما يرد إلى المؤسسة من مبالغ نتيجة المبيعات وغيرها، وتختلف الإيرادات عن الأرباح بأن جزءاً من الإيرادات يأتي لتغطية التكاليف وما يزيد عن التكاليف يكون أرباحاً، **أما الإيراد الحدي** فيقصد به التغير في الإيراد الكلي نتيجة بيع وحدة واحدة إضافية، وفي حال تساوي السعر لجميع السلع والخدمات المقدمة فإن الإيراد الحدي يتساوى مع **متوسط الإيراد،** وهو مجموع الإيراد الناتج عن عمليات البيع مقسوماً على عدد السلع والخدمات المقدمة، ولكن الذي يحدث في الحياة العملية أن المؤسسات قد تعمل على تخفيض أسعارها لتتمكن من تقديم سلع وخدمات إضافية وبالتالي ينخفض الإيراد الحدي حتى يتساوى مع الكلفة الحدية بحيث تصل الارباح إلى الصفر، وإذا استمرت المؤسسة في تخفيض السعر فإنها ستحقق خسائر.

(وراضي،٢٠٠٣، ص ١٢٣-١٣٥)

٤. **تحليل العلاقة بين التكلفة والمبيعات والربح:**

إن تحليل العلاقة بين التكلفة والحجم والأرباح يقوم على أساس إمكانية الفصل بين التكاليف المتغيرة وبين التكاليف الثابتة، من أجل بقاء المؤسسة الصحية واستمرارها في العمل فإنها تحاول وضع السعر الذي يغطي جميع التكاليف على أقل تقدير، فالسعر يتأثر بالتكلفة وهو يؤثر على حجم المبيعات وفي هامش الربح المحقق للوحدة والتي سوف ينعكس أثره على الايراد الكلي للمؤسسة من بيع الخدمة بهذا السعر، وعليه فإن دراسة العلاقة بين العناصر الثلاثة لها صلة وثيقة بعملية التسعير وتحديد السعر النهائي.

- **اختيار سياسة التسعير:**

هي مجموعة قواعد ومبادئ التي يتم الالتزام بها في كل مرحلة من مراحل العمل وإجراءات تؤثر على السعر، وعند تحديد السياسة السعرية يجب مراعاة الآتي:

- القدرة على التعامل مع الخدمات الجديدة.
- مراعاة الظروف التنافسية.
- مراعاة التقييد بالتعليمات الحكومية وخاصة ما يتعلق بالسعر.
- تنفيذ أهداف التسعير.
- الأخذ بعين الاعتبار الظروف الاقتصادية.

- **قضايا أخلاقية وقانونية تتعلق بالتسعير** (ديب،٢٠٢٠، ص٢٠١-٢٠٣)

عند تحديد الأسعار يتم أخذ بعض القضايا الأخلاقية والقانونية بعين الاعتبار ومن أهم هذه القضايا:

أ-التسعير الاحتكاري:

يحصل هذا التسعير عندما تحدد المنظمات الصحية المهيمنة أسعاراً أقل من التكلفة لغرض اخراج المنظمات الصحية الأخرى المنافسة لها خارج السوق، وتأمل المنظمة الصحية المهيمنة عادةً أن تقوم برفع الأسعار بعد القضاء على المنافسة مما يمكنها من تحقيق أرباح تغطي خسائرها.

ب-التسعير الأفقي:

يعني هذا التسعير وجود اتفاق بين منظمات صحية متنافسة لتثبيت سعر واحد متطابق هذه الطريقة تقلل من المنافسة وتعتبر غير قانونية في الكثير من الدول.

أ- الأسعار المرجعية الخادعة:

- السعر المرجعي هو ذلك السعر الذي يستخدمه عملاء المنظمة للمقارنة مع سعر البيع الفعلي للخدمة مما يسهل عليهم عملية التقييم.
- عندما يقارن العميل السعر المخفض مع السعر المرجعي فإن ذلك يؤدي إلى زيادة إيجابية في إدراكهم لقيمة الخدمة.
- فإذا كان السعر المرجعي صحيحاً سيكون الإعلان مفيداً للعميل.
- أما إذا تضخم السعر أو إذا كان السعر وهمياً فسيكون الإعلان خادعاً وقد يسبب ضرراً للعميل.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية

المبحث الأول: الطرق والإجراءات

المبحث الثاني: وصف متغيرات البحث ونتائج اختبار الفرضيات

المبحث الثالث: الاستنتاجات والتوصيات

الفصل الثالث

الدراسة الميدانية

تمهيد

يتناول هذا الفصل الدراسة الميدانية للبحث، حيث تم تقسيمة إلى ثلاثة مباحث، المبحث الأول طريقة وإجراءات البحث، والمبحث الثاني تحليل البيانات وفقرات الاستبيان (اختبار الفرضيات والاستنتاجات)، والمبحث الثالث النتائج والتوصيات.

المبحث الأول

٣-١الطريقة والإجراءات

يتناول هذا المبحث منهجية البحث، ومصادر جمع البيانات وكذا مجتمع البحث وعينتها، والأداة المستخدمة في جمع البيانات وطريقة بنائها، وكذلك الإجراءات المستخدمة في اختبار صدق وثبات أداة البحث، كما يُعرض هذا المبحث الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل بيانات البحث التي تم الحصول عليها.

٣-١-١منهجية ومجتمع الدراسة

٣-١-١-١منهج الدراسة:

استخدم الباحثون المنهج الوصفي والتحليلي، لأنه يناسب هذا النوع من الدراسات، باعتبار
الاستبانة أداة الدراسة لبحث عنوانه" معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية". (دراسة ميدانية في صنعاء)
في المستشفى الملكي، المستشفى اليمني الألماني، المستشفى الثورة العام، وزارة الصحة من خلال المقابلة.

٣-١-١-٢مصادر جمع البيانات

اعتمد البحث في جمع البيانات على المصادر الآتية:

المصادر الثانوية: حيث اتجه فريق البحث في معالجة الإطار النظري للبحث إلى:

مصادر البيانات الثانوية، والتي تتمثل في الكتب، والمراجع العربية والأجنبية، والدوريات والمقالات والتقارير، والنزول إلى المكتبة المركزية الرقمية للحصول على الأبحاث والدراسات اليمنية السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

وتم النزول إلى وزارة الصحة لأخذ البيانات والتعرف على مدى وجود معايير لتسعير الخدمات الصحية وتمت المقابلة مع الأشخاص المعنين (ومن خلال المقابلة مع الدكتور علي جحاف والدكتور علي مفتي والأستاذ عبدالله الشيخ) تم التعرف على أنه لا يوجد معايير محددة و واضحة في اليمن، ولكن ليس في اليمن فقط، إنما قد تم البحث عن معايير إقليمية أو عالمية وتبين عدم وجودها أو أنه لا يتم إيضاحها أو نشرها إلى دولة أخرى، حيث أنه لكل منطقة ومستشفى سعره الخاص في اليمن، وقد تم تسعير الخدمات الصحية باستخدام معيار التكلفة، وحساب التكاليف المباشرة وغير المباشرة، وتم تقسيم المستشفيات إلى ثلاث مستويات(A-B-C) بعد أن تم تقييم المستشفيات الخاصة من حيث البنية التحتية وتكلفة الأجهزة والعاملين عليها وشهرة الأطباء لذلك تختلف الأسعار في المستشفيات اليمنية.

ومن خلال المقابلة أتضح لنا أنه لا يوجد توحيد في البروتكولات (تقديم الخدمات) في المستشفيات الخاصة، ولا يوجد توحيد في المدخلات والمخرجات وهذا لا يؤثر على المستشفى فقط وإنما على الكادر نفسه، ويؤثر على الانفاق العام وليس على القطاع الصحي فقط، وكذلك ارتفاع الأسعار واختلافها في المستشفيات لعدم التوحيد في الخدمات الصحية المقدمة بمختلف أنواعها وأشكالها، وأنه لم يتم التوصل بعد في تحديد السعر وفقاً لمواصفات الأجهزة والوصول إلى هذا المستوى من الجودة في اليمن، وهذا ما جعل أسعار الخدمات الصحية تختلف في المستشفيات اليمنية، حيث أن تقديم الخدمات الصحية التي تقدم في المستشفيات هي خدمات منافسة احتكارية(أي أنه يتبع سوق المنافسة الاحتكارية في تقديم الخدمات الصحية)

وعندما تم السؤال عن أسعار المستشفيات الحكومية أتضح لنا أن وزارة الصحة ليس لها علاقة بتسعير الخدمات فيها وأن المستشفيات الحكومية مستقلة بذاتها ومن خلال النزول إليها تم التعرف بإن عملية تسعير الخدمات المقدمة منها يتم بصورة عشوائية دون الأخذ بمعايير التسعير للخدمات الصحية

المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث لجأ فريق البحث إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة. ومعرفة مدى الأخذ بالمعايير في المستشفيات اليمنية عند تسعيرها لخدمات المقدمة وبحسب كل مستشفى.

٣-١-١-٣مجتمع الدراسة:

تشمل الدراسة جميع الإداريين في قسم الإدارة المالية والتخطيط وإدارة التسويق في المستشفى الملكي، والمستشفى اليمني الألماني، والمستشفى الثورة العام.

٣-١-١-٤عينة الدراسة:

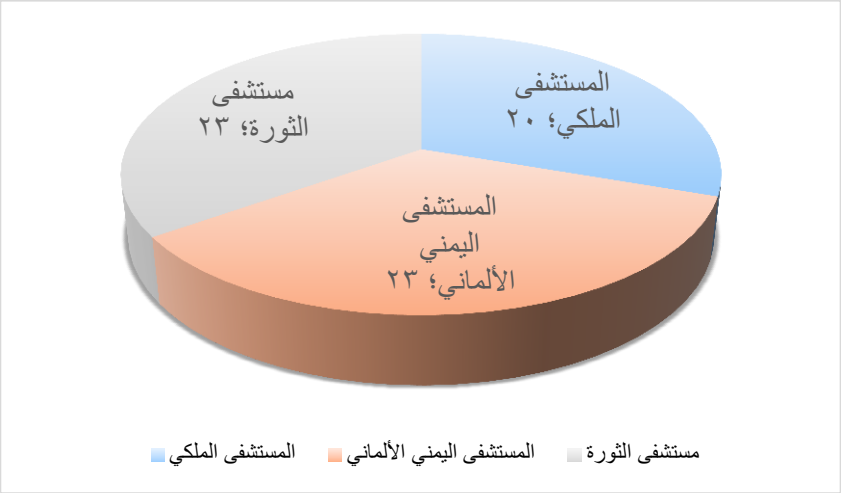
قام فريق البحث باختيار عينة البحث بطريقة عشوائية(الطبقي) والمتمثلة في المستشفيات محل الدراسة وهي كالتالي: المستشفى الحكومي (هيئة مستشفى الثورة العام) واثنين مستشفيات خاصة (المستشفى الملكي، والمستشفى اليمني الألماني) وتم توزيع استبيانات على مجتمع البحث، وأخذ عينة عمدية قصدية في وزارة الصحة متمثلة بالدكتور علي جحاف والدكتور علي مفتي والأستاذ عبد الله الشيخ في المقابلة.

توزيع المستجيبين وفقاً لمتغير المستشفى:

اسم المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
المستشفى الملكي	20	%30.3
المستشفى اليمني الألماني	23	%34.8
المستشفى الثورة العام	23	%34.8
المجموع	66	100%

جدول رقم (٣-١)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على(spss) ٢٠٢٣م



شكل (٣-١) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً للمستشفيات.

٣-١-٢تصميم واختبار أداة البحث

٣-١-٢-١تصميم أداة الاستبيان

اعتمد هذا البحث على الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية لهذا البحث، ولتحقيق أهداف البحث والإجابة على تساؤلاته واختبار فرضياته، حيث تم بناء الاستبانة بالاعتماد على المراجع السابقة ومن إعداد الباحثين، حيث تم تقسيم أداة الاستبانة إلى قسمين رئيسيين كالتالي:

القسم الأول:

يشتمل المتغيرات الديموغرافية لأفراد العينة والمتمثلة في البيانات الشخصية للإداريين (المستهدفين) (النوع، المؤهل العلمي، التخصص، المركز الوظيفي، سنوات الخبرة)

القسم الثاني:

يشتمل على فقرات الاستبانة والتي تم تصنيفها ضمن ثلاثة محاور، تضمن المحور الأول معيار التكلفة في المستشفى ويتكون من(٩) فقرات، والمحور الثاني معيار المنافسة في المستشفى ويتكون من(٧) فقرات،

والمحور الثالث معيار العائد في المستشفى ويتكون من(٤) وذلك في المستشفى الملكي والمستشفى اليمني الألماني لمستشفيات خاصة، والمستشفى الثورة العام لمستشفى حكومي، وأحتوى المحور على متغيرات التسعير الخدمات الصحية(٩) فقرات. وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لمعرفة مدى الموافقة أو عدمها بدقة. وكما هو مرجع في الاستبيان بالملحق رقم(١)

٣-١-٢-٢صدق وثبات الأداة (الاستبانة)

تم التحقق من صدق الاستبانة بطريقتين، هما: صدق المحكمين (الصدق الظاهري) وصدق الاتساق الداخلي.

٣-١-٢-٢-١ اختبار صدق الاستبانة:

تم التحقق من صدق أداة التحليل من خلال عرض الاستبانة على عدد المحكمين للحكم على مصداقية الأداة، واختيار المحاور الأساسية، وقد أعتمد الباحثون عند إعداد الاستبانة ومناقشتها مع المشرف ومن ثم تم عرضها على مجموعة من الأساتذة الجامعيين ذوي الخبرة، والاختصاص لإبداء رأيهم في مضمون فقرات المقياس وتم أخذ ملاحظاتهم وتعديل بعض الفقرات بناءً عليه، وكذلك إعادة صياغتها بما يتناسب واقع مجتمعنا اليمني، وقد تم اختيار فقرات الأداة والتي نالت على موافقة المحكمين.

٣-١-٢-٢-٢صدق الاتساق الداخلي:

لحساب صدق الاتساق الداخلي للاستبانة، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين درجة كل فقرة ومجموع المحور التي تنتمي إليه والدرجة الكلية للاستبانة، والجدول (٣-٢) يبين ذلك

معاملات ارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاستبانة في كل محور ومجموع المحور والدرجة الكلية للاستبانة

معيار التكلفة في المستشفى			معيار المنافسة في المستشفى			معيار العائد في المستشفى		
الفقرات	الارتباط بمجموع المحور	الارتباط بالدرجة الكلية	الفقرات	الارتباط بمجموع المحور	الارتباط بالدرجة الكلية	الفقرات	الارتباط بمجموع المحور	الارتباط بالدرجة الكلية
١	.409**	.354**	١	.769**	.668**	١	.689**	.748**
٢	.574**	.465**	٢	.515**	.355**	٢	.738**	.423**
٣	.615**	.548**	٣	.556**	.504**	٣	.719**	.563**
٤	.708**	.505**	٤	.690**	.559**	٤	.762**	.638**
٥	.705**	.568**	٥	.803**	.725**			
٦	.715**	.639**	٦	.715**	.675**			
٧	.637**	.538**	٧	.511**	.414**			
٨	.742**	.588**						
٩	.300*	.408**						
تسعير الخدمات الصحية			تابع تسعير الخدمات الصحية					
١	.396**	.280*	٦	.674**	.659**			
٢	.529**	.408**	٧	.855**	.623**			
٣	.661**	.552**	٨	.598**	.443**			
٤	.659**	.549**	٩	.515**	.317**			
٥	.646**	.386**						

جدول (٣-٢)

(**) تعني أن معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١).
(*) تعني أن معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥).

يتضح من الجدول (٣-٢) أن جميع فقرات الاستبانة في المحاور الخمسة ترتبط مع مجموع المحور التي تنتمي إليه، كما ترتبط مع الدرجة الكلية للاستبانة، بدلالة إحصائية إما عند مستوى (٠.٠١)، أو عند مستوى(٠.٠٥)، مما يعني أن جميع الفقرات تشترك في قياس ما وضعت من أجله.

٣-١-٢-٢-٣اختبار ثبات الاستبانة

إن ثبات أداة الدراسة يعني استخدام مقياس للحكم على جودة عملية التحليل وتبيان مدى إمكانية إعادة العمل للوصول إلى نفس النتائج، بمعنى آخر أن استخدام أي باحث لنفس الأسلوب ونفس الإجراءات المطبقة على مادة معينة سوف ينتهي الى نتائج واحدة، ويمكنه من عمل استدلالات صادقة من النص، بحيث تكون طريقة التصنيف ثابتة ومتسقة، وإحدى الخطوات المهمة في تحليل المحتوى يتضمن تطوير مجموعة واضحة من التعليمات المسجلة، وهذه التعليمات تسمح فيما بعد للمحللين الخارجين بالتحليل حتى يتم استيفاء متطلبات الدقة.

وتم التأكد من ثبات أداة البحث عن طريق معامل ألفا كرونباخ وذلك باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، والجدول التالي يبين نتائج اختبار معامل ألفا كرونباخ.

يبين ثبات الاستبانة بطريقة الفا كرونباخ

المحاور والدرجة الكلية	عدد الفقرات	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	معامل الصدق (الجذر التربيعي لمعامل الثبات)
معيار التكلفة في المستشفى	٩	٠.٧٨	٠.٨٨٣
معيار المنافسة في المستشفى	٧	٠.٧٨	٠.٨٨٣
معيار العائد في المستشفى	٤	٠.٧٠	٠.٨٣٧
تسعير الخدمات الصحية	٩	٠.٧٨	٠.٨٨٣
الدرجة الكلية	٢٠	٠.٩٠	٠.٩٤٩

جدول (٣-٣)

معامل الصدق= الجذر التربيعي الموجب لمعامل ألفا كرونباخ

يتضح من الجدول(٣-٣) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبيان تراوحت بين (٠.٧٠-٠.٧٨)، وبلغ معامل الثبات الكلي للاستبيان (٠.٩٠)، وجميعها معاملات ثبات مقبولة، تساوي أو تزيد عن الحد المقبول لمعامل الثبات وهو (٠.٧٠)، وبالتالي يمكن الثقة في استخدام الاستبيان في الدراسة الحالية.

كما يقاس صدق الأداة رياضياً بأخذ الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وذلك بأخذ الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ لجميع الفقرات، ويلاحظ أن معاملات الصدق مرتفعة لكل محور، حيث تراوحت في المحاور بين (٠.٨٣٧ -٠.٨٣٧)، في حين بلغة الدرجة الكلية (٠.٩٤٩).

٣-١-٣جمع البيانات وأساليب المعالجة

٣-١-٣-١ جمع البيانات

طبقاً لأهداف البحث وما يسعى لتحقيقه فقد تم توزيع الاستبانة على أفراد العينة في الإدارة المالية والتسويق والأقسام التابعة له في المستشفيات عينة الدراسة، وتم توزيع ٦٧استبانة وتم حذف استبيان غير صالح للتحليل.

كما عمد الباحثون إلى الحديث المباشر إلى أفراد الدراسة، لتعريفهم بالهدف من البحث والإجابة عن أي استفسارات لهم، وتم توضيح أهمية وأهداف الاستبانة وإن البيانات التي يبدونها ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستحظى بالسرية التامة.

٣-١-٣-٢الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام الاساليب الإحصائية التالية:

١. التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة.
٢. معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي للاستبانة
٣. معامل الفا كرونباخ لحساب ثبات الاستبيان.
٤. اختبار كولومجروف سميرنوف لفحص التوزيع الطبيعي للبيانات.
٥. اختبارات "ت" لعينة واحدة، ولعينتين مستقلتين.

٦. تحليل التباين الأحادي واختبار شيفيه(الفروق) للمقارنات البعدية.

اختبار التوزيع الطبيعي Normality Distribution test

تم استخدام اختبار كولومجروف – سميرنوف Kolmogorov Smirnov Test (K-S) لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول (٣-٤)

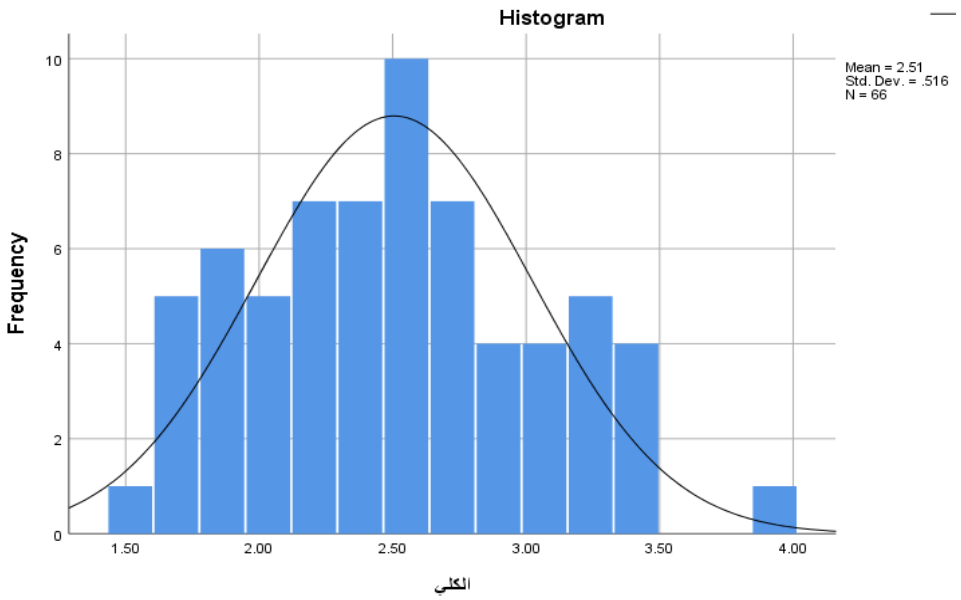
اختبار التوزيع الطبيعي

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (K-S)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبيان	٢.٥١	٠.٥١٦	٠.٠٦٢	٠.٢٠٠

جدول (٣-٤)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يتضح من الجدول (٣-٤) أن قيمة اختبار Kolmogorov -Smirnov Test (K-S) بلغت (٠.٠٦٢) وبلغ مستوى الدلالة (٠.٢٠٠)، وهو أعلى من المستوى (٠.٠٥)، مما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، والمدرج مع المنحنى التكراري التالي الذي يبين التوزيع الاعتدالي للبيانات.



شكل (٣-٤) يبين التوزيع الطبيعي لاستجابات العينة على الدرجة الكلية للاستبيان

٣-١-٤احتساب التقدير اللفظي لإجابات الاستبيان:

تم تصنيف إجابات أفراد العينة بحسب متوسطاتها الحسابية بغرض الوصف إلى (منخفض جداً – منخفض- متوسط-مرتفع-مرتفع جداً)، وذلك من خلال إعطاء الإجابات اللفظية قيماً حسابية وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي لقياس الاتجاهات، وتم استخدامه لقياس متغيرات هذا البحث، ويتم استخدام المتوسط المرجح إذا كان المتغير يأخذ قيماً تختلف من حيث أهميتها، وقد تم أخذ ذلك في الاعتبار، وذلك بإعطاء كل إجابة من إجابات فقرات الاستبانة الوزن المناسب لأهميتها، كما هو مبين في الجدول (٣-٥) التالي:

الدرجة الموزعة على أسئلة الاستبانة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي

الإجابة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الرقم (الدرجة)	٥	٤	٣	٢	١
المدى	٤.٢١- ٥	٣.٤١ – ٤.٢٠	٢.٦١ – ٣.٤٠	١.٨١ – ٢.٦٠	١ – ١.٨٠
درجة المستوى	مرتفع جداً	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جداً

الجدول(٣-٥)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

المبحث الثاني

وصف متغيرات البحث ونتائج الفرضيات

يتضمن هذا المبحث عرضاً لتحليل البيانات واختبار فرضيات البحث، وذلك من خلال الوقوف على متغيرات البحث والتي تتضمن البيانات الديموغرافية والشخصية عن المستجيب (النوع، المؤهل العلمي، التخصص، سنوات الخبرة، وكذلك عرض تواصيف المتغيرات الرئيسة للبحث (تكرارات ونسب مئوية)، لذا تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج(spss)للحصول على نتائج البحث والتي سيتم عرضها وتحليها في هذا المبحث

٣-٢-١الوصف الإحصائي لعينة البحث وفق المتغيرات الديمغرافية والشخصية

لقد كانت نتائج تحليل الخصائص الديموغرافية والشخصية لعينة البحث كما يلي:

٣-٢-١-١متغير الجنس:

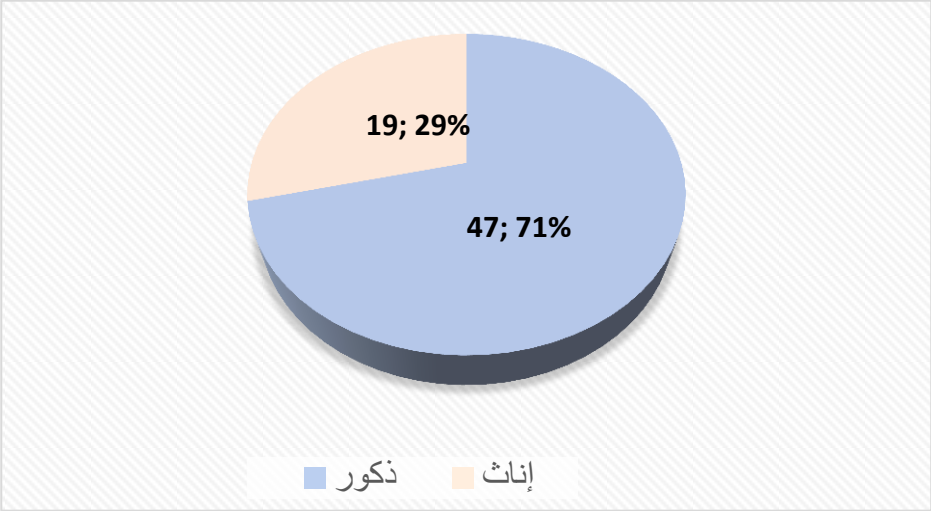
توزيع المستجيبين وفقاً لمتغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	٤٧	% ٧١,٢
إناث	١٩	%٢٨,٨
المجموع	٦٦	%١٠٠

جدول (٣-٦)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يتبين من الجدول (٣-٦) إن عينة الدراسة تتوزع وفقاً لمتغير الجنس إلى (٧١.٢%) ذكور، وهي النسبة الأعلى، أما نسبة الإناث فقد بلغت (٢٨.٨%)، ويشير ذلك إلى أغلب أفراد عينة البحث من الذكور، وهذا بدوره يعكس تطور المجتمع ورقيه وتقبل عمل المرأة في القطاع الصحي، والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل (٣-٦) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس

٣-٢-١-٢متغير المؤهل العلمي

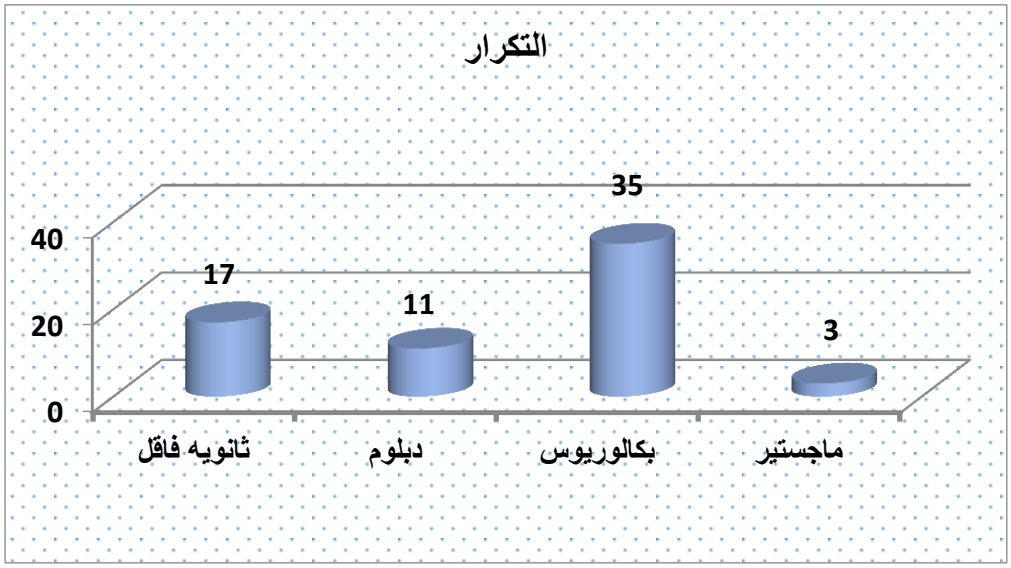
توزيع المستجيبين وفقاً للمؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
ثانويه فاقل	١٧	%٢٥,٨
دبلوم	١١	%١٦,٧
بكالوريوس	٣٥	%٥٣
ماجستير	٣	%٤,٥
المجموع	٦٦	%١٠٠

جدول (٣-٧)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يتبين من الجدول (٣-٧) أن معظم أفراد عينة الدراسة هم ممن يحملون شهادة البكالوريوس، حيث بلغت نسبتهم (٥٣%)، تليهم ذوي مؤهل ثانوية فأقل، وبنسبة (٢٥.٨%)، ثم ذوي مؤهل الدبلوم بنسبة (١٦.٧%)، وأخيراً ذوي مؤهل الماجستير، وبنسبة (٤.٥%)، وبما أن غالبية أفراد العينة هم من ذوي مؤهلات الدبلوم فأعلى فهذا مؤشر على أن عينة الدراسة تتمتع بمؤهلات علمية مناسبة مما يؤهلها للإجابة عن الاستبيان بطريقة أكثر مصداقية وفهم وداريه. والشكل التالي يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير المؤهل.



شكل (٣-٧) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير المؤهل العلمي

٣ -٢-١-٣متغير التخصص الأكاديمي:

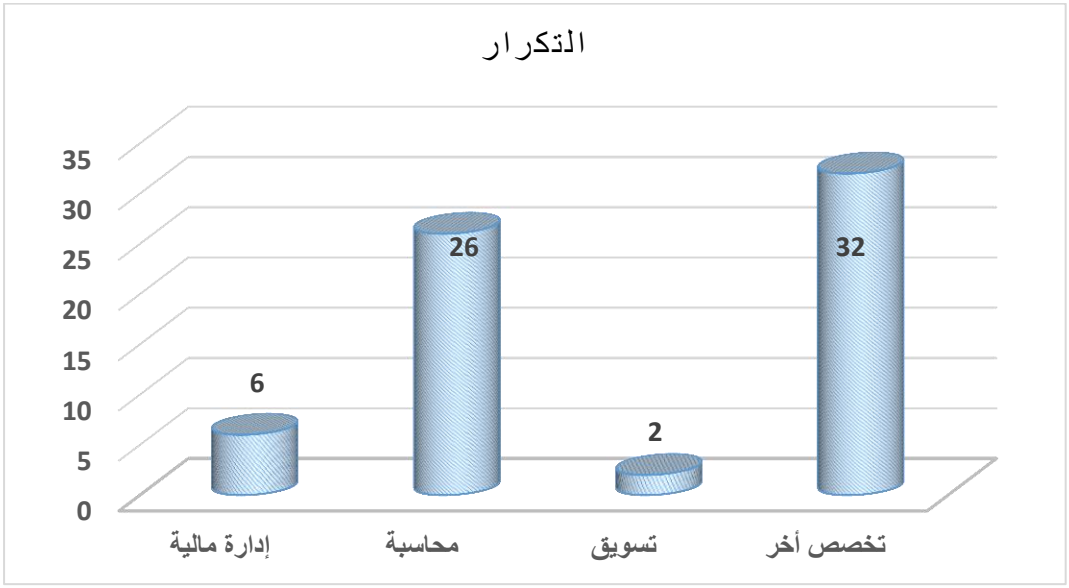
توزيع المستجيبين وفقاً للتخصص الأكاديمي:

التخصص	التكرار	النسبة المئوية
إدارة مالية	٦	%٩,١
محاسبة	٢٦	%٣٩,٤
تسويق	٢	%٣
تخصص أخر	٣٢	%٤٨,٥
المجموع	٦٦	%١٠٠

جدول (٣-٨)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يتبين من الجدول (٣-٨) أن ما يقترب من نصف عينة الدراسة هم من ذوي التخصصات الأخرى وبنسبة (٤٨.٥%)، يليهم ذوي تخصص المحاسبة، وبنسبة (٣٩.٤%)، ثم ذوي تخصص الإدارة المالية، وبنسبة (٩.١%)، وكانت أقل النسب لتخصص التسويق بنسبة (٣%)، والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل (٣-٨) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير التخصص

٣-٢-١-٤متغير سنوات الخبرة

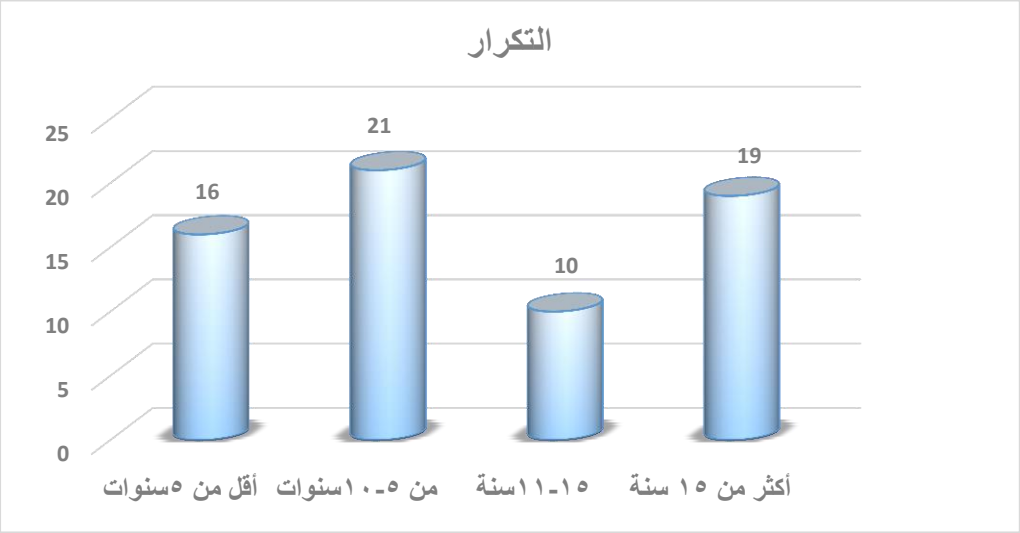
توزيع المستجيبين وفقاً لسنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من ٥سنوات	١٦	%٢٤,٢
من ٥-١٠سنوات	٢١	%٣١,٨
11-15سنة	١٠	%١٥,٢
أكثر من ١٥ سنة	١٩	%٢٨,٨
المجموع	٦٦	%١٠٠

جدول (٣-٩)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يلاحظ من الجدول (٣-٩) أن نسبته (٣١.٨%) من عينة الدراسة هم ممن سنوات خبراتهم (٥ إلى ١٠ سنوات)، يليهم من خبرتهم (أكثر من ١٥ سنة) وبنسبة (٢٨.٨%)، ثم من خبرتهم (أقل من ٥سنوات) وبنسبة (٢٤.٢%)، وأخيراً من خبرتهم (من ١١ إلى ١٥ سنة)، وبنسبة (١٥.٢%)، ويتضح بشكل عام أن غالبية أفراد عينة الدراسة هم من ذوي الخبرات الطويلة نسبياً، مما يعطي دقة في استجابتهم عن الاستبانة، والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل (٣-٩) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير سنوات الخبرة

٣-٢-١-٥متغير المركز الوظيفي:

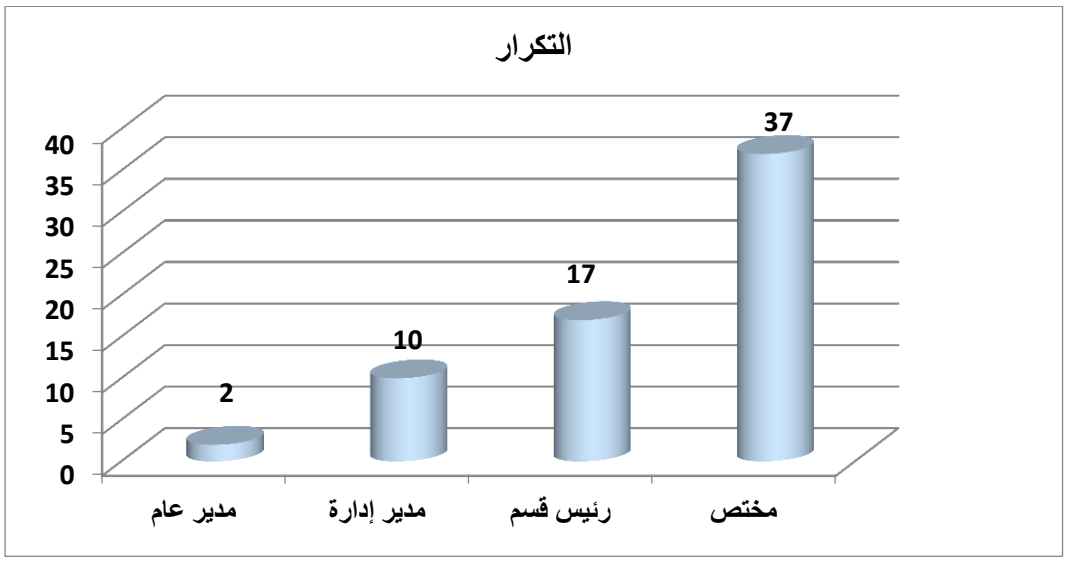
توزيع المستجيبين وفقاً لمتغير المركز الوظيفي

جهة التوظيف	التكرار	النسبة المئوية
مدير عام	٢	%٣
مدير إدارة	١٠	%١٥,٢
رئيس قسم	١٧	%٢٥,٨
مختص	٣٧	%٥٦,١
المجموع	٦٦	%١٠٠

جدول (٣-١٠)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يلاحظ من الجدول (٣-١٠) أن نسبته (٥٦.١%) من عينة الدراسة هم من المختصين، وهي أعلى نسبة ويشكلون أكثر من نصف عينة الدراسة، تليهم رؤساء الأقسام، وبنسبة (٢٥.٨%)، ثم مدراء الإدارات وبنسبة (١٥.٢)، وأخيراً مدراء العموم وبنسبة، (٣%)، والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل (٣-١٠) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير المركز الوظيفي

٣-٢-٢نتائج اختبار فرضيات الدراسة:

بعد التعرف على مجتمع وعينة البحث، الأدوات المستخدمة في جمع وتفريغ وتحليل البيانات، والأساليب الإحصائية، وتوصيف متغيرات البحث، سيتم في هذا المبحث عرض نتائج اختبار فرضيات البحث كما يلي:

٣-٢-٢-١نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:

مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض. وتتفرع منها الفرضيات الفرعية الآتية:

نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى: ونصها هو مستوى تطبيق معيار تكلفة تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض.

للتحقق من صحة هذه الفرضية فقد تم استخدام اختبار t لعينة واحدة، لمعرفة ما إذا كان متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسط وهي (٣) أم لا، فإذا كانت قيمة الاحتمالية **P Value** أكبر من قيمة المعنوية(٠.٠٥) فإن متوسط آراء الأفراد حول الظاهرة موضع الدراسة لا يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة وهي (٣)، أما إذا كانت قيمة الاحتمالية **P Value** أصغر من قيمة المعنوية (٠.٠٥) فإن متوسط آراء الأفراد حول الظاهرة موضع الدراسة يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة وهي ٣، وفي هذه الحالة يمكن تحديد ما إذا كان متوسط الإجابة يزيد أو ينقص بصورة جوهرية عن درجة الموافقة (٣)، وذلك من خلال قيمة الاختبار **"t"**، فإذا كانت قيمة الاختبار **"t"** موجبة فمعناه أن المتوسط الحسابي للإجابة يزيد عن درجة الموافقة المتوسطة والعكس صحيح.

مستوى تطبيق معيار تكلفة تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Tاختبار	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
١	تعمل المستشفى بتخفيض سعر الخدمة الصحية كلما قل الطلب عليها.	٨	٢١	١٦	١٩	٢	٢,٢٩	١,٠٩	١,٥٨-	%٥٦	٠,١٢	متوسط
٢	تتناسب تكلفة الخدمة المقدمة مع الاجور المدفوعة للكادر.	٣	٢٢	١١	٢٤	٦	٣,١٢	١,١٢	٠,٨٨	%٦٢	٠,٣٨	متوسط
٣	تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية يؤدي إلى	٦	٢٨	١٨	١٢	٢	٢,٦٤	٠,٩٩	٢,٩٩-	%٥٣	٠,٠٠	متوسط

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Tاختبار	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
	مراجعة المستشفى التكاليف وزيادة كفاءة التسعير.											
٤	تتناسب تكلفة الخدمة المقدمة مع التجهيزات الطبية الموجودة في المستشفى.	٥	٣٠	١٣	١١	٧	٢,٧٧	١,١٥	-١,٦١	٥٥ %	٠,١١	متوسط
٥	تحدد المنظمات الصحية أسعار تغطي تكاليف الإنتاج وتحقق عائد مقبول.	٣	٣٠	١٦	١٤	٣	٢,٧٦	٠,٩٩	-١,٩٨	%٥٥	٠,٠٥	متوسط
٦	تتابع الجهة المختصة بالتسعير انخفاض وارتفاع أسعار الخدمات.	١٠	٢٢	١٦	١٦	٢	٢,٦٧	١,١٠	-٤٦٬٢	%٥٣	٠,٠٢	متوسط
٧	تعمل المستشفى بتخفيض سعر الخدمة الصحية	٥	١٨	٢٧	١١	٥	٢,٨٩	١,٠٣	-٠,٨٤	%٥٤	٠,٤٠	متوسط

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Tاختبار	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
	كلما زاد الطلب عليها.											
٨	يغطي المستشفى جميع تكاليفه من خلال سياسة السعر المحدد.	١٣	١٩	١٨	١٠	٦	٢,٦٥	١,٢٢	-٢,٤٢	%٥٣	٠,٠٢	متوسط
٩	تلعب عملية تسعير الخدمات في المستشفى دوراً هاماً في اختيار المريض للمستشفى.	١٦	٣٣	١٠	٥	٢	٢,١٥	٠,٩٨	-٧,٠٣	%٤٣	٠,٠٠	منخفض
	المحور ككل	٦٩	٢٢٣	١٤٥	١٢٢	٣٥	٢,٧٢	،٦٥	-٣,٥٦	%٥٤	٠,٠٠	متوسط

جدول (٣-١١)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج spss

يتضح من الجدول (٣-١١) ما يلي:

- أن المتوسط الحسابي العام لموافقة أفراد العينة حول مستوى تطبيق معيار تكلفة تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي، يساوي (٢.٧٢)، بانحراف معياري (٠.٦٤) ووزن نسبي (٥٤%) وهذا يعني أن تطبيق هذا المعيار متوسط، وما يؤكد ذلك عندما بلغت قيمة اختبار (T)
- (-٣.٥٦)، وقيمة الاحتمالية P Value تساوي(٠.٠٠)، وهي أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥) مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسط (٣)، وهذا يعني أن هناك موافقة متوسطة من أفراد العينة حول هذا المعيار.

- أن جميع فقرات هذا المعيار حصلت على موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة باستثناء الفقرة رقم (٩) حصلت على مستوى منخفض، فحصلت الفقرة رقم (٢) على أعلى متوسط والتي نصها " تتناسب تكلفة الخدمة المقدمة مع الاجور المدفوعة للكادر"، في حين حصلت الفقرة رقم (٣) على أدنى متوسط ضمن فئة المتوسط والتي نصها "تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية يؤدي إلى مراجعة المستشفى التكاليف وزيادة كفاءة التسعير".

نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية: وتنص هذه الفرضية أن "مستوى تطبيق معيار المنافسة لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض".

- للتحقق من صحة هذه الفرضية فقد تم استخدام اختبار T لعينة واحدة، والجدول (٣-١٢) يبين ذلك.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الدلالة لتطبيق معيار المنافسة لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
١	تتم دراسة أسعار المنافسين قبل تحديد سعر الخدمة الصحية.	١٦	٢٨	١٠	١٠	٢	٢,٣٠	١,١٠	٥,١٧-	٤٦%	٠٠,٠	منخفض
٢	تؤثر أسعار المنافسين على تسعير الخدمة.	١٨	١٨	١٨	١٨	١٨	٢,٠٢	٠,٨٥	٩,٤١-	٤٠%	٠,٠٠	منخفض
٣	تسعير الخدمات الصحية وفق المعايير تساعد في عدم دخول منافسين جدد.	١٣	٢٢	١٣	١٨	٠	٢,٥٥	١,١٠	٣,٣٦-	٥١%	٠,٠٠	منخفض
٤	تستخدم المستشفى سياسة خفض السعر لتحقيق ميزة تنافسية	١٣	٣٢	١٤	٦	١	٢,٢٤	٠,٩٣	٦,٦٢-	٤٥%	٠,٠٠	منخفض

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
	في السوق.											
٥	تراعي الإدارة قوة المنافسة عند تسعير الخدمات الصحية.	٦	٣١	١٥	١٢	٢	٢,٥٩	٠,٩٩	٣,٥٣-	%٥٢	٠,٠٠	منخفض
٦	تراعي الإدارة جودة المدخلات عند تسعير الخدمات الصحية.	١٠	٣٠	١٤	٩	٣	٢,٤٧	١,٠٦	٤,٠٨-	%٤٩	٠,٠٠	منخفض
٧	تعتبر رغبة وميول المريض هو المحرك الأساسي للمنافسة وتحديد الأسعار في سوق بيع الخدمات الصحية.	١٠	٣٣	١٠	١٣	٠	٢,٣٩	٠,٩٨	٥,٠٥-	%٤٨	٠,٠٠	منخفض
	المحور ككل	86	١٩٤	٩٤	٨٦	٢٦	٢,٣٧	٠.٦٥	٧,٨٧-	%٤٧	٠,٠٠	منخفض

جدول (٣-١٢)

يتضح من الجدول (٣-١٢) ما يلي:

- أن المتوسط الحسابي العام لموافقة أفراد العينة حول مستوى تطبيق معيار المنافسة لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي، يساوي (٢.٣٧)، بانحراف معياري (٠.٦٥) ووزن نسبي (٤٧%) وهذا يعني أن تطبيق هذا المعيار منخفض، وما يؤكد ذلك عندما بلغت قيمة اختبار (T) (-٧.٨٧)، وقيمة الاحتمالية P Value تساوي(٠.٠٠)، وهي أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥) مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسط (٣)، وهذا يعني أن هناك موافقة منخفضة من أفراد العينة حول هذا المعيار.

- أن جميع فقرات هذا المعيار حصلت على موافقة منخفضة من قبل أفراد العينة، فحصلت الفقرة رقم (٥) على أعلى متوسط والتي نصها "تراعي الإدارة قوة المنافسة عند تسعير الخدمات الصحية"، في حين حصلت الفقرة رقم (٢) على أدنى متوسط حسابي والتي نصها "تؤثر أسعار المنافسين على تسعير الخدمة".

نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: ونص هذه الفرضية هو: مستوى تطبيق معيار عائد تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض"

للتحقق من صحة هذه الفرضية فقد تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة، والجدول (٣-١٣) يبين ذلك

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الدلالة لتطبيق معيار عائد تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
١	تهدف معايير استراتيجية تسعير الخدمات الصحية إلى تحقيق الربحية.	١٢	٣٤	١٠	٩	١	٢,٢٩	٠,٩٧	-٥5.9	٤٦%	٠,٠٠	منخفض
٢	تسعير الخدمات الصحية الموضوعة تحقق العائد الاقتصادي المتوقع.	٣	٢٧	١٧	١٨	١	٢,٨٠	٠,٩٥	-٩1.6	٥٦ %	٠,١٠	متوسط
٣	يوازن المستشفى عند تسعير الخدمات الصحية بين العائد والتكلفة.	٨	٣٤	١٤	٧	٢	٢,٣٩	٠.٩٤	-٥,٢٢	٤٨%	٠,٠٠	منخفض
٤	تقوم المستشفى بدراسة ارتباط الخدمات المقدمة بخدمات أخرى	٦	٣١	١٤	١٤	١	٢,٥٩	٠,٩٨	-٣,٤٠	٥٢%	٠,٠٠	منخفض

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
	يطلبها المريض ومدى ربحيتها عند تحديد أسعارها.											
	المحور ككل	٢٩	١٢٧	٥٥	٤٨	٥	٢.٥٢	٠,٧٠	-٦٠5.	٥٠ %	٠,٠٠	منخفض

جدول(٣-١٣)

يتضح من الجدول (٣-١٣) ما يلي:

- أن المتوسط الحسابي العام لموافقة أفراد العينة حول مستوى تطبيق معيار العائد لتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي، يساوي (٢.٥٢)، بانحراف معياري (٠.٧٠) ووزن نسبي (٥٠%) وهذا يعني أن تطبيق هذا المعيار منخفض، وما يؤكد ذلك عندما بلغت قيمة اختبار T (-٥.٦٠)، وقيمة الاحتمالية P Value تساوي (٠.٠٠)، وهي أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥) مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسط (٣)، وهذا يعني أن هناك موافقة منخفضة من أفراد العينة حول هذا المعيار.
- أن جميع فقرات هذا المعيار حصلت على موافقة منخفضة من قبل أفراد العينة، باستثناء الفقرة رقم (٢) التي نصها: "تسعير الخدمات الصحية الموضوعة تحقق العائد الاقتصادي المتوقع" فحصلت على موافقة متوسط بمتوسط حسابي (٢.٨٠)، ووزن نسبي (٥٦%).

نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: ونص هذه الفرضية هو: "مستوى تطبيق تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية منخفض".

للتحقق من صحة هذه الفرضية فقد تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة، والجدول (٣-١٣) يبين ذلك.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى الدلالة لتطبيق تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
١	تؤثر الأسعار في اختيار	١٨	٣٥	١٠	٣	٠	١,٩٧	٠,٧٨	- ١٠,٦٨	%٣٠	٠,٠٠	منخفض

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
	المـــــريض للخدمـــــة وللمستشفى.											
٢	يتلقى المريض علاجاً ذا مستوى طبي جيد وبسعر مناسب	١٣	٢٩	١٨	٦	٠	٢,٢٦	٠,٨٨	-٦,٨٤	%٤٥	٠.٠٠	منخفض
٣	يبادر مقدم الخدمة في شرح سعر الخدمة.	٦	٢٢	١٨	١٧	٣	٢,٨٣	١.٠٦	- ١,٢٨	% ٥٧	٠,٢١	متوسط
٤	يوجد انسجام وتوافق بين جودة الخدمة وسعرها.	٣	٣١	١٨	١٣	١	٢.٦٧	٠,٩٠	-٣,٠١	%٥٣	٠,٠٠	متوسط
٥	يمتلك المستشفى أحدث التجهيزات الطبية لتقديم الخدمات لجميع فئات المجتمع وبسعر محدد ومناسب.	١٧	٢٤	١٨	٣	٤	٢,٢٩	١.٠٩	٥,٣٠	% ٤٦	٠,٠٠	منخفض
٦	يبرر رفع الأسعار الخدمات على	٨	٣٤	١٥	٦	٣	٢,٤٢	٠,٩٨	- ٤,٧٩	% ٤٨	٠,٠٠	منخفض

م	الفقرات (العبارات)	تكرارات الإجابات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	الوزن النسبي	قيمة P Value	التقدير اللفظي
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة						
	مستوى الجودة المقدمة في المستشفى											
٧	**يشعر المرضى برضا عن الأسعار مقابل جودة الخدمات المقدمة.**	٩	٢١	١٧	١٠	٩	٢,٨٣	١.٢٥	١,٠٩-	٥٧ %	٠,٢٨	متوسط
٨	**يعتبر وجود أعداد كبيرة من المستشفيات حافزاً لتشكيل وحدات متخصصة للتسعير.**	١٨	٢٣	١٧	٦	٢	٢,٢٦	١,٠٦	٥.٧١-	%٤٥	٠.٠٠	منخفض
٩	**تؤثر شهرة الأطباء والكادر البشري في تسعير الخدمات الصحية في المستشفى.**	٢٠	٢٩	١٢	٣	٢	٢.٠٦	٠.٩٨	٧,٨٣-	%٣٩	٠.٠٠	منخفض
	المحور ككل	١١٢	٢٤٨	١٤٣	٦٧	٢٤	٢,٤٠	٠,٦١	٨,٠٣-	%٤٥	٠.٠٠	منخفض
	المتوسط الكلي للاستبانة						٢,٥١	٠.٥٢	٧,٨٧-	%٤١	٠,٠٠	منخفض

جدول (٣-١٤)

يتضح من الجدول (٣-١٤) ما يلي:

- أن المتوسط الحسابي العام للاستبانة ككل لموافقة أفراد العينة حول مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي، يساوي (٢.٥١)، بانحراف معياري (٠.٥٢) ووزن نسبي (٤١%)

وهذا يعني أن تطبيق هذا المعيار منخفض، وما يؤكد ذلك بلغت قيمة اختبار (t) (-٧.٧٨)، وقيمة الاحتمالية P Value تساوي(٠.٠٠)، وهي أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥) مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسط (٣)، وهذا يعني أن هناك موافقة منخفضة من أفراد العينة حول هذه المعايير.

- أن المتوسط الحسابي لموافقة أفراد العينة حول مستوى تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي، يساوي (٢.٤٠)، بانحراف معياري (٠.٦١) ووزن نسبي (٤٥%) وهذا يعني أن تطبيق هذا المعيار منخفض، وما يؤكد ذلك بلغت قيمة اختبار(T) (-٨.٠٣)، وقيمة الاحتمالية P Value تساوي(٠.٠٠)، وهي أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥) مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسط (٣)، وهذا يعني أن هناك موافقة منخفضة من أفراد العينة حول تسعير الخدمات.
- أن غالبية فقرات محور تسعير الخدمات حصلت على موافقة منخفضة من قبل أفراد العينة باستثناء الفقرات ذات الأرقام (٣-٤-٧) حصلت على موافقة متوسطة.

٣-٢-٢-٢نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

وتنص هذه الفرضية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية وفقاً لبعض المتغيرات. وتتفرع منها الفرضيات الفرعية الآتية:

نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى: وتنص هذه الفرضية هو لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية وفقاً لمتغير الجنس.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent Samples Test، والجدول (٣-١٤) يبين ذلك.

قيمة "t" ودلالتها للفروق مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وفقاً لمتغير الجنس.

المحاور	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمةP Value	التقدير اللفظي
معيار التكلفة	ذكور	47	2.69	0.64	.49-٠	0.62	غير دال
	إناث	19	2.78	0.69			
معيار المنافسة	ذكور	47	2.33	0.62	.67-٠	0.51	غير دال
	إناث	19	2.45	0.74			
معيار العائد	ذكور	47	2.49	0.62	.54-٠	0.59	غير دال
	إناث	19	2.59	0.88			
تسعير الخدمات	ذكور	47	2.44	0.60	0.96	0.34	غير دال
	إناث	19	2.29	0.62			
الدرجة الكلية	ذكور	47	2.50	0.52	.15-٠	0.88	غير دال
	إناث	19	2.52	0.53			

جدول (٣-١٥)

يتضح من الجدول (٣-١٥)

أن قيم "t" بلغت لمعيار التكلفة (-٠.٤٩)، ولمعيار المنافسة (-٠.٦٧)، ومعيار العائد (-٠.٥٤)، ولتسعير الخدمات (٠.٩٦)، وبلغت للدرجة الكلية للاستبانة (-٠.١٥)، وبالنظر إلى قيم P Value يتضح أن جميعها أعلى من مستوى المعنوية (٠.٠٥)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية للمحاور والدرجة الكلية للاستبانة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس (ذكور – إناث).

وهذه النتيجة تؤكد تحقق صحة الفرضية الفرعية الأولى المنبثة من الفرضية الرئيسية الثانية، وبالتالي يتم قبول الفرضية الصفرية، ورفض الفرضية البديلة.

نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية: وتنص هذه الفرضية أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية وفقاً لمتغير نوع المستشفى (حكومي-خاص).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام الاختبار "t" لعينتين مستقلتين Independent Samples Test، والجدول (٣-١٦) يبين ذلك.

قيمة "t" ودلالتها للفروق في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وفقاً لمتغير نوع المستشفى.

المحاور	نوع المستشفى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	قيمة P Value	التقدير اللفظي
معيار التكلفة	خاص	43	2.40	0.47	7.08	0.00	توجد فروق
	حكومي	23	3.30	0.52			
معيار المنافسة	خاص	43	2.10	0.55	5.51	0.00	توجد فروق
	حكومي	23	2.87	0.52			
معيار العائد	خاص	43	2.24	0.54	5.32	0.00	توجد فروق
	حكومي	23	3.04	0.67			
تسعير الخدمات	خاص	43	2.20	0.45	٤.١٤	0.00	توجد فروق
	حكومي	23	2.78	0.69			
الدرجة الكلية	خاص	43	2.24	0.37	٧.٩٢	0.00	توجد فروق
	حكومي	23	3.00	0.36			

جدول (٣-١٦)

يتضح من الجدول (٣-١٦) أن قيم "t" بلغت لمعيار التكلفة (٧.٠٨)، ولمعيار المنافسة (٥.٥١)، ومعيار العائد (٥.٣٢)، ولتسعير الخدمات (٤.١٤)، وبلغت للدرجة الكلية للاستبانة (٧.٩٢)، وبالنظر إلى قيم P Value يتضح أن جميعها أقل من مستوى المعنوية (٠.٠١)، وهذا يعني توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية للمحاور والدرجة الكلية للاستبانة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المستشفى (خاص – حكومي) لصالح المستشفيات الحكومية.

وهذه النتيجة تبين عدم تحقق صحة الفرضية الفرعية الثانية المنبثة من الفرضية الرئيسية الثانية، وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة.

نتائج الفرضية الفرعية الثالثة: وتنص هذه الفرضية هو: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA والجدول (٣-١٧) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقاً لسنوات الخبرة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفقاً لعدد سنوات الخبرة

المحور	فئات سنوات الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
معيار التكلفة	أقل من ٥سنوات	16	2.28	0.55	0.14
	من ٥-١٠سنوات	21	2.63	0.60	0.13
	11-15سنة	10	2.74	0.45	0.14
	أكثر من ١٥ سنة	19	3.16	0.61	0.14
	المجموع	66	2.72	0.65	0.08
معيار المنافسة	أقل من ٥سنوات	16	1.94	0.54	0.14
	من ٥-١٠سنوات	21	2.33	0.56	0.12
	11-15سنة	10	2.69	0.56	0.18
	أكثر من ١٥ سنة	19	2.60	0.72	0.16
	المجموع	66	2.37	0.65	0.08
معيار العائد	أقل من ٥سنوات	16	2.19	0.64	0.16
	من ٥-١٠سنوات	21	2.51	0.74	0.16
	11-15سنة	10	2.50	0.42	0.13
	أكثر من ١٥ سنة	19	2.82	0.74	0.17
	المجموع	66	2.52	0.70	0.09
تسعير الخدمات	أقل من ٥سنوات	16	2.27	0.64	0.16
	من ٥-١٠سنوات	21	2.33	0.47	0.10
	11-15سنة	10	2.60	0.46	0.14
	أكثر من ١٥ سنة	19	2.48	0.77	0.18
	المجموع	66	2.40	0.61	0.07
الدرجة الكلية	أقل من ٥سنوات	16	2.18	0.51	0.13
	من ٥-١٠سنوات	21	2.45	0.48	0.10
	11-15سنة	10	2.65	0.27	0.08
	أكثر من ١٥ سنة	19	2.77	0.52	0.12
	المجموع	66	2.51	0.52	0.06

جدول (٣-١٧)

يتضح من الجدول (٣-١٧) أن هناك فروق ظاهرية بين متوسطات مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفقاً لمتغير سنوات الخبرة، ولمعرفة إن كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية فحص دلالة قيمة "ف"، والجدول (٣-١٧) يبين ذلك.

اختبار One Way ANOVA للفروق في مستوى تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة ".

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	قيمة P Value	القرار
معيار التكلفة	بين المجموعات	6.93	3	2.31	6.99	0.00	توجد فروق
	داخل المجموعات	20.48	62	0.33			
	الكلي	27.41	65				
معيار المنافسة	بين المجموعات	5.05	3	1.68	4.58	0.01	توجد فروق
	داخل المجموعات	22.80	62	0.37			
	الكلي	27.84	65				
معيار العائد	بين المجموعات	3.44	3	1.15	2.52	0.07	لا توجد فروق
	داخل المجموعات	28.23	62	0.46			
	الكلي	31.66	65				
تسعير الخدمات	بين المجموعات	0.90	3	0.30	0.80	0.50	لا توجد فروق
	داخل المجموعات	23.13	62	0.37			
	الكلي	24.02	65				
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	3.26	3	1.09	4.78	0.01	توجد فروق
	داخل المجموعات	14.07	62	0.23			
	الكلي	17.32	65				

جدول (٣-١٨)

يتضح من الجدول (٣-١٨) ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في مستوى تطبيق معيار العائد وتسعير الخدمات من وجهة نظر أفراد العينة وفقاً لمتغير سنوات خبرتهم، إذ كانت قيم P Value للمحورين أعلى من قيمة المعنوية (٠.٠٥).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) في مستوى تطبيق معيار التكلفة ومعيار المنافسة والدرجة الكلية للاستبانة، إذ بلغت قيم "T" على التوالي، (٦.٩٩-٤.٥٨-٤.٧٨) وكانت قيم P Value لهذه القيم تساوي وأقل من مستوى المعنوية (٠.٠١)، ولمعرفة اتجاه الفروق، تم استخدام اختبار شفيه Scheffe (الفروق)للمقارنات البعدية والجدول (٣-١٨) يوضح ذلك.

قيم اختبار(الفروق) ودلالتها للمقارنات البعدية

المتغير التابع	(I)عدد سنوات الخبرة	(J)عدد سنوات الخبرة	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
معيار التكلفة	أقل من ٥سنوات	من ٥-١٠سنوات	0.36	0.19	0.33
		11-15سنة	0.47	0.23	0.27
		أكثر من ١٥ سنة	-0.88*	0.20	0.00
	من ٥-١٠سنوات	11-15سنة	0.11	0.22	0.97
		أكثر من ١٥ سنة	0.52	0.18	0.05
	11-15سنة	أكثر من ١٥ سنة	0.41	0.22	0.34
معيار المنافسة	أقل من ٥سنوات	من ٥-١٠سنوات	0.39	0.20	0.30
		11-15سنة	-0.75*	0.24	0.03
		أكثر من ١٥ سنة	-0.66*	0.21	0.02
	من ٥-١٠سنوات	11-15سنة	0.36	0.23	0.50
		أكثر من ١٥ سنة	0.27	0.19	0.57
	11-15سنة	أكثر من ١٥ سنة	0.08	0.24	0.99
الدرجة الكلية للاستبانة	أقل من ٥سنوات	من ٥-١٠سنوات	0.27	0.16	0.42
		11-15سنة	0.47	0.19	0.12
		أكثر من ١٥ سنة	-0.58*	0.16	0.01
	من ٥-١٠سنوات	11-15سنة	0.20	0.18	0.75
		أكثر من ١٥ سنة	0.32	0.15	0.23
	11-15سنة	أكثر من ١٥ سنة	0.11	0.19	0.95

جدول (٣-١٩)

يتضح من الجدول (٣-١٩) ما يلي:

- وجود فروق في معيار التكلفة بين من خبرتهم (أقل من ٥ سنوات)، ومن خبرتهم (أكثر من ١٥ سنة) إذ بلغ الفرق بين المتوسطين (-٠.٨٨)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥)، وكان الفرق لصالح الفئة (أكثر من ١٥ سنة)، في حين لم توجد فروق بين الفئات الأخرى على نفس المعيار.
- وجود فروق في معيار المنافسة بين من خبرتهم (أقل من ٥ سنوات) من جهة، وبين من خبرتهم (١١ – ١٥ سنة)، و(أكثر من ١٥ سنة) من جهة أخرى لصالح الفئتين الأخيرتين، في حين لم توجد فروق بين الفئات الأخرى على نفس المعيار.
- وجود فروق في الدرجة الكلية للاستبانة بين من خبرتهم (أقل من ٥ سنوات)، ومن خبرتهم (أكثر من ١٥ سنة) إذ بلغ الفرق بين المتوسطين (-٠.٥٨)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥)، وكان الفرق لصالح الفئة (أكثر من ١٥ سنة)، في حين لم توجد فروق بين الفئات الأخرى على في الدرجة الكلية للاستبانة.

وهذه النتيجة تبين عدم تحقق صحة الفرضية الفرعية الثالثة المنبثة من الفرضية الرئيسية الثانية، وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة.

المبحث الثالث

(النتائج والتوصيات)

تمهيد

يستعرض هذا المبحث النتائج الرئيسية التي توصلت إليها الدراسة، من خلال اختبار الفرضيات وآلية التحقق منها في المباحث السابقة وانتهاءً طبيعياً للنتائج التي تم التوصل إليها سنقوم بوضع عدد من التوصيات المستنبطة من النتائج.

٣ ـ٣ـ١نتائج الدراسة

من خلال التحليل لبيانات توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج يمكن توضيحها كما يلي:

١. توصلت النتائج إلى أن أغلب أفراد العينة في المستشفيات المدروسة العامة والخاصة في أمانة العاصمة بمختلف تخصصاتهم أن لديهم معرفة عن معيار التكلفة بشكل متوسط.
٢. أظهرت نتائج الدراسة أن معيار العائد في تسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية تحقق عائد وارباح بشكل منخفض.
٣. أظهرت الدراسة بإنه لا يوجد فروق بين إجابات المبحوثين على معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي من وجهة نظر عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس.
٤. تبين وجود فروق بين إجابات المبحوثين حول معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي في المستشفيات اليمنية من وجهة نظر عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة.
٥. عدم إدراك القائمين على تسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية للأخذ بالمعايير الاقتصادية عند تسعير الخدمات المقدمة من قبلهم.
٦. تقوم عملية التسعير في المستشفيات الخاصة على معيار التكلفة دون الأخذ في الاعتبار ببقية معايير تسعير كالمنافسة والجودة، وتوضيح عمليات التسويق في المستشفيات الخاصة واعتماده.

٣ـ٣ـ٢التوصيات

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة، يوصي فريق البحث عدداً من التوصيات والتي يأمل أن تفيد المسؤولين والمهتمين بموضوع الدراسة، عن معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي:

١. وضع معايير سعرية محددة وواضحة لتسعير الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية.
٢. العمل على تكوين فريق متكامل متخصص بتسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي يشمل جميع البيانات والمعلومات.
٣. الاستفادة من تجارب الدول الاقليمية والدولية المتقدمة في هذا الإطار بما يتلاءم مع ظروف البلد وامكاناتها المالية.

٤. إعطاء أهمية لسياسة تسعير الخدمات الصحية لما لها من دور في رفع كفاءة الخدمات الصحية والقطاع الصحي، وفي زيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية، وزيادة إقبالهم على طلب الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وما يمكن تحقيقه من ميزه تنافسية من خلال استخدام أسعار تشجيعية.
٥. إلزام المستشفيات اليمنية العامة أو الخاصة بتطبيق الأسعار المحددة من قبل وزارة الصحة وإحكام الرقابة بشكل دوري ومستمر للتأكد من تطبيق الأسعار الموضوعة.
٦. تحديد الأسعار بما يتناسب مع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة وبما يتناسب مع الأجهزة الطبية المستخدمة.
٧. الحث على التوسع في التأمين الصحي والإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية في اليمن وجعله من حقوق المواطنين لما له أثر في زيادة الطلب على الخدمات الصحية وتناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية.
٨. ضرورة بذل المزيد من الجهود لمعرفة دوافع المستفيدين من الخدمات الصحية وتوظيفها لاختبار استراتيجية التسعير الملائمة اعتماداً على مراعاة العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستفيد.

الدراسات المستقبلية:

ستمهد هذه الدراسة الطريقة للباحثين المستقبليين في هذا المضمار الجديد حيث ستساهم بشكل واضح في ابراز أهم التحديات التي تواجه تبني معايير تسعير الخدمات الصحية وفي ضوء هذه الاستنتاجات والتوصيات السابقة يقترح فريق البحث إجراء المزيد من الدراسات حول موضوع معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي.

الخاتمة

وبذلك نكون قد وصلنا إلى ختام هذا البحث، ونحمد الله ونشكره على ما أكرمنا من إنهائه على أجمل صورة، الذي بذلنا فيه الكثير من الجهد والتعب والسهر والوقت، وكل ذلك في سبيل إنجازه وإتمامه بأفضل صورة، ولا يسعنا إلا أن نقدم الشكر الجزيل لمن تابع هذا البحث الطويل الذي يتحدث عن "معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي تحت إشراف الدكتور "محمد علي المكردي" ذو الجهود المشكورة والكثيرة والفضائل الكبيرة في نجاح هذا البحث، ونسال الله العظيم أن ينال البحث إعجابكم وتقديركم، وأن يكون حجراً أساساً للمزيد من الأبحاث في هذا المجال، والله ولي الأمر والتوفيق، والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

القرآن الكريم

الحديث الشريف

الكتـــب

١. أحمد محمود نور شحاتة السيد شحاتة، محاسبة التكاليف لأغراض القياس في بيئة التصنيع المعاصرة، الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٤.
٢. إياد عبد الفتاح النسور، استراتيجيات التسويق مدخل نظري وكمي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٢.
٣. بالمر أدريان، مبادئ تسويق الخدمات، ترجمة بها شاهين وآخرون، مجموعة النيل العربية، مصر، ٢٠٠٩.
٤. بيومي محمد عمارة، برنامج مهارات البيع والتسويق سياسات التسويق وخصوصيات البيع، مركز التعليم المفتوح كلية التجارة، جامعة بنها، ٢٠١٠.
٥. ثامر البكري، أحمد الرحومي، تسويق الخدمات المالية، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.
٦. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان، ٢٠٠٥.
٧. ثناء علي القباني، مدخل استراتيجي لدراسات متقدمة في إدارة التكلفة وتحليل الربحية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٠.
٨. جعفر القواس، محاسبة التكاليف وتسعير المنتجات شركة رتاج للحلول الإدارية، رام الله، ٢٠١٤.
٩. حيان ديب، التسعير والتوزيع، سوريا،٢٠٢٠.
١٠. ردينة عثمان يوسف، محمود جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط٢، عمان، ٢٠١٤.
١١. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي الاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان ٢٠٠٨.
١٢. ردينة عثمان يوسف، محمود جاسم الصميدعي، التسويق المصرفي، دار المناهج للنشر عمان، ٢٠٠٥.
١٣. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاتها، دار المناهج، عمان، ٢٠٠٣.
١٤. زهير عمر ودردر، محاسبة التكاليف مدخل اتخاذ القرارات التكاليف المعيارية وتحليل الانحرافات، دار المريخ للنشر، الرياض، ٢٠١٣.
١٥. زكريا أحمد عزام وآخرون، مبادئ التسويق الحديث بين النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٧.
١٦. علي الجياشي، التسعير مدخل تسويقي، مكتبة الراتب العلمية، عمان، ٢٠٠٢.
١٧. عبيدات محمد إبراهيم، ودبانية سمير، التسويق الصحي والدوائي، الأردن، ط١، دار وائل للنشر، عمان ،٢٠٠٦.

١٨. عرض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة ،١٩٩٩.
١٩. عبيدات عوني محمد، شرح قانون الضمان الاجتماعي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٩.
٢٠. سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية الطبعة الأولى، دار العشري، مصر ،٢٠٠٨.
٢١. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، ط٢، مصر، ٢٠٠٦.
٢٢. فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٤.
٢٣. فريد كورتل، درمان سليمان صادق، نجاة العامري، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٠.
٢٤. محمد عبد المنعم، إدارة الخدمات الطبية (إدارة المستشفيات منظور تطبيقي) الجزء ٤، ط١، القاهرة، دار النشر للجامعات، ٢٠١٣.
٢٥. محمد جاسم الصميدعي، وردينة عثمان يوسف: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ،٢٠١٠.
٢٦. محمد الصيرفي، التسويق الاستراتيجي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠٠٩.
٢٧. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، زهران للنشر، ٢٠٠٧.
٢٨. محمد إبراهيم عبيدات، أساسيات التسعير في التسويق المعاصر، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان،٢٠٠٤.
٢٩. محمد أحمد الأفندي، مقدمة في الاقتصاد الجزئي، الأمين للنشر والتوزيع، كلية التجارة والاقتصاد، جامعة صنعاء، ٢٠٠٥.
٣٠. محمد إبراهيم عبيدات، استراتيجية التسويق مدخل سلوكي، دار وائل للنشر، عمان، ٢٠٠٣.
٣١. محمد سامي راضي، مبادئ محاسبة التكاليف، الدار الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠٣.
٣٢. محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، مصر، الدار العالية ،٢٠٠٢.
٣٣. محمد محمود يوسف، محاسبة التكاليف (الاتجاهات الحديثة في التكاليف والمحاسبة الإدارية)، القاهرة.
٣٤. نصيرات فريد توفيق إدارة المستشفيات، عمان، الأردن، إ ثراء للنشر والتوزيع ،٢٠٠٨.

الرسائل والأطروحات

١. جيلالي أمير، معوقات تسويق الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، نقلا عن مرزوق نجلاء رمضان، مشكلات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس،١٩٨٩.
٢. حبشي أسماء،" استخدام التكلفة المستهدفة للتحكم في تسعير الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لطب العيون بسكرة)"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم العلوم التجارية، جامعة محمد خيضر_بسكرة،٢٠٢٠.

٣. ساطع سعدي شملخ، العوامل المؤثرة في قرارات تسعير الخدمات في المصارف التجارية العاملة في قطاع غزة دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة عمادة الدراسات العليا، كلية التجارة، قسم المحاسبة، ٢٠٠٨.
٤. فراس رفعت سرور قطيشات، التكاليف المبنية على الأنشطة وأثرها على قرارت التسعير في الشركات الصناعية الأردنية دراسة تطبيقية على الشركة العربية لصناعة الأدوية "السلط" ٢٠١٣، أطروحة دكتوراه، جامعة أم درمان الإسلامية، معهد بحوث ودراسات العالم الإسلامي، قسم الدراسات النظرية، ٢٠١٥.
٥. محمد عبد المنعم عبد اللطيف أحمد، دور التسعير في تحقيق الميزة التنافسية بالشركات الخاصة بالسودان: دراسة حالة: شركة إل.جي للأدوات الكهربائية ولاية الجزيرة،٢٠٢٠، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والتنمية الريفية، قسم إدارة الأعمال، السودان، ٢٠٢١.
٦. محمد راجح خليل أبو عواد، أهمية استخدام منهج التكلفة المستهدفة في تحسين كفاءة تسعير الخدمات المصرفية، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، كلية العلوم الإدارية والمالية، آب، ٢٠٠٨.
٧. مرقاش سميرة، أهمية المزيج التسويقي الخدمي الموسع في تحسين الخدمات التأمينية –دراسة حالة الشركة الوطنية للتأمين –رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التيسير، قسم علوم التيسير ،٢٠٠٧.
٨. نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التيسير، قسم علوم التيسير ،٢٠١٢.

المقالات

١. آلاء نبيل عبد الرزاق "استخدام تقنية المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمات الصحية –دراسة حالة في عينة من مستشفيات مدينة بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد ٩٠، ٢٠١١.
٢. رزقي نور الهدى، "آلية التسعير ضمن المزيج التسويقي وأثره على أداء المستشفيات (دراسة تحليلية)"، مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية، المجلد ٤٠، العدد ١٠، ٢٠٢١.
٣. عباس نوار كحيط الموسوي، دور المقارنة المرجعية في ترشيد قرارات التسعير المبنية على أساس الكلفة المستهدفة، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد ٣٠، العدد ٦٩، ٢٠٠٨.
٤. طه عليوي ناصر، استخدام مدخل التكلفة المستهدفة في ترشيد قرارات التسعير دراسة تطبيقية في معمل الألبسة الولادية في الموصل، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد ٨٥، ٢٠١٠.
٥. منذر مرهج، "أثر تطوير جودة الخدمة الصحية وتسعيرها على زيادة رضا عملاء المنظمات الخدمية"(دراسة استقصائية على المستشفيات الخاصة)"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد ٤٠، العدد ٤، ٢٠١٨.
٦. نضال محمد رضا الخلف، إنعام محسن حسن زويلف، التسعير باستخدام منهج التكلفة المستهدفة-دراسة ميدانية في قطاع صناعة الأدوية البيطرية الأردني، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، مجلد٣١، العدد ١، ٢٠٠٧.

المؤتمرات والملتقيات

١. خليل محمد حسن، رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة، بحث مقدم ضمن فعاليات المؤتمر الرابع باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، عين الشمس، القاهرة، ٢٠٠٣.

محاضرات

- محمد علي المكردي، اقتصاديات الصحة، جامعة ٢١ سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، للعام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣.

المراجع بالإنجليزية:

Books

- Brechignac- Roubaud, le marketing des services , Paris: Edition d organistion, 4eme tirage,2000
- Benjamin Schneider, Susan s .white, service quality: research perspectives, sage publications, London, 2004.
- Gilmore, services marketing and management”sage, London, 2003.
- Charles Phelps, Health Economics, supreme council of culture copyright ،2015.
- John Burnett," Introducing Marketing", Company HSOUB and Academy HSOUB, 2021.
- Lorna Guinness, Virginia Wiseman, "Introducing to Health Economics", 2015.
- Stanton. w, fundamentals of marketing ,mc grawhill,Auckland,1984.

Researches

- Asma Mohammed Raweh AL-Shaibani, "Influence of pricing objectives and determinants on pricing strategies in private pharmacies in Yemen”, Faculty of Business and Finance International University of Technology Twintech (IUTT), 2021.

Articles

- Dilaver Tengilimoglu, Sophia F. Dziegielewski, "Health services pricing in Turkey", online journal homepage, Vol 17, N° 4, 2008.
- Hye-Yong kwon, Jinhyunkim, " Consistency of new drug pricing in Korea: Bridging Variations among personnel in pricing negotiations", journal of Health policy, Vol 124, N° 9, 2020.
- Wu Hong, Lu Naiji, “Service provision pricing and patient satisfaction in online health communities", International journal of Medical informatics, Vol 110, 2018.

Other referenc

- Hugh Waters, Peter Hussey, "Pricing Health Services for Purchasers: A review of Methods and Experiences, 2004.

المواقع الإلكترونية:

- (http://research4life.org)
- (https:// www. Bsigrouup.com)
- (https:// www. Maajim.com/24Yanir/08pm)
- (https:// Sawahealth.blogspot.com/2018)
- (https://uomustansiriyah.edu.iq/media/lectures/9/9_2018_03_06!07_55_41_PM .doc)
- (https//ae.linkedin.com/pulse/%D8)
- (https:// ar.wikipedia.org/.06 html)
- (https//almerja.com/ reading.php?idm=19517)

قائمة الملاحق

ملحق (١)

ملحق(٢)

ملخق(٣)

إلى الأخوة والأخوات

تحية طيبة وبعد...

الاستبانة التي بين أيديكم هي جزء من متطلبات بحث تخرج بعنوان معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي ومدى تطبيقها في المستشفيات اليمنية (دراسة ميدانية في صنعاء) وتعتبر أحد متطلبات الحصول على درجة البكالوريوس.

لذا فنحن نلتمس منكم أن تبدو آرائكم حول مختلف بنود مختلف الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة إن سير البحث العلمي ومصداقية نتائجه يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق أجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعكم.

ونعدكم بأن أجوبتكم ستحظى بالسرية الكاملة والعناية الفائقة، لكم منا جزيل الشكر والتقدير والاحترام.

القسم الأول بيانات عامة:

(يرجى التكرم باختيار البديل المناسب لكل عبارة من العبارات التالية وذلك بوضع إشارة أمامها)

- الجنس

ذكر ( ) أنثى( )

- **المؤهل العلمي**

ثانوية فأقل ( ) -دبلوم ( ) - بكالوريوس( )

-ماجستير ( ) - دكتوراه ( )

- **التخصص الأكاديمي (يرجى ذكره)**

- إدارة مالية ( ) - محاسبة( ) -تسويق ( )

- تخصص أخرى ( )

- **المركز الوظيفي**

مدير عام ( ) مدير إدارة ( )

رئيس قسم. ( ) مختص ( )

- **عدد سنوات الخبرة**

أقل من ٥سنوات ( ) من٥- ١٠سنوات( )

١١-١٥ سنة ( ) أكثر من ١٥سنة( )

القسم الثاني: -العبارات الواردة في هذه القائمة تمثل متغيرات الدارسة يرجى قرأتها وبيان رأيكم في كل منها وذلك بوضع علامة (\) على الإجابة المقابلة لكل عبارة:

(معايير تسعير الخدمات الصحية وفق أسس الاقتصاد الصحي).

-يوجد ثلاثة معايير في تسعير الخدمات تأخذ بعين الاعتبار وهي (معيار المنافسة-معيار التكلفة –معيار العائد) في الجدول أدني الرجاء الاختيار بعناء.

معايير التسعير وفق أسس الاقتصاد.

المحور الأول: معيار التكلفة في المستشفى

الرقم	الأسئلة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
١-	تعمل المستشفى بتخفيض سعر الخدمة الصحية كلما قل الطلب عليها.					
٢-	تتناسب تكلفة الخدمة المقدمة مع الاجور المدفوعة للكادر.					
٣-	تطبيق معايير تسعير الخدمات الصحية يؤدي إلى مراجعة المستشفى التكاليف وزيادة كفاءة التسعير.					
٤-	تتناسب تكلفة الخدمة المقدمة مع التجهيزات الطبية الموجودة في المستشفى.					
٥-	تحدد المنظمات الصحية أسعار تغطي تكاليف الإنتاج وتحقق عائد مقبول.					
٦-	تتابع الجهة المختصة بالتسعير انخفاض وارتفاع أسعار الخدمات.					
٧-	تعمل المستشفى بتخفيض سعر الخدمة الصحية كلما زاد الطلب عليها.					
٨-	يغطي المستشفى جميع تكاليفه من خلال سياسة السعر المحدد.					
٩-	تلعب عملية تسعير الخدمات في المستشفى دوراً هاماً في اختيار المريض للمستشفى.					

المحور الثاني: معيار المنافسة في المستشفى

الرقم	الأسئلة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
١-	تتم دراسة أسعار المنافسين قبل تحديد سعر الخدمة الصحية.					
٢-	تؤثر أسعار المنافسين على تسعير الخدمة.					
٣-	تسعير الخدمات الصحية وفق المعايير تساعد في عدم دخول منافسين جدد.					
٤-	تستخدم المستشفى سياسة خفض السعر لتحقيق ميزة تنافسية في السوق.					
٥-	تراعي الإدارة قوة المنافسة عند تسعير الخدمات الصحية.					
٦-	تراعي الإدارة جودة المدخلات عند تسعير الخدمات الصحية.					
٧-	تعتبر رغبة وميول المريض هو المحرك الأساسي للمنافسة وتحديد الأسعار في سوق بيع الخدمات الصحية.					

المحور الثالث: معيار العائد في المستشفى

الرقم	الأسئلة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
١-	تهدف معايير استراتيجية تسعير الخدمات الصحية إلى تحقيق الربحية.					
٢-	تسعير الخدمات الصحية الموضوعة تحقق العائد الاقتصادي المتوقع.					
٣-	يوازن المستشفى عند تسعير الخدمات الصحية بين العائد والتكلفة.					
٤-	تقوم المستشفى بدراسة ارتباط الخدمات المقدمة بخدمات أخرى يطلبها المريض ومدى ربحيتها عند تحديد أسعارها.					

تسعير الخدمات الصحية

الرقم	الأسئلة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
١-	تؤثر الأسعار في اختيار المريض للخدمة وللمستشفى.					
٢-	يتلقى المريض علاجاً ذا مستوى طبي جيد وبسعر مناسب.					
٣-	يبادر مقدم الخدمة في شرح سعر الخدمة.					
٤-	يوجد انسجام وتوافق بين جودة الخدمة وسعرها.					
٥-	يمتلك المستشفى أحدث التجهيزات الطبية لتقديم الخدمات لجميع فئات المجتمع وبسعر محدد ومناسب.					
٦-	يبرر رفع الأسعار الخدمات على مستوى الجودة المقدمة في المستشفى					
٧-	يشعر المرضى برضا عن الأسعار مقابل جودة الخدمات المقدمة.					
٨-	يعتبر وجود أعداد كبيرة من المستشفيات حافزاً لتشكيل وحدات متخصصة للتسعير.					
٩-	تؤثر شهرة الأطباء والكادر البشري في تسعير الخدمات الصحية في المستشفى.					

الدراسة	المشكلة البحتة	العينة	المنهج	الأدوات	البلد	أبرز النتائج
١. الهدى (٢٠٢١)	آلية التسعير ضمن المزيج التسويقي وأثره على أداء المستشفيات		الوصفي التحليلي	الاستبانة	الجزائر	إن تسعير الخدمة الصحية هو أكثر من مجرد توازن الطلب مع العرض وأنه قائم على استراتيجيات تسويقية تبحث

						عن تحقيق عوائد وأرباح لتغطية المؤسسة لتكاليفها وتحقيق رضا الزبون الناتج عن جودة الخدمة المقدمة.
٢. اسماء (٢٠٢٠)	استخدام التكلفة المستهدفة للتحكم في تسعير الخدمات الصحية	المؤسسة العمومية الاستشفائية لطب العيون بسكرة	الوصفي التحليلي	دراسة حالة	الجزائر	أسلوب التكلفة المستهدفة قائم على التحديد المسبق لسعر البيع وهامش الربح وبالتالي تحديد طريقة الإنتاج في حدود التكلفة المستهدفة، مع وجود إمكانية لاستخدام هذا الأسلوب في تسعير الخدمات الصحية، فمعظم التكاليف يتم تحديدها في مرحلة التصميم، وفي حالة إنتاج الخدمة وطرحها للسوق لا يمكن تخفيض التكلفة بما يتوافق مع أسعار المنافسين، الأمر الذي يؤثر على ربحية المؤسسة الصحية حال تطبيق النظام التعاقدي في البيئة الجزائرية، وبعد محاولة تنفيذ هذا الأسلوب

						والمساهمة في حساب سعر عملية "الساد" تبين أنه يوفر معلومات هامة حول تخفيض التكاليف إلى القيمة التي تجعل أسعار خدماتها في مستوى مقبول من طرف الزبائن.
٣. أحمد، ٢٠٢٠	دور التسعير في تحقيق الميزة التنافسية بالشركات الخاصة	٦٦	الوصفي التحليلي	الاستبانة	السودان	إن استراتيجيات التسعير تمكن الشركة من خلق سمعة جيدة بين الشركات الأخرى والمستهلكين مما يؤدي لزيادة حجم المبيعات، وتعمل الاستراتيجية على عدم وصول منافسين جدد إلى السوق نتيجة الأسعار المنخفضة، وتوصي الدراسة بأن تسعى الشركة لخلق سمعة جيدة بين الشركات والمستهلكين من خلال جودة المنتجات وانخفاض الأسعار، وأن تتبع الشركة استراتيجية التسعير (السعر المتغير) بصورة

						أكبر.
٤. مرهج، ٢٠١٨	أثر تطوير جودة الخدمة الصحية وتسعيرها على زيادة رضا عملاء المنظمات الخدمية	وتمثلت عينتها في جميع الموظفين الإداريين وجميع الأطباء والكادر التمريضي وعينة عشوائية بسيطة من المرضى والمستفيدين من خدمة المستشفيات التي مقرها محافظتي دمشق واللاذقية،	الوصفي التحليلي	المقابلة الشخصية والاستبانة	سوريا	إن تسعير الخدمة الصحية يؤثر تأثيراً طردياً معنوياً بزيادة رضا المستفيدين من الخدمة الصحية بنسبة (٥٦.٧%) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمة الصحية وبنسبة (٥١.٤%) من وجهة نظر مقدمي الخدمة الصحية.
٥. ناصر، ٢٠١٠	استخدام مدخل التكلفة المستهدفة في ترشيد قرارات التسعير					
٦. عواد ٢٠٠٨	أهمية استخدام منهج التكلفة المستهدفة في تحسين كفاءة تسعير الخدمات المصرفية"	٣٣ موظف موزعين على ١٠ بنوك	التحليلي الوصفي	التحليلي الوصفي	الأردن	النتائج أهمها الآتي: توفر تسعير الخدمات المصرفية بموجب منهج التكلفة المستهدفة للمزيد من المرونة في تطبيق سياسة تسعير هذه الخدمات وذلك من خلال توليد الحوافز لتخفيض تكلفتها، وتسعير الخدمات المصرفية

						بموجب منهج التكلفة المستهدفة أكثر عدالة من وجهة نظر العميل من تسعيرها بموجب منهج التكلفة الفعلية.
٧. شملخ، ٢٠٠٨	العوامل المؤثرة في قرارات تسعير الخدمات في المصارف التجارية	١١ مصرفاً	الوصفي التحليلي	المقابلة - الاستبانة	فلسطين (غزة)	أن العوامل المحددة بالدراسة جميعها تؤخذ بالاعتبار عند تسعير الخدمات المصرفية وكانت هذه العوامل مرتبة حسب الأهمية (المخاطر، السيولة، الأرباح المحصلة من العميل، المنافسة، التكلفة، قرارات سلطة النقد، عدد الخدمات المباعة)، وأن أهم المعوقات التي تواجه المصارف هي سرية العمل المصرفي وتدخل الإدارة العليا في قرارات التسعير، وأن خصائص المصارف مثل رأس المال وعدد الفروع ونوع المصرف لا تؤثر في قرارات تسعير الخدمات

						المصرفية.
٨. الموسوي، ٢٠٠٨	دور المقارنة المرجعية في ترشيد قرارات التسعير المبنية على أساس الكلفة المستهدفة		المقارنة المرجعية	التحليل		وجود دور كبير للمقارنة المرجعية في تحديد سعر البيع باعتماد أساس السوق (الكلفة المستهدفة) في التسعير، إذ أثبت التطبيق العملي وجود فارقاً كبيراً عن أساس الكلفة، بالإضافة إلى أن الشركة لم تستخدم التقنيات الحديثة لإدارة الكلفة وتعتمد أساس الكلفة في تسعير منتجاتها.
٩. (الخلف، زويلف، ٢٠٠٧)	"التسعير باستخدام منهج التكلفة المستهدفة		الجانب التطبيقي - الحالة الدراجة	- المشاهدة المباشرة - والمقابلات الشخصية -الاستبانة	الأردن	أن قرارات التسعير تتأثر بالعديد من العوامل كالزبائن والمنافسين والتكاليف، وأن اعتماد المنهج التقليدي في التسعير في عصر العولمة وحرية التجارة لا يمكن من المنافسة في حدود السعر السائد في الأسواق التنافسية، وأن منهج التكلفة

						المستهدفة يمثل طريقة للتسعير ونظام لتخطيط الربحية وإدارة التكلفة في البيئة التنافسية. كما أن الشركات محل عينة البحث تطبق نظام تكاليف فعلي وتستند في تسعير منتجاتها بصورة رئيسة على التكلفة الكلية. أما أهم التوصيات التي تقدمت بها الدراسة، فيمكن تلخيصها في ضرورة تطوير أنظمة التكاليف للمساهمة في ترشيد عملية اتخاذ القرارات واعتماد منهج التكلفة المستهدفة في التسعير لرفع كفاءة القرارات ذات الصلة، مع أهمية قيام الشركات محل عينة البحث بإعداد البرامج والدورات التدريبية المتطورة والمتخصصة في مجال التسعير لتزويد كوادرها بآخر المستجدات في هذا الميدان.

١. AL-Shaibani (٢٠٢٠)[١]	تأثير أهداف ومحددات التسعير على استراتيجية التسعير في الصيدليات الخاصة في اليمن	وتمثلت عينتها في الصيدليات الخاصة في مدينة صنعاء	الوصفي التحليلي	الاستبانة	اليمن	تم اكتشاف عن أربع استراتيجيات هي الأكثر اعتماداً من قبل الصيدليات الخاصة في اليمن وهي على التوالي : التسعير المنخفض، وتسعير التكلفة الإضافية، والتسعير المتكافئ، وتسعير منحنى الخبرة، وكانت التوصيات الرئيسية لهذه الدراسة تتلخص في المزيد من التركيز على احتياج السوق، والتركيز على الحصول على بيانات أكثر حول نمو السوق، وكذلك التركيز على التميّز.
2. (2020) kwon Kim	تناسق أسعار الأدوية الجديدة في كوريا: تجسير الاختلافات بين الأفراد في مفاوضات الأسعار"				كوريا	الكشف عن الفروق الفردية في تسعير الأدوية الجديدة بين المراجعين والتي من شأنها أن تعيق اتساق اتخاذ القرارات السعرية وتؤثر بشكل كبير على النتائج المالية ومع ذلك فإن

						عملية التسعير مغلقة تماماً ولم يتم إجراء تقييمات مناسبة، وهناك حاجة إلى بعض التدابير لتعزيز الشفافية والاتساق في صنع القرار بشأن الأسعار.
Hong (٢٠١٨) Naiji.	توفير الخدمة والتسعير ورضا المريض في المجتمعات الصحية عبر الإنترنت"		المنهج التحليلي التطبيقي المقارن،			أنه يمكن تحسين رضا المرضى من خلال توفير خدمات تسعير فعالة، وعلى وجه التحديد يمكن للأطباء تقديم العديد من الخدمات الصحية بتكلفة معقولة ومناسبة للمرضى، واستكشاف علاقة غير خطية بين سعر الخدمة ورضا المريض حيث أن مستوى السعر المنخفض أدى إلى زيادة رضا المرضى في حين أن مستوى السعر المرتفع يمكن أن يكون له تأثير معاكس.
(٢٠٠٨) Tengilimoglu Dziegielewski	تسعير الخدمات الصحية في تركيا"		المقارنات	تركيا		
(2004) Waters.	تسعير الخدمات الصحية للمشترين: مراجعة					مجموعة من الأساليب

Hussey	الطرق والخبرات"					والخبرات في تحديد الأسعار في أنظمة دفع مختلفة، وتحديد العوامل الرئيسية التي تؤثر على كيفية تعيين الأسعار، وقياس التكاليف، وخصائص المشترين ومقدمي الخدمات.

- **ملحق الدراسات السابقة**

الأخ/ مدير عام المستشفى اليمني الالماني

الموضوع: تسهيل مهمة بحث

تهديكم رئاسة جامعة ٢١ سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية أطيب تحياتها وتقديرها وإشارة إلى الموضوع أعلاه تكرموا مشكورين بتسهيل مهمة بحث طالبات كلية الإدارة الطبية مستوى رابع لعدد (٧) طالبات بحسب عنوان البحث الموضح قرين أسمائهن :-

م	الاسم	عنوان البحث
١	نجلاء ريحان الكحيلي	معايير تسعير الخدمات الصحية وفق اسس الاقتصاد الصحي
٢	هنادي سمير عيال	
٣	هنادي منصور المشرقي	
٤	حنان نجيب الارياني	
٥	رنا خالد الرحمني	
٦	عائشة الناصر	
٧	ايتسام علي مهدي	

... تقبلوا بقبول خالص تحياتي وتحيتي احترامي ...

استاذ دكتور/
مجاهد علي معصار
رئيس الجامعة

Republic of Yemen
Ministry of Higher Education and Scientific Research
MEDICAL AND APPLIED SCIENCES UNIVERSITY
RECTORSHIP

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة العلوم الطبية والتطبيقية
رئاسة الجامعة

الأستاذ الدكتور/ مظهر مرشد
رئيس هيئة مستشفى الثورة العام

الموضوع: تسهيل مهمة بحث

تهديكم رئاسة جامعة ٢١ سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية أطيب تحياتها وتقديرها وإشارة إلى الموضوع أعلاه تكرموا مشكورين بالتوجيه الى من يلزم بتسهيل مهمة بحث طالبات كلية الإدارة الطبية المذكورات أدناه بحسب عنوان البحث الموضح قرين أسمائهن :-

م	الاسم	عنوان البحث
١	حنان نجيب الارياني	معايير تسعير الخدمات الصحية وفق اسس الاقتصاد الصحي
٢	رنا خالد الرحمني	
٣	عائشة علي ال ناصر	
٤	نجلاء ريحان الكحيلي	
٥	هنادي سمير عيال	
٦	هنادي منصور المشرقي	

... تقبلوا بقبول خالص تحياتي وتحيتي احترامي ...

استاذ دكتور/
مجاهد علي معصار
رئيس الجامعة

Sanaa - Taiz street - Al-Sawad
Tel: (01/692100) Fax: (01/696585) P.O.P: (17021)
Support@lumas.edu.ye

Tariff Criteria for health services based on health economics principles in the capital city hospitals (field study)

Prepared by the research

1. Aisha Ali Ebrahem Al-Nassee.
2. Ebtisam Ali Mahdi Ali.
3. Hanan Najeeb Saleh AL- Eryni.
4. Hanadi Mansur Ahmed AL-Mashrqi.
5. Hanadi Sameer Saleh Obal.
6. Rana Khalid Ali Al-Dahmali.
7. Najla Raihan Mohi-deen AL-Kahaili

Supervisor
Dr. Mohamed Ali AL Makardi
Associate Professor of Financial and Banking Economics

Abstract

The objective of the research is to study the standards, on which the health services Tariff policy in hospitals is based on, and to study the theoretical bases for pricing according to the actual cost in private and governmental hospitals for health services, and to study the factors affecting health service pricing. The study used a descriptive analytical method, using a questionnaire distributed to 67 employees in departments responsible for pricing and planning from financial and marketing departments in some Yemeni hospitals. The data was collected and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Interviews were also conducted with persons responsible for health service Tariff, and some data and information were collected from the Ministry of Health. The research reached several results, the most important of which is the following: The lack of awareness of those in charge of pricing health services in Yemeni hospitals to take into account economic criteria when pricing the services provided by them. The pricing process in private hospitals is almost based on limiting the cost without taking into account the rest of the pricing criteria such as competition, quality, clarity and approval of marketing operations in private hospitals.

The research concluded with sevrac important recommendations, including the need for clear and specific pricing standards for health services in Yemeni hospitals, the formation of an integrated team specialized in pricing health services according to the principles of health economics, the use of experiences of regional and international dcvelopeol countries in this regard to the applicable of the country's financial capabilities, and the importance of pricing policies for raising the efficiency

of health services and the health sector, increasing the satisfaction of beneficiaries of health services, and increasing their demand for therapeutic and preventive health services through the use of promotional prices. It also recommends obligating public or private Yemeni hospitals to apply prices determined by the Ministry of public Health and population and tightening the control regularly and continuously to ensure that the tariff are applied.

Republic of Yemen

Ministry of Higher Education and Scientific Research

21 September University of Medical and Applied Sciences

Faculty of Medical Management

Tariff Criteria for health services based on health economics principles in in the capital city hospitals (field study)

Prepared by the research

4. Aisha Ali Ebrahem Al-Nassee.
4. Hanadi Mansur Ahmed AL-Mashrqi.
5. Ebtisam Ali Mahdi Ali.
5. Hanadi Sameer Saleh Obal.
6. Hanan Najeeb Saleh AL- Eryni.
6. Rana Khalid Ali Al-Dahmali.
8. Najla Raihan Mohi-deen AL-Kahaili.

Supervisor

Dr. Mohamed Ali AL Makardi
Associate Professor of Economics and Health Insurance

Dhul Qi `dah 1444

June 2023