

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية
وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى
الأهلي كحالة دراسية)

لؤي أحمد خليل الرواشده

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1441هـ - 2020م

واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية
وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى
الأهلي كحالة دراسية)

إعداد:

لؤي أحمد خليل الرواشده

بكالوريوس تعليم الاجتماعيات من جامعة القدس المفتوحة - فلسطين

المشرف: د. نايف عبد الرحيم علي جراد

قُدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في برنامج بناء
المؤسسات والتنمية البشرية في معهد التنمية المستدامة - كلية الدراسات
العليا - جامعة القدس.

1441هـ - 2020م

بسم الله الرحمن الرحيم



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

معهد التنمية المستدامة

إجازة الرسالة

واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)

الباحث: لؤي أحمد خليل الرواشده.

الرقم الجامعي: 21612096

المشرف: د. نايف عبد الرحيم علي جراد.

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2020/06/08م من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

التوقيع:

رئيس لجنة المناقشة: د. نايف جراد.

التوقيع:

ممتحناً داخلياً: د. سعدي الكرنز.

التوقيع:

ممتحناً خارجياً: د. عبد القادر الدراويش.

القدس - فلسطين

1441هـ - 2020م

الإهداء

يا من أحمل اسمك بكل فخر وعز

يا من افتقدك منذ الصغر

يا من يرتعش قلبي لذكرك

يا من أودعتني لله ومن أرسى لديّ قواعد الخلق الكريم

وكيفية كبح زمام النفس أهديك هذه الرسالة... أبي رحمك الله.

إلى من نذرت عمرها في أداء رسالة... صنعتها من أوراق الصبر

وطررتها في ظلام الدهر... على سراج الأمل

بلا فتور أو كلل... رسالة تعلم العطاء كيف يكون العطاء

وتعلم الوفاء كيف يكون الوفاء... إليك أمي أهدى هذه الرسالة

وشتان بين رسالة ورسالة... جزاك الله خيراً.. وأمد الله في عمرك بالصالحات

فأنت زهرة الحياة ونورها

إلى سندي وقوتي وملأني بعد الله

إلى من آثروني على أنفسهم

إلى من علموني علم الحياة

إلى من أظهروا لي ما هو أجمل من الحياة... إخوتي وأخواتي

بكل الحب.. إلى رفيقة دربي

إلى من سارت معي نحو الحلم... خطوة بخطوة

بذرناه معاً... وحصدناه معاً

وسنبقى معاً... بإذن الله... جزاك الله خيراً

إلى من كانت نعم السند في رحلتي العلمية والبحثية، ولم تدخر جهداً في مساعدتي... خطيبتني العزيزة

إقرار

أقرنا مُعد هذه الرسالة بأنها قُدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الدراسة أو أي جزء منها، لم يقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: ... لؤي أحمد خليل الرواشده

الاسم: لؤي أحمد خليل الرواشده.

التاريخ: 2020/06/08م

الشكر والعرفان

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك... ولا يطيب النهار إلا بطاعتك

ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك... ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك

ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك... إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة

ونصح الأمة... سيد الثقلين

"سيدنا محمد بن عبد الله" صلى الله عليه وسلم

بعد شكر الله سبحانه وتعالى على توفيقه لي في هذه الرسالة المتواضعة أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى والدتي وإخواني وأخواتي وإلى خطيبيتي العزيزة لما قدموه لي من دعم ومساندة ومساعدة في إنجاز وإتمام رسالتي ولكل من قدم لي يد العون والمساعدة ويشرفني أن أشكر من شرفني بإشرافه على رسالتي الدكتور "نايف عبد الرحيم علي جراد" الذي لن تكفيه حروف حقه لما قدمه لي من عظيم المساعدة وحسن التعاون والتوجيهات التي لا تقدر بثمن والتي ساهمت في إتمام رسالتي وأتقدم بجزيل الشكر والعرفان أيضاً إلى أعضاء اللجنة الممتحنين الدكتور "سعد الكرنز" ممتحن داخلي والدكتور "عبد القادر الدراويش" ممتحن خارجي.

كما أتوجه بخالص شكري وتقديري إلى كل من قدم لي يد العون والمساعدة من قريب أو من بعيد على إنجاز وإتمام هذه الرسالة.

قال تعالى ﴿رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين﴾. صدق الله العظيم. سورة النمل. الآية ﴿19﴾.

لؤي أحمد خليل الرواشده

مصطلحات الدراسة

تبحث هذه الدراسة في موضوع واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وقد وردت بعض المفاهيم والمصطلحات التي تخدم هذه الدراسة وهي:-

1. **الحوكمة:** هي مجموعة من القوانين والنظم والقرارات، التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء، عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق الأهداف. ويعتبرها البعض بمثابة النظام الذي يتم من خلاله توجيه أعمال المنظمة ومراقبتها على أعلى مستوى من أجل تحقيق أهدافها والوفاء بالمعايير اللازمة للمسؤولية والنزاهة والشفافية (النعيمي، 2015).
2. **الحوكمة السريرية:** هي نظام يتم من خلاله مساءلة المؤسسات عن التحسين المستمر لجودة خدماتها وحماية معايير الرعاية العالمية، ويتم تحقيق ذلك من خلال تهيئة بيئة تتسم بالمسؤولية والمساءلة الشفافة في الحفاظ على المعايير، والسماح للتميز في الرعاية السريرية بالازدهار (دليل الحوكمة السريرية، 2013).
3. **NSQHS:** هي معايير السلامة الوطنية وجودة الخدمة الصحية (NSQHS) (دليل الحوكمة السريرية، 2013).
4. **حوكمة المستشفيات:** هي عملية توجيه الأداء العام والفعال للمستشفى، من خلال تحديد المهمة وتحديد الأهداف بوجود مستويات من الإدراك على المستوى العملي، بالإضافة إلى أن حوكمة المستشفيات من العناصر الأساسية اللازمة من أجل تحقيق التميز في إدارة المستشفى فهي تضمن حد معين من وجود مهمة واضحة ضمن ثقافة إنجاز معينة (جوهره، وفوزية، 2012).
5. **الإدارة الصحية:** هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل (نصيرات، 2018).
6. **الأخلاقيات المهنية:** هي الأخلاقيات التي تحكم سلوك وممارسة أعضاء مهنة ما أو جمعية أو مؤسسة أو نقابة، وهذا يعني أن هناك طريقة ما في التفكير متشابهة لمجموعة كبيرة من الأفراد مثل: النقابات المهنية، والمؤسسات، والاتحادات والمنظمات الشعبية، وهي أخلاقيات المهنة

المختلفة وآدابها. فنقول مثلاً أخلاقيات مهنة المحاماة وأخلاقيات مهنة الطب، ويعبر عنها في العلوم الطبية بالـدساتير الطبية (خلف، 2017).

7. المستشفى: هو جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجاً ووقاية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى هو أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية وبيولوجية (حمدان، 2008).

8. إدارة المستشفى: هي الاستعمال الكفء للموارد بما يعظم الإنتاجية ويلبي حاجات العملاء من غير هدر وضمن الحدود والتوجيهات المقدره من الإدارة العليا (سلطان، 2012).

9. الأداء: قدم (Kolter) مفهوم للأداء المنظمي المتميز من خلال طرح لنموذج خصائص منظمات الأعمال ذات الأداء المتفوق، وأشار إلى مجموعة عوامل وصفها بأنها مفاتيح للأداء المتميز إذ أن الخطوة الأولى في طريق الأداء المتميز هي تحديد أصحاب المصالح (الزبائن، العاملين، المجهزين والمسوقين)، وتدرك منظمات اليوم أنها ما لم تلبي احتياجات أصحاب المصالح ورغباتهم، فلن تحقق المكانة المرموقة التي تطمح في الوصول إليها ومن خلال إدارة العمليات الأساسية (تطوير منتج جديد، جذب الزبائن، اختزال النفقات وتلبية الاحتياجات)، تتمكن المنظمة من تحقيق أهدافها الخاصة بإرضاء أصحاب المصالح (Kolter, 2000).

10. الأداء المؤسسي: المنظومة المتكاملة لنتاج أعمال المؤسسة في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية، وهو محصلة الأداء الفردي وأداء الوحدات التنظيمية، بالإضافة إلى تأثيرات البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (شحاده، 2017).

11. الكفاءة: إمكانية الاستثمار الأقصى للموارد المتوفرة (الموارد البشرية، المادية، المالية والمعلومات)، في عمليات انجاز الأهداف، كما أنها القدرة على أداء الأشياء بطريقة صحيحة (شحاده، 2017).

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان ومستشفى الأهلي كحالة دراسية) من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمات في كلا المستشفيات.

لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي في جمع البيانات وتحليلها، وتم استخدام الإستبانة كأداة للدراسة وجمع بياناتها، وتم تطوير استبانتين، الأولى لمقدمي الخدمة والثانية لمتلقي الخدمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية.

وتكون مجتمع الدراسة من جميع مقدمي ومتلقي الخدمة (الموظفين والموظفات العاملين والمرضى المقيمين والمراجعين والزائرين) في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية (الميزان والأهلي) في محافظة الخليل خلال فترة جمع البيانات والمعلومات والبالغ عددهم (1690)، وتم اختيار عينة الدراسة من مقدمي الخدمة (الموظفين) بالطريقة الطبقية العشوائية، وتم اختيار عينة الدراسة من متلقي الخدمة (المرضى) بالطريقة العشوائية المنتظمة، وقام الباحث بتوزيع الاستبانتين على (236) ما بين مقدمي ومتلقي الخدمة في المستشفيات وتم استرداد (216) استبانة صالحة للتحليل ونسبة (91.5%).

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل (الميزان والأهلي) من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة جاء بدرجة مرتفعة؛ وأن مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من جهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة كان مرتفعاً أيضاً. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة. وبينما بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة تعزى لمتغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي والخبرة، أظهرت وجود مثل هذه الفروقات فيما يتعلق بمتغير المستشفى لصالح متلقي الخدمة لدى مستشفى الميزان، وكذلك فيما يتعلق بمتغير السكن لصالح متلقي الخدمة من القرى/البلدات. وفيما

يتعلق بترتيب معايير تطبيق الحوكمة وفقاً لأهميتها من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، فقد أظهرت نتائج الدراسة معيار الاستجابة جاء في المرتبة الأولى من وجهة نظر مقدمي الخدمة، وجاء معيار المساءلة في المرتبة الأدنى، بينما جاء معيار الفعالية السريرية من وجهة نظر متلقي الخدمة في المرتبة الأولى، وجاء في المرتبة الأخيرة معيار النزاهة.

وفي ضوء النتائج، خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات ومن أهمها: يجب على المستشفيات غير الحكومية الإلتزام بتطبيق معايير الحوكمة في عملياتها المختلفة من أجل استدامة تطوير أداؤها، وضرورة العمل على رفع مستوى الوعي بمعايير حوكمة الإدارة الصحية والسريرية لدى العاملين في المستشفيات ولدى الجمهور الفلسطيني، وضرورة العمل على توفير مدونة للسلوك الوظيفي وتوعية الموظفين بها وبأهميتها، مع الإفصاح عن التقارير خاصة التي تتعلق بالأموال المالية، والمادية والإنجازات، وبكل شفافية، لتكون متاحة للجميع؛ ضرورة العمل على صياغة مدونة لحوكمة المستشفيات في فلسطين وتقييم المستشفيات من قبل الجهات الرقابية الرسمية والمختصة بناءً على تطبيقها مع إيلاء أهمية لمعاري المساءلة والنزاهة؛ تعيين أشخاص ذوي كفاءة وفاعلية في الأداء وخبرة في الحوكمة في المستشفيات حتى يؤثر ذلك بشكل إيجابي على أداء العاملين والارتقاء به وبالخدمات التي تقدمها المستشفيات، مع العمل على تفعيل أنظمة التحفيز للعاملين، والتي من شأنها أن تقلل من مظاهر الفساد والمخالفات.

The reality of applying the standards of governance in Palestinian non-governmental hospitals and its impact on their performance in the Hebron Governorate (Al-Mizan Hospital and Al-Ahly Hospital as a case study)

Prepared by: Loai Ahmad Khalil Al-Rawashda.

Supervisor: Dr. Nayef jarred.

Abstract:

This study aimed to identify the reality of the application of governance standards in Palestinian non-governmental hospitals and its impact on their performance in the Hebron Governorate (Al-Mezan Hospital and Al-Ahli Hospital as a case study) from the viewpoint of providers and recipients of services in both hospitals.

To achieve the aims of the study, the researcher used the descriptive method in data collection and analysis, and the questionnaire was used as a tool for study and data collection, and two questionnaires were developed, the first for service providers and the second for service recipients in Palestinian non-governmental hospitals.

The study population consisted of all providers and recipients of the service (male and female employees, resident patients, auditors and visitors) in Palestinian non-governmental hospitals (Al-Mizan and Al-Ahli) in the Hebron Governorate during the period of data and information collection (1690), and the study sample was chosen from service providers (employees) By random stratification method, the study sample was chosen from the recipient of the service (patients) by the random random method, and the researcher distributed the two questionnaires to (236) between the providers and the service recipients in the two hospitals and (216) questionnaires valid for analysis were returned at a rate of (91.5%).

The results of the study showed that the reality of applying the standards of governance in Palestinian non-governmental hospitals in the Hebron Governorate (Al-Mezan and Al-Ahli) from the point of view of service providers and recipients came at a high degree; And the level of performance of Palestinian non-governmental hospitals in the Hebron Governorate from the point of view of providers and recipients of service was also high. The results showed that there is a positive correlation relationship with statistical significance between the reality of applying the standards of governance and the level of performance of Palestinian non-governmental hospitals in the Hebron Governorate from the viewpoint of service providers and recipients. While the results showed that there are no statistically significant differences at the level of significance ($0.05 \geq \alpha$) to apply the standards of governance to the performance of Palestinian non-governmental hospitals in the Hebron governorate from the point of view of service providers and recipients attributable to gender, age, educational qualification and experience variables, they showed the existence of such differences in It relates to the hospital variable for the benefit of

service recipients at Al Mizan Hospital, as well as for the housing variable for the benefit of service recipients from villages/towns. With regard to arranging the criteria for applying governance according to its importance from the point of view of service providers and recipients, the results of the study showed the response standard came in the first place from the viewpoint of service providers, and the standard of accountability came in the lowest position, while the criterion of clinical effectiveness came from the viewpoint of the recipient of the service in the rank First, the integrity standard was ranked last.

In light of the results, the study came out with a set of recommendations, the most important of which are: non-governmental hospitals must commit to applying the standards of governance in their various operations in order to sustain the development of their performance, and the need to work to raise awareness of the standards of health and clinical management governance among hospital personnel and the Palestinian public, and the necessity Endeavor to provide a code of career conduct and educate employees about it and its importance, with the disclosure of special reports related to financial, material and achievements matters, and in all transparency, so that they are available to all; The need to work on drafting a code for hospital governance in Palestine and evaluation of hospitals by official and competent regulatory authorities based on their application, with importance given to standards of accountability and integrity; Appointing people with efficient and effective performance and experience in hospital governance so that this positively affects the performance of employees and the improvement of it and the services provided by hospitals, while working to activate the incentive systems for workers, which would reduce manifestations of corruption and violations.

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

ثمة أهمية بالغة للحوكمة على كل المستويات، ولا تقتصر هذه الأهمية فقط على أنها آلية لتحقيق التنمية المستدامة، وإنما هي مدخل مهم من مداخل تقييم الأداء سواء على مستوى الدولة ومؤسساتها، أو على مستوى القطاع الخاص وغير الحكومي. ويبرز هذا النهج بوضوح من خلال الدراسات التي يجريها البنك الدولي على العديد من الدول لقياس مدى تطبيقها لمضامين الحوكمة (المدهون، 2013).

وللحوكمة أهمية خاصة على المستوى الصحي، حيث يعد الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية من الأهداف التي تسعى أي دولة أن تضعها من ضمن الخطط التنموية الاقتصادية الإستراتيجية لها والتي تستهدف رفع مستوى جودة أداء المؤسسات الصحية والخدمات الصحية المقدمة. ولهذا أصبح مفهوم الحوكمة الصحية من الموضوعات الأكثر اهتماماً من قبل الباحثين والإداريين والمستفيدين من هذه الخدمات، حيث أنه لا بد من الاهتمام بتطبيق معايير هذه الحوكمة في المستشفيات والمؤسسات الصحية وعلى المستوى الوطني العام، وبحيث يجري ضمان الصحة العامة والحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية حتى يشعر المستفيد بأن ما يحصل عليه من الخدمات يلبي احتياجاته، وحيث أن إدراك المستفيدين لحقوقهم في الحصول على جودة عالية من الخدمات الصحية يمكن أن يؤثر في المفاضلة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة عند الحاجة إليها، ويعتبر قطاع الرعاية الصحية من أكثر القطاعات أهمية وحيوية، نظراً لدوره الهام والمحوري في العناية بصحة الفرد والمجتمع، كما يعتبر رافداً للاقتصاد الوطني ومقصداً هاماً للسياحة العلاجية في بعض الدول، وقد حظي هذا القطاع باهتمام كبير من قبل جميع الدول سواء من حيث زيادة الإنفاق أو التوجيه والرقابة المستمرة عليه بهدف ضمان استمرار قيامه بأداء دوره على مستوى عالٍ من الكفاءة والفعالية (دره وآخرون، 2018).

إن طبيعة ما تحمله الرعاية الطبية من أهمية قصوى في مختلف دول العالم تعكس واقع وجوهر النظام الصحي السائد وأساس إدارته، وتعتمد على توافر قوى عاملة تتمتع بقدر من الصحة والكفاءة العالية، وعلى وجود نظم صحية متطورة. فإنتاجية الفرد تتحقق عندما يتمتع بصحة جيدة، وعندما تلبى احتياجات الرفاهية بمعناها الأوسع في المجتمع، وهو ما ينعكس بدوره على التنمية. وبناءً على ذلك فإن النظام الصحي المتكامل يعني نظاماً تنموياً فعالاً بالضرورة، وتتطلع الأمم والشعوب إلى النمو والتقدم بالجوانب الطبية من خلال الإنفاق على البنى التحتية وعلى الخدمات المتعلقة بها مثل الصحة والتعليم، والواقع أن الخدمات التي يقدمها أي قطاع صحي فعال تميل إلى التكاملية والشمولية من حيث أنها ينبغي أن تكون وقائية وعلاجية، وأن تقدم بكفاءة وفعالية (مصلح، 2012).

ومع تطور المجتمعات والحضارة البشرية وظهور ثورة التكنولوجيا والمعلومات والعلوم الطبية، تعاظم دور مؤسسات الصحة نحو النهوض بالمجتمعات لتواكب هذا التطور والتحضر، مما رفع كفاءة أعضائها والعاملين فيها للقيام بدورهم نحو تنمية فضلى لمجتمعاتهم، وهو ما يتطلب رفع مستوى أداء هذه المؤسسات من خلال إتباع أنماط وأساليب الإدارة الحديثة وتعزيز القدرة والمهارة للتعامل مع مختلف الأطراف ذوي العلاقة والمصلحة للوصول لتحقيق الأهداف المخطط لها (العلاق، 2001).

وينظر إلى الأداء في المؤسسات بصورة عامة، باعتباره دافعا للاستمرار، كما يعتبر العاملون بالمؤسسات العجلة التي تحرك هذه الدافعية باعتبارهم الأكثر تأثيراً في تحقيق أهداف المؤسسة والتي تتمثل في امتلاك ميزة تنافسية تمكنها من البقاء والاستمرارية. وقد واجهت الكثير من المؤسسات انخفاض في مستويات أدائها الإنتاجية وذلك بسبب ارتفاع التكاليف مما أدى إلى تدني معدلات الإنتاج أيضاً مقارنة بالمنتج الرديء الذي قامت بإنتاجه في تلك الفترات، ولذلك من الواجب على هذه المؤسسات أن ترتقي بأدائها الإنتاجي وتعزز من مكانها في الأسواق التنافسية وذلك بانتهاج منهج نظام الحوكمة الرشيدة كشرط من شروط الفعالية الاقتصادية وباعتباره أيضاً نظاماً وآلية لتحقيق جودة أداء وميزة تنافسية تقوم عليها المؤسسات. ومن أجل تحقيق هذا التوجه يجب انتهاج أساليب إدارية واعتماد معايير حديثة وفعالة تتوافق مع طبيعة عمل مؤسساتهم، ومن هنا أصبح تحسين الأداء والمنتجات أو الخدمات يرتبط بمدى تطبيق معايير الحوكمة، لذا كان لتطبيق منهج ونظام الحوكمة بالمؤسسات قيمة فعالة، حيث أسهم بصورة كبيرة في تحقيق أداء شامل للمؤسسة في كل الجوانب

وعلى جميع المستويات بالإضافة إلى تحقيق رضا أصحاب الشأن بالمؤسسة سواء أكانوا عملاء داخليين أو خارجيين (عبد الغفور، 2018).

إن اهتمام المؤسسة بأدائها الشامل يجعل منها "مواطناً صالحاً"، وذلك لأنها لا تسعى إلى تحقيق المصلحة المالية لمالكها فحسب، بل مصالح كافة أصحاب المنفعة الآخرين. كما أن الأمر لا يتوقف عند كونه مجرد مشاركة في الأعمال الخيرية، فلكي تكون المؤسسة مسؤولة اجتماعياً، فإن الأمر يعني ما هو أبعد من تقديم التبرعات الخيرية، إذ يعني أيضاً المشاركة الفعالة في البرامج التعليمية والالتزام بحماية البيئة، وحتى تكون المؤسسة مواطناً صالحاً، فإن ذلك يعني المشاركة بالوقت والجهد على كافة مستويات المؤسسة من أجل تحسين ظروف المجتمعات التي تعمل فيها، إلى جانب العمل وفقاً لمبادئ الشفافية والمسؤولية، وإنتاج السلع والخدمات الآمنة ذات الجودة العالية، إذ يتعين على المؤسسات أن تسعى دائماً إلى تحقيق التميز وليس مجرد تحقيق مؤشرات مالية جيدة، كما يجب أن تكون الاستجابة لاهتمامات العملاء والموظفين والمجتمعات جزء لا يتجزأ من عملية اتخاذ القرار داخل أي مؤسسة، إذ قد يمثل ذلك في نهاية الأمر الفرق بين النجاح والفشل من الناحية التجارية والخدمة العامة. ويمكن القول أنه إذا كان الأداء هو الغاية النهائية للمؤسسة لأنه يمثل مستوى النجاح في تحقيق الأهداف، فإن عملية تقويم الأداء بالنسبة للمؤسسة تعني دراسة وتقويم نشاطها لقياس النتائج المتحققة، ومقارنتها بالأهداف المرسومة مسبقاً للوقوف على واقعها، وكذلك تحديد الانحرافات التي حصلت بهدف اتخاذ الخطوات اللازمة لمعالجتها (كواشي، 2017).

ويعد تطبيق معايير الحوكمة قراراً استراتيجياً يمس حاضر ومستقبل الشركة كونها لا تعتمد على تحقيق النجاح في الأجل القصير إنما هي عملية ذات أبعاد إستراتيجية طويلة الأجل للنمو والنجاح ومدخلاً نحو التطوير الشامل للأداء، فهي لم تعد تعني مجرد مطابقة لمواصفات نمط الإدارة الحديث، بل والارتقاء نحو الانسجام مع السياسات والإجراءات ذات الجدوى والفعالية والكفاءة. فهي تشمل ضمان وجود نظام عمل مقنن بوثائق مضبوطة، تضمن تقسيم عمل جيد وصلاحيات ومهام واضحة لمستويات الإدارة المختلفة، ونظام مساءلة ومحاسبة شفاف، وحسن سير الإجراءات المهمة، كما تنطوي على رقابة على تنفيذ خططها وأعمالها وتقييم مدى تحقيقها لأهدافها وتحسين مكانتها وسمعتها زيادة على حسن استثمارها للموارد وتخفيض التكاليف وزيادة الربحية بما يخدم أصحاب المصلحة

والمستفيدين ما يعطي دلالة واضحة على أن الارتقاء بهذه الإدارة على كافة الصعد يتطلب تعزيز حوكمة المؤسسات (العربي ونواره، 2016).

لقد اغتنت التجربة الفلسطينية في بناء وإدارة المؤسسات، وازداد معها الاهتمام بالحوكمة في فلسطين في العقد الماضي، وشمل ذلك كل المجالات بما فيها المجال الصحي. وقد مرت الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات في فلسطين بأنواعها المختلفة، بمراحل نضوج وتنوع مختلفة حتى وصلت إلى ما وصلت إليه الآن، ومن أجل تقييم واقعها والعمل على تقديم المقترحات الضرورية للارتقاء بها، لما لذلك من أهمية بالغة في تطوير الأداء، وتعزيز التطبيق الكامل لمعايير الحوكمة، وتخطي العقبات للارتقاء إلى جودة أداء تخدم الهدف الإنساني، من خلال الإجراءات والعمليات التي بمقتضاها تدار وتراقب المستشفيات، ويحدد هيكل توزيع السلطات والمسؤوليات فيها، إلى جانب النظم الانضباطية التي ترفع كفاءة الأداء، وتقلل من احتمالات الأخطاء، لتمثل المدخل السليم لحل المسائل الأساسية على المدى البعيد لتحقيق التوازن والتنمية المستدامة، جاءت هذه الدراسة لتشكل واجباً، وضرورة بحثية. وهي مع ما ظهر من أزمة انتشار فيروس كورونا (كوفيد_ 19) ووصوله إلى مستوى جائحة عالمية طالت كل البلدان بما فيها فلسطين، وما أظهرته الأزمة من ضرورة العناية بالحوكمة السريرية (الإكلينيكية) عموماً وبمسائل ومعايير التأهب والاستجابة والتعافي من الوباء، يصبح لها أهمية أكبر ومجال البحث العلمي فيها ضرورة ذات أولوية.

2.1 مشكلة الدراسة

بينت الدراسات أهمية تطبيق الحوكمة في المستشفيات وأن للحوكمة انعكاس على جودة الأداء وبالتالي على نوعية الخدمة المقدمة للمرضى وعلى مستوى رضاهم عن أداء المستشفى وخدمته وأداء العاملين مقدمي الخدمة، وعلى الرغم من وجود بعض المعطيات حول واقع العمل على هذا الصعيد في فلسطين، إلا أن هذا الواقع لم تتم دراسته بما فيه الكفاية، وخاصة فيما يتعلق بواقع المستشفيات غير الحكومية، ونظراً للدور المحوري الذي تلعبه المستشفيات في فلسطين والاتجاه في الفترة الأخيرة لخصخصة الخدمة الصحية، ولاعتبار أن المستشفيات غير الحكومية باتت تعتبر أحد أهم آليات إيصال الخدمة والرعاية الصحية والعلاج لشرائح واسعة في المجتمع، فإن العمل على تقييم واقع حوكمتها والارتقاء بدورها وأدائها منوط بفحص مدى جودة وفعالية نظمها المعمول بها ومدى انسجامها مع المعايير الدولية لتقديم الخدمة الصحية وتوفير الرعاية للمرضى، وهو ما دفع بالباحث إلى التعرف

على واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها، ونظراً لصعوبة شمول كل المستشفيات غير الحكومية في فلسطين فقد اقتصرَت الدراسة على المستشفيات غير الحكومية في محافظة الخليل كمستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية. وبناءً على ما سبق فإنه يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في السؤال التالي:

"ما واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)؟"

3.1 مبررات الدراسة

1. تولد الرغبة لدى الباحث لخوض غمار البحث في موضوع الدراسة لمعرفة واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية).
2. الحرص على تعزيز تطبيق معايير قواعد الحوكمة وتحديد المعوقات والتغلب عليها تمهيداً للوصول إلى أداء مثالي من قبل الموظفين للتوصل إلى نتائج يستند إليها أصحاب القرار، لتلبية مصالح المواطن الفلسطيني.
3. محدودية الدراسات التي تناولت واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية على حد علم الباحث.
4. ضرورة القيام بالدور المؤسسي والإكلينيكي وذلك بتوضيح أولويات انسياب الإجراءات ضمن معايير معلنة وعادلة من أجل زيادة ثقة الموظفين بأنفسهم وتحسين جودة الخدمة المقدمة للمواطنين وكسب رضاهم.

4.1 أهمية الدراسة

لهذه الدراسة أهمية كبيرة في المجالين العلمي والتطبيقي، تتمثل بالآتي:

• الأهمية العلمية

1. حداثة هذه الدراسة وقلّة الأبحاث المتخصصة في أهمية واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية لتكون سائدة في باقي المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية.

2. ضرورة الكشف عن أبعاد وواقع حوكمة المستشفيات غير الحكومية وانعكاس ذلك على أدائها في ظل قطاع صحي فلسطيني متنوع لا يخلو من المنافسة، وحتى يقدم ذلك نموذجاً للاقتداء به من قبل باقي المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية.

3. إن الكشف عن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية من شأنه طرح العديد من الإشكاليات والمجالات، التي تفسح في المجال للمزيد من البحث العلمي.

• الأهمية التطبيقية

1. الكشف عن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات وبالتالي وضع الأساس لمقاربة علمية مع المعايير المعتمدة دولياً من أجل الارتقاء بنظم الإدارة والإجراءات المعتمدة في المستشفيات.

2. الكشف عن الثغرات والنواقص ونقاط الضعف في تطبيق معايير الحوكمة، الأمر الذي يمكن أن يستفيد منه كلا المستشفيات وبقية المستشفيات في الممارسة اللاحقة لتعزيز تطبيق معايير الحوكمة واستثمار الفائدة المتوخاة منها.

3. استكشاف ومعرفة انعكاس تطبيق معايير الحوكمة على الأداء المؤسسي والفردى، مما يشكل أساساً للارتقاء بالأداء نحو تحقيق الأهداف المرجوة والاستدامة.

4. تقديم محاولة تقييمية لواقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على أدائها من وجهة نظر متلقي الخدمة، مما يساهم في رفع مستوى ثقافة الحوكمة والعمل على تعزيز المسؤولية المجتمعية والإنسانية وتحسين لآليات الاستجابة لاحتياجات المواطنين.

5.1 أهداف الدراسة

- **يتمثل الهدف الرئيسي** لهذه الدراسة في: التعرف على واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية). **ويتفرع عن هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية الآتية:**
 1. استكشاف ومعرفة واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل وفقاً لمجالات: (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريية).
 2. التعرف على انعكاس وتأثير تطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية.
 3. تبيان وجود أو عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في استجابات مقدمي ومتلقي الخدمة تعزى للمتغيرات الديموغرافية.

6.1 أسئلة الدراسة

- **يتلخص السؤال الرئيسي** لهذه الدراسة بالآتي: ما واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي حالة دراسية) من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة؟

وقد انبثق عنه الأسئلة الفرعية الآتية:

 1. ما درجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة؟
 2. ما مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة؟
 3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.
 4. هل توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في درجة متوسطات استجابات المبحوثين نحو واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل وفقاً للمتغيرات الديموغرافية؟

7.1 فرضيات الدراسة

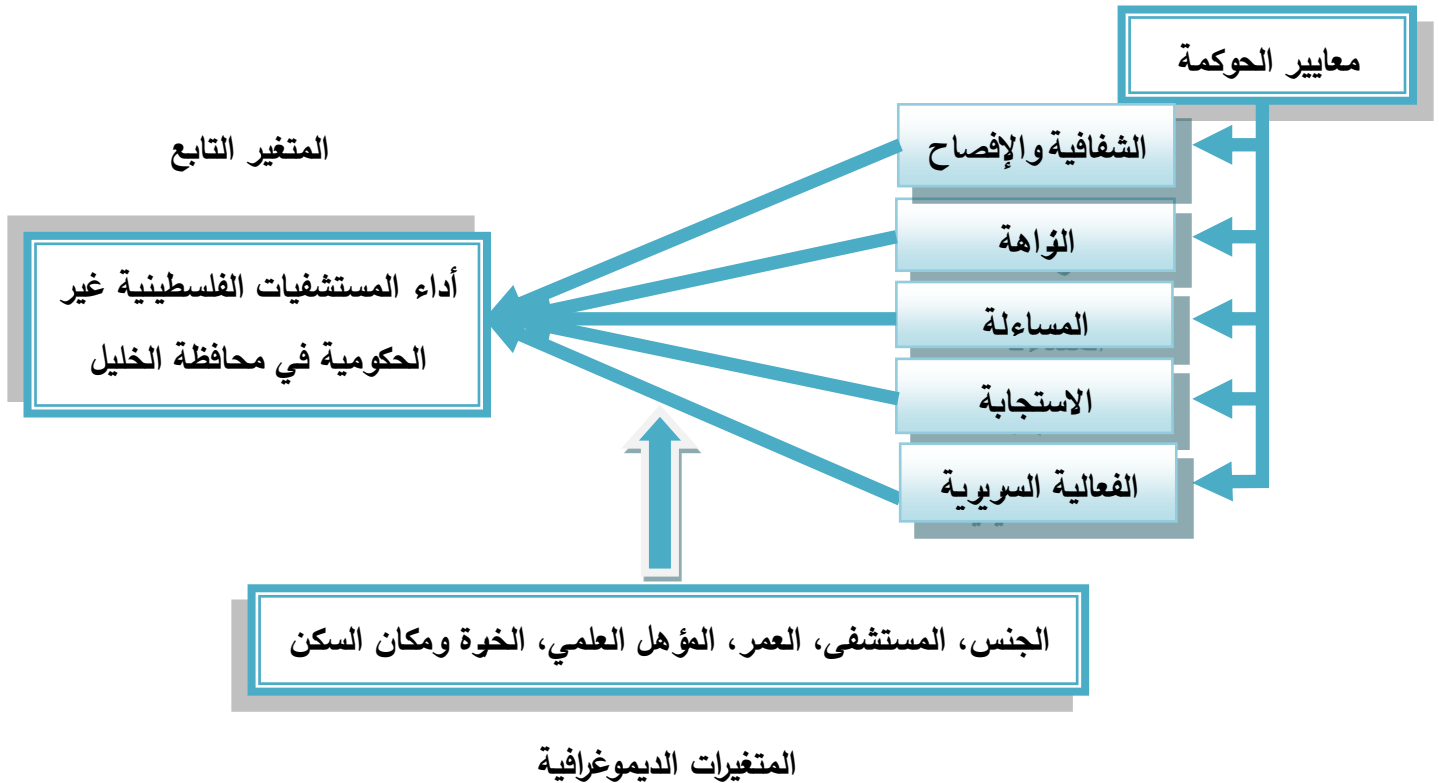
- **الفرضية الرئيسية الأولى:** تطبق المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل معايير الحوكمة بدرجة مرتفعة، وفقاً لمجالاتها: (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية).
- **الفرضية الرئيسية الثانية:** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.
- **الفرضية الرئيسية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات الباحثين حول تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل وفقاً للمتغيرات الديموغرافية، ويتفرع عنها الفرضيات الآتية:-
 1. **الفرضية الفرعية الأولى:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات الباحثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس.
 2. **الفرضية الفرعية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات الباحثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المستشفى.
 3. **الفرضية الفرعية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات الباحثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر.
 4. **الفرضية الفرعية الرابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات الباحثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
 5. **الفرضية الفرعية الخامسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات الباحثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الخبرة.

6. الفرضية الفرعية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

8.1 متغيرات الدراسة

1. المتغير المستقل: معايير تطبيق الحوكمة وتشمل؛ (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية).
2. المتغير التابع: أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل.
3. المتغيرات الديموغرافية: وتشمل؛ (الجنس، المستشفى، العمر، مكان السكن، المؤهل العلمي والخبرة).

شكل رقم (1.1): نموذج علاقة البحث بالمتغيرات.
المتغير المستقل



المصدر: (تم إعداد هذه النموذج من قبل الباحث).

9.1 حدود الدراسة

1. **الحدود الزمنية:** تقتصر الدراسة على العام الجامعي (2020/2019م).
2. **الحدود المكانية:** تقتصر الدراسة على المستشفى الميزان والأهلي ومقرهما محافظة الخليل.
3. **الحدود البشرية:** تأتي الدراسة للتعرف على واقع تطبيق معايير الحوكمة في مستشفى الميزان ومستشفى الأهلي وبالتالي فإن الحد البشري للدراسة يقتصر على العاملين في المستشفيات ومتلقي الخدمة منهما في فترة جمع البيانات.
4. **الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة على واقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على الأداء في المستشفى ضمن المجالات الآتية: (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية).

10.1 هيكلية الدراسة

تشتمل على أربع فصول وهي مقسمة كما يلي:-

الفصل الأول: يعرض الإطار العام ويشمل: "المقدمة، مشكلة الدراسة، مبررات الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، أسئلة الدراسة، فرضيات الدراسة، حدود الدراسة، متغيرات الدراسة، هيكلية الدراسة ومصطلحات الدراسة).

الفصل الثاني: ويشمل الإطار النظري والدراسات السابقة ثم التعقيب عليها.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة ونتائجها ويشمل: "المقدمة، منهج الدراسة، أخلاقيات الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أداة الدراسة "الإستبانة"، إجراءات التحقق من صدق أداة الدراسة وثباتها والتحليل الإحصائي لخصائص العينة "المعالجات الإحصائية" للدراسة.

الفصل الرابع: يعرض النتائج ومناقشتها، ويشمل: تحليل النتائج من خلال برنامج الحزم الإحصائي "SPSS" للبيانات التي تم الحصول عليها من المبحوثين، ثم عرض النتائج ومناقشتها، الإجابة على أسئلة الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات، ويشمل: أهم النتائج والاستنتاجات والتوصيات والمقترحات التي توصل إليها الباحث.

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 المبحث الأول: الحوكمة

1.1.2 المقدمة

إن طبيعة ما مرت به الاقتصاديات الكبيرة في العالم وخاصة في تسعينيات القرن الماضي أسهمت في البحث عن آليات جديدة تساهم في الحد من فعالية وآثار هذه الأزمات على الشركات والمستثمرين، فظهر مفهوم الحوكمة كمتطلب من متطلبات الإدارة الرشيدة، بحيث انه أصبح من أهم آليات عمليات الإصلاح الإداري من خلال تعزيز مبادئ العدالة والشفافية والوضوح والإفصاح، والمراقبة والمساءلة، وتحديد المسؤوليات وتحديد العلاقات بين كافة الأطراف بوضوح لا لبس ولا غموض فيه، بما يوفر فيه الأجواء المناسبة لتحقيق رؤية وأهداف المؤسسة والوصول إلى رسالتها المنشودة، وبما يضمن استغلال مواردها بشكل كفؤ.

وعليه فإن أهمية حوكمة الشركات تنطلق من أنها توفر أساساً وقواعد للتطوير والأداء المؤسسي المستقبلي بهدف دعم وتعزيز الثقة في الشركات كأوعية استثمارية لأموال المساهمين من جهة ولتمكينها من المساهمة بكفاءة ونجاح في تطوير أعمالها والذي يعتبر بدوره ركناً أساسياً من أركان التنمية الاقتصادية والاجتماعية من جهة ثانية.

ورغم وجود الكثير من أوجه التشابه بين المؤسسات والمستشفيات، إلا أنه هناك بعض الاختلافات الأساسية منها على سبيل المثال "طبيعة المؤسسة نفسها، بنيتها، أنواع الخدمات المقدمة، الأطر القانونية والتنظيمية والوظائف التي تقوم بها"، ومن ثم فإن تطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات دون تكيفها مع طبيعة المستشفيات سيخلق نوعاً من التنافر. كما ويقدم المستشفى بطبيعته خدمات طبية لمرضاه ومن أجل زيادة الجودة الشاملة لأداء هذه الخدمة يحتاج الأمر أن يعمل جميع العاملين في المستشفى معاً، كذلك هناك حاجة إلى تطبيق الحوكمة الإكلينيكية لضمان صلة أفضل بين المرضى والأطباء والمرضات وغيرهم من الأطراف المعنية، من ناحية أخرى تضمن حوكمة الاستدامة

التنظيمية للمستشفى عبر تمكينه من الاضطلاع بكل المشكلات الصحية على نحو أكثر فاعلية كذلك تعمل حوكمة المؤسسات على خلق القيمة للمريض عن طريق احتواء التكاليف والأسعار، ولكن مع الاستفادة من التداخل وتشارك المفاهيم بينهما.

وتغطي الحوكمة الإكلينيكية جميع الأنشطة والسياسات والإجراءات التي تساعد في التحسين والحفاظ على مستويات عالية في الرعاية، بما يمكن المرضى من الحصول على أفضل علاج ممكن، ومن المؤكد أنه لم يعد بإمكان المستشفيات اليوم البقاء دون تقديم خدمات عالية الجودة للمجتمعات التي تعمل في نطاقها، وتضع الحوكمة الإكلينيكية تقديم رعاية عالية الجودة على المستوى من أهمية الأداء التشغيلي والمالي، وتساعد المستشفيات على البقاء والمنافسة في البيئة المعقدة الراهنة (حنتر وآخرون، 2014).

2.1.2 مفهوم الحوكمة

لفظ "الحوكمة" مستمد من لفظ "الحكم"، وهو يتضمن العديد من المعاني في اللغة كالحكمة (وذلك بالتوجيه والإرشاد)؛ الحكم (بالسيطرة على الأمور من خلال وضع القواعد والضوابط التي تحكم السلوك)؛ الاحتكام (بالرجوع إلى مرجعيات أخلاقية وخبرات مستمدة من التجارب السابقة)؛ وأيضاً التقاضي (التحكّم) وما يتطلب من نظام قضائي نزيه وكفؤ وشفاف ومستقل وسرعة التقاضي لتحقيق العدالة وخاصة عند وجود انحراف وفساد إداري أو مالي أو تلاعب بمصالح الساهمين وأصحاب المصالح من مجلس الإدارة أو الإدارة التنفيذية أو أي من المسؤولين في المؤسسة أو وجود تضارب مصالح لديهم (الكرنز، 2017).

واشتق أصل كلمة "الحوكمة" من "Kubernan" في اللغة الإغريقية، و "Gubernar" في اللغة اللاتينية والذي يعني قيادة السفينة، ثم شاع استخدام هذا المصطلح في باقي اللغات على غرار اللغة الفرنسية التي اشتقت عدة مفردات منها "Gouvenance" للتعبير عن الحكم والحوكمة؛ "Gouvernement" للتعبير عن الحكومة وذلك ابتداء من القرن الثالث عشر. أما في اللغة العربية فتم الاتفاق على مصطلح "حوكمة الشركات" من طرف مجمع اللغة العربية في عام 2003 كترجمة دقيقة لـ "Corporates governance, Gouvernance des enterprise" وباعتباره الأقرب لمعنى

الحكم والرقابة على الشركة، كما تم اعتماد أيضا مصطلح "أسلوب ممارسة سلطات الإدارة الرشيدة" كترجمة علمية للمصطلح (دليلة، 2019).

وهكذا فإن مصطلح الحوكمة هو الترجمة المختصرة التي راجت للمصطلح (Corporate Governance) أما الترجمة العلمية لهذا المصطلح والتي تم الاتفاق عليها، فهي: "أسلوب ممارسة سلطات الإدارة الرشيدة".

وتشير معظم الأدبيات إلى عدم وجود تعريف موحد لحوكمة الشركات ويرجع ذلك حسب معظم الباحثين ما يلي:-

- ❖ أن الحوكمة لم تتبلور وفقاً لمفهومها الحديث إلا منذ عقدين أو ثلاث.
- ❖ تعدد وجهات النظر. فالبعض ينظر إليها من الناحية الاقتصادية، والبعض الآخر يراها من الناحية القانونية أما الفريق الثالث فيعرفها من الجانب الاجتماعي والأخلاقي.
- ❖ مفهوم الحوكمة ما زال في طور التكوين ولا زالت قواعده تحتاج إلى المراجعة والتطوير (دليلة، 2019).

ولذلك تعددت وتنوعت التعريفات لمصطلح الحوكمة بحيث يدل كل منها عن وجهة النظر التي يتبناها مقدم هذا التعريف، كما أنه لا يوجد إجماع في الأدبيات على تعريف موحد لمصطلح الحوكمة متفق عليه بين كافة الاقتصاديين المحليين، والأكاديميين والقانونيين، ويرجع ذلك إلى تداخله في العديد من الأمور التنظيمية والاقتصادية والمالية والاجتماعية للشركات (سليمان، 2008).

وقد بادر عدداً من المنظمات الدولية إلى استخدام مضامين الحوكمة بشكل واسع، كآلية لإدامة التنمية، من خلال العناية بتحقيق تنمية الموارد البشرية وإدامتها والعناية بالتنمية الاجتماعية بشكل عام بالإضافة إلى التنمية الاقتصادية والسياسية والإدارية في القطاعات الحكومية والمجتمعية، ومن هذا التوجه تم تعريف الحوكمة من قبل مسؤولين ومؤسسات دولية. وفيما يلي أهم التعريفات التي وردت من بعض الباحثين والهيئات الدولية المهمة بهذا المجال على النحو التالي:-

- تعريف مؤسسة التمويل الدولية (IFC)؛ بأنها هي النظام الذي يتم من خلاله إدارة الشركات والتحكم في أعمالها (غادر، 2012).

- وعرفها البنك الدولي بأنها؛ هي الحالة التي من خلالها يتم إدارة الموارد الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع بهدف التنمية (الداعور، 2008).
- كما عرفتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OCED)؛ بأنها نظام متكامل للرقابة المالية والغير مالية الذي عن طريقه يتم إدارة الشركة والرقابة عليها، وأنها أحد عوامل تحسين الكفاية الاقتصادية والنمو الاقتصادي، بالإضافة إلى تعزيز ثقة المستثمرين، وإن وجود نظام حوكمة فعال في أي شركة وفي أي اقتصاد بشكل عام يساعد في توفير درجة من الثقة تساعد الاقتصاد أن يعمل بشكل جيد، ونتيجة لذلك تكون تكلفة رأس المال منخفضة والشركات تشجع لاستعمال الموارد بكفاية أكثر وبذلك تعزز النمو الاقتصادي (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية "OCED"، 2004).

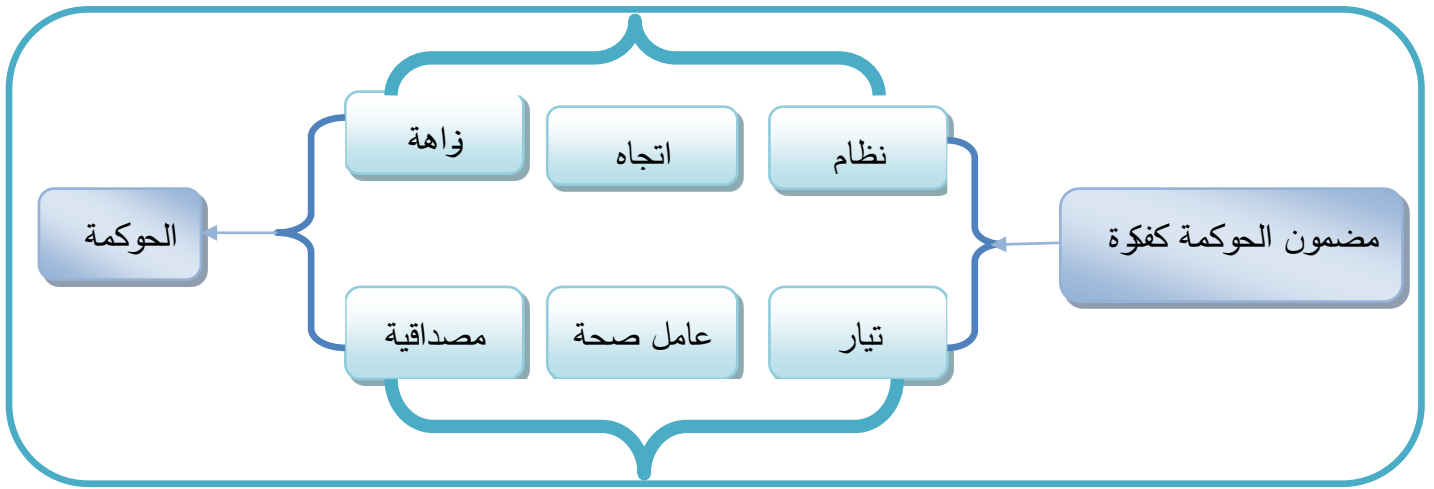
ويمكننا أن نعرف الحوكمة بأنها: وجود نظم تحكم العلاقات بين الأطراف الأساسية بهدف تحقيق الشفافية والعدالة ومكافحة الفساد ومنح حق مساءلة الإدارة، ومجموعة من القواعد والقوانين والنظم والقرارات والمعايير والإجراءات التي تجري بموجبها إدارة المؤسسة والرقابة الفاعلة عليها وتنظيم العلاقة بين الأطراف الفاعلة في المؤسسة وأصحاب المصالح وتهتدي بها إدارة المؤسسة في تحديد توجه وأداء المؤسسة، والتي يمكن من خلالها حماية المصالح والاستثمارات المالية للمساهمين وتعظيم ربحية المؤسسة وقيمتها على المدى البعيد وتنظيم العلاقة بين إدارة المؤسسة (الإدارة التنفيذية ومجلس الإدارة) وحملة الأسهم وأصحاب المصالح المرتبطين بالمؤسسة، وبما يحقق الصالح العام وتحقيق الجودة والتميز في الأداء الإداري عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق خطط وأهداف أي عمل منظم سواء في وحدات القطاع الخاص أو في وحدات القطاع العام.

ويعرف الباحث الحوكمة: بأنها هي النظم والقوانين والمبادئ والقيم التي تحكم عمل المؤسسة وإدارتها لتحقيق الجودة والتميز بخططها وأهدافها، والتوجيه الفعال لتحسين وتسهيل الأداء والخدمات السريرية بمستويات وجودة عالية، والوفاء بمعايير الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية.

3.1.2 الإطار الفكري للحوكمة

إن مضمون الحوكمة في عالم الاقتصاد يسعى لتطوير الهياكل الاقتصادية؛ خاصة عقب الأزمات المالية وانهيار كبريات الشركات العالمية وانتشار الفساد الإداري والمالي والمحاسبي والاقتصادي، حيث طُرح كفكرة من خلال ضرورة إيجاد نظام عمل يحقق النجاح الاقتصادي لهذه الشركات ويحقق نوعاً من الاستقرار والتحوط في مواجهة المخاطر المختلفة التي تتعرض لها اقتصاديات الشركات، ويمكن توضيح ما يعبر عنه هذا المصطلح من خلال الشكل التالي: (دليلة، 2019).

الشكل رقم (1.2): مضمون الحوكمة كفكرة.



المصدر: (دليلة، 2019).

من خلال الشكل يتضح أن الحوكمة نظام وتيار واتجاه وفي الوقت ذاته عامل صحة وأداة للتصحيح، ووجودها يضمن سلامة الحكم في المؤسسة ونزاهته ومصداقيته وهي ضامن لحماية حقوق أصحاب المصالح.

4.1.2 مكونات الحوكمة

- الحوكمة تتكون من ثلاث مكونات رئيسة وهي:-
- القطاع العام "الحكومة": تهيئة البيئة السياسية والقانونية.
 - القطاع الخاص: يعمل على خلق فرص العمل وتحقيق الدخل لأفراد المجتمع.
 - مؤسسات مدنية: تهيئة التفاعل السياسي والاجتماعي بتسخير الجماعات في الأنشطة السياسية والاجتماعية والاقتصادية.
 - الهدف الاستراتيجي للحوكمة الجيدة هو تعزيز التفاعل البناء بين القطاعات الثلاث في المجتمع (بيت الحوكمة للاستشارات الإدارية، 2018).

5.1.2 أهمية حوكمة الشركات

تعد آلية الحوكمة إحدى أهم آليات اقتصاد المعرفة، التي حظيت باهتمام عالمي كبير، من قبل المنظمات والمجامع العلمية والمهنية؛ نظراً لدورها في استكمال عمليات الإصلاح الإداري، ومكافحة الفساد، وتجنب الشركات من التعرض لحالات التعثر والفشل والإفلاس المالي والإداري، من خلال تعزيز مبادئ (العدالة، الشفافية، الوضوح، الإفصاح، المراقبة وتحديد المسؤوليات والعلاقات)، بين كافة الأطراف ذات العلاقة بالشركة بشكل واضح لا لبس فيه، بما يوفر الأجواء المناسبة لتحقيق أهداف الحوكمة وضمان نموها واستمرارها.

وقد أصبحت قواعد حوكمة الشركات، في كافة أنحاء العالم أداة قوية لجذب الاستثمارات، ولدفع عجلة التنمية على مستوى الدول، إذ إن ممارسات الحوكمة الرشيدة تضمن ما يأتي:-

1. تخفيض المخاطر المتعلقة بالفساد المالي والإداري، التي تواجهها الشركات والدول، بما يعمل على تدعيم نشاط البنوك العاملة بالاقتصاد واستقرارها، ودرء حدوث انهيارات في الأجهزة المصرفية، أو أسواق المال المحلية والعالمية.
2. زيادة القدرات التنافسية للشركات الوطنية، وفتح أسواق جديدة لها.
3. الشفافية والدقة والوضوح، في كافة المعاملات والقوائم المالية التي تصدرها الشركات، وما يترتب على ذلك من زيادة ثقة المستثمرين بها، واعتمادهم عليها في اتخاذ القرارات.
4. تحسين إدارة الشركة وتطويرها، ومساعدة المديرين ومجلس الإدارة، على بناء إستراتيجية سليمة، تحقق الشفافية في الإدارة، وتضمن قيام الشركات بإدارة أعمالها، من قبل مديرين متخصصين يلتزمون بالقوانين والأنظمة والتعليمات السارية، وبأفضل الممارسات العملية، والقواعد الأخلاقية والمهنية، في إدارة شؤون الشركات، التي خولهم المساهمون المالكون إدارتها.
5. تعزيز سيادة القانون والحكم الديمقراطي، ومكافحة مقاومة الشركات للإصلاح.
6. تحسين كفاية الشركات وفعاليتها، وضمان استمرارها ونموها، وتقليص فرص وقوعها في العسر المالي والإفلاس. وهذا يعني أن الالتزام بقواعد الحوكمة، إلى جانب القوانين والأنظمة السارية، يشكل ضماناً بأن أعضاء مجلس الإدارة يتمتعون بالمسؤولية والكفاية المطلوبة لحسن إدارة الشركة؛ الأمر الذي يؤدي إلى تحفيز الأداء، وتعظيم الأرباح، وتشجيع أصحاب رؤوس الأموال على الاستثمار في الشركات التي تطبق قواعد الحوكمة.

7. التوضيح وعدم الخلط بين المهام والمسؤوليات الخاصة بالمديرين التنفيذيين، ومهام مجلس الإدارة، ومسؤوليات أعضائه.
8. نشر الثقة بين أصحاب المصالح والإدارة وموظفي الشركة؛ مما يؤدي إلى جعل هذه الأطراف تعمل على خدمة الشركة، والدفاع عنها، وتسويقها.
9. رفع قيمة الشركة، وزيادة أرباحها؛ بسبب زيادة إقبال المساهمين على شراء أسهمها (تلاحمه، 2012).

وترى (مباركي، 2018) أن أهمية الحوكمة تكمن في عدة نواحي وهي:-

أ. من الناحية الاقتصادية:

1. تعمل على ضمان رفع الأداء المالي وتخصيص أموال المؤسسة.
2. ضمان وجود هياكل إدارية تمكن من محاسبة إدارة المؤسسة أمام مساهميها.
3. وجود المراقبة المستقلة على المديرين والمحاسبين وصولاً إلى قوائم مالية على أسس ومبادئ محاسبية عالية الجودة.
4. وجود عملية تصويت نزيهة تضمن الإفصاح عن كل الحقائق.
5. تدعيم المركز التنافسي للمؤسسة وكسب ثقة الأطراف المختلفة بالسوق.
6. تجنب الانزلاق في مشاكل مادية ومحاسبية بما يعمل على تدعيم واستقرار نشاط المؤسسة.
7. تعتبر أداة فعالة في مواجهة الفساد المالي الإداري.
8. تساعد على جذب الاستثمارات.

ب. من الناحية القانونية:

1. ضمان الحقوق الأطراف المختلفة بالمؤسسة.
2. تنظم القوانين والقرارات بشكل دقيق ومحددا العلاقة بين الأطراف المعنية في المؤسسة.
3. التغلب على سلبيات تنفيذ التعاقدات التي يمكن أن تنتج من ممارسات سلبية تنتهك العقود المبرمة.

ت. من الناحية الاجتماعية:

بما أن المؤسسات تؤثر وتتأثر بالحياة العامة، حيث أن أدائها يمكن أن يؤثر على الوظائف، الدخل والمدخرات ومستويات المعيشة... وغيرها من الأمور المرتبطة بحياة الأفراد والمجتمع، فإن حسن تسييرها يمثل أداة تمكن المجتمع من التأكد من حسن إدارة المؤسسات بأسلوب سليم يؤدي إلى حماية أموال المساهمين، وتوفير معلومات عادلة وشفافة لكافة الأطراف ذات العلاقة بالمؤسسة.

وعلى المستوى العربي أوضحت إحدى الدراسات أهمية حوكمة المؤسسات في تحسين التنافس بين الدول والمؤسسات العربية، وتقليل مخاطر الأزمات المالية والاقتصاد ككل ودعم أداء المؤسسات الاجتماعية، مع زيادة الانهيارات الاقتصادية التي تم الاعتماد فيها على الشركات الخاصة لتحقيق معدلات مرتفعة ومستمرة النمو الاقتصادي بالإضافة إلى تحرير الأسواق المالية، وتزايدت أهمية حوكمة المؤسسات نتيجة لاتجاه كثير من دول العالم إلى التحول إلى النظم الاقتصادية الرأسمالية التي يعتمد فيها بدرجة كبيرة على المؤسسات الخاصة لتحقيق معدلات مرتفعة ومتواصلة من النمو الاقتصادي.

6.1.2 أهداف الحوكمة

1. تحقيق حماية مصالح المعنيين عن طريق دقة المعلومات المتعلقة بأنشطة المنظمة وشفافيتها حتى تتمكن جميع الأطراف المعنية من اتخاذ القرارات، مما يسهم في استمرارية المنظمة بمختلف مجالاتها سواء الإداري أو المالي في المنظمات فعن طريق تفعيل نظم الرقابة المالية والإدارية وتفعيل قواعد الحوكمة تقل الأخطاء والتجاوزات غير المشروعة.
2. زيادة مقدرة المؤسسات التي تطبق معايير الحوكمة على المنافسة في مجال أنشطتها.
3. تحقيق المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة عن طريق تطوير سياسات وإجراءات مناسبة لنشاطات تلك المؤسسة.
4. توفير بيئة صحية للعمل من خلال تعزيزها لجوانب المساءلة واحترام القوانين والتعليمات والعمل على تقييم أداء الإدارة العليا بشكل صحيح.
5. إيجاد هيكل إداري كفؤ داخل المؤسسة ووضوح مسؤولياته.
6. استدامة حالة من الشرعية في المجتمع (البستجي، 2018).

7.1.2 مقومات حوكمة المؤسسات

وهي تمثل الدعائم الأساسية التي ينبغي توافرها لتدعيم ونجاح حوكمة المؤسسات، وهي:-

1. توفر القوانين واللوائح الخاصة لضبط الأداء الإداري للوحدة الاقتصادية.
2. وجود لجان أساسية- ومنها لجنة المراجعة- تابعة لمجلس الإدارة لمتابعة أداء الوحدة الاقتصادية.
3. وضع السلطات والمسؤوليات بالهيكل التنظيمي للوحدة الاقتصادية.
4. فعالية نظام التقارير وقدرته على تحقيق الشفافية والإمداد بالمعلومات.
5. وجود الجهات الرقابية على أداء الوحدة الاقتصادية.

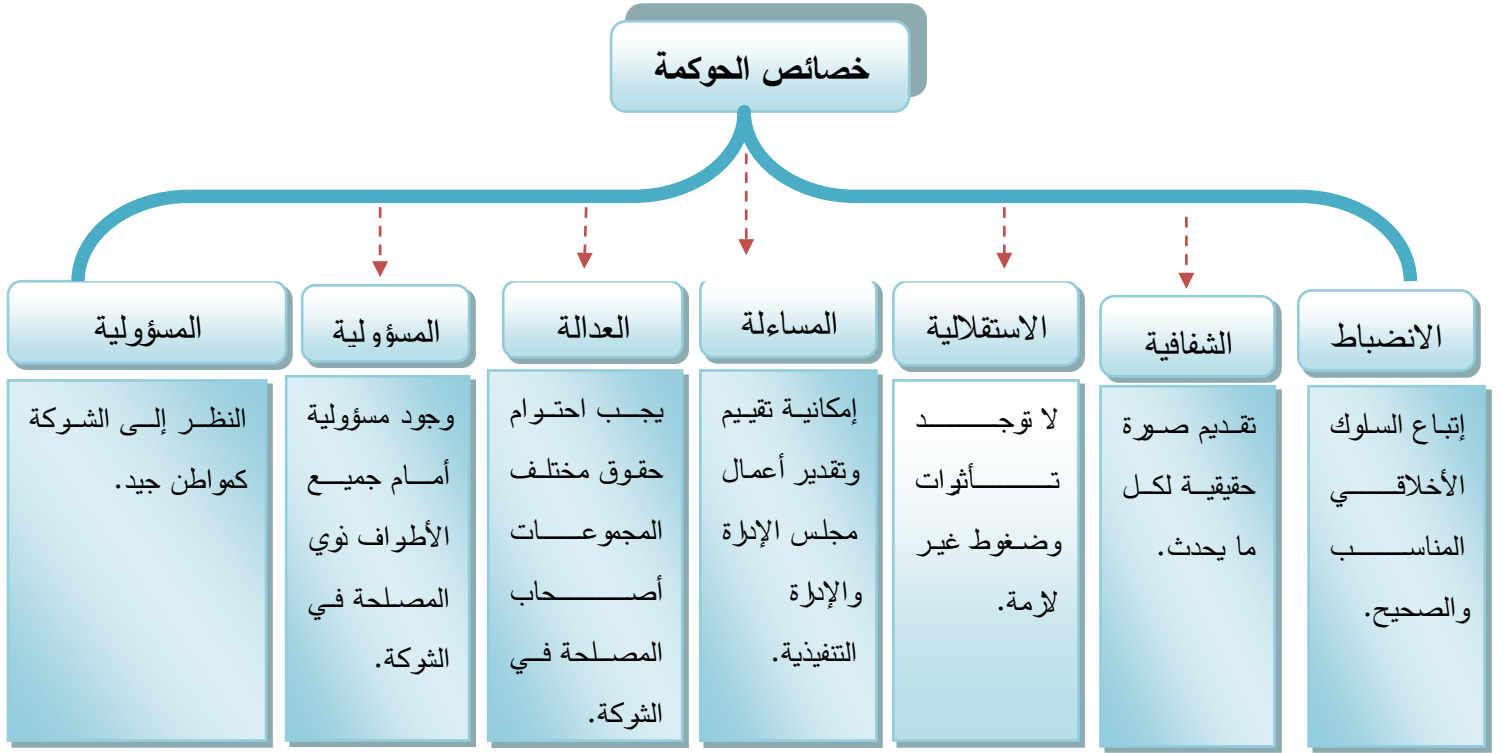
ويتضح مما سبق أن تطبيق هذه المقومات بفاعلية وكفاءة يضمن نجاح حوكمة المؤسسات الذي يعود بفائدة ملموسة على المؤسسة (دياب، 2014).

8.1.2 خصائص حوكمة الشركات

هناك مجموعة من الخصائص والسمات التي يجب أن تتوفر في الشركات وتساعد على تكامل الجوانب الفكرية الخاصة بها، كما تساعد على تحقيق أهدافها ومزاياها. ومن أهم هذه الخصائص ما يلي:-

- أ. الانضباط: إتباع السلوك الأخلاقي المناسب والصحيح.
- ب. الشفافية: تقديم صورة حقيقية لكل ما يحدث.
- ت. الاستقلالية: لا توجد تأثيرات وضغوط غير لازمة.
- ث. المساءلة: إمكانية تقييم وتقدير أعمال مجلس الإدارة والإدارة التنفيذية.
- ج. العدالة: يجب احترام حقوق مختلف المجموعات أصحاب المصلحة في الشركة.
- ح. المسؤولية: وجود مسؤولية أمام جميع الأطراف ذوي المصلحة في الشركة.
- خ. المسؤولية المجتمعية: النظر إلى الشركة كمواطن جيد (عبد العال، 2005).

الشكل رقم (2.2): خصائص الحوكمة.



المصدر: (تم إعداد هذا النموذج من قبل الباحث).

أ. خصائص الحكم السيء:

ومن أجل التعرف على عملية الانتقال إلى مرحلة الحوكمة الجيدة، لابد من التعرف على خصائص الحكم السيئ فعندما يتصف الحكم بواحدة أو أكثر من الصفات التالية فإنه يعتبر حكماً سيئاً وهذه الصفات هي:-

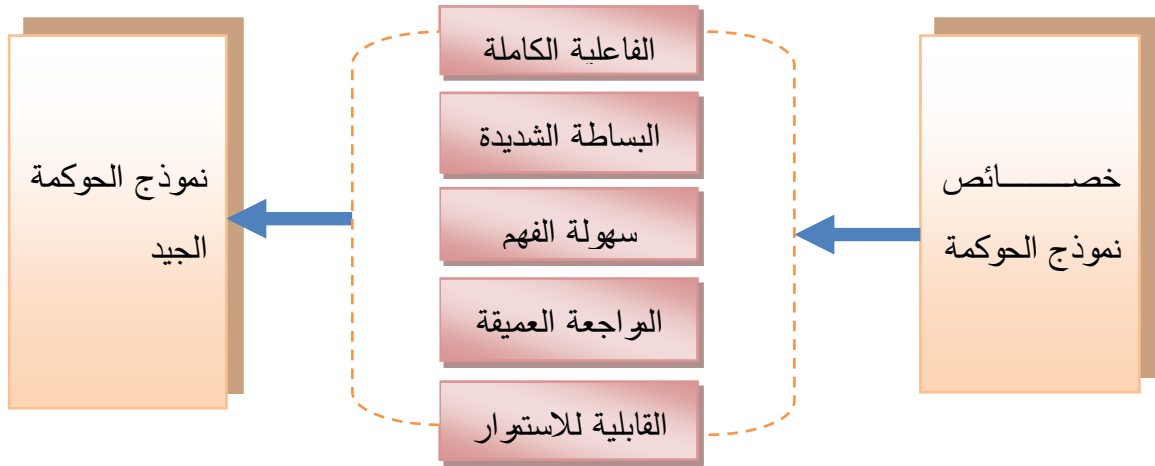
1. عدم شفافية المعلومات.
2. ضعف ثقة المواطنين بالقوانين.
3. وجود أولويات تتعارض مع التنمية، إضافة إلى إساءة استخدام الموارد.
4. الفصل في الفصل بين المصلحة العامة والمصلحة الخاصة، وخاصة بين المال العام والمال الخاص.
5. غياب الإطار القانوني أو عدم تطبيق القانون مع وجود مثل هذا الإطار، وعدم كونه عادلاً مع الجميع في حالة تطبيقه (دراوشه، 2014).

ب. خصائص الحكم الجيد:

كغيرها من العلوم الإنسانية فإنه لا توجد للحوكمة الجيدة معايير مطلقة، بل معايير نسبية، وأن هناك أشكالاً من الحكم هي بلا شك أفضل من أشكال أخرى، إلا أن الخصائص التالية تعتبر موضع اتفاق لدى الباحثين والمهتمين بالحوكمة الجيدة وهذه الخصائص هي:-

1. المساءلة المحاسبية لأداء الشركات.
 2. وجود المواطنين في قلب عملية صنع القرار.
 3. تعزيز أداء الشركات وتعظيم قيمته السوقية.
 4. وجود شرعية للسلطة نابعة من سلطة الشعب.
 5. الوصول إلى أفضل ممارسة للسلطات في الشركات.
 6. وجود برامج مركزها المجتمع وتقوم على الإصغاء للمواطنين (دراوشه، 2014).
- ويمكن عرض خصائص الحوكمة للنموذج الجيد كما يلي:-

شكل رقم (3.2): خصائص نموذج الحوكمة الجيدة.



المصدر: (النجار وعقل، 2016).

9.1.2 مبادئ حوكمة الشركات (المؤسسات)

أ. معايير منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (صدرت في العام 1999 وعدلت في العام 2004):-

1. ضمان وجود أساس لإطار فعال لحوكمة الشركات.

2. حقوق جميع المساهمين.

3. المعاملة المتكافئة بين جميع المساهمين.

4. دور أصحاب المصالح في حوكمة المؤسسات.

5. الإفصاح والشفافية.

6. مسؤوليات مجلس الإدارة (بوحديد ويحياوي، 2014).

وبعد مراجعة العديد من الدراسات تبين أن عدد هذه المبادئ يختلف من دولة لأخرى ومن مؤلف لآخر، وأنه ليس هناك نموذج محدد ومنفرد واحد لحوكمة الشركات الجيدة، فقد أدى العمل الذي تم القيام به في كل من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وغيرها من الدول خارج أو داخل المنظمة ذاتها إلى تحديد عدد من العناصر المشتركة التي تعتبر أساساً لحوكمة الشركات الجيدة، حيث قامت كل دولة بتطوير مبادئ الحوكمة بما يتوافق ويتناسب مع بيئة العمل الخاصة بها، هذا وتعتبر منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الدولية (OCED) المصدر الرئيس لهذه المبادئ ويمكن تلخيص مبادئ الحوكمة وفقاً لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الدولية كما يلي: (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية "OCED"، 2004).

ب. مبادئ منظمة التعاون الاقتصادية والتنمية لحوكمة الشركات (المؤسسات)؛ وهي:-

1. ضمان وجود أساس لإطار فعال للحاكمية المؤسسية.

ينبغي أن يشجع إطار حوكمة الشركات على أن يكون:-

أ. ذا تأثير على الأداء الاقتصادي الشامل.

ب. المتطلبات القانونية والتنظيمية في نطاق اختصاص تشريعي، متوافقة مع حكم القانون، ذات شفافية وقابلة للتنفيذ.

ت. توزيع المسؤوليات بين مختلف الجهات في نطاق اختصاص تشريعي مع ضمان خدمة المصلحة العامة.

ث. لدى الجهات الإشرافية والتنظيمية والتنفيذية السلطة، والنزاهة والموارد القيام بواجباتها.

2. حقوق المساهمين والوظائف الرئيسية لأصحاب حقوق الملكية.

ينبغي في إطار حوكمة الشركات أن يوفر الحماية للمساهمين وأن:-

أ. توفر الحقوق الأساسية للمساهمين.

ب. الحق في المعلومات الكافية عن القرارات التي تخص تغييرات أساسية.

ت. الحق في المشاركة بالتصويت.

ث. تسهيل المشاركة الفعالة للمساهمين.

ج. التصويت شخصياً أو غيابياً مع إعطاء نفس الأثر للأصوات.

ح. الإفصاح عن الهيكل والترتيبات.

3. المعاملة المتساوية للمساهمين.

ينبغي في إطار حوكمة الشركات أن يضمن:-

أ. معاملة كافة المساهمين معاملة متساوية.

ب. منع التداول بين الداخلين والتداول الشخصي الصوري.

ت. الإفصاح عن الحسابات.

4. دور أصحاب المصالح.

ينبغي في إطار حوكمة الشركات أن يعترف بالتالي:-

- أ. الحقوق والمصالح وفقاً للقانون أو الاتفاقات المتبادلة.
 - ب. تعويض فعال مقابل انتهاك حقوقهم.
 - ت. وضع آليات لتعزيز الأداء من أجل مشاركة العاملين.
 - ث. الحصول على المعلومات ذات الصلة في الوقت المناسب وعلى أساس منتظم.
 - ج. الاهتمام بالممارسات الغير القانونية والغير أخلاقية.
 - ح. إطار كفؤ للإعسار وآخر لتنفيذ حقوق الدائنين.
5. الإفصاح والشفافية.

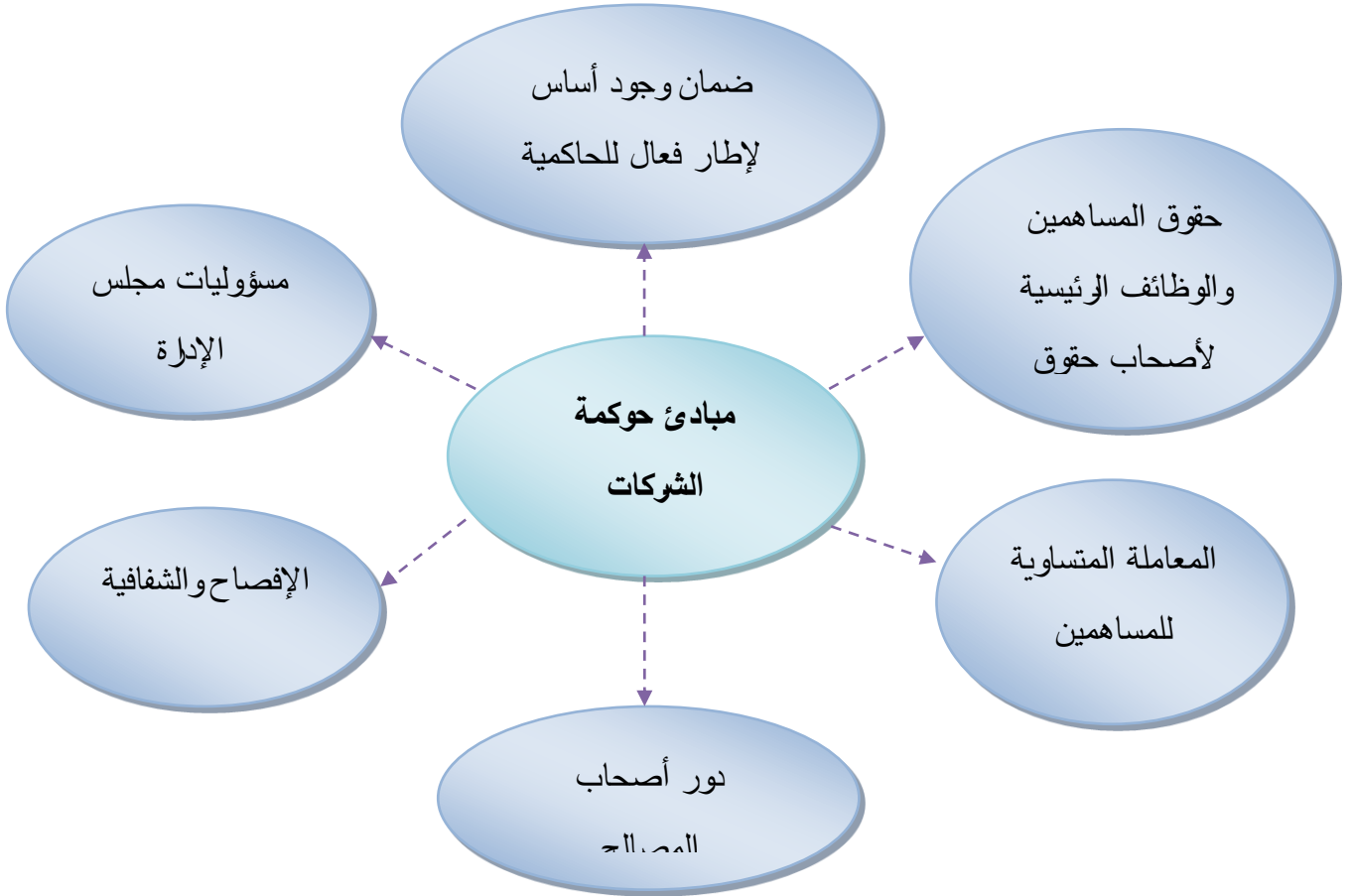
ينبغي في إطار حوكمة الشركات أن يضمن القيام بالآتي:-

- أ. الإفصاح عن السياسات.
 - ب. المستويات النوعية المرتفعة للمحاسبة.
 - ت. مراجعة خارجية مستقلة.
 - ث. على المراجعين الخارجيين قابلية للمراجعة والمساءلة والمحاسبة أمام المساهمين.
 - ج. توفير فرصة متساوية وفي التوقيت المناسب عند بث المعلومات.
 - ح. استكمال حوكمة الشركات بمنهج فعال لإطار الحاكمة المؤسسية يتناول ويشجع على تقديم التحليلات أو المشورة.
6. مسؤوليات مجلس الإدارة.

ينبغي في إطار حوكمة الشركات أن يضمن:-

- أ. العمل وفقاً للمعلومات الكاملة وبحسن النية.
- ب. معاملة كافة المساهمين معاملة عادلة.
- ت. تطبيق المعايير الأخلاقية العالية.
- ث. عرض السياسات.
- ج. الحكم الموضوعي المستقل.
- ح. إتاحة كافة المعلومات الصحيحة ذات الصلة في الوقت المناسب (مركز المشروعات الدولية الخاصة، 2004).

الشكل رقم (4.2): مبادئ منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لحوكمة الشركات (المؤسسات).



المصدر: (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية "OCED"، 2004).

10.1.2 عناصر الحوكمة

تتمثل عناصر الحوكمة فيما يلي:-

1. مجموعة من الأنظمة الخاصة بالرقابة على أداء المؤسسات.
2. تنظيم للعلاقات بين مجلس الإدارة والمديرين والمساهمين وأصحاب المصالح.
3. التأكيد على أن المؤسسات يجب أن تدار لصالح المساهمين.
4. مجموعة من القواعد يتم بموجبها إدارة المؤسسات والرقابة عليها وفق هيكل معين يتضمن توزيع الحقوق والواجبات فيما بين المشاركين في إدارة المؤسسات مثل مجلس الإدارة والمديرين التنفيذيين والمساهمين.

يتضح من خلال هذه العناصر الأهمية الكبيرة للحوكمة في نجاح إدارة المؤسسات، وهي شاملة من حيث الأنظمة الرقابية وتحديد العلاقات والشراكات بالإضافة إلى توفر مجموعة من القواعد المتعلقة بالحقوق الخاصة بالمساهمين والواجبات المتعلقة بالمدراء التنفيذيين (دياب، 2014).

11.1.2 آليات حوكمة المؤسسات

إن التطبيق الجيد لحوكمة المؤسسات يتطلب تكاملاً بين مختلف آلياتها، حيث تعرف هذه الأخيرة على أنها: "مجموعه الطرق والأساليب التي تستخدم للتعامل مع مشاكل الوكالة التي تنشأ بين الإدارة وحملة الأسهم عموماً، وبين الأقلية والأغلبية المسيطرة من حملة الأسهم"، وقد اختلف تقسيم الباحثين لآليات حوكمة المؤسسات باختلاف الأسس المتبعة من قبلهم، ومن أهم هذه التقسيمات آليات داخلية وآليات خارجية.

آليات تطبيق حوكمة المؤسسات

الآليات الخارجية

- منافسة الأسواق
- الاندماجات والاكتماب
- المراجعة الخارجية
- التشريع والقوانين
- المحللين الماليين
- المنظمات الدولية

الشكل رقم (5.2): آليات تطبيق الحوكمة.

الآليات الداخلية

- مجلس الإدارة
- لجنة المراجعة
- لجنة المكافآت
- لجنة التعيينات
- المراجعة الداخلية

المصدر: (مباركي، 2018).

1.11.1.2 الآليات الداخلية:

تتصب آليات حوكمة المؤسسات الداخلية على أنشطة وفعاليات المؤسسة، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيق أهداف المؤسسة، ويمكن تصنيف آليات حوكمة المؤسسات الداخلية إلى ما يأتي:-

• مجلس الإدارة:

▪ التدقيق الداخلي:

تؤدي وظيفة التدقيق الداخلي دوراً مهماً في عملية الحوكمة، إذ إنها تعزز هذه العملية وذلك بزيادة قدرة المواطنين على مساءلة المؤسسة، حيث يقوم المدققون الداخليون من خلال الأنشطة التي ينفذونها بزيادة المصداقية، العدالة، تحسين سلوك الموظفين العاملين في المؤسسات المملوكة للدولة وتقليل مخاطر الفساد المالي والإداري، فقد أكدت لجنة كادبيري (Cadbury Committee) على أهمية مسؤولية المدقق الداخلي في منع واكتشاف الغش والتزوير ولتحقيق هذه الوظيفة لأهدافها يجب أن تكون مستقلة وتنتظم بشكل جيد وتستند إلى تشريع خاص بها.

▪ أهداف التدقيق الداخلي:

للتدقيق الداخلي هدفان أساسيان هما:

- ❖ التحقق من مدى الالتزام بالسياسات والإجراءات ووسائل الرقابة الداخلية المصرح بها في المستويات الإدارية المختلفة.
- ❖ التحقق من مدى كفاءة وفعالية الإدارات والأقسام المختلفة.

2.11.1.2 الآليات الخارجية:

- ❖ **المحيط القانوني والتنظيمي:** مبدئياً يتأثر نظام حوكمة المؤسسات بالمحيط المحلي والمحيط الدولي، فعلى الصعيد يبرز دور السلطات العامة بشكل جلي كآلية هامة ضمن حوكمة المؤسسات، ويمكن تقسيم السلطات العامة في هذا المجال إلى ثلاث سلطات متكاملة، وهي (السلطة التشريعية والتنظيمية، السلطة القضائية والسلطة الضريبية) (مباركي، 2018).
- ❖ **التدقيق الخارجي:** من بين الآليات الأساسية ضمن حوكمة المؤسسات والتي يمكن إيرادها ضمن هذه النقطة على اعتبار أن تنظيمها مفروض قانونياً، هي آلية التدقيق الخارجي، حيث يؤكد معهد

المدققين الداخليين في الولايات المتحدة الأمريكية أن دور التدقيق الخارجي يعزز مسؤوليات الحوكمة في الإشراف، التبصر والحكمة، أين ينصب الإشراف على التحقق مما إذا كانت الشركات تعمل ما هو مفروض أن عمله ويفيد في اكتشاف الفساد المالي والإداري، أما التبصر فإنه يساعد متخذي القرارات من خلال تزويدهم بتقييم مستقل للبرامج، السياسات، العمليات والنتائج، وأخيراً تحدد الحكمة الاتجاهات والتحديات التي تواجهها المؤسسة.

❖ **منافسة سوق المنتجات (الخدمات) وسوق العمل الإداري:** تعد منافسة سوق المنتجات أو الخدمات أحد الآليات المهمة لحوكمة المؤسسات، حيث إذا لم تقوم الإدارة بواجباتها بالشكل الصحيح، فسوف تفشل في منافسة المؤسسات التي تعمل في نفس حقل الصناعة وبالتالي تتعرض للإفلاس، ومنه منافسة السوق تهذب سلوك الإدارة وبخاصة إذا كانت هناك أسواق فعالة للعمل الإداري، وهذا يعني إدارة المؤسسة إلى حالة الإفلاس سوف يكون له تأثير سيء على مستقبل المدير وأعضاء مجلس الإدارة، إذ غالباً ما تحدد اختبارات الملائمة للتعين أنه لا يتم إشغال مواقع المسؤولية من أعضاء مجلس إدارة أو مديرين تنفيذيين سبق أن قادوا مؤسساتهم إلى الإفلاس أو التصفية (مباركي، 2018).

12.1.2 محددات تطبيق الحوكمة

يتم تطبيق الحوكمة من خلال محددات خارجية هدفها ضمان تنفيذ القوانين أو القواعد التي تضمن حُسْن إدارة الشركة والتقليل من حدوث تعارض بين العائد الاجتماعي والعائد الخاص، ومحددات داخلية هدفها تحديد كيفية اتخاذ القرارات وتوزيع السلطات داخل الشركة لتقليل التعارض بين الأطراف ذات المصالح.

1.12.1.2 المحددات الداخلية:

مجموعة القواعد والأسس التي تحدد كيفية اتخاذ القرارات وتوزيع السلطات داخل المؤسسة مما يقلل التعارض بين مصالح الأطراف الداخلية للمؤسسة (غادر، 2012). وتشمل القواعد والأساليب التي تطبق داخل الشركة وتتضمن وضع هياكل إدارية سليمة توضح كيفية اتخاذ القرارات داخل الشركة، وتوزيع مناسب للسلطات والواجبات بين الأطراف المعنية داخل الشركة بتطبيق مفهوم حوكمة الشركات كالمساهمين، مجلس الإدارة، الإدارة وأصحاب المصالح وذلك بالشكل الذي يؤدي إلى حماية مصالحهم على المدى الطويل وتقليل التعارض بينهم.

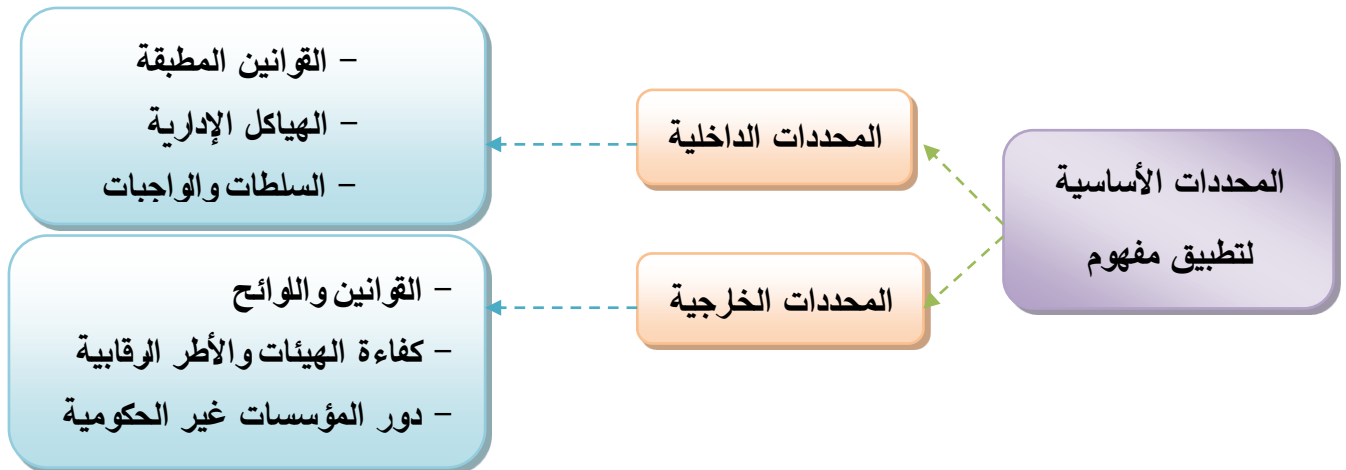
2.12.1.2 المحددات الخارجية:

وهي تشير إلى المناخ العام للاستثمار في الدولة ويشمل القوانين المنظمة للنشاط الاقتصادي الذي تعمل من خلاله الشركات وقد يختلف من دولة إلى أخرى وهي عبارة عن:

- ❖ القوانين واللوائح التي تنظم العمل بالأسواق، مثل؛ (قوانين الشركات، قوانين رأس المال، قوانين المنافسة ومنع الاحتكار) (دليلة، 2019).
- ❖ وجود نظام مالي جيد يضمن توفر التمويل اللازم للمشروعات وبالشكل المناسب الذي يشجع الشركات على التوسع والمنافسة الدولية.
- ❖ مدى كفاءة الهيئات والأجهزة الرقابية لإحكام الرقابة على الشركات والتحقق من دقة وسلامة البيانات والمعلومات المنشورة ووضع العقوبات في حالة عدم التزام الشركات بالقوانين.
- ❖ دور المؤسسات غير الحكومية من جمعيات المحاسبين والمراجعين؛ نقابات المحامين وكذلك مؤسسات التصنيف الائتماني والاستثمارات المالية في ضمان التزام أعضائها بالسلوك المهني والأخلاقي لحماية الأسواق ودعم كفاءتها.

نشير إلى أن هذه المحددات الداخلية والخارجية تتأثر بعوامل أخرى ترتبط بثقافة الدولة، النظام السياسي والاقتصادي ومستوى التعليم والوعي لدى أفراد المجتمع.

الشكل (6.2): محددات تطبيق حوكمة الشركات.



المصدر: (دليلة، 2019).

13.1.2 أهداف الحوكمة

تهدف قواعد الحوكمة بشكل عام إلى:-

1. تعزيز الثقة والمصداقية في الشركة وإدارتها.
2. حفظ حقوق الأطراف ذات الصلة بالشركة.
3. تحقيق الفاعلية في الوصول للأهداف المنشودة.
4. تعظيم أداء الشركات وتحقيق الكفاءة الاقتصادية.
5. وضع أنظمة الرقابة على إدارة الشركة وأعضاء مجلس إدارتها.
6. وضع الأنظمة الكفيلة بتجنب وتقليل الغش وتضارب المصالح (صباح، 2017).

14.1.2 فوائد الحوكمة في المستشفيات

نظراً لطبيعة خصوصية نوع العمل في المستشفيات، تعتبر الحوكمة الأساس العام للارتقاء بأداء سليم من مسؤوليات وأدوار وواجبات محددة وواضحة، وخاصة التي تستطيع من خلالها تحقيق مستوى عالي من الجودة وضمن الاستدامة على المدى البعيد، عبر تيسير التدفق الحر للمعلومات وإرساء الهياكل والعمليات لصنع القرار، مما يساعد على إدارة العمل على تحقيق الممارسات السليمة بعيداً عن تضارب المصالح، من خلال معايير الحوكمة التي بدورها تساعد في التغلب على العقبات في مجال قطاع الصحة. كما يفيد الحق في مساءلة الإدارة وضمن الرقابة على الأداء، والحد من استغلال السلطة ومنع تعارض المصالح، وأيضاً تعني إدارة صحية سليمة ونزيهة، في هيكل إداري فعال وقادر على ترجمة الأهداف إلى واقع (عيسى، 2017).

15.1.2 الحوكمة الإكلينيكية

هي مصطلح جامع يشمل طيفاً من الأنشطة التي يجب أن يشترك فيها الأطباء من أجل تحسين جودة الرعاية التي يقومون بها في خدمة المرضى والعمل على استدامتها، وضمن المساءلة الكاملة للنظام المعمول به تجاه المرضى.

وتسعى الحوكمة الإكلينيكية إلى خلق طرق للعمل تتطابق مع الأطر والمعايير الداخلية في المؤسسة، وبما يبني ثقة المريض في أنه سيلقى دوماً رعاية صحية آمنة وملائمة معايير الجودة.

- **المملكة المتحدة فتعرفها:** بأنها هي الإطار الذي تتم من خلاله مساءلة مؤسسات خدمة الصحة العامة عن التحسين المستمر لنوعية خدماتها، وضمان تحقيق مستويات عالية من الرعاية عن طريق خلق بيئة كفيلة بازدهار التميز في الرعاية الإكلينيكية (حنتر وآخرون، 2014).
- **الحكم السريري:** هو النظام الذي يتشارك بموجبه مجلس الإدارة والمديرون والأطباء والموظفون المسؤولية والمساءلة عن جودة الرعاية، والتحسين المستمر وتقليل المخاطر إلى أدنى حد، وتعزيز بيئة من التميز في رعاية المستهلكين وحماية معايير الرعاية العالية، ويتحقق ذلك من خلال خلق بيئة فيها مسؤولية شفافة والمساءلة عن الحفاظ على المعايير والسماح للتميز في الرعاية السريرية في الازدهار.

ويتمثل جوهر الحوكمة السريرية في ضمان حدوث المزيد من الإجراءات الصحيحة للمرضى من خلال تسهيل القيام بالإجراءات الصحيحة، وتقليل حدوث الأخطاء في المرضى بشكل أقل في كثير من الأحيان عن طريق جعل القيام بالأمر الخطأ أمراً صعباً، يتعلق الأمر بضمان أن الرعاية التي تقدمها صحيحة، وأن السلامة السريرية تعني وجود تدابير التحكم المناسبة (دليل الحوكمة السريرية، 2013).

16.1.2 أهداف الحوكمة الإكلينيكية

1. توفير بيانات عالية الجودة تساعد في متابعة الرعاية الإكلينيكية.
2. ضمان النشر المستمر والمنتظم للممارسات والأفكار والابتكارات الجيدة.
3. ضمان أن تكون ترتيبات الحوكمة والمساءلة والقيادة مطبقة على جميع العاملين في كل الأقسام.
4. ضمان استمرار عمليات تحسين الجودة، من خلال اكتشاف مشكلات الأداء السيء والتعامل معها في مرحلة مبكرة (حنتر وآخرون، 2014).

أما (دليل الحوكمة السريرية، 2013)، أوضح أن الأهداف الرئيسية لمعايير (NSQHS) السلامة الوطنية وجودة الخدمة الصحية في حماية الجمهور من الأذى وتحسين جودة الرعاية المقدمة من قبل مؤسسات الخدمات الصحية، تتمثل في توفر هذه المعايير:-

1. آلية لضمان الجودة تختبر ما إذا كانت الأنظمة ذات الصلة موجودة لضمان الحد الأدنى من معايير السلامة والجودة.
2. آلية لتحسين الجودة تتيح لمؤسسات الخدمات الصحية تحقيق الأهداف التنموية.

17.1.2 المجالات الإستراتيجية للحوكمة السريرية

يتطلب الحكم السريري إطار عمل متفق عليه داخل المنظمة، يجب أن يعكس هذا الإطار الاستراتيجيات الأساسية الضرورية لدعم التخطيط والتنفيذ والرصد والتقييم تحسن مستمر، يشتمل كل من هذه المجالات الإستراتيجية على عدد من الهياكل والعمليات والأنشطة لدعم الطبيب أو الفرق السريرية لتقديم رعاية آمنة وعالية الجودة، كما هو موضح في الشكل التالي.

شكل رقم (7.2): المجالات الإستراتيجية للحوكمة السريرية.



المصدر: (دليل الحوكمة السريرية، وزارة الصحة الأسترالية 2013).

18.1.2 المزج بين الحوكمة الإكلينيكية وحوكمة المؤسسات

هنا العلاقة على المستوى المفاهيمي بين الحوكمة الإكلينيكية وحوكمة المؤسسات، بما يتضمن الاحتفاظ بخصائص كل منها للاستفادة من التفاهم والتشارك بينهما، من أجل زيادة الجودة الشاملة في الأداء، من خلال جميع العاملين في المستشفى، لضمان صلة أفضل بين مقدم الخدمة ومتلقيها، بالتوازي مع حوكمة المؤسسات في الاستدامة التنظيمية في المستشفى المتمثلة بعناصرها منها: الشفافية، النزاهة، المساءلة، أيضاً للارتقاء بمستوى جودة أداء من قبل العاملين (حنتر وآخرون، 2014).

19.1.2 الربط بين الجودة والحوكمة الإكلينيكية

وذلك بالاختيار والاحتفاظ بالكوادر الأكفاء والممتلكات بناءً على التقارير السنوية، وأخرى تقييميه، واعتماد قواعد وسياسات تضمن جودة المخرجات إتباع عناصر معايير الحوكمة، وخاصة المساءلة كما يعنى لدى لجنة الجودة معرفة جماعية بالتنظيمات القانونية، والهيكل والمنهجيات المعاصرة في إدارة الجودة والعمليات المطبقة في الماضي وحاليا في المستشفى وعلى الوظائف الإشرافية وأدائها، كمدال للمداولة والتنسيق بين الأطراف المعنية المختلفة، لدعم المستشفى للقيام بأفضل ممارسات في تطبيق معايير الحوكمة (حنتر وآخرون، 2014).

الحوكمة أساس لجودة الأداء يتم بموجبه إخضاع نشاط المستشفيات إلى مجموعة من القوانين والنظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق خطط وأهداف المستشفى وضبط العلاقات بين الأطراف الأساسية التي تؤثر في جودة أداء العاملين.

20.1.2 معايير الحوكمة

1.20.1.2 الشفافية والإفصاح

يعتبر مبدأ الإفصاح والشفافية من أهم مبادئ الحوكمة نظراً لما يوفره من حماية لأصحاب المصالح وجميع الأطراف المتعاملة مع المؤسسة وذلك من خلال توفير معلومة مالية ملائمة وموثوق بها.

1.1.20.1.2 الشفافية:

تعني أن نعمل في النور بمعنى لا يوجد لدينا ما نخفيه أو نخشى من اطلاع الجمهور العام عليه من أعمال مؤسساتنا، وتركز الشفافية على حرية تدفق المعلومات بحيث تكون المعلومات في متناول المعنيين بها، وتكون المعلومات المتوفرة كافية لفهم العمليات في المؤسسات ومتابعته، بإمكانية الحصول على المعلومات تعني مزيداً من الشفافية، باستثناء تلك التي تعتبر لاعتبارات الأمن القومي (Classified Information)، فالعمليات والمؤسسات والمعلومات يجب أن تكون متاحة بصورة مباشرة لأولئك المهتمين بها، ويجب توفير المعلومات الكافية لتمكين المهتمين من فهم تلك العمليات والمؤسسات ورصدها (الكرنز، 2017).

ويستند جوهر الشفافية أيضاً إلى التدفق الحر للمعلومات، بما يتيح للمعنيين أن يطلعوا مباشرة على العمليات والإجراءات والمعلومات المرتبطة بهذه المصالح، وتوفر لهم معلومات كافية تساعدهم على فهمها ومراقبتها، ولكي تكون المؤسسات المستجيبة لحاجات الناس ومشاكلهم منصفة؛ فإن عليها أن تكون شفافة، وأن تعمل وفقاً لسيادة القانون، وإصلاح مؤسسات الدولة وجعلها أكثر كفاءة ومساءلة وشفافية يعد ركناً أساسياً من أركان الحكم الصالح (مصلح، 2016).

أما منظمة الشفافية الدولية فدعت بأن تكون الشفافية هي خاصية في الشركات والحكومات والمؤسسات والأفراد المتسمين بالالتزام في الإفصاح الواضح عن المعلومات والخطط والقواعد والأفعال والعمليات، (حنتر وآخرون، 2014)، وهي محقة في ذلك، لأنه من خلال الشفافية تتوفر المعلومات للجمهور المعني حول الهيكل التنظيمي للمستشفى، والنظام الأساسي، والميزانية والموازنة على شكل وثائق واضحة ومن إجراءات وتسلسل وفلسفة عمل برنامجها وإشراك المعنيين في الإطلاع في أي

وقت، لإبداء الرأي كما يوازي ذلك من عمل سياسة للنشر والإفصاح والتدفق الحر للمعلومات، وفقاً لسيادة القانون ليعد ركناً رئيسياً من أركان الحكم الرشيد (الشعبي، 2010).

2.1.20.1.2 الإفصاح:

يجب على الشركة الالتزام بمتطلبات الإفصاح الواردة في القوانين والأنظمة والتعليمات النافذة؛ سواءً فيما يتعلق بالإفصاح اليومي عن الأمور الجوهرية أو الإفصاح الدوري عن البيانات المالية، وما يتوجب أن يتضمنه التقرير السنوي لمجلس الإدارة، وذلك للتأكد من أن أصحاب القرار في الشركة يتخذون القرارات الصائبة، ولمساعدة أصحاب العلاقة الخارجيين، كالمساهمين والمستثمرين والدائنين، على اتخاذ القرار السليم بشأن المكان الذي يضعون فيه أموالهم، وكذلك من أجل الحد من حالات الاحتيال والفساد والإشاعات، (اللجنة الوطنية للحوكمة، 2009)، ويجب توفير الإطار القانوني والتنظيم الكفء في تصريح أو إظهار معلومات كانت مخفية أو سرية أو غير معلومة (روفيد، 2008).

أما فوائد الإفصاح فإنه تؤدي إلى تحسين مستوى الشفافية مما سيرتقي بأداء العاملين إلى المصدقية، وبناء الثقة بين العاملين لتغذي ثقافة تقليص هامش الفساد، أما عدم الثقة يؤدي عادة إلى خلق أجندة خفية تتعارض مع المصالح للوصول إلى ثقافة دفاعية غير إيجابية (حنتر وآخرون، 2014).

ومن معايير المعلومات الجيدة للإفصاح أن تكون جوهرية في وقتها، ودقيقة، ودورية، ومفهومة، وشاملة يمكن الوصول إليها، وأن تكون المعاملة متساوية وقابلة للمقارنة.

نستنتج مما سبق أن الشفافية والإفصاح؛ هي توفير المعلومات لعامة الناس بوضوح تام في اتخاذ القرارات ورسم الخطط والسياسات والنظم والتعليمات والقوانين، وحق كل من (العاملين أو المتعاملين أو الجمهور) في الوصول إلى المعلومات، وتوفير المعلومات الموثوقة والآنية المتعلقة بالنشاطات والإجراءات والقرارات والسياسات، وضمان وصول المستفيدين والجمهور والجهات الرسمية ذات العلاقة والمانحين للمعلومات، وذلك بتبني أساليب تضمن الكفاءة في نظم المشتريات للبضائع والخدمات وحماية هذه الإجراءات من تأثير المصالح الشخصية.

كما وتشير الشفافية إلى إيجاد بيئة معينة تكون المعلومات المرتبطة بها في ظل الظروف القائمة والقرارات والتصرفات التي يتم اتخاذها من الممكن الوصول إليها، وأن تتميز بالمرئية والقابلية للفهم من كل الأطراف المشاركة.

بالنسبة للمستشفيات يجب أن تتوفر هذه المعلومات على مواقعها الإلكترونية وأن يتم تحديث المعلومات بشكل دائم ومستمر لكافة المواطنين عدا عن استقبالهم لكافة المراجعين عن طريق دائرة الخدمات والاستعلامات ودائرة العلاقات العامة والإعلام، إضافة لاستقبال كل من الإدارة والشكاوى لأية استفسارات أخرى قد يحتاجها المواطنين وعقد الاجتماعات الدورية للموظفين ونقابتهم لمناقشة أمور سير المستشفى مع الهيئة الإدارية.

يعرف الباحث الشفافية والإفصاح: بأنها هي توفير وإتاحة كافة المعلومات والقرارات والقوانين والإجراءات لعامة الناس بكل موثوقية وفي متناول الجميع وإبداء الرأي لتحسين مستوى أداء المؤسسات والعاملين فيها وبناء الثقة ما بين متلقي ومقدمي الخدمات.

2.20.1.2 النزاهة

هي البعد عن الشر وترتبط بالبعد عن اللؤم ونزاهة الخلق، كما أنها منظومة القيم والمسؤولية للحفاظ على الموارد والممتلكات العامة واستخدامها بكفاءة وهي ما تأصل لدى الفرد من قواعد تحقق النزاهة من خلالها متعلقة بالصدق والأمانة والإخلاص وعدم الإضرار بالآخرين في العمل وتقف أمام الفساد الإداري والمالي، وهي ذات بعد قيمي ومحرك داخلي وبعد سلوكي ظاهري مرتبط بجوانب متعددة من جوانب الحياة ومجالاتها الفردية والاجتماعية والوطنية والتنظيمية، فالنزاهة تعزز مفهوم الشفافية من خلال الحد من الفساد الإداري والمالي واستئصاله، وتحقيق النزاهة بالتكامل والتوازن الأخلاقي وتنمي القدرة لدى الأشخاص على الاتساق الداخلي بين السلوك الفعلي وما يعلنه الفرد (الغامدي، 2017).

تشير النزاهة إلى مجموعة من القيم والتي تتعلق بالأمانة والصدق والإخلاص في العمل، ومن أجل وجود النزاهة والابتعاد عن الفساد وعدم وجود تضارب في المصالح ضد المصلحة العامة، يجب أن لا تكون لصالح فرد معين، وتؤسس الدولة عادةً نظام النزاهة الوطني الذي يبنى من أجل إيجاد طرق لمكافحة الفساد وتجفيف مصادره وإنشاء بيئة تقلل فرص الفساد، ويهدف لإظهار أهمية تحصين

المستشفيات في مواجهة أشكال الفساد ومنع ممارسته على كافة الأصعدة، وذلك بتوسيع قاعدة الرقابة وتوزيع القوى على شكل سلطات متعددة المناصب، تحدد فيها كافة المسؤوليات وما يبتعثها من تعدد في الأجهزة المحاسبية والرقابية بأشكالها المختلفة، ومن برلمان ومحاكم ووسائل إعلام وما إلى ذلك ليحول دون الإساءة في استخدام السلطة.

كما يجب أن يتضمن نظام النزاهة الوطني رؤية شاملة لمهام السلطات لأدائها بشكل كفاء وشفاف ويعطي هامش انفتاح على الجمهور لتقليل الفساد بشكل وقائي، ويتمثل في المشاركة المجتمعية ومؤسسات المجتمع المدني ووسائل الإعلام والقطاع الخاص والمؤسسات التعليمية والدينية والمنظمات الأهلية مع إدارة وسيادة أجهزة الدولة (الشعبي، 2010).

نستنتج مما سبق أن النزاهة؛ هي مجموعة من القيم والقوانين التي تحكم سلوك الأفراد والمؤسسات في العمل، وتحقق النزاهة من خلال الصدق والأمانة والإخلاص وعدم الإضرار بالآخرين، وتمنع الفساد وتمنع تضارب المصالح التي تكون ضد المصلحة العامة للمؤسسة وتكون انعكاس لبيئة ثقافية واجتماعية معينة، وترتبط بجوانب ومجالات الحياة، وتتحقق بالتكامل والتوازن الأخلاقي مما يعزز قدرة المؤسسات والعاملين على تعزيز النزاهة لديهم وتوسيع قاعدة الرقابة بتوزيع للقوى والسلطات بما يتناسب مع المسؤوليات والمهام التي تقع على عاتقهم وذلك بالتعاون ما بين المؤسسة والمجتمع والإعلام والقطاع الخاص والدولة.

بذلك يعرف الباحث النزاهة إجرائياً: بأنها هي القوانين والإجراءات التي تحكم سلوك الأفراد العاملين في المؤسسات لمنع الإضرار وتحفز الإخلاص والتفاني في العمل وتبني القيم الأخلاقية الصدق والأمانة.

3.20.1.2 المساءلة

هي قيام الرئيس بمحاسبة أو مساءلة المرؤوس على ما يقوم بأدائه من أعمال وإشعاره بمستوى هذا الأداء وذلك من خلال تقييم هذه الأعمال، ووسيلة يمكن للأفراد والمنظمات غيرها أن يتحملوا مسؤوليات أدائهم بحيث يؤدي ذلك إلى اطمئنان من يتعامل معهم بأن الأمور تجري للمصالح العام وفق الأهداف المرسومة وتستند إلى تعظيم الممارسات الجيدة وتحجيم الممارسات السيئة وأن المشكلات يتم التعامل معها بعدالة ومساواة، (حويل، 2012)، ويجب أن يكون صناع القرار في الحكومة والقطاع

الخاص ومنظمات المجتمع المدني مسؤولين أمام الجمهور العام، وأمام أصحاب المصلحة المؤسسية، وتختلف هذه المساءلة حسب كل منظمة، وحسب ما إذا كان القرار داخلياً أم خارجياً بالنسبة للمؤسسة، (الكرنيز، 2017)، وتكون بإجابة الأفراد أو المؤسسات عن الأسئلة الموجهة إليهم بسبب سلوكيات غير مرغوب فيها وتتنافى مع الأنظمة والمعايير، وهي قدرة المستخدم على تنفيذ المهمات المحددة وقدرته على شرح وتفسير وتوضيح مستوى المكتسبات التي حققها بطريقة تبني ثقة المراقب لعمل المستخدم، ومدى تحمل الفرد مسؤولية ما يسند إليه من أعمال وما يتبعها من مهام تتطلبها تلك المسؤولية وذلك طبقاً للشروط والمواصفات التي يكون قد سبق الموافقة عليها (قرادغي، 2011).

والمساءلة هي الطلب من المسؤولين تقديم التوضيحات اللازمة لأصحاب المصلحة حول كيفية استخدام صلاحياتهم وتعريف واجباتهم والأخذ بالانتقادات التي توجه لهم وتلبية المتطلبات المطلوبة منهم وقبول (بعض) المسؤولية عن الفشل وعدم الكفاءة أو عن الخداع والغش، (مولاي لخضر وعجيلة، 2019)، كما وهي ضرورة محاسبة كل طرف عن التزاماته، وربط مدى الوفاء بها بنظام الجزاء من خلال نظام داخلي في الشركة للحوافز والعقوبات وتطبيقه على الجميع، وكذلك من خلال وجود نظام قضائي عادل في الدولة، وقد وضعت الشريعة الإسلامية في تنظيمها لعقود المعاملات أسساً لمحاسبة كل طرف على مدى التزامه بأداء ما عليه من واجبات في العقد وأقرت عقوبات لمن يخل بها، والأمر لا يقتصر على الجزاء الشرعي والإداري فقط وإنما يتعداه إلى الجزاء الإلهي (دليلة، 2019).

نستنتج مما سبق أن المساءلة؛ هي محاسبة المرؤوس على الأداء وتقييم الأعمال وفق الأهداف المرسومة، وتعظيم الممارسات الجيدة وتحجيم الممارسات السيئة، وممارسة العمل بمسؤولية والابتعاد عن تحقيق المصالح الشخصية، ومعاقبة الموظفين المتجاوزين لحدود مسؤولياتهم؛ ويكون صناع القرار في الحكومة والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني مسؤولين أمام الجمهور العام وأمام أصحاب المصلحة المؤسسية، وبالإضافة للالتزام بإجابة الأفراد أو المؤسسات عن الأسئلة الموجهة إليهم بسبب سلوكيات غير مرغوب فيها وتتنافى مع الأنظمة والمعايير وتنفيذ المهمات المحددة والقدرة على الشرح والتفسير لمستوى المكتسبات التي حققها ومدى تحمل الفرد مسؤولية ما يسند إليه من أعمال ومهام.

يعرف الباحث المساءلة: بأنها هي محاسبة المرؤوس على الأداء والأعمال وممارسة العمل بمسؤولية والابتعاد عن تحقيق المصالح الشخصية، ويكون صناع القرار مسؤولين أمام الجمهور العام، والتزام الأفراد أو المؤسسات بالإجابة عن الأسئلة الموجهة لهم، وتقديم شرح وتفسير عن مدى تحمل الفرد مسؤولية ما يسند إليه من أعمال ومهام.

4.20.1.2 الاستجابة

يجب أن تسعى كافة المؤسسات في الدولة وأن توجه العمليات للاستجابة لمتطلبات واحتياجات المجتمع وخدمة جميع أصحاب المصلحة (المجتمع ككل)، (الكرنز، 2017)، وينبغي أن تستجيب استجابة فعلية ملائمة للأولويات أو للتغيرات في الطلب أو للظروف الأخرى الجديدة واحتياجات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، (بدير، 2017)، وأن تسعى المؤسسات وتوجه العمليات إلى خدمة جميع أصحاب المصالح، (الأقرع، 2017)، وأيضاً هي سعي الإدارة لتوفير احتياجات كل من مقدمي الخدمة ومتلقيها بما يتناسب مع الزيادة في عدد السكان بحيث تضمن الإدارة الاستمرارية في تقديم الخدمة بمستوى يليق بكرامة بني آدم وإنسانيته (أبو حصيرة، 2016).

نستنتج مما سبق أن الاستجابة؛ هي قدرة المؤسسات على خدمة وتلبية مصالح الجميع في فترة زمنية معقولة وبدون أي استثناء والتفاعل مع احتياجات ومتطلبات ومشكلات المواطنين بمختلف فئاتهم ومجالاتهم والاستجابة لها، كما أن الحوكمة الرشيدة تتطلب التجاوب مع متطلبات جميع الشرائح ضمن أطر زمنية منطقية ومحددة.

نستطيع تقييم أداء عمل المستشفيات في الاستجابة لجميع الحالات الطبية الحرجة والطوارئ من خلال الشكاوى والاعتراضات على سير العمل في المستشفيات لدى الإدارة ووحدة الإجازة والترخيص ومدى رضا المجتمع لأدائه.

يعرف الباحث الاستجابة: بأنها هي قدرة المؤسسات والموظفين فيها على تلبية وتقديم الخدمات كافة لجميع متلقيها دون أي تمييز بينهم خلال فترة زمنية قصيرة وإنتاجية وجودة عالية.

5.20.1.2 الفعالية (الفاعلية)

1.5.20.1.2 الفعالية:

هي قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها وتعتمد هذه القدرة والمعايير المستخدمة في قياسها على النموذج المستخدم في دراسة المنظمات، والقدرة على تأمين الموارد المتاحة واستخدامها بكفاءة لتحقيق أهدافها، وترتبط بالإنتاجية المرتفعة والمرونة وقدرة المؤسسة على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى القدرة على الاستقرار والابتكار (خرخاش، 2015).

2.5.20.1.2 الفعالية:

هي الخدمة الصحية المقدمة تؤدي إلى تغيير إيجابي في الوضع الصحي للمريض وكذلك في جودة حياته، وهي أيضاً الدرجة التي تقدم بها الخدمة الصحية بطريقة صحيحة وتعطي المعلومة الحديثة للوصول إلى النتائج المرجوة للفرد، وتكون الخدمات المقدمة ملائمة لاحتياجات متلقيها بما يحقق أهداف المستشفى بغض النظر عن التكلفة أو الوقت اللازم باستخدام تقنيات وممارسات فعالة وجودة الخدمات ورضا المواطنين عنها (أبو حصيرة، 2016).

نستنتج مما سبق أن الفعالية (الفاعلية السريرية)؛ هي القدرة على تلبية تقديم الخدمات صحية ذات جودة عالية للمريض والقدرة على تأمين الموارد المتاحة واستخدامها بكفاءة وتحسين جودة الرعاية للحصول على أفضل نتائج وتحقيق رضا المراجعين، وتعتبر الفعالية السريرية أحد عناصر الجودة التي تسهم في تحقيق التميز في تقديم الخدمات بشكل آمن وفعال، فالفعالية السريرية مصطلح شامل يصف مجموعة من الأنشطة التي تدعم الأطباء/ أخصائيي الرعاية الصحية لفحص وتحسين جودة الرعاية، وترتبط الفعالية الإكلينيكية بين الخبرة الإكلينيكية الفردية للأطباء وتوقعات المرضى أفضل أدلة إكلينيكية متاحة من أجل تحقيق أعلى النتائج.

يعرف الباحث الفعالية السريرية: بأنها هي الخدمات الطبية والصحية التي يقدمها المستشفى والعاملين فيه للمرضى والمراجعين بكفاءة وجودة عالية سواء كانت علاجية أو نفسية وتؤدي لتغيير إيجابي في صحة ونفسية المريض.

21.1.2 الأداء المؤسسي

1.21.1.2 المقدمة

وجد الباحث أنه من الأهمية تخصيص جزءاً خاصاً يوضح بشيء من الإيجاز بعض المفاهيم الأساسية حول الأداء المؤسسي، حيث يحظى مفهوم الأداء بأهمية كبرى في المستشفيات العامة أو الخاصة، وتهدف بصورة أساسية إلى معرفة مدى جودة وكفاءة كل فرد في وظيفته وتقييم قدراته لغرض التطوير والترقية، وفي إدارة المؤسسات التي ينبغي ممارستها في أي مؤسسة وخصوصاً خدماتية كوسيلة لبيان مدى قدرتها على إنجازها أهدافها، ولا شك أن المصلحة العامة للمستشفى تقضي بأن يعهد بالوظائف الطبية والطبية المساعدة والإدارية إلى الأفراد الأكفاء القادرين على النهوض بأعباء هذه الوظائف والارتقاء إلى مستوى مسؤولياتها، ويعنى غياب هذا المبدأ إهدار الإمكانيات البشرية المتاحة وسوء استغلالها، كما أن السبيل إليه هو وجود معايير ومستويات محددة لتقييم أداء العاملين في مختلف التخصصات والمهن وقياس مدى صلاحيتهم للوظائف التي يشغلونها حالياً وتلك التي يمكنهم الانتقال أو الترقى إليها مستقبلاً.

تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات من أبرزها ارتفاع التكاليف وتبني أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المسطرة، فضرورة تحسين الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الإستشفائية نظراً لكون هذه المؤسسات تعرف تغيراً ملحوظاً في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية، وكذلك الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين هذه الخدمة لذلك تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها، فالخدمات الصحية هي نتاج أداء هذه المؤسسات الصحية فإنه من الضروري إجراء التقييم المستمر لأدائها وقياس كفاءة خدماتها من طرف القائمين عليها من أجل تحسين جودتها، ولقد تعددت الأساليب المستخدمة في قياس كفاءة الخدمات التي تقدمها المستشفيات على اختلاف أنواعها حيث صار بالإمكان استخدام الأساليب الكمية الكفيلة بمعرفة مستويات كفاءة هذه الأساليب، إن الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية للمستشفيات أصبح مطلباً ملحا وضرورة لا غنى عنها في جميع الدول في الوقت الحاضر الأمر الذي يتطلب من وزارة الصحة زيادة الاهتمام بموضوع تقييم أداء المستشفيات والعمل على تحديد مستوى الأداء فيها بصورة دورية سنوية أو شهرية بهدف تحديد نقاط الضعف وتعزيز نقاط قوة.

إن عملية قياس وتقييم الأداء هي عملية أساسية من العمليات الإدارية المتخذة لا تقل أهمية عن العمليات الإدارية الأخرى كاتخاذ القرار وبناء فريق العمل وغيرها، ومن ثم لزم وضعها من الخطوط العريضة لمؤسسة ما تريد أن تحقق نجاحات مختلفة في جوانب معينة، وأن التطبيق الناجح لأساليب قياس وتقييم الأداء يعتبر احد أهم عناصر نجاح وتطور المؤسسة واستمرارها (خرخاش، 2015).

هذا ويستخدم الأداء على نطاق واسع في ميدان الأعمال فهو يستعمل في موضوع أداء الاقتصاديات والمجتمعات وفي مواضيع الموارد البشرية وما يتعلق بالكفاءات والمجهودات المبذولة ولكل من الاستعمالات معنى وهدف وطرق تقسيم وتحديد على المتطرق إليها التمييز فيما بينها.

تعتبر عملية تقييم الأداء من العمليات الهامة التي تمارسها إدارة الموارد البشرية، وعليه تعتبر من العمليات الهامة على جميع مستويات المنظمة ابتداء من الإدارة العليا وانتهاء بالعاملين في أقسام وحدات الإنتاج ولكي تحقق العملية الأهداف المرجوة منها يجب التعامل معها بشكل نظامي ودقيق وبمشاركة جميع الأطراف التي من الممكن أن تستفيد من النتائج، كما يجب مواكبة تلك العملية حتى تتلاءم والظروف التي تفرزها التغيرات على مستوى محتوى العمل وأساليب أداءه، والتغيير في الخصائص المعرفية والمهارية للعاملين، والتغيير في العوامل الطبيعية التي تنعكس على طبيعة أعمال المنظمات، ويخلق تبني هذه العملية من قبل المنشأة نوع من الثقة لدى العاملين بجدية المنظمة مما يرفع ولاءه لها (نعيرات، 2010).

فإن قياس كفاءة العاملين في أي منشأة يمثل أحد الوظائف الرئيسية التي يجب أن يقوم بها مديرو شؤون الموظفين بالتنسيق والتعاون مع مديري الإدارات الأخرى بالمنشأة التي تؤدي بدورها إلى تحقيق الرضا التام بين العاملين واستقرارهم النفسي وثقتهم الكاملة بالإدارة وولائهم لها وحرصهم على تحقيق أهدافها، فعملية تقييم أداء الأفراد قديمة تاريخياً، ونحن نمارسها في حياتنا اليومية بصفة مستمرة (الزعيبي، 1988).

يشكل الموظفون والعاملون أهم الموارد البشرية في الشركات والمؤسسات، وتعد عملية قياس أو تقييم الأداء (Measurement Performance) أهم عناصر النجاح وبقاء الموظفين والعاملين في أعمالهم، كما تعد التغذية أو المعلومات المرتدة (Feedback) في تقييم أو قياس الأداء عنصراً مهماً في رضا وارتياح الموظفين والعاملين وبقائهم في أعمالهم وأحد مصادر سعادتهم وولائهم في وظائفهم، لأن

التغذية المرتدة في تقييم الأداء هي الاعتراف والتقدير لأدائهم وأسلوب تحسينه وتطويره في المستقبل، حيث أن عملية تقييم الأداء الوظيفي هي إحدى الركائز التي يستند إليها في تحديد مسار الموظف الوظيفي ومدى انسجامه مع العمل وحاجته للتطوير أو قصوره في أداء واجبات وظيفته فهي أداة إصلاح وتطوير، ويهدف تقييم الموظف إلى تكريس مبدأ العدالة الذي تسعى أي منظمة إلى تحقيقه حيث أن من يقوم بعملية التقييم الرئيس المباشر بحكم قربه من الموظفين، حيث أن عملية التقييم مهمة فهي وسيلة لتمكين المسؤولين من التعرف على الموظفين الذين يحتاجون لمزيد من التدريب أو التوجيه ومن اختيار الكفاءات المناسبة والمقتدرة لملئ الوظائف الأعلى، كما أن له تأثير على العديد من القرارات ذات العلاقة بوضع الموظف حاضراً أو مستقبلاً (شاويش، 1996).

يعد تقييم الأداء من العمليات الهامة التي تتعلق بالإدارة عموماً، وإدارة الموارد البشرية خاصة، حيث أن تقييم الأداء عملية يتم بموجبها تقييم جهود العاملين بإنصاف وعدل لتجري مكافأتهم بقدر ما يعملون وينجزون استناداً إلى عناصر ومعدلات تتم على أساسها مقارنة أدائهم بها لتحديد مستوى كفاءتهم في العمل الذي يعملون به، حيث لم يعد محل التركيز على صفات الفرد فقط، بل أصبح التقييم كما ذكر آنفاً منصباً على جهد العاملين وإنتاجهم (زويلف، 2001).

إن عملية تقييم الأداء في المؤسسات عامة تعد من المسائل الشائكة والمعقدة، وبخاصة إذا كانت مخرجاتها ليست منتجاً مادياً، وهذا ينطبق تماماً على المستشفيات التي تقدم تشكيلة متنوعة وكبيرة من الخدمات للمحتاجين لها من متلقيات الخدمة؛ ولكن هذا التعقيد لا يمنع من استخدام مختلف الأساليب والطرق التي من شأنها أن تسهم في عملية تطوير معايير لتقييم الأداء واعتمادها (البكري، 2005).

وإذا أردنا تحقيق زيادة في مستويات الأداء في مؤسساتنا المختلفة، فلا بد أن تترافق إجراءات العمل الحالية بعمليات مستمرة من التقييم والمتابعة، وذلك من حيث قياس مستوى الأداء الفعلي كما هو بالواقع، ومقارنته بمستوى الأداء المطلوب (صديق، 2012).

2.21.1.2 مفهوم الأداء

إن الخوض في أداء المؤسسات بصورة عامة يشكل مطلب ضروري لمعرفة جميع جوانب تلك المؤسسات حيث يعتبر الأداء هو المؤشر الأساسي والهام الذي تبني عليه الكثير من القرارات الهامة،

فهو المؤشر الذي يحدد ما إذا كانت اتجاهات سير المؤسسة موجبة أم سالبة صحيحة أم خاطئة، ما يحدد مدى قرب المؤسسة من تحديد أهدافها وتنفيذ خططها، وبذلك يعتبر الأداء المرآة التي تعكس مدى اقتراب المؤسسة من النجاح أو الفشل.

وبالنظر إلى مفهوم الأداء نجد أن هناك تعدد ما بين الاتفاق والاختلاف على تلك المؤشرات التي تستخدم لقياسه اعتماداً على طبيعة المؤسسة والنشاط الذي تقوم به والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها. إن كلمة أداء هي لاتينية الأصل "Perform" التي تعني إعطاء، وذلك بأسلوب كلي، الشكل لشيء ما، وبعدها اشتقت اللغة الإنجليزية منها لفظ "Performance"، وأعطتها معناها (عبد الغفور، 2018).

على الرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تتناول الأداء، إلا أنه لم يتم التوصل إلى إجماع أو اتفاق حول مفهوم محدد للأداء، فالأداء مفهوم واسع ومحتوياته متجددة بتجدد وتغير وتطور أي مكونات المنظمة على اختلاف أنواعه، ولا تزال الإدارات العليا في منظمات الأعمال مستمرة في التفكير بموضوع الأداء طالما أن تلك المنظمات موجودة، إضافة إلى أن الانشغال بمناقشة الأداء بوصفه مصطلحاً فنياً، وبمناقشة المستويات التي يحل عندها والقواعد الأساسية لقياسه ما يزال مستمراً، فمن التعريفات لمفهوم الأداء المستقاة من وجهات النظر المتعددة للباحثين، نذكر ما يلي:-

- يشير مفهوم الأداء في عمومته إلى ذلك الفعل الذي يقود إلى إنجاز الأعمال كما يجب أن تتجزأ، والذي يتصف بالشمولية والاستمرار، ومن ثم فهو بهذا المعنى يعد المحدد لنجاح المؤسسة وبقائها مع فئتها المستهدفة، كما يعكس في الوقت نفسه مدى قدرة المؤسسة على التكيف مع بيئتها، أو فشلها في تحقيق التأقلم المطلوب، كما تجدر الإشارة إلى أن مفهوم الأداء يقترن بمصطلحين مهمين في الإدارة، هما: الكفاءة والفاعلية (الرفاتي، 2011).

- ويتمثل في قدرة المؤسسة على تحقيق النتائج التي تتطابق مع الخطط والأهداف المرسومة والاستغلال الأمثل للموارد الموضوعة تحت تصرفها إذ الأداء هو الكفاءة والفاعلية معا (عيادي، 2012).

- فالأداء بصورة عامة هو مقدرة المؤسسات على تحقيق الأهداف التي تم التخطيط لها بأقل قدر من الموارد المتاحة والمستهلكة فالأداء مكون من مكونين أساسيين "الأهداف والتكاليف"، وكل من في المؤسسة يسعى إلى تحقيق تلك الأهداف باستخدام أقل قدر من الإمكانيات وبالتالي تقليل التكاليف (عبد الغفور، 2018).

يمكننا أن نعرف الأداء بأنه: هو قدرة المؤسسة على تحقيق النتائج التي تتطابق مع الخطط والأهداف المرسومة، بالاستغلال الأمثل للموارد الموضوعة تحت تصرفها بأكثر كفاءة وفعالية.

يعرف الباحث الأداء: بأنه نشاط شامل ومستمر يعبر عن قدرة المؤسسة لتحقيق أهدافها طويلة الأمد، من خلال استغلالها الأمثل للموارد المتوفرة لديها بكفاءة وفعالية، وتجسيد الأفراد والوحدات والمؤسسة ككل لمتطلبات الوظيفة.

3.21.1.2 أهمية قياس الأداء

يعتبر موضوع الأداء من الموضوعات التي نالت اهتماماً من قبل المنظرين والإداريين في المجالات الإدارية إذ أنه يعد الوسيلة الوحيدة لتحقيق أهداف العمل بالمنظمات، فضلاً على أن الأداء يعبر عن مستوى التقدم الحضاري والاقتصادي لجميع الدول المتقدمة والنامية على حد سواء ومن هنا نجد أن غالبية المسؤولين الإداريين لمختلف مستوياتهم الإدارية يعطون موضوع أداء العاملين والعوامل المؤثرة فيه الأهمية القصوى نظراً لأن أداء إدارتهم ما هو إلا انعكاس للأداء الفردي داخل المؤسسة.

والأداء يظهر من مستوى الدقة أو الجودة ودرجة مطابقة الجهد المبذول لمواصفات نوعية معينة ففي بعض أنواع الأعمال قد لا يهم كثيراً سرعة الأداء أو كميته بقدر ما يهم نوعية وجودة الجهد المبذول ويندرج تحت المعيار النوعي للجهد الكثير من المقاييس التي تقيس درجة مطابقة الإنتاج للمواصفات والتي تقيس درجة خلو الأداء من الأخطاء والتي تقيس درجة الإبداع والابتكار في الأداء.

وتظهر أهمية الأداء من خلال ما يفعله الفرد نتيجة الاستجابة كمهمة معينة قام بها من تلقاء نفسه أو فرضها عليه الآخرون وهذه الاستجابة تحدث تغيير في البيئة لتحويل المدخلات التنظيمية (مواد أولية، وآلات...) إلى مخرجات (سلع أو خدمات) بمواصفات فنية ومعدلات محددة (عرار، 2019).

للأداء أهمية كبرى فهو يعتبر الوسيلة الهادفة للوصول إلى هدف معين ومحدد وذلك كونه الناتج والمحصلة النهائية لجميع الأنشطة التي تقوم بها المنظمة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:-

1. يعتبر أداة توجيه بالنسبة للمنظمة من أجل تحقيق أهدافها.
2. يعتبر أداة لمعرفة حالة المنظمة.
3. يستعمل كأداة لمعرفة الاختلال الواقع عند تحقيق الأهداف (صالح، 2012).
4. تحقق فوائد كثيرة للمنظمة منها توفر مدخل واضح للتركيز على الخطة الإستراتيجية، كما يوفر آلية معينة لرفع التقارير عن برنامج العمل إلى الإدارة العليا.
5. يركز على ما يجب إنجازه ويوفر الوقت والطاقة والموارد لتحقيق الأهداف مع تغذية راجعة وتحليل الفجوات في الأداء وإجراء التعديلات.
6. يوفر تحسين إدارة الخدمات والمنتجات وإيصالها إلى متلقي الخدمة.
7. التعرف على المحاور التي تحتاج إلى اهتمام لتحقيق تأثير إيجابي، مبدأ لا تحسين بدون قياس ودون معرفة واقع العمليات (المرضي، 2016).

4.21.1.2 مستويات الأداء

للأداء مجموعة من المستويات تقوم المؤسسات بالتعرف على مستوى أدائها وبالتالي بتحديد المعايير والمقاييس التي تمكن المؤسسات من قياس أدائها، وقد تتمثل هذه المستويات في الآتي:-

1. أداء استثنائي: نعني به تفوق المؤسسة في الأداء أيًا كان المجال الذي تعمل به وذلك يظهر في التزام العاملين وولاء العملاء وازدهار وضع المؤسسة المالي.
2. أداء بارز: المؤسسة في هذا المستوى تمتلك العديد من تعاقدات الأعمال ذات كفاءة عالية وامتلاك وضع تنافسي واضح ووضع مالي مميز.

3. الأداء الجيد جداً: هنا نتحدث عن قوة أداء المؤسسة ووضوح رؤيتها المستقبلية إلى جانب وضع مالي جيد.

4. الأداء الجيد: هناك توازن بين نقاط القوة ونقاط الضعف لدى المؤسسة في المنتجات أو الخدمات أو العملاء مع وجود وضع مالي غير مستقر.

5. الأداء المعتدل: هنا تظهر لدى المؤسسة أن نقاط الضعف تتغلب على نقاط القوة في المنتجات أو الخدمات أو العملاء مع صعوبة في توفير تلك السيولة التي تحافظ على بقائها ونموها.

6. الأداء الضعيف: سيطرة نقاط الضعف على جميع محاور المؤسسة مع وجود صعوبات ومعوقات تعيق سير العمل اليومي وضياع العملاء مع وجود مشاكل ضخمة في الجانب المالي للمؤسسة.

7. الأداء المتأزم: هو الأداء الذي وصل إلى عدم الكفاءة تماماً وقد يسبب مشاكل مختلفة باحتمالية كبيرة جداً في جميع محاور المؤسسة (عبد الغفور، 2018).

5.21.1.2 قياس الأداء المؤسسي

أداة لقياس الأداء أي الحكم على فعالية الأنشطة والعمليات اللازمة في تحقيق الأهداف المنشودة والتوصل إلى التباين بين النتائج المستهدفة وبين النتائج الفعلية، ومقياس الأداء قيمة حقيقية لمؤشرات الأداء، وهو وسيلة وليس غاية، إذ يشير كلاً من وليام تومسون ولورد كليفن إلى أن القياس يساعدنا على التعبير بالأرقام مما يجعلنا على علم بالحقائق، وإذا لم تستطع المؤسسة قياس نشاطها فلن تتمكن من الرقابة عليه وبالتالي لا يمكن إدارته وبدون قياس لا يمكن صناعة قرارات سليمة (شحاده، 2017).

6.21.1.2 مزايا قياس الأداء المؤسسي

لقياس الأداء المؤسسي عدة مزايا يمكن للمؤسسة الاستفادة منها، وهي:-

1. يساعد قياس الأداء على تحديد درجة تلبية المؤسسة لاحتياجات المواطنين والعلم بنوعية الخدمات التي يحتاجونها.
2. يساعد قياس الأداء المؤسسة في فهم العمليات التي تقوم بها، ومعرفة المشكلات التي تواجهها، والكشف عن الجوانب التي تجهلها المؤسسة.
3. التأكد من أن القرارات التي يتم اتخاذها تكون على أساس الحقائق وليس على الآراء الشخصية والتخمين وإنما بالاستناد إلى الوثائق والمعلومات الدقيقة.
4. توضيح أي الأماكن أو القطاعات في المنظمة تحتاج إلى إجراء التحسين والتطوير وما هي الأماكن التي تعمل بكفاءة أكثر من غيرها في المؤسسة (شحاده، 2017).

7.21.1.2 كفاءة الأداء المؤسسي

لقياس الأداء المؤسسي عدة معايير منها معيار الكفاءة ومعيار الفاعلية، أما الفاعلية فهي مفهوم متعدد الجوانب ويقصد بها أداء الأعمال الصحيحة ومدى تحقيق المؤسسة لأهدافها، لذا يمكن ربط تحقيقها بالقيادة، أما الكفاءة فيقصد بها أداء الأعمال بطريقة صحيحة لمنع هدر الموارد المتاحة، وهي مرتبطة بالإدارة التنفيذية، ويمكن تحقيقها عندما يتوفر التنظيم والتخطيط والمتابعة والرقابة. وعليه عند وجود فاعلية مع عدم تحقق كفاءة فإنه لا يمكن ضمان تحقيق الرؤى والأهداف بشكل صحيح وفي حالة وجود كفاءة في الأداء مع غياب الفاعلية فإن الأعمال تنجز ولكن دون وضوح الأهداف.

من المعايير ذات الصلة بمعيار الكفاءة هو معيار الكفاية، تعتبر الكفاءة مفهوم أوسع من الكفاية، فالكفاية تعني توافر الصفات اللازمة من مهارات وسمات شخصية ومعارف كي يكون الشخص كفؤاً، وعليه فالكفاية توليفة من المعارف والمهارات والسلوكيات والاتجاهات والدوافع والسمات الشخصية، التي يحتاجها الفرد ويعمل على التوفيق فيما بينها للقيام بالمهام الوظيفية لتحقيق أهداف معينة منبثقة عن رؤية المنظمة التي تعمل بها ورسالتها وتخدم أهدافها الإستراتيجية (شحاده، 2017).

8.21.1.2 معايير الأداء

تعتبر المعايير التالية هي المعايير الرئيسية لتقييم الأداء مع العلم أنه قد يرى البعض معايير أخرى تتفق وأهداف المؤسسة المراد تقييم أدائها وفيما يلي هذه المعايير:-

أ. **مؤشرات النتائج:** وتختص بتقييم المستوى الذي بلغته المنظمة في تحقيق الأهداف الفرعية والإستراتيجية.

ب. **الكفاءة:** ويراد به فيما إذا كان البرنامج قد استخدم الموارد بطريقة اقتصادية مثلى لإنجاز الهدف.

ت. **الفعالية:** يقصد بها فيما إذا كان النشاط قد حقق النتائج المرضية مقارنة بالهدف الموضوع.

ث. **الأثر:** ويعني النتائج المتحققة من التدخل في تغيير الحالة سواء كانت المقصودة أو غير المقصودة، إيجابية أو سلبية وتضم الآثار الاقتصادية والاجتماعية والبيئية على مستوى الفرد والمجتمع.

ج. **الاستمرارية:** ويراد بها فيما إذا كانت الأنشطة وآثارها تستمر إذا ما توقف الدعم الخارجي مما يستدعي في حالة حصوله إجراء تغييرات جوهرية على الأنشطة.

ح. **الملائمة:** ويقصد بهذا المعيار مدى تماشي مخرجات البرنامج وأهدافه مع الأولويات الاجتماعية المطروحة والتوقيت المناسب لتنفيذه. وفيما إذا كانت التغييرات الاجتماعية خلال فترة تنفيذ البرنامج تبرر القناعات التي بني عليها. فالملائمة هي مقياس لمدى انتفاع المجتمع من البرنامج ومدى تلاؤمه مع أولويات وحاجات المجتمع المطروحة (أبو ماضي، 2015).

خ. **معيار الجودة:** ويهتم هذا المعيار بقياس فيما إذا كانت الخدمة أو السلعة المنتجة والمقدمة تتلائم مع المواصفات الفنية التي تعتمدها المنظمة وأن ذلك ما جرى الأخذ به على نطاق واسع من المواصفات الدولية وعلى رأسها (ISO9000) ويأخذ المعيار الصيغة التالية:-

يمكن القول بأن مؤسسات أخرى قد تجد لها معايير بالزيادة أو النقص على المعايير السابقة، وذلك بما يتناسب وطبيعة نشاط هذه المؤسسة ومكوناته وحجمها وعمرها الزمني، بل والمجال الذي تعمل فيه أو الخدمة التي تقدمها لجمهورها.

أ. معيار تحقق النتائج = النتائج الفعلية/ النتائج

شكل رقم (8.2): معايير الأداء.

ب. الكفاءة = المخرجات/ المدخلات

خ. معيار الجودة = المواصفات الفعلية للمنتج/ المواصفات المعتمدة

معايير الأداء

ت. الفعالية = الأهداف الفعلية/ الأهداف المخططة

ث. معيار الأثر = الأثر الفعلي/ الأثر المخطط

ح. معيار الملائمة = المستوى الفعلي لملائمة البرنامج مع حاجات المجتمع والفئة المستهدفة/ المستوى المخطط لملائمة البرنامج مع حاجات المجتمع والفئة المستهدفة

ج. معيار الاستمرارية = البرامج المنفذة حسب المورد الفعلية/ البرامج المخطط تنفيذها حسب المورد

المصدر: (تم إعداد هذا الشكل من قبل الباحث).

22.1.2 أهم مؤشرات مقاييس الأداء الإكلينيكي

1. عودة متلقي الخدمة غير المخططة إلى الجراحة في المستشفى.
2. إجراء العلاجات والعمليات الجراحية التخمينية.
3. زيادة معدل الوفيات داخل المستشفى نتيجة أخطاء طبية أو نقص أو خلل في الأدوات والأجهزة.
4. معدل انتشار العدوى بين العاملين بشكل يفوق السيطرة المعتادة، وفق المنظر الطبي.
5. تكرار موضوع الشكاوى دون تداركه من قبل زملاء العمل في استلام وتسليم المهام في الورديات.
6. متابعة الحالة الصحية للعاملين ضمن برامج تقييم دورية وطبيعة التعامل معها (عيسى، 2017).

23.1.2 أنواع وتصنيفات مقاييس الأداء

مقاييس الأداء تأخذ أنواعاً متعددة من التصنيفات وبشكل عام تصنف إلى خمسة أنواع على النحو التالي:-

1. **مقاييس المدخلات:** تستخدم لفهم الموارد البشرية والمالية التي تستخدم لغرض الوصول إلى المخرجات والنتائج المطلوبة.
2. **مقاييس العمليات:** تستخدم لفهم الخطوات المباشرة لعمليات إنتاج المنتج أو الخدمة.
3. **مقاييس المخرجات:** تستخدم لقياس المنتج أو الخدمة التي يوفرها النظام أو المنظمة ويتم إيصالها إلى العملاء.
4. **مقاييس المحصلات:** تستخدم لتقييم النتائج المتوقعة أو المرغوبة أو الفعلية وفي بعض الحالات فإن بناء علاقة سببية مباشرة بين مخرجات النشاط ونتائجه المقصودة يمكن أن يكون صعباً.
5. **مقاييس التأثير:** تستخدم لقياس الآثار المباشرة وغير المباشرة التي تنشأ عن تحقيق غايات المنظمة (عاشور، 2015).

ويصنف (الغالبى، 2007) مقاييس الأداء إلى أقسام على النحو التالي:-

1. **مقاييس النتائج:** وذلك بعد ظهور الحقيقة، كالتى تقيس بها الإصابات والأمراض الواقعة.
2. **مقاييس الأسباب:** وهي تنتبأ بالأداء المستقبلي، مثل قياس الكلفة التقديرية والعوامل ذات العلاقة.
3. **مقاييس سلوكية:** وهي تقيس ثقافة الفرد والمنظمة، مثل برنامج السلامة واستقصاء رضا العاملين.

ويعتبر الأداء عنصراً من عناصر الإنتاج، وهو يختص بالجانب الإنساني، ويتم تحديد الإنتاجية تبعاً لعدة أبعاد كما أوضحها الشمري (2009) وهي:-

1. العمل الذي يؤديه العامل ومدى تفهمه لدوره واختصاصه ومدى إتباعه للتعليمات التي تصل إليه من الإدارة عبر المشرف المباشر له.
2. الإنجاز الذي يحققه العامل.
3. سلوك العامل مع زملائه ورؤسائه ومدى تعاونه مع زملائه.
4. الحالة النفسية التي يوجد عليها العامل من حيث الرغبة في العمل وإتقان عمله والسعي لتطوير نفسه.
5. طرق التحسين والتطوير التي يمكن أن يوفرها العامل في عمله وبالتالي انعكاسها على ترقيته.

وصنفت جامعة كاليفورنيا معظم مقاييس الأداء بخمس مقاييس حسب الجدول التالي يوضح ماهية هذه المقاييس وكيفية التعبير عنها بالوحدات (عاشور، 2015).

جدول رقم (1.2): تصنيف مقاييس الأداء .

التعبير عنه بالوحدات	ماذا يقيس	المقياس
المدخلات الفعلية مقارنة بالمدخلات المخططة	قدرة المنظمة على أداء المهام	الكفاءة
المخرجات الفعلية مقارنة بالمخرجات المخططة	قدرة المنظمة على التخطيط لمخرجات عملياتها	الفاعلية
عدد الوحدات المنتجة بشكل صحيح مقارنة بإجمالي عدد الوحدات المنتجة	انجاز وحدة العمل بشكل صحيح حسب احتياجات العملاء	الجودة
عدد الوحدات المنتجة في الوقت مقارنة بإجمالي عدد الوحدات المنتجة	انجاز وحدة العمل في الوقت المحدد حسب تقييم العملاء	الوقت المناسب
المخرجات مقارنة بالمدخلات	حجم الموارد التي تستخدم لإنتاج وحدة عمل	الإنتاجية

المصدر: (عاشور، 2015).

24.1.2 مقومات الأداء الجيد

يمكن تعريف الأداء الجيد بأنه "مجموعة الخصائص والمتطلبات التي يلزم توفرها للحكم على مدى جودة وكفاءة وفعالية الأداء"، وهذه المقومات حسب حماد (2005) هي:-

1. **الإدارة الإستراتيجية:** والتي من خلالها تعمل الإدارة على بناء إستراتيجية المؤسسة بتحديد التوجهات طويلة الأجل وتحقيق الأداء من خلال التصميم الدقيق لكيفية التنفيذ المناسب، والتقييم المستمر للاستراتيجيات الموضوع، وذلك من خلال التخطيط السليم الذي يقوم بدراسة أداء الماضي واستشراف المستقبل، ووجود هيكل تنظيمي سليم ومناسب والذي يضمن توصيفاً للوظائف ووضوح السلطات والمسؤوليات وكذلك وجود نظام للمتابعة وتقييم الأداء الذاتي والذي من خلاله يمكن اكتشاف الانحرافات واتخاذ الإجراءات اللازمة أولاً بأول.
2. **الشفافية:** وهي مطلب ضروري وحق من حقوق أي موظف للوصول إلى المعلومات ومعرفة آليات اتخاذ القرارات المؤسسية حيث تؤدي الشفافية إلى الثقة بين أفراد المؤسسة.
3. **إقرار مبدأ المساءلة الفعالة:** وهو مبدأ مكمل لتقييم الأداء فإن الموظف الذي يتم إعطاؤه مهام وصلاحيات مهنة معينة يكون مسؤول عن أداء مهام تلك الوظيفة فعند استخدام المساءلة كآلية لتقييم الأداء يكون التركيز على كل من مستوى الأداء الذي تم تحقيقه، ومدى فعالية نظام المساءلة الذي تم إتباعه في ظل توفر عناصر تطبيق المساءلة الفعالية.

25.1.2 أهم مظاهر ضعف الأداء

1. الإنتاجية الضعيفة غير الجيدة في مواصفاتها.
2. عدم إنهاء الأعمال في الوقت المحدد.
3. الصدام المستمر بين الإدارة والموظفين وخاصة الجدد.
4. عدم الانسجام مع ثقافة المؤسسة السائدة.
5. فقدان الحافز وازدياد حالة اللامبالاة لدى العاملين.
6. تجنب وفقدان روح المخاطرة.
7. التأخير في اتخاذ القرارات.
8. عدم وجود الرغبة في النمو والتطور الوظيفي (الهيتمي، 2005).

26.1.2 محددات الأداء

إن الأداء يتحدد نتيجة لمحصلة التفاعل بين محددات ثلاثة رئيسية، هي:-

1. **الدافعية الفردية:** تعبر عن مدى الرغبة الموجودة لدى الفرد للعمل والتي يمكن أن تظهر من خلال حماسه وإقباله على العمل الذي يعبر عن توافق هذا العمل مع ميوله واتجاهاته ويجب أن يتوفر لكل فرد الدافع على العمل، وقد يكون هذا الدافع قوياً أو ضعيفاً.
2. **مناخ أو بيئة العمل:** يعبر على الإشباع الذي توفره بيئة العمل الداخلية، وهو إحساسه بالرضا عن عمله بعد أن يكون قد حقق رغباته وأهدافه وأشبع جميع حاجاته.
3. **القدرة على أداء العمل المعين:** يجب أن تتوافر لدى الفرد القدرة على أداء العمل المحدد له، وأن هذه القدرة تستطيع تحصيلها عن طريق التدريب، التعليم، اكتساب الخبرات والمهارات والمعارف المتخصصة بالعمل.

إن الإرادة شرط أساسي للأداء وبدونها لا يستقيم الأداء والإرادة دون وجود هدف تؤدي إلى العشوائية والفوضى، وإذا لم يتوفر مقياس للأداء للتأكد من تحقيق المنظمة لأهدافها فإن ذلك يعني انزلاق المنظمة في ترهل إداري (أبو عون، 2011).

27.1.2 أبعاد الأداء المؤسسي

يشتمل الأداء المؤسسي على ثلاثة أبعاد لتكوين منظومة متكاملة، وهي:-

1. أداء العاملين في المؤسسة:

يلقى على عاتق العاملين في وحداتهم التنظيمية القيام بمهام ينبغي أن تكون واضحة ومحددة، هذه المهام تكون مرتبطة بأهداف المؤسسة، ويقع على المديرين المباشرين مسؤولية تقييم الأداء بقياس مدى الالتزام بأنظمة العمل ووسائل التنفيذ وجودة الإنتاجية بأقل وقت وتكلفة ممكنة تحقيقاً للأهداف المطلوبة.

2. أداء الوحدات التنظيمية:

المهام التي تنفذها الوحدات التنظيمية تلبية لتحقيق الأهداف والخطط الإستراتيجية للمؤسسة وسياساتها العامة، ويعمل على تقييم الأداء الإدارة العليا والرقابة الداخلية بقياس الفعالية الإدارية والفعالية الاقتصادية، ومن مؤشرات الأداء تقسيم العمل ودرجة التخصص، فعالية الاتصالات، درجة المركزية (كلما كانت أقل كان الأداء أفضل) (شحاده، 2017).

3. الأداء المؤسسي:

تعمل المؤسسة بالتفاعل البيئي الداخلي والخارجي مما يؤثر على قدرة المنظمة على تنفيذ خططها وأهدافها، لذا قياس أداء المؤسسة ككل يعني درجة قدرتها على التفاعل الإيجابي مع المتغيرات البيئية ومنها المتغيرات السياسية، وتراقب الأداء المؤسسي الأجهزة الحكومية الرقابية، السلطة التشريعية، منظمات المجتمع المدني ومؤشرات قياسه درجة قبول قرارات المؤسسة اجتماعياً، مدى التمثيل الاجتماعي في المؤسسة، درجة استقلالية عمل المؤسسة، مدى وجود أيديولوجيا توجه عمل المؤسسة.

28.1.2 العلاقة بين الحوكمة الجيدة والأداء المؤسسي

يرى (Bridgman) بأن الحوكمة الجيدة بمثابة نشاط ذو مستوى رفيع يقف مع النشاط التنفيذي والإداري وليس مفصلاً عنه، وتقع الحوكمة جنباً إلى جنب مع العديد من الأفكار المعقدة في الإدارة والأداء التنظيمي، إلا أنه تحدي صعب جداً شرح مفهوم الحوكمة وتحديد أمثلة لها في المؤسسات وتوضيح كيف تحسن الحوكمة الأداء التنظيمي والقدرات التنظيمية.

العلاقة إذن هي علاقة احتمالية حيث أن الحوكمة الجيدة تسبب الأداء الجيد، إلا أن المؤسسة المحوكة جيداً لديها احتمالات أفضل في الأداء الجيد من المؤسسات ذات الحوكمة الضعيفة، وكما أن العلاقة احتمالية بين الحوكمة والأداء، أيضاً هي علاقة تبادلية حيث أن الأداء الجيد يسهل الحوكمة الجيدة، وتنظيماً فإن النقطة الأساسية الأولى في الحوكمة هو التركيب/ البناء التنظيمي، مما يدل على وجود هياكل رسمية وتحديد للعلاقات والأشكال التنظيمية مثل التسلسلات الهرمية (شحاده، 2017).

29.1.2 مراجعة معايير الحوكمة على الأداء

لقد طورت المجتمعات معاييرها الأخلاقية والمهنية عبر قنوات زمنية طويلة، وهي عديدة ومتنوعة، ولها الأهمية النسبية في تشكيل المعايير والمبادئ الأخلاقية والتأثير عليها، وتختلف من مجتمع لآخر، وزمن لآخر، هنا المؤشر الذي يساهم في تطور أو تأخر المعايير الأخلاقية منها التقاليد، الدين، الإعلام وغيرها وبناء على ذلك تمر في ثلاث مستويات وهي:-

1. **المستوى البدائي:** أي المصلحة الشخصية وتقييم السلوك وفق اعتبارات.
2. **المستوى القانوني:** يأخذ بالأعراف السائدة في مجتمع ضمن إطار مدونة أخلاقية.
3. **المستوى المبدئي:** هنا الاهتمام بالمعايير العالمية التي تتجاوز حدود الأعراف والقوانين المفروضة على الفرد (علام، 2009).

فوائد تعزيز السلوك الأخلاقي في المنظمة لتطوير المستوى المعنوي للعاملين:

1. سمعة المنظمة على صعيد البيئة المحلية والدولية والإقليمية.
2. يضع المنظمة في إطار المصلحة الذاتية المستتيرة.
3. تجاهل الجوانب الأخلاقية يضع المنظمة في مواجهة ودعاوى قضائية.
4. هناك تناسب طردي يبين المردود والالتزام الأخلاقي.
5. الحصول على تعزيزات عالمية بالتميز كالأيزو.
6. وجود مدونة تسام في تحسين السلوك الأخلاقي.
7. وضع مبادئ لمعرفة الأسس التي تقوم عليها كل من الأخلاق المعنوية للأفراد والقوانين (الغالبى، 2007).

30.1.2 مبادئ الحوكمة السريرية

تؤكد الحوكمة السريرية على أهمية إدارة السلامة والجودة الإكلينيكية بنفس الصرامة المطبقة على حوكمة الشركات، فالحوكمة السريرية مبنية على أربعة مبادئ رئيسية، هي:-

1. يتم إنشاء ثقافة الثقة والصدق من خلال الكشف المفتوح بالشراكة مع المستهلكين.
 2. بعد الالتزام، يتم تعزيز الالتزام التنظيمي بالتحسين المستمر.
 3. يتم تنفيذ أنظمة صارمة لتحديد ومراقبة والاستجابة للحوادث.
 4. يتم تقييم المؤشرات الرئيسية للأداء التنظيمي والسريري والاستجابة لها.
- هذه المبادئ الأساسية وتطبيقها في مكان العمل، ترشد وتدعم بيئة وثقافة يوجد فيها:-

1. الانفتاح على الفشل - إدراك أن الأمور تسوء.
2. التركيز على التعلم.
3. الالتزام بالعمل.

المساءلة

1. ثقافة عادلة- حيث توجد ثقافة خالية من اللوم خالية من التحيز.
2. تحديد الأولويات المناسبة للعمل.
3. العمل بروح الفريق الواحد (دليل الحوكمة السريرية، 2013).

31.1.2 أركان الحكم السريري الجيد

هناك أربعة أعمدة تقوم عليها الإدارة السريرية الجيدة، وهي:-

1. فعالية القوى العاملة.
2. الأداء السريري والتقييم.
3. إدارة المخاطر السريرية.
4. مشاركة المستهلك.

جدول رقم (2.2): يوضح أركان الحكم السريري الجيد.

مشاركة المستهلك	إدارة المخاطر السريرية	الأداء السريري والتقييم	فعالية القوى العاملة
1. رضا المستهلك.	1. نظام إدارة الحوادث.	1. الممارسة القائمة على الأدلة.	1. توظيف أفضل المتخصصين في الرعاية.
2. شكاوى المستهلكين.	2. رصد الأحداث السلبية.	2. مسارات الرعاية السريرية.	2. التطوير المهني المستمر.
3. حقوق المستهلك وسريته.	3. التحقيق السريري وتحليل السبب الجذري.	3. النتائج السريرية.	3. الكفاءة.
4. الموافقة.	4. التدقيق.	4. النماذج السريرية للرعاية.	4. تحديث المهارات.
5. الإفصاح المفتوح.	5. التحسين المستمر للجودة.	5. الرعاية الفعالة من حيث التكلفة.	5. الأخلاقيات.
6. معلومات المستهلك.	6. الاعتماد.		6. قواعد السلوك.
			7. الصحة والسلامة المهنية.

المصدر: (دليل الحوكمة السريرية، وزارة الصحة الأسترالية 2013).

أ. فعالية القوى العاملة:

يجب أن يتمتع جميع الموظفين بالمهارات والمعارف المناسبة اللازمة للوفاء بأدوارهم ومسؤولياتهم داخل المنظمة، والخدمات الصحية مسؤولة عن دعم الموظفين وضمان حصولهم على المهارات والمعرفة والتدريب اللازمين لأداء أدوارهم، وكذلك فهم مفهوم الإدارة السريرية، الدعم مطلوب لضمان وصول الموظفين إلى التدريب المستمر وأجهزة الكمبيوتر وتكنولوجيا المعلومات، والمبادئ التوجيهية المبنية على الأدلة، وبيئة عمل آمنة لتقديم الرعاية بكفاءة وفعالية.

يجب أن تكون سياسات التوظيف والاختيار والإرشادات والإجراءات قوية بما يكفي لضمان أن المؤهلات المهنية والخبرة تلبي الحد الأدنى من المتطلبات، يجب أن تكون إدارة الأداء ومراقبة نطاق الممارسة وتطبيق المعايير المهنية ذات الصلة موجودة أيضاً، يجب أن يكون لدى الخدمات الصحية استراتيجيات لإدارة تأثير المهنيين الصحيين المتعاقد معهم (مثل الموظفين الطبيين الزائرين والمهنيين الصحيين المتحالفين وموظفي التمريض بالوكالة)، فضلاً عن ضمان وجود فرق فعالة متعددة التخصصات ومتعددة التخصصات.

ب. الأداء السريري والتقييم:

يسعى الأداء السريري والتقييم إلى ضمان الفعالية السريرية من خلال تحقيق:-

1. الرعاية المناسبة- يتم توفير الرعاية للمريض.
2. المريض المناسب- يتم توفير الرعاية للمريض المناسب الذي يعاني من مشكلة وتشارك في رعايتهم.
3. الوقت المناسب- يتم توفير الرعاية في الوقت المناسب.
4. الطبيب المناسب- يتم توفير الرعاية من قبل الطبيب المناسب مع المهارات المناسبة.
5. الطريقة الصحيحة- يتم توفير الرعاية بالطريقة الصحيحة كما يحددها المريض.

لا يمكن تحسين الأداء السريري إلا من خلال التحسين المستمر لسلامة وفعالية وملائمة الرعاية السريرية، يمكن أن يحدث هذا من خلال المراقبة والتقييم المستمر للممارسات القائمة على الأدلة، واستخدام المبادئ التوجيهية والمسارات السريرية ونماذج الرعاية، وتقديم الخدمات الصحية الفعالة من حيث التكلفة، ويتضمن التقييم المستمر للأداء التنظيمي والسريري استخدام مقاييس الأداء والمؤشرات السريرية والتدقيق والإبلاغ عن هذه القياسات هو محوري لتوفير رعاية سريرية آمنة وعالية الجودة.

ت. إدارة المخاطر السريرية:

تحتاج الخدمات الصحية إلى نظام لإدارة المخاطر على مستوى المنظمة من أجل تحقيق التكامل الإداري بين البيئة التنظيمية والمالية وبيئة العمل والمصنع والمعدات والمخاطر السريرية، يجب أن تكون المخاطر سواء بشكل استباقي ورد الفعل المعترف بها، مطلوب استجابة النظم للحد من المخاطر السريرية وتحسين سلامة الرعاية، تتطلب بيئة الرعاية الصحية ممارسات وإجراءات تقلل من احتمال حدوث أخطاء، وإدارة الحوادث، ورصد الأحداث السلبية والتحقيقات السريرية والتحليل، والمراجعات السريرية، هي أنشطة أساسية في تعزيز الفعالية السريرية، وهي تدعم المراجعة المنهجية للهياكل والعمليات ونتائج الرعاية لضمان تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية، يتطلب هذا أيضًا إتباع نهج ثقافي عادلاً وعادلاً- وهذا يعني وجود نهج لا لوم فيه لضمان تحديد المخاطر، واتخاذ إجراءات لإصلاح الأخطاء على الفور.

ث. مشاركة المستهلك:

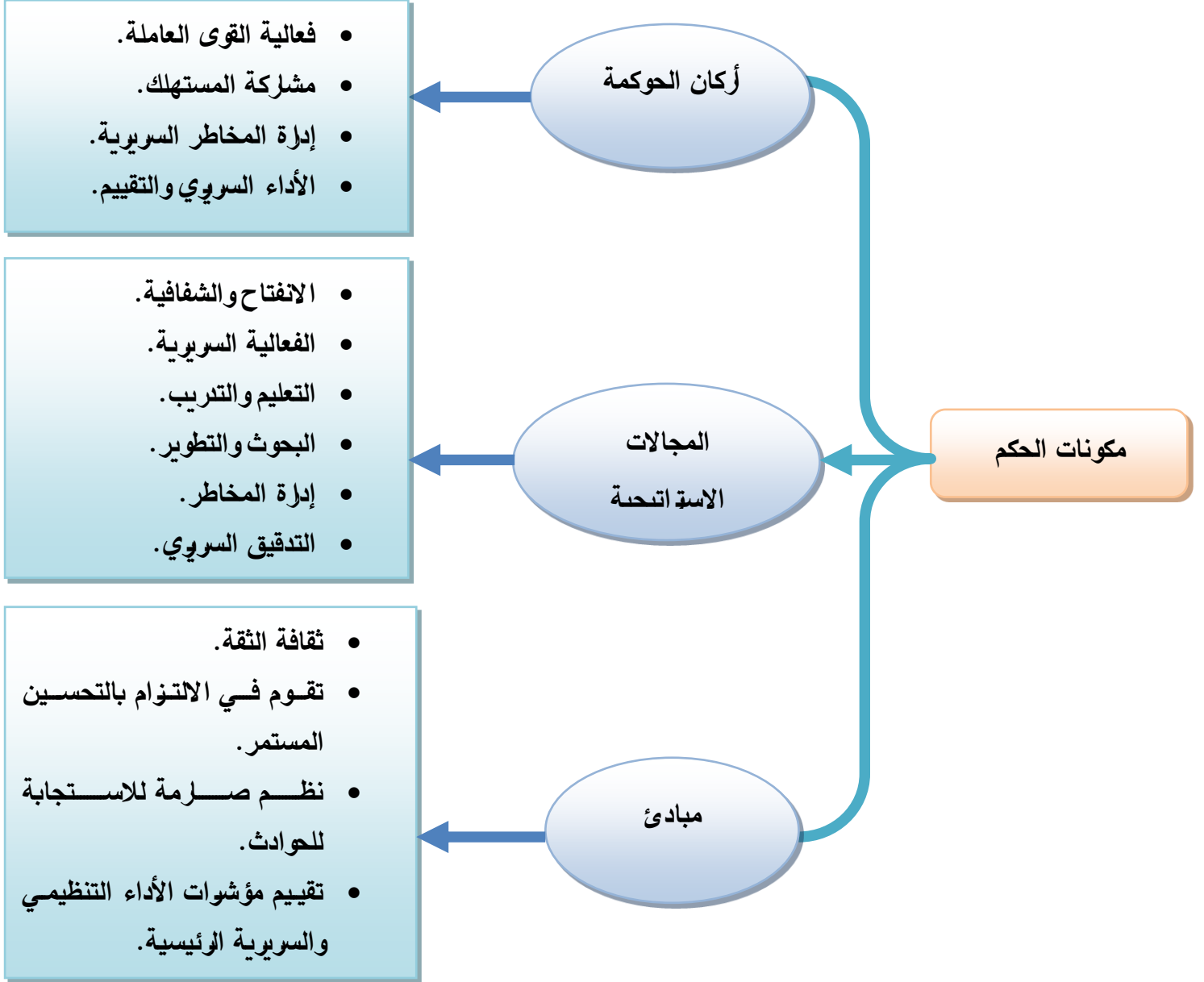
يتم تسليم الرعاية الصحية ضمن مشاركة المستهلك في الطرق التي يتم استيفاء المجتمع وتوقعات المستهلكين، ينبغي للخدمات الصحية أن تبحث بنشاط عن فرص لزيادة وعي وفهم آراء المستهلكين واحتياجاتهم وتلك الشواغل التي تهمهم أكثر، فإنه يجب تتبع هذا المنظور خلال رحلات المستهلكين داخل النظام الصحي، ويجب أن يستجيب لتوقعاتهم بطرق تعزز تجاربهم ونتائجهم الصحية.

تدور المشاركة أيضًا حول زيادة المعرفة الصحية للسكان وتوفير معلومات جيدة التنظيم تعمل على إشراك المستهلكين في عملية صنع القرار، مما يسهل المشاركة الفعالة في رعايتهم، يجب أن تحتوي الخدمات الصحية على استقصاء لرضا المستهلك وآلية شكاوى ومعلومات حول حقوق المستهلك والسرية المعمول بها، فتح الكشف يجب أيضًا أن تكون العمليات قائمة عندما لا تتماشى الرعاية وفقًا للخطة، لتوفير تفسير مفتوح وصادق للأسباب، ينبغي أن تسعى الخدمات الصحية إلى مشاركة المستهلك ومشاركته من خلال أنشطة مثل التشاور المجتمعي، وشراكة المستهلك في لجان الحوكمة والإدارة، التخطيط الاستراتيجي للخدمة، ووضع السياسات، والبحث، والمدخلات في برامج التدريب، وكذلك وضع مبادئ توجيهية، ومصادر المعلومات واستراتيجيات الاتصال (دليل الحوكمة السريرية، 2013).

32.1.2 مكونات الحكم السريري الجيد

يوضح الشكل التالي الترابط بين المبادئ والمجالات الإستراتيجية وأركان الحكم، هذه المكونات الثلاثة مترابطة ومتكاملة لدفع السلامة السريرية وجودة الرعاية المقدمة للمستهلكين ومجتمعاتهم.

الشكل رقم (9.2): مكونات الحكم السريري.



المصدر: (تم إعداد هذا النموذج من قبل الباحث بالاعتماد على ما ذكر في دليل الحوكمة السريرية من مكونات للحكم السريري، وزارة الصحة الأسترالية 2013).

33.1.2 أدوار ومسؤوليات الإدارة السريرية

جدول رقم (3.2): يوضح الأدوار والمسؤوليات داخل الهيكل التنظيمي.

الأدوار	المسؤوليات
هيئة الحكم مجلس الإدارة المحلي	<ul style="list-style-type: none"> - يروج لرسالة قوية من خلال المنظمة وعبر المجتمع بأن السلامة والجودة من القضايا ذات الأولوية. - يضمن أن الرئيس التنفيذي وكبار المديرين يفهمون بوضوح وأداء أدوارهم، وقبول المسؤولية عن الجودة والسلامة من خلال الهياكل والسياسات والعمليات المناسبة، والموارد. - يتلقى ويفسر المعلومات، وتفويض المسؤولية عن العمل، وضمان تحقيق النتائج. - يوضح للهيئات المراجعة الداخلية والخارجية أن يتقهم مجلس الإدارة ويؤدي دوره في الإدارة. - يشجع الشراكات مع مجتمعهم فيما يتعلق الإبلاغ، ومناقشة ومعالجة قضايا الجودة والسلامة التي تنشأ. - يحافظ على الامتثال للتشريعات واللوائح والمعايير وهيئات الاعتماد.
الإدارة الإستراتيجية للخدمات الصحية الرئيس التنفيذي	<ul style="list-style-type: none"> - يحدد أفضل نهج لتخطيط وتنفيذ وتقييم وتحسين الجودة والسلامة في جميع أنحاء الخدمة الصحية. - التأكد من أن الخطط التشغيلية / التجارية مرتبطة بالخطة الإستراتيجية. - يعرض تحليل ومناقشة بيانات الجودة والسلامة. - يضمن الدعم الكافي، والتعليم، والمعلومات، والفرص المقدمة للموظفين في تحسين النظم باستمرار. - أولويات وتركز على قضايا الجودة والسلامة الرئيسية للخدمة الصحية. - يراقب التقدم المحرز في الخطط التشغيلية للإدارة في اجتماعات المساءلة الشهرية. - يضمن توفير موارد كافية لتحقيق التميز في إدارة الجودة والسلامة في جميع أنحاء المنظمة.

<ul style="list-style-type: none"> - تشكيل خطط تشغيلية سنوية تبرز أنشطة التحسين المخططة. - ينسق ويقدم تقارير عن عمليات التدقيق، ومؤشرات الأداء ، وأنشطة الجودة داخل وحداتهم. يشجع التحسين المستمر. - يشجع الإبلاغ عن الحوادث/ قضايا السلامة، وذلك باستخدام أنظمة إدارة المخاطر. - يوفر رابط اتصال بين الموظفين التنفيذيين والعامّة بشأن قضايا الجودة والسلامة. - يضمن تنفيذ الخدمات في إطار السياسة التنظيمية والتشريعات واللوائح والمعايير. 	<p>مدراء الموظفين مديرو المركز الصحي، مدير التمريض/ القبالة، كبار الأطباء</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تطوير شراكات مع المرضى وعائلاتهم لضمان إدراجهم في تخطيط وإدارة الرعاية الخاصة بهم. - يحافظ على المهارات والكفاءات المناسبة ويكمل التدريب اللازم لتوفير رعاية وخدمات آمنة وعالية الجودة. - يشارك في أنشطة التحسين بالتشاور مع مدير الخدمة الصحية. - الإبلاغ عن المخاطر والأخطار داخل مكان العمل. - يحدد مجالات التحسين المطلوبة. - يدفع عمليات تحسين الجودة. 	<p>مقدمي الخدمات السريرية الأطباء والممرضات والقابلات والممرضات المقيدين وممارسي الرعاية الصحية لسكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس والعاملين الصحيين المهنيين الصحيين، عمال خدمات المستشفيات</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يراقب ويستجيب لمعلومات الجودة والسلامة على النحو المطلوب من قبل الخدمة الصحية، للمساعدة في تحسين الخدمات. - يقدم ملاحظات بناءة كمستهلكين وأعضاء المجتمع، لتوجيه التحسين. - يساعد في توفير وجهات نظر المجتمع فيما يتعلق بتطوير الخدمات، وإعداد التقارير العامة، التعليم ومراجعات الأنظمة. - يساعد على تطوير المعلومات للاستخدام من قبل المجتمع. 	<p>متلقي الرعاية الصحية والخدمات المستهلكين/ أعضاء المجتمع</p>

المصدر: (دليل الحوكمة السريرية، وزارة الصحة الأسترالية 2013).

34.1.2 إطار الحوكمة السريرية للخدمات الصحية

لكي يكون إطار الحوكمة السريرية فعالاً، يجب تنفيذه على كل من المستوى التنظيمي وعلى المستوى السريري لتقديم الخدمات والرعاية، هناك مكونات ومتطلبات عملية مختلفة في كل مستوى من هذه المستويات.

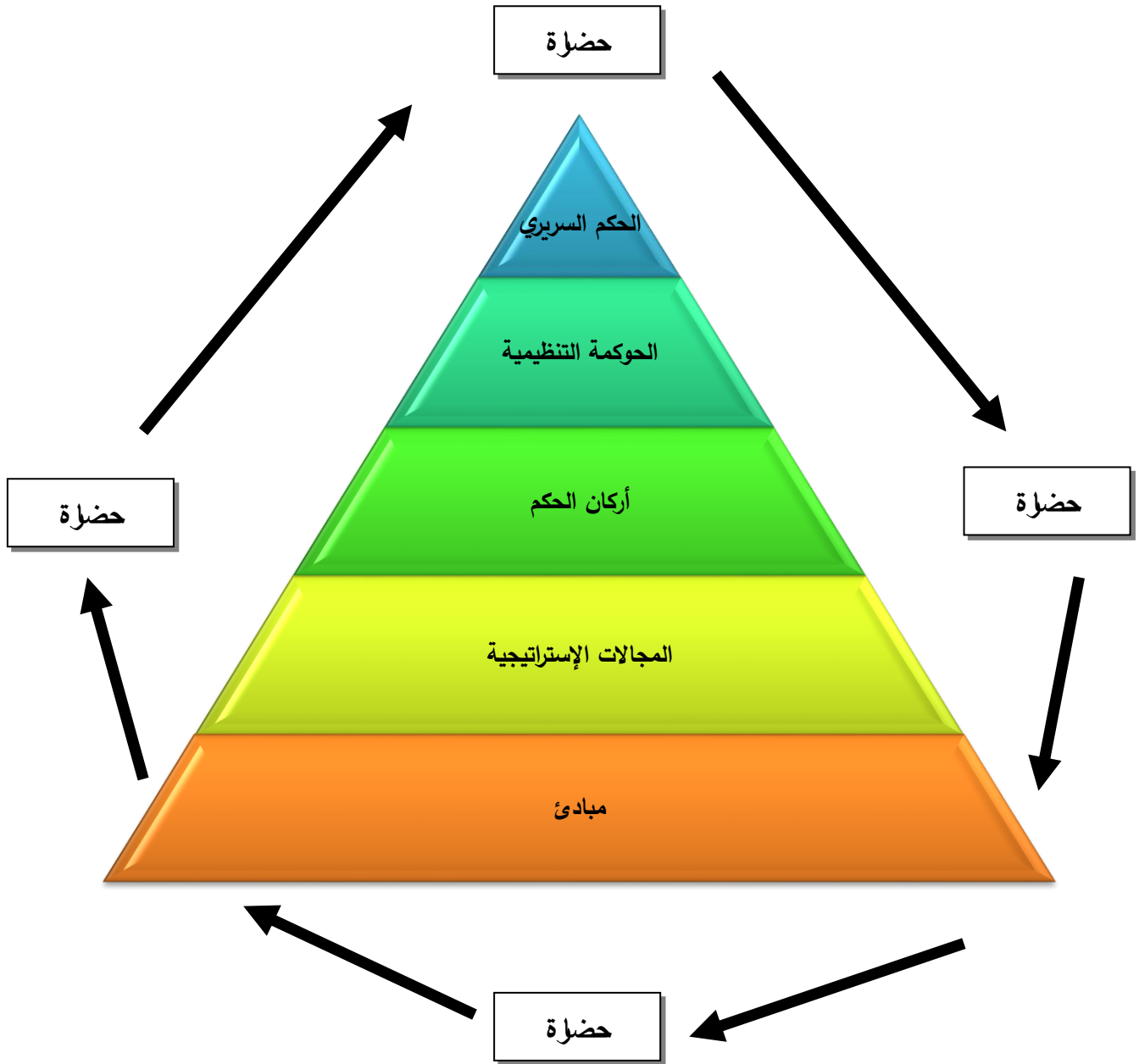
على المستوى التنظيمي، هناك خمسة عناصر عملية رئيسية للإطار، وهذه هي:-

1. إطار السياسة.
2. هيكل لجنة مبسط ومتشابه.
3. إطار الأداء الفعال (المؤشر) وعملية المراقبة.
4. إطار الإبلاغ.
5. ثقافة إيجابية وشاملة.

على المستوى السريري، هناك خمسة عناصر عملية رئيسية للإطار، وهذه هي:-

1. القيادة التنظيمية والإدارة القوية: لدى المديرين التنفيذيين والمديرين فهم للأنظمة وكيف يعمل الأفراد والفرق داخل النظام.
2. تحسين الجودة: المشاركة في الأنشطة التي تحدد وتقيم وتحل المشاكل المتعلقة بتقديم الرعاية.
3. تنمية القوى العاملة: المديرين التنفيذيين والمديرين والأطباء لديهم فهم واضح للأدوار والمسؤوليات ولديهم الخبرة المناسبة لتقديم الرعاية.
4. البيئة والسلامة الثقافية: يتم دمج السلامة البيئية والثقافية لتحسين نظام تقديم الرعاية.
5. المستهلكون والمجتمع: إشراك المستهلكين والمجتمع في العمل لتحسين نظام تقديم الرعاية.

شكل رقم (10.2): المكونات والعمليات الرئيسية لبيئة الجودة التنظيمية.



المصدر: (دليل الحوكمة السريية، وزارة الصحة الأسترالية 2013).

2.2 المبحث الثاني: نشأة وتطور القطاع الصحي في فلسطين

1.2.2 المقدمة

إن تعدد وظائف الدولة الحديثة وتشابك العلاقات الاجتماعية وسيادة الأفكار الديمقراطية كانت من الأسباب المباشرة في قيام وحدة الإجازة والترخيص للمستشفيات الخاصة، وهو أسلوب إداري ومظهر من مظاهر الحكم الديمقراطي ووحدة الإجازة والترخيص للمستشفيات في صورتها القائمة ظاهرة جديدة نشأت نتيجة للتوسع الكمي في وظائف الدولة الحديثة وفي واجباتها من جهة، وللتوسع الكيفي في حقوق المواطنين من جهة ثانية، ووحدة الإجازة والترخيص ملازمة لواقع أن الخدمات العامة والصحية هي حقوق للمواطنين يجب أداؤها بحيث تضمن تحقيق الغرض منها وهي أفضل خدمة طبية.

2.2.2 مفهوم الصحة

تعددت وتتوعدت التعريفات لمفهوم الصحة بحيث يعبر كل منها عن وجهة النظر التي يتبناها مقدم هذا التعريف، فإن عدداً من المنظمات الدولية والشخصيات والعلماء بادروا إلى تعريف مفهوم الصحة، فيما يلي أهم التعريفات التي وردت من بعض الباحثين والهيئات الدولية المهمة بهذا المجال.

- **العالم (بيركنز)** حيث عرف الصحة بأنها: "هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها".
- كما يمكن تعريف الصحة بأنها: "حالة من السواء للإنسان والاكتمال البنائي في الجوانب الجسمانية والنفسية والعقلية وحسن الأداء الوظيفي في صورة اتزان ديناميكي يحقق السلامة والنمو من الأمراض وأنواع العجز والإصابات وهذا يمكنه من التعامل الإيجابي في الحياة" (الطبولي، 2011).

- كما عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) مفهوم الصحة بأنها: هي حالة من اكتمال الصحة والسلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض أو العجز، والتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية، وما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهميته للجميع، فتؤدي للعيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة، فالصحة أمر أساسي لجميع الشعوب لبلوغ السلم

والأمن، والحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.

3.2.2 المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة

تعددت الأبحاث والدراسات التاريخية التي بينت أن فكرة تكوين مؤسسات صحية فكرة قديمة تطورت على مر العصور، وهذا يدل على أهمية الصحة بالنسبة للإنسان، وأن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مكون أساسي في بناء أي مجتمع، وأن الحضارات المتعاقبة أبدعت في تقديم هذه الخدمة بالطرق السليمة الصحيحة، وفق ما توصل إليه العلم في ذلك الوقت.

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى 1800 عام ق.م. وبالضبط إلى قانون حمو رابي ملك بابل؛ حيث يحتوي قانونه على أقدم تشريع عرفه الإنسان يتعلق بتكاليف الخدمات المقدمة ورسومها، كما تضمن قانون حمو رابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال، (حاروش، 2012)، وذكرت الجودة في المجال الصحي قبل ما يقارب 1200 عام ق.م. في المعابد الإغريقية، ويعد أبقرات أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد (جلدة، 2007).

واستخدم فرعون مصر قبل حوالي 600 عام ق.م. معابد لإيواء المرضى وعلاجهم، وسميت بمعابد الشفاء، وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية؛ حيث عدّ أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، (حاروش، 2012)، وأنشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسية أطلق عليها اسم "بمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى.

أما قبل 400 عام ق.م. وضع أرسطو قانوناً يؤكد لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى، أما فيما يخص عصر الإغريق فطلب أبقرات (أبو الطب) من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل الميلاد وحتى عصرنا الحاضر (حاروش، 2012).

أما الحضارة الهندية خلال الفترة من 273-232 ق.م. فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت باسم "سكيبستا"، قيل إنها كانت على درجة عالية من النظافة، (جلدة، 2007)، وقد خصص الرومان خلال الفترة من 350م-500م أماكن بالكنائس المسيحية لإيواء المرضى وعلاجهم، كما أنشأوا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود.

4.2.2 المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطوراً ملحوظاً، وكانت "خدمة رفيده" التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم -، أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ - 706م) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء.

أما في العصر العباسي، فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة، وتم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاث مجموعات: مؤسسات صحية ثابتة مثل: (مستشفيات السجون)، ومؤسسات صحية متنقلة مثل: (مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج) ومؤسسات العزل مثل: (دور المجانين)، ومن أبرز خصائص هذه المرحلة، عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين، واختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسة الصحية، ووجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية بصفة دورية، وإنشاء مؤسسات صحية عامة متخصصة، والاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة، والتركيز على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى (مخيمر والطعامنة، 2003).

5.2.2 المؤسسة الصحية في العصر الحديث

لا شك أن أول ما شغل بال الإنسان منذ القديم هو صحته وعافيته، وقد سعى من أجل ذلك للعلاج والوقاية حسب ظروفه وإمكانياته وعلمه، وعلى هذا يخطئ من يقول إن من الحرص على الرعاية الصحية وجودة خدماتها هي من إنتاج القرن الحالي (حاروش، 2012).

ويعد العصر الحديث عصر التميز في تقديم الخدمات الصحية وتنوعها والاهتمام بجودتها، مع التركيز على متلقي الخدمة الصحية والتعامل معه على أنه زبون وليس مريضاً، ويمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها فقد حملت الثورة الصناعية والتكنولوجيا الكثير من التغيرات التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وزاد عدد هذه المؤسسات وحجمها، وظهرت الحاجة

الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بكفاءة وفاعلية، وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي، لأن الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده وهو صانع الخدمة والمنتفع بها في الوقت نفسه (البكري، 2005).

إن أهم ما يميز المؤسسات الصحية في هذا العصر هو التركيز على العيادات الخارجية، وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى، واستخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع، مع الاهتمام بمعايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية (غنيم، 2006).

6.2.2 القطاع الصحي الفلسطيني

يعد القطاع الصحي الفلسطيني من القطاعات الخدمائية، وهو من أهم القطاعات التي تمس حياة المواطن بشكل مباشر، ولا زال القطاع الصحي يواجه العديد من التحديات التي لم تستطع الجهات المشرفة عليه من تجاوزها رغم الزيادة الملحوظة في عدد المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية والكفاءات الطبية، وإن أحد الأسباب الرئيسة لهذا العجز الذي يواجهه القطاع الصحي هو الاحتلال الإسرائيلي وما يقوم به من ممارسات من شأنها عرقلة العمل الصحي في فلسطين.

كما يتضمن القطاع الصحي الفلسطيني أربعة شركاء رئيسيين هم: (وزارة الصحة والخدمات الطبية العسكرية، وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص)، الذين يتشاركون في تقديم ودعم الخدمات الصحية المختلفة بمستوياتها الثلاث (الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الصحية الثانوية والرعاية الصحية الثالثة).

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة ووصولاً إلى العصر الحديث لذا تناولت الدراسة هذا التطور بشكل موجز من العصر القديم وحتى العصر الحديث، ولم تغفل عن تناول تاريخ الصحة والمؤسسات الصحية في فلسطين، ومن هذا المنطلق نجد أن هناك ثلاث مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية، تتمثل في: المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة، المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي والمؤسسة الصحية في العصر الحديث (غنيم، 2006).

7.2.2 تاريخ المؤسسات الصحية في فلسطين

يمكن تقسيم المؤسسات الصحية في فلسطين بدءاً من فترة الخلافة العثمانية وحتى قيام السلطة الوطنية الفلسطينية، ففي أثناء الخلافة العثمانية؛ نجد أن الطب والعلاج كانا يعتمدان على الطب التقليدي، مثل: الكي، الحجامة والأعشاب، ونتيجة لحالة الفقر والحروب انتشرت في هذه الفترة الأمراض الوبائية، وزاد معدل الوفيات خصوصاً عند الأطفال، وعلى الرغم من حالة الحروب حاولت الخلافة العثمانية تنظيم العمل الطبي في فلسطين، فقد صدر عام 1862م قرار سلطاني حرم ممارسة الطب على من لا يملك رخصة من مكتب طبي، أو نظارة الطب الجبلية في الآستانة أو من المكاتب الأجنبية، وكان هناك مخطط للصحة العامة وضع بموجب القانون العثماني الذي كان يفترض أن يخدم حاجات الدولة الأساسية لو طبق على أرض الواقع.

ثم بعد ذلك جاءت فترة الاستعمار البريطاني؛ أصبح الاحتلال المسؤول عن الخدمات الصحية في فلسطين، ولتحسين وجهه القبيح، قام بإصدار بعض الأوامر الإدارية من ضمنها الأوامر الإدارية الصحية، وبدأ الاحتلال بتأسيس الدوائر والمؤسسات الصحية، وقام بافتتاح المستشفيات ومكاتب الصحة، وأصدرت الإدارة العسكرية البريطانية العديد من القوانين الصحية.

وبعد نكبة عام 1948م؛ أصبحت الضفة الغربية تحت إدارة المملكة الأردنية الهاشمية في كل المجالات، ومن ضمنها المجال الصحي، وقطاع غزة تحت الإدارة المصرية؛ التي قامت بعمل العديد من برامج التطعيم المختلفة، وأصدرت بعض القوانين الصحية، مثل: قوانين اللياقة، السياقة ومزاولة المهنة، وأنشأت العديد من المستشفيات والمستوصفات (أبو حصيرة، 2016).

ثم جاء الاحتلال الصهيوني عام 1967م؛ الذي حافظ على النظام الصحي المصري، وقام بتوسيع المستوصفات الطبية الجديدة وبناءها، واستمر في برامج التطعيم المختلفة، وخلال فترة الاحتلال، توزع نظام تقديم الخدمات الصحية بين وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، والمؤسسات الأهلية المهمة بالقطاع الصحي، إضافة إلى القطاع الخاص؛ حيث تحاول هذه الجهات توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني؛ إلا أنه ونظراً لقلّة الموارد الاقتصادية، والزيادة في عدد السكان، بالإضافة إلى العديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني، لا يزال القطاع الصحي غير قادر على تجاوز العديد من المشكلات، وتلبية احتياجات المواطنين.

وبعد اتفاق أوسلو لعام 1994م وإنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية، تم إنشاء وزارة الصحة، من خلال السلطة الوطنية الفلسطينية، التي عدت وزارة الصحة هي المسؤولة عن قيادة العمل الصحي وتنظيمه من خلال الحوكمة الرشيدة، والإدارة السليمة للقطاع الصحي؛ حيث أنها وضعت المبادئ الإرشادية لتحقيق إستراتيجيتها الوطنية التطويرية، من خلال تطوير الخدمة الصحية المقدمة للمرضى؛ مما ساعد في جذب العديد من المتبرعين والجهات المانحة لدعم القطاع الصحي.

كما وتولت مهمة تطوير القطاع الصحي والمستشفيات وتبني الوزارة مفهوماً محدداً للصحة، وهو نظام صحي شامل متكامل يساهم في تحسين وتعزيز مستدام للوضع الصحي بما فيه المحددات الرئيسية للصحة في فلسطين وتعمل على خدمة المواطنين ولكل مستشفى سياسته الخاصة به.

ومن الناحية القانونية أصدرت وزارة الصحة قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة (2004) وحسب متطلبات الترخيص الفنية والقانونية لكل مؤسسة صحية، وذلك بعد أن يتم التقييد بالشروط والأنظمة والقوانين الموضوعة من قبل وزارة الصحة، حيث أنه يوجد شروط عامة للتخصيص ولكن لكل مؤسسة أو منشأة شروط تخصيص خاصة بها تتناسب مع التطور العلمي والطبي وكلّ حسب مجاله، وتعتبر من الوحدات المهمة والأساسية في وزارة الصحة فهي تقوم بنشاطها من خلال العمل على ترخيص المؤسسات والمنشآت الطبية الخاصة والأهلية على اعتبار أن الخدمات المقدمة من هذه المؤسسات تمس حياة المواطن.

كما أن الكادر الطبي الذي يعمل بهذه المؤسسات عليه الحصول على مزاولة مهنة صادرة من وزارة الصحة سارية المفعول لكي يسمح له العمل في المؤسسات الصحية الخاصة والأهلية، مع التنويه إلى أن التراخيص الصادرة للمؤسسات الصحية تجدد سنوياً وذلك ليتسنى لنا المراقبة وتطبيق الأحكام والشروط المستجدة والتي ترى وزارة الصحة بضرورة العمل بها (أبو حصيرة، 2016).

وتسعى وحدة الإجازة والتخصيص إلى اعتماد قانون موحد لإصدار التراخيص ومزاومات للمهن الصحية للوصول إلى مجتمع صحي معافى ضمن نظام صحي متكامل يعمل بعدالة وكفاءة وجودة عالية على مستوى الوطن، بالإضافة إلى عدالة الحصول على الخدمة الصحية ذات النوعية الجيدة لجميع المواطنين واستقطاب الكفاءات الطبية لسد النقص الحاصل في بعض التخصصات الطبية النوعية.

1.7.2.2 وزارة الصحة الفلسطينية:

إن وزارة الصحة هي المؤسسة الوطنية المسؤولة عن قيادة وتنظيم عمل القطاع الصحي وضمان الموارد اللازمة لاستدامته وتطويره استجابة إلى الاحتياجات المتغيرة والمتنامية لكافة السكان، ولقد حدد قانون الصحة العامة لعام 2004 مهام ومسؤوليات وزارة الصحة، بما في ذلك تقديم الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية وتنظيم العمل في القطاع الصحي بما يضمن تناعماً وتكاملاً عالياً بين مقدمي الخدمات الصحية والقطاعات المختلفة ووضع الأنظمة والقوانين والسياسات الصحية الوطنية، وضمان تعزيز التمويل الصحي واستثمار الموارد المتاحة بالشكل الأفضل.

تتولى وزارة الصحة قيادة عملية التخطيط الاستراتيجي في القطاع الصحي، حيث يقود وزير الصحة مجموعة التخطيط والموازنة في الوزارة والفريق الوطني للتخطيط، تضم مجموعة التخطيط والموازنة في عضويتها سبعة ممثلين عن صناعات القرار ورؤساء البرامج في الوزارة، وتتاط بهم مسؤولية الإشراف على عملية التخطيط وتنفيذ المهام الواردة في منهجية العمل واتخاذ القرار بشأن سياسة البرنامج (الغاية والأهداف والمعايير)، وتحديد مخرجات البرنامج المخطط لها، وتوزيع أسقف الموازنة على البرامج والمخرجات.

ولتعزيز مبدأ المشاركة الفاعلة، تم تشكيل الفريق الوطني للتخطيط وإعداد الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022، ويضم الفريق ممثلين عن المؤسسات والهيئات الحكومية والمنظمات الأهلية ومؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص، ويتولى الفريق الوطني مسؤولية مراجعة وإقرار منهجية وخطة عمل التخطيط الإستراتيجي، وتقديم الدعم والمساندة في مراحل تحليل الوضع وتحديد الأولويات ومتابعة التنفيذ، بالإضافة إلى مراجعة وإقرار الإستراتيجية بصورتها النهائية (وزارة الصحة، 2017).

يشكل القطاع الحكومي الجزء الأكبر من نظام تقديم الخدمات الصحية في فلسطين بمستوياتها المختلفة خاصة الرعاية الصحية الأولية والثانوية، من خلال شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية والمستشفيات الحكومية في مختلف محافظات الوطن، أما فيما يخص خدمات الرعاية الصحية الثالثية (الخدمات الطبية التخصصية)، فإن لوزارة الصحة أيضاً الدور الرئيسي بهذا الخصوص وذلك من خلال الخدمات التخصصية التي تقدمها في مستشفياتها من جهة ومن خلال

شراء الخدمات الصحية غير المتوفرة في المستشفيات من المستشفيات والمراكز الطبية التخصصية الوطنية الأخرى (المستشفيات الأهلية ولاسيما مستشفيات شرقي القدس ومستشفيات القطاع الخاص) من جهة أخرى.

تقدم الخدمات الطبية العسكرية الفلسطينية خدماتها الصحية إلى منتسبي المؤسسة الأمنية وعائلاتهم من خلال عياداتها الصحية ومستشفياتها المنتشرة في كافة المحافظات، وكذلك تقديم الدعم الطبي في حالات الكوارث من خلال وحدة الإسعاف والطوارئ.

2.7.2.2 القطاع الصحي غير الحكومي:

يشمل المنظمات غير الحكومية والمراكز الصحية الأهلية والخاصة، حيث تتشارك هذه المؤسسات مع القطاع الصحي الحكومي في تقديم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة، ويلعب القطاع غير الحكومي دوراً كبيراً في التطور الاقتصادي والتشغيل في فلسطين في مجال الخدمات الصحية.

تلعب المستشفيات الخاصة والأهلية بما فيها مستشفيات شرقي القدس دوراً رئيساً في توفير الخدمات الصحية خاصة الخدمات الصحية الثالثة التخصصية، تملك وتدير المنظمات غير الحكومية 35 مستشفى بسعة 2.052 سريراً، أي ما نسبته 34.2% من مجموع أسرة المستشفيات في فلسطين، بينما يدير القطاع الخاص 15 مستشفى بسعة سريره مقدارها 472 سريراً بما يعادل حوالي 8% من مجموع الأسرة في المستشفيات الفلسطينية، فيما بلغ عدد المراكز الصحية الأولية التي تديرها المنظمات غير الحكومية 206 مركزاً (27% من مجموع المراكز في فلسطين)، وتعتبر جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني المقدم الأول لخدمات الإسعاف والطوارئ خارج المستشفيات في فلسطين (وزارة الصحة، 2017).

3.7.2.2 وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا):

تقدم وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) خدماتها الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة للفلسطينيين اللاجئين (42.8% من السكان في دولة فلسطين هم لاجئون، أي نحو 2.03 مليون لاجئ، منهم حوالي 787 ألف لاجئ في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية) وحوالي 1.25 مليون لاجئ في المحافظات الجنوبية (قطاع غزة))، وذلك من خلال 26 مركزاً للرعاية الصحية الأولية بالإضافة إلى مستشفى واحداً يضم 63 سريراً في مدينة قلقيلية في الضفة الغربية.

4.7.2.2 المنظمات الصحية الدولية والدول المانحة:

تلعب المنظمات والمؤسسات الدولية بما فيها منظمات الأمم المتحدة والدول والهيئات المانحة دوراً هاماً في دعم استمرارية وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني، من خلال تقديم الدعم المالي واللوجستي والفني اللازم لضمان الاستمرارية والتطوير، مع الالتزام بمعايير فعالية المعونات للقطاع الصحي الفلسطيني حسب وثيقة باريس الاقتصادية، ومن جهة أخرى يلعب المجتمع الدولي دوراً هاماً في زيادة الوعي حول خصوصية الوضع الفلسطيني وأهمية الدعم الدولي للقطاع الصحي الفلسطيني من أجل ضمان تحقيق الصحة للجميع، خاصة فيما يتعلق بالفئات المهمشة والمناطق المحاصرة والأسرى في سجون الاحتلال الإسرائيلي وسكان قطاع غزة.

5.7.2.2 المعهد الوطني للصحة العامة:

يلعب المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة دوراً رئيسياً في تطوير البحث الصحي وتحليل المعلومات والبيانات الصحية والمشاركة في تطوير برامج الرصد الصحي المختلفة، فهو بذلك يقدم الأدلة والبراهين العلمية الضرورية في مأسسة التخطيط الإستراتيجي ورسم السياسات الوطنية من قبل صناع القرار (وزارة الصحة، 2017).

8.2.2 رعاية صحية شاملة ذات جودة ومتاحة للجميع

شهد القطاع الصحي في دولة فلسطين تحسناً ملموساً منذ العام 2000، فقد ارتفع عدد المستشفيات العاملة في فلسطين من 65 إلى 80 مستشفى، وزاد عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية من 595 إلى 767 مركزاً، وخلال هذه الفترة ازداد عدد أفراد طاقم التمريض بما يقارب ثلاثة أضعاف، كما ارتفع عدد الأطباء بما نسبته 56%، وتراجعت معدلات وفيات المواليد من 27.8 إلى 18.2 وفاة لكل 1000 ولادة حية، وتلقى 90% من مجموع أطفال فلسطين في العام 2014 (ممن تتراوح أعمارهم من 12 إلى 23 شهراً) المجموعة الكاملة من التطعيمات الموصى بها، مقابل 66% من الأطفال الذين كانوا يتلقون هذه التطعيمات في المناطق الحضرية و46% في المناطق الريفية في العام 2000، ومما لا شك فيه أن الحاجة تستدعي إضفاء المزيد من التحسينات على الرغم من المعطيات الإيجابية التي سجلتها دولة فلسطين في هذا المضمار.

كما هو الحال في التعليم، تشكل الرعاية الصحية مشروعاً مشتركاً يجمع ما بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا)، وينبغي زيادة نطاق التركيز في سياق التطلع نحو المستقبل على نوعية وإدارة خدمات الرعاية الصحية وتأمين الحصول عليها وتحديثها والقدرة على تحمل تكاليفها، هذا إلى جانب مراجعة نظام التأمين الصحي العام، والنهوض بخدمات الرعاية الصحية الوقائية وإدارة الأمراض المزمنة وصحة الأسرة والصحة العقلية، ويستعرض الجدول التالي السياسات الوطنية والتدخلات السياساتية الخاصة بأولوية الرعاية الصحية ذات الجودة للجميع وإسنادها، والتي تتناولها بالتفصيل الاستراتيجيات القطاعية ذات الصلة.

جدول رقم (4.2): السياسات الوطنية والتدخلات السياساتية في ضوء الأولوية الوطنية التاسعة.

التدخلات السياساتية	السياسة الوطنية
<ul style="list-style-type: none"> ● إصلاح نظام التأمين الصحي العام. ● تعزيز الاستدامة المالية لنظام الرعاية الصحية. ● الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية وجودتها (البنية التحتية، الأجهزة الطبية، الأدوية، توظيف تكنولوجيا المعلومات، التدريب والتأهيل للكوادر الصحية والمعايير الصحية). ● زيادة المساواة في الوصول والحصول على خدمات الرعاية الصحية. 	توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة للجميع
<ul style="list-style-type: none"> ● تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتعزيز الوعي والسلوك الصحي للمواطنين. ● تبني نهج صحة العائلة. ● تعزيز برامج إدارة الأمراض المزمنة وتطبيق السياسة الوطنية بهذا الخصوص. 	الارتقاء بصحة المواطن ورفاهيته

المصدر: (أجندة السياسات الوطنية 2017 - 2022، 2016).

9.2.2 الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017 - 2022

تأتي الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022 انسجاماً مع أجندة السياسات الوطنية، واستجابةً لأهداف التنمية المستدامة 2030، رؤية وزارة الصحة تتمثل في: "نظام صحي شامل متكامل يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز مستدام للوضع الصحي". ومن مبادئها العامة: العدالة والمساواة، الاستدامة، الحق في الصحة، التكامل والشراكة، الحماية المالية، الجودة، الخصوصية الفلسطينية.

1.9.2.2 الأهداف الإستراتيجية:

ترتكز إستراتيجية القطاع الصحي 2017 - 2022 على الأهداف الإستراتيجية التالية:-

- أ. ضمان توفير خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين.
- ب. تعزيز برامج إدارة الأمراض غير السارية والرعاية الصحية والوقائية والوعي الصحي المجتمعي وقضايا النوع الاجتماعي.
- ت. مأسسة نظم الجودة في كافة نواحي تقديم الخدمات الصحية.
- ث. تعزيز وتطوير نظام إدارة الموارد البشرية الصحية.
- ج. تعزيز الحوكمة الصحية بما في ذلك الإدارة الفاعلة للقطاع الصحي وتعزيز القوانين والتشريعات والتنسيق عبر القطاعات والتكامل ما بين مقدمة الخدمات.
- ح. تعزيز التمويل الصحي وتعزيز الحماية المالية للمواطن الفلسطيني في مواجهة التكاليف الصحية (وزارة الصحة، 2017).

ومن خلال مراجعة الارتباط والتقاطع ما بين الإستراتيجية الصحية الوطنية وأجندة السياسات الوطنية، فإنها تتقاطع في أولوية محددة وهي رعاية صحية شاملة ذات جودة ومتاحة للجميع، دون انعكاس الأولويات الوطنية الخاصة بتعزيز الشفافية والمساءلة، ومن خلال مراجعة أهداف وسياسات وتدخلات الإستراتيجية الصحية، يلاحظ انه تضمنت سياسات وتدخلات ومخرجات مثل:-

- أ. المرحلة الثالثة من برنامج الحكومة الرشيدة للأدوية مطبقة.
- ب. نظام الشكاوى موحد ومفعل في كافة المؤسسات الصحية.

ت. حوسبة نظام المعلومات الصحية.

ث. أنظمة التسجيل الدوائي لكافة المستحضرات الصيدلانية والأدوية البيولوجية والأمثال والبدائل الحيوية معتمد ومطبق.

ج. مراجعة سياسات الإنفاق الصحي بما في ذلك آليات الشراء وأنظمة الدفع، ترشيد شراء الخدمات الصحية ونظام التحويلات وسلة الخدمات الرئيسية وقائمة الأدوية الأساسية (أمان، 2018).

2.9.2.2 المبادئ العامة:

- أ. العدالة والمساواة: حصول كافة المواطنين على الخدمات الصحية دون أية عوائق أو تمييز.
- ب. الاستدامة: ضمان استدامة النظام الصحي الفلسطيني بكافة مكوناته (الخدمات الصحية، الموارد البشرية، المعلومات الصحية، الأدوية والتكنولوجيا الصحية، التمويل الصحي، القيادة والحوكمة).
- ت. الحق في الصحة: الحق في التمتع بمستوى صحي ملائم ومجتمع صحي لكافة المواطنين مع التركيز على الفئات الأكثر احتياجاً.
- ث. التكامل والشراكة: الشراكة بين كافة مقدمي الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى للوصول إلى خدمات صحية متكاملة.
- ج. الحماية المالية: الالتزام الوطني بالعمل نحو التغطية الصحية الشاملة.
- ح. الجودة: خدمات صحية آمنة ذات جودة عالية ضمن معايير معتمدة تضمن التطوير المستمر.
- خ. الخصوصية الفلسطينية: مراعاة خصوصية الوضع الفلسطيني من معوقات الاحتلال الإسرائيلي والعمل على تلبية الاحتياجات المتنامية للمجتمع والاهتمام بالشرائح المهمشة والمناطق الأكثر احتياجاً بسبب معوقات الاحتلال، وتعزيز الحوكمة الصحية ووضع السياسات الوطنية والأنظمة والقوانين الصحية (وزارة الصحة، 2017).

وتسعى وزارة الصحة إلى تعزيز دورها الرقابي والتنظيمي في القطاع الصحي من خلال مؤسسة عملية التخطيط الصحي الإستراتيجي ووضع وضمان تطبيق السياسات والخطط الصحية الوطنية المستندة إلى الدلائل العلمية، وتطوير الإدارة المالية والاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، وتعزيز التنسيق مع مختلف الشركاء، ومن أهم الإنجازات بهذا الخصوص ما يلي:-

1. إنجاز الإستراتيجيات والسياسات الوطنية حول صحة المرأة وتعزيز قدرات مقدمي الخدمات الصحية للتعامل مع النساء المعنفات والصحة النفسية، والسياسات الدوائية الوطنية وإستراتيجية السلامة الغذائية، بالإضافة إلى إعداد خطط الطوارئ في المستشفيات الحكومية، والعمل على إعداد الخطة الوطنية لقطاع المستشفيات وبالتنسيق مع كافة الشركاء وتفعيل عملية المتابعة والتقييم للخطط والإستراتيجيات الصحية الوطنية والحكومية.

2. إعداد واعتماد بعض القوانين واللوائح التنفيذية الصحية، بما في ذلك قانون المخدرات الفلسطيني وتعليمات التسعير الدوائي وقانون حول الدراسات الدوائية واعتماد النظام الوطني لتسويق بدائل حليب الأم والتعليمات الإلزامية الخاصة بإضافة المعادن والفيتامينات إلى الغذاء والتعليمات الفنية الإلزامية الخاصة بالأغذية الخاصة، وإعداد اللوائح التنفيذية لقانون منع التدخين وقانون معهد الصحة العامة، واعتماد تعليمات الإعلام الدوائي وكتيب أدوية الطوارئ وتحديث بروتوكولات الولادة وتنظيم الأسرة، وتعديل بروتوكول الخدمات الصحية الصديقة للشباب والبروتوكولات الوطنية لتغذية الأم والطفل.

3. تخفيض أسعار أكثر من 1500 صنفاً من الأدوية في السوق الفلسطينية، حيث وصلت نسبة التخفيض في بعض الأصناف إلى أكثر من 40%، وتطبيق نظام طلبات التسعير الإلكتروني ونماذج الوصفة الطبية الموحدة الخاصة بالأدوية المراقبة في القطاع الخاص وذلك بالشراكة مع نقابة الأطباء.

4. إطلاق برنامج الحوكمة الرشيدة للأدوية في فلسطين (إنجاز المرحلتين الأولى والثانية).

5. إنشاء المرصد الوطني للموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي ليكون الأساس لتطوير ووضع سياسات وطنية حول تنمية الموارد البشرية الصحية في فلسطين (الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022).

10.2.2 الرعاية الثانوية (المستشفيات)

المستشفى منظمة صحية بالغة التعقيد، فهي تتضمن جزءاً فنياً يضم الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية، كما يضم قوى عاملة عالية المهارة والثقافة وقوى عاملة فنية متوسطة وأخرى إدارية، إلى جانب قوى عاملة بلا مهارة مثل المستخدمين في قطاع النظافة والاتصالات والمراسلات، وهؤلاء جميعاً يؤدون أدوار مختلفة ولكنها متداخلة تهدف في النهاية إلى تحقيق أهداف المستشفى المتمثلة في

تقديم خدمات العلاج والوقاية والوصول إلى الغايات التي أنشأت لها والمتمثلة في توفير الخدمات الصحية بشكل ملائم لاحتياجات السكان الصحية (خلوصي، 1999).

كما تتميز المستشفيات عن غيرها من المؤسسات الأخرى بكونها أكثر تعقيداً، وذلك على صعيد التكنولوجيا المستخدمة فيها، وكذلك من حيث تنوع التركيبة البشرية العاملة بها، هذا مع وجود العديد من العقبات التنظيمية والفنية والمادية التي قد تعرقل سير عملها، وتقديمها لخدمات صحية ذات جودة عالية في محيط يتغير باستمرار.

وتجد المستشفيات نفسها في الغالب ممزقة بين تبني منطق أو نهج مؤسسة الخدمة العامة أو المؤسسة الاجتماعية، بما يقتضيه من ضرورة تقديم خدمات طبية وصحية راقية إلى المجتمع بأسعار معقولة، وبين تبني منطق اقتصاد السوق وما يفرضه من منافسة وضغوط اقتصادية تخضع أيضاً إلى رقابة الدولة، في ما يتعلق بضبط أسعار الخدمات المقدمة، وتمويل القطاع الصحي وتقديم الإعانات المالية المختلفة.

في هذا السياق، يتضح لنا أن هناك شرطين أساسيين من شروط الأداء الجيد للمستشفيات في ظل هذه الظروف، وهما يرتبطان بـ:

1. مدى فعالية الإدارة داخل المستشفى، والتي يجب أن ترقى أكثر فأكثر إلى المهنية.
2. نوعية مجلس إدارة المستشفى، والذي يجب أن يقوم بدوره كما يجب (الحاج وتبر، 2012).

ولا بد لهذه المستشفيات أن تحتوي على طاقم طبي متخصص ومواد علاجية معدة وفق معايير أساسية نظراً لطبيعة المهمة التي تؤديها ونوعية المستعملين ونوعية الأثاث سواء الثابت أو المتحرك (خلوصي، 1999).

تعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في فلسطين، حيث تملك وتدير 3.462 سريراً موزعة على 27 مستشفى في جميع محافظات الوطن، وذلك من أصل 82 مستشفى تعمل في فلسطين بسعة سريره بلغت 6.440 سريراً، منها 52 مستشفى في محافظات الضفة الغربية بما في ذلك شرقي القدس بسعة سريره قدرها 3.897 أسرة، وبنسبة 60.5% من مجموع الأسرة في فلسطين، وباقي الأسرة في محافظات قطاع غزة، بالإضافة إلى وزارة الصحة فإن المؤسسات الأهلية تملك 35 مستشفى بسعة 2.141 سريراً، ويملك القطاع الخاص 17 مستشفى بسعة 631 سريراً.

أما وكالة غوث وتشغيل اللاجئين فتملك مستشفياً واحداً في محافظة قلقيلية بسعة تبلغ 63 سريراً، وتملك الخدمات الطبية العسكرية مستشفين في قطاع غزة بسعة سريره قدرها 143 سريراً، وتغطي أسرة مستشفيات وزارة الصحة معظم التخصصات تقريباً حيث توجد فيها خدمات الجراحة العامة وتخصصاتها الفرعية والأمراض الباطنية وطب الأطفال والأمراض النفسية وغيرها من التخصصات، أما خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي فهي تقدم من قبل المؤسسات الأهلية غير الحكومية.

وتقدم مستشفيات وزارة الصحة خدماتها للمرضى غير المنومين من خلال العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ ووحدات غسيل الكلى، حيث يوجد 11 وحدة غسيل كلى في مستشفيات وزارة الصحة في الضفة الغربية، بالإضافة إلى وحدة واحدة تابعة لمستشفى النجاح الوطني الجامعي في نابلس، و5 وحدات في قطاع غزة، بإجمالي عدد ماكينات 365 ماكينات وفي العام 2018 بلغ مجموع الغسلات في هذه الوحدات 277.102 غسلة في فلسطين.

ومن الخدمات الهامة التي تقدم فيها مستشفيات وزارة الصحة الخدمات الطبية التشخيصية الشعاعية والمخبرية، حيث بلغ مجموع صور الأشعة لهذا العام في مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين 1.418.216 صورة (وزارة الصحة، 2019).

11.2.2 مفهوم المستشفى

اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة، وأطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" وهي من أصل فارسي يتكون من كلمتين "بیمار" وتعني مريض و"ستان" وتعني دار، وقد خطى العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة (مخيمر والطعامنة، 2003).

• عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفيات بأنها: "جزء لا يتجزأ من نظام اجتماعي وصحي من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع من الناحيتين الوقائية والعلاجية، ويشمل عيادات خارجية تستطيع إيصال خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي كما أنه أيضاً مركز لتدريب الكوادر الصحية وإجراء البحوث الطبية والاجتماعية" (الشاذلي وآخرون، 1999).

• كما عرفته الجمعية الأمريكية للمستشفيات (American Hospital Association): "المستشفى هو مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على

أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين" (السنوسي، 2009).

- تم تعريف المستشفى بأنه: "مؤسسة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية وأيضاً الوظائف المهنية والتأهيلية بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي" (جاد الرب، 1989).
- هذا وعرفت وزارة الصحة الفلسطينية المستشفى بأنه: "كل مكان معد لاستقبال المرضى (متلقي الخدمة) وإقامتهم فيه لمدة تزيد على يوم واحد؛ لغايات التشخيص والمعالجة أو التوليد أو التأهيل أو التمريض" (وزارة الصحة، 2014).

من وجهة نظر الباحث إن تعريف منظمة الصحة العالمية هو التعريف الأشمل حيث أنه لم يقتصر على تعريف المستشفى من حيث مهامها بل أيضاً رسالتها ودورها المجتمعي، وأيضاً هو عبارة عن تنظيم كلي متكامل تتفرع منه عدة أنظمة فرعية هدفها تقديم الرعاية الصحية على أكمل وجه.

12.2.2 خصائص ومميزات المستشفيات

تعتبر المؤسسات الخدمية ذات طبيعة فريدة وتميزة لأن لها خصائص تنظيمية تميزها عن باقي المؤسسات وبالنظر إلى المستشفيات نجد أنها تتميز بالعديد من الخصائص التي تنعكس على تنظيمها وذات أثر مباشر على مستوى فعاليتها التنظيمية، من بين هذه الخصائص ما يلي:-

- أ. تتعدد وتتعدّد الوظائف التي يقوم بها المستشفى وفي ذلك يرى أحد الكتاب أن المستشفيات تعتبر أكثر المؤسسات الصحية تعقيداً حيث أنه من أهم أهدافها تقوية الجسم البشري ودراسته حين يصبح مريضاً.
- ب. تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى فهناك الطبيب والإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد ولكل منهم اهتماماته الخاصة به ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين ولذلك نرى أن المتخصص داخل المستشفى.
- ت. أدى تعدد الفئات وتعدد الوظائف داخل المستشفى إلى ازدواج خطوط السلطة فمنها الخاص بالجهاز الإداري البيروقراطي ومنها الخاص بالجهاز الطبي.

ث. صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى نظراً لصعوبة التنبؤ لحالات المرض المتوقعة ولذلك على المستشفى أن يكون جاهز بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة.

ج. صعوبة تقسيم نشاط المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية (خرخاش، 2015).

13.2.2 وظائف المستشفيات

أ. يرى كل من (الطويل وآخرون، 2010)، (سعيد، 2010)، (مخيمر والطعامنة، 2003) و(مهنا، 2014)، أن الوظائف الأساسية للمستشفى والتي تتوافق مع منشورات منظمة الصحة العالمية هي:-

1. الوظيفة العلاجية؛ وتشمل: التشخيص، معالجة المرضى، إعادة التأهيل والعناية أثناء الطوارئ.
2. الوظيفة الوقائية؛ ومن مهامها: الإشراف على الأمومة والطفولة، السيطرة على الأمراض المعدية، الوقاية من الأمراض المزمنة، الثقافة الصحية والصحة المهنية.
3. الوظائف التعليمية والتدريبية.

4. الوظائف البحثية؛ وتشمل: الأبحاث الطبية (السريرية والتاريخية) والأبحاث الإدارية.

ب. أما من وجهة نظر (حمدان، 2008)، فإن وظائف المستشفى أصبحت في عصرنا تتجاوز محدودية الخدمات العلاجية وتمتد إلى تقديم الخدمات الوقائية والتعليمية والبحثية، ولذلك فإن وظائف المستشفى الحديث تشمل التالي:-

أ. تقديم الخدمات العلاجية: ويأتي تقديم الخدمات الطبية العلاجية في مقدمة أهداف المستشفى حيث يقدم المستشفى خدماته للمرضى من خلال كوادر بشرية متخصصة من أطباء وفنيين وممرضين وإداريين.

ب. التعليم والتدريب: لقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بسرعة التطور إلى وجود حاجة ماسة لمهارات وقدرات جديدة في الكوادر البشرية العاملة في المستشفيات، لذلك تعتبر المستشفيات مراكز تعليمية تتوافر فيها الإمكانيات التدريبية والتعليمية اللازمة لإكساب الجيل الجديد من الطواقم الطبية بالمعلومات والمهارات الميدانية لإكسابهم القدرة على استلام مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة، ويتم تدريب طلبة كليات الطب ومعاهد التمريض في المستشفيات لإكسابهم الخبرات والمهارات الميدانية، ويكون ذلك أثناء فترة دراستهم، وكذلك يمضي طلبة الطب سنة

كاملة من التدريب في المستشفيات بعد التخرج من الجامعة وقبل تسلمهم أعمالهم في المستشفيات فيما يعرف بسنة الامتياز، والتي تعتبر متطلباً أكاديمياً أخيراً لكي يحصل الطالب على صفة الطبيب، وهناك نوع من التعليم يسمى التعليم الطبي المستمر والذي تعرفه منظمة الصحة العالمية هو "التعليم أو التدريب الذي يتلقاه الطبيب بعد انتهاء دراسته الطبية الأساسية أو التخصصية" ويعتبر التعليم الطبي المستمر عبارة عن صيانة العقل البشري يتم من خلال المستشفيات.

ت. إجراء البحوث الصحية: تعتبر المستشفيات مكاناً خصباً لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية، ويساعد وجود نظام السجلات الطبية المنتظمة في المستشفيات تعزيز البحوث الطبية وإغنائها بالحالات الدراسية بكل سهولة ويسر، وكذلك يساعد وجود نظام إحصائي متكامل في دعم جهود البحث العلمي وتوفير الوقت والجهد على الباحث.

14.2.2 تصنيف المستشفيات في فلسطين

لعب الاحتلال الإسرائيلي دوراً بارزاً في عملية التخطيط الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة فترة قبل قيام السلطة الوطنية الفلسطينية، وبقي تأثير الاحتلال واضحاً على هذا الصعيد بحكم تحكمه بالحدود والمعابر، وبحكم غياب سيادة وطنية فلسطينية، وتزداد عملية التخطيط الصحي الوطني الفلسطيني صعوبة بسبب الوضع الاقتصادي والسياسي الهش، ومن هنا تصعب عملية تقدير الموارد المالية وغير المالية المتوفرة على المدى المتوسط والبعيد والتنبؤ بالاحتياجات الصحية عبر الضفة الغربية وقطاع غزة وتوزيع الموارد الشحيحة على الاحتياجات الملحة والمتزاخمة، لذلك فقد عمل المهنيون الصحيون الفلسطينيون في ظل ظروف صعبة وغير مستقرة للخروج بإطار مناسب للتخطيط الطبي في مجال تطوير قطاع الصحة والتخطيط الصحي للمنظمات الأهلية الفلسطينية تصميماً على تطوير مبادئ مرشدة للتخطيط الصحي.

إن الصحة العامة كحق أساسي، هي عملية شمولية ترتبط بصورة عضوية بعملية النهوض السياسي الاجتماعي الاقتصادي والتنمية المجتمعية في إطار ترابط الحلقات والأهداف والعلاقات الداخلية، وفي إطار نظام سياسي ديمقراطي محكوم بسيادة القانون والعدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص، ذلك هو المناخ الذي يوفر شروط تحقق تطبيقات الصحة العامة كعملية شمولية مترابطة الحلقات، بما يحقق القدر الكافي من الخدمات الصحية للمواطنين عموماً، وللشرائح الفقيرة خصوصاً.

وفي العام 2018 بلغ عدد المستشفيات العاملة في فلسطين 82 مستشفى، يعمل 52 منها في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية، وتشكل ما نسبته 6.3% من مجمل المستشفيات العاملة في فلسطين، وتقسّم المستشفيات إلى نوعين حكومي وخاص، وتصنف أيضاً حسب التخصص فكانت على النحو التالي: (وفا، 2020).

1. المستشفيات العامة: وهي مستشفيات تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية للمنطقة الجغرافية التابعة لها. وبعض هذه المستشفيات ذات سعة كافية بحيث تقدم الرعاية الصحية الثانوية، وبعض من الرعاية الصحية الثالثية؛ وفي العام 2018 بلغت نسبتها 55.8% من مستشفيات الضفة الغربية.

2. المستشفيات المتخصصة: وهي مستشفيات تقدم خدمات متخصصة متقدمة وشاملة في مجال الرعاية الصحية الثانوية والثالثية؛ وفي العام 2018 بلغت نسبتها 19.2% من مستشفيات الضفة الغربية.

3. مستشفيات الولادة: وتقدم هذه المستشفيات الخدمات في مجال أمراض النساء والتوليد. وفي العام 2018 بلغت نسبتها 19.2% من مستشفيات الضفة الغربية.

4. مراكز التأهيل والعلاج الطبيعي: وهي مراكز طبية تقدم خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي. وفي العام 2018 بلغت نسبتها 5.8% من مستشفيات الضفة الغربية. (وفا، 2020).

15.2.2 التطور التاريخي لمستشفيات مدينة الخليل

مدينة الخليل هي مركز لمحافظة الخليل، وتقع على خط عرض (31:31) شمالاً وخط طول (35:8) شرقاً على بعد (36) كيلو متراً إلى الجنوب من بيت المقدس، والخليل مدينة من أقدم مدن العالم قامت على التل شمال غربي البلدة الحالية، وتعتبر أكبر المحافظات الفلسطينية من حيث عدد السكان والمساحة، فيبلغ عدد سكانها (210.081) ألف نسمة، (الإحصاء الفلسطيني، 2019)، ومساحتها (4200) كم²، (الخطة التنموية، 2018)، وأسس الكنعانيون المدينة في الألف الثالث قبل الميلاد ومر عليها عدد من الغزاة عبر التاريخ، حيث تعرضت الخليل وبقية الأراضي الفلسطينية للغزو الآشوري، البابلي، الفارسي، الإغريقي، الروماني والبيزنطي، وفتحها العرب المسلمون في القرن السابع للميلاد، واحتلتها الصليبيين عام (1167م) وبنوا كنيسة فوق المسجد الإبراهيمي، ولكن القائد صلاح الدين الأيوبي استردها منهم بعد معركة حطين عام (1187م) (الصبارنة، 2013).

تطورت المدينة في العهدين المملوكي والعثماني، كما ازدهرت في فترة الانتداب البريطاني في فلسطين حيث تأسست بلدية الخليل عام (1927م)، لتشرف على التنظيم المدني ودعمه بالمرافق اللازمة وتطوير منشأتها والحفاظ على بيئة مدنية مناسبة للسكان، وللخلييل أهمية دينية للديانات السماوية الثلاث حيث يتوسط المدينة الحرم الإبراهيمي الذي يحتوي على مقامات للأنبياء (إبراهيم، إسحق، يعقوب وزوجاتهم)، ولها أهمية اقتصادية حيث تعتبر من أكبر المراكز الاقتصادية الفلسطينية (الصبارنة، 2013).

إن مدينة الخليل ومنذ زمن بعيد تتميز بأهمية اجتماعية واقتصادية وسياسية، وقد تجلّى ذلك من خلال الدور البارز الذي لعبته هذه المدينة في قيادة العمل الوطني في مختلف مراحل النضال من أجل التحرر والاستقلال والوصول إلى السيادة التامة.

كان وما زال لهذه المدينة دور وطني بارز ومميز منذ احتلال الأراضي الفلسطينية عام 1967 حيث لعبت المدينة دوراً تاريخياً في مقاومة الاحتلال، ودورها مهماً كمركز اقتصادي متقدم على مستوى الأراضي الفلسطينية، الأمر الذي دفع الاحتلال لاتخاذ سلسلة من الإجراءات الإدارية والتنظيمية للحد من نفوذ المدينة كقيادة سياسية واقتصادية في المناطق الفلسطينية.

تعتبر محافظة الخليل من أكبر المحافظات الفلسطينية حيث تحتوي على (10) مستشفيات بكافة أنواعها وتقدم الخدمات لسكان المحافظة (المدينة والقرى)، وتشرف وزارة الصحة الفلسطينية على هذه المستشفيات حيث تلعب هذه المستشفيات دوراً بارزاً وهاماً في تاريخ المحافظة فقد عرفت منذ القدم بأدائها ودورها الذي لا يستهان به (الصبارنة، 2013).

يواجه القطاع الصحي في محافظة الخليل الكثير من التحديات، وبصرف النظر عن الإجراءات والممارسات الإسرائيلية التي تعرقل عمل الطاقم الطبي، وتعيق وصول المواطنين إلى مراكز الخدمات الصحية، فإن قطاع الصحة في المحافظة يعاني من: نقص التمويل، عدم كفاية الطاقم الطبي المتوفر، قلة عدد المستشفيات والمراكز الصحية، ونقص في اللوازم والمعدات الطبية الحديثة، ويوجد في محافظة الخليل (147) مركزاً للخدمات الصحية؛ منها (84%) يديرها القطاع الحكومي. وهناك خمسة مستشفيات عامة، وخمسة مستشفيات للولادة، إلا أن نصف عدد هذه المستشفيات موجود في مدينة الخليل. الأمر الذي يزيد من معاناة المواطنين في الوصول إليها، خاصة أولئك الذين يقطنون التجمعات الصغيرة والنائية (الغرفة التجارية، 2020).

1.15.2.2 مستشفى الميزان التخصصي

1.1.15.2.2 نشأة وتطور المستشفى:

بدأ تأسيس مستشفى الميزان التخصصي عام 1996م، وقام بممارسة نشاطاته الطبية عام 1999، وهو يعتبر الأول من نوعه في الخليل خاصة، وفي فلسطين عامة من حيث التخصصات والخدمات الطبية المقدمة للمرضى ومستوى التجهيزات الطبية العالي، وفي تاريخ 2008/09/01 قام مجموعة من الأطباء وتحت مسمى شركة الغد للخدمات الطبية بالاتفاق مع إدارة الميزان على تشغيل وإدارة المستشفى، أملين تحقيق أهداف المستشفى من خلال:-

1. توفير خدمة طبية وفندقية مميزة تضاهي المستشفيات في الدول المجاورة وذلك من أجل التخفيف من معاناة السفر وأعبائه على المريض.
2. العمل على استحداث أقسام جديدة غير متوفرة في المنطقة وفلسطين والتعاون مع جهات طبية خارج الوطن.
3. توفير ورفع مستوى التجهيزات الطبية الحديثة لتسهيل عملية التشخيص العلاجي على الأطباء وذلك لاستقطاب الكفاءات الطبية الفلسطينية.

جدول رقم (5.2): التخصصات الطبية في مستشفى الميزان التخصصي:

قسم النساء والتوليد	قسم القلب والصدر والأوعية الدموية وجراحتهم
قسم الجراحة 2	قسم الجراحة 1
قسم العمليات	قسم الحضانة والخدج
قسم التخدير	قسم الإنعاش والعناية الحثيثة
قسم الصيدلية	قسم الطوارئ
قسم المختبر وبنك الدم	قسم الأشعة

(الميزان، 2020).

يوجد أيضاً مجموعة من الأقسام الإدارية في المستشفى وهي (قسم الإدارة العامة، قسم الإدارة المالية، قسم التمريض وقسم الجودة).

ويتكون المستشفى من (7) طوابق على مُسطَّح مساحته (9198) م²، وتعمل تحت طاقة استيعابية للمرضى بواقع 50 سرير مرخص من وزارة الصحة ويمكن رفع الطاقة الاستيعابية إلى (85) سرير في حالات الطوارئ، ويعمل في المستشفى مجموعة من الأخصائيين المتميزين والأطباء المقيمين، حيث يبلغ عدد الأطباء المقيمين (10) أطباء موزعين على أقسام المستشفى، بالإضافة إلى (89) ممرض وممرضة، أما الموظفين الإداريين فيبلغ عددهم 28 موظف إداري، ويتعامل العاملون في المستشفى بمختلف مهامهم سنوياً مع ما يقارب (16000) مريض ومريضة تشمل حالات الإدخال والمراجعة، بالإضافة لذلك يستقبل المستشفى باستمرار طلاب سنة الامتياز من كلية الطب، والطلبة المتدربين من كليات التمريض والإدارة.

2.1.15.2.2 رؤية المستشفى:

التطلع لتحقيق التميز والابتكار في مجال تقديم الخدمات الطبية بمستوى عالمي والتأكيد على نجاح المستشفى في بناء علاقات وطيدة وقوية وإيجابية مع المجتمع المحلي بقطاعه الحكومي والخاص.

3.1.15.3.2 رسالة المستشفى:

أ. تقديم أعلى مستوى من الرعاية الصحية المتخصصة للمواطن الفلسطيني بغض النظر عن جنسهم، أصولهم، ديانتهم، ومعتقداتهم السياسية.

ب. مساعدة الطاقم العامل في المستشفى لتطوير مهاراته وخلق روح الإبداع والتعاون لديه.

4.1.15.2.2 قيم المستشفى:

أ. التركيز على العناية بالمرضى: وضع احتياجات المرضى في المرتبة الأولى.

ب. النزاهة: الالتزام بالمبادئ الأخلاقية والتحلي بالصدق والشفافية والعدل لكسب الثقة، والمحافظة على التعاليم الدينية والعادات والتقاليد الفلسطينية العريقة.

ت. الجودة: السعي للتميز والجودة العالية من خلال الإبداع والابتكار.

ث. المعاملة: معاملة المرضى والمرافقين وأعضاء الفريق باحترام وتقدير (الميزان، 2020).

ج. التعاون: العمل سوياً لضمان تبادل المعرفة والحكمة لمصلحة الجميع وتعزيز العمل بروح الفريق الواحد.

2.2.15.2 أهداف المستشفى:

- أ. تقديم الرعاية الطبية المميزة لمرضانا الأعزاء من خلال وجود كادر متميز من حيث الكفاءة.
- ب. تقديم الخدمات الطبية للمريض بأقل تكلفة وعلى مستوى عالي من الجودة.
- ت. استحداث أقسام جديدة غير متوفرة في فلسطين، لتسهيل عملية علاج المرضى وتخفيف عناء السفر للخارج للعلاج.
- ث. التعاون مع وزارة الصحة ووكالة الغوث والاستعداد لاستقبال المرضى المحولين من مستشفيات أخرى في المنطقة.
- ج. تحفيز الكادر الموجود في المستشفى لتطوير مهاراتهم وكفاءتهم العلمية والعملية، وتشجيعهم على العمل بروح الفريق (الميزان، 2020).

2.2.15.2 مستشفى الأهلي

1.2.15.2.2 نشأة وتطور المستشفى:

تأسست جمعية أصدقاء المريض عام 1976م وهي مؤسسة غير حكومية وغير ربحية وغير مسيسة هدفها الاستراتيجي رفع مستوى الخدمات الصحية في محافظة الخليل بشكل خاص وفي فلسطين بشكل عام.

الجمعية مرخصة ومسجلة رسمياً تحت رقم تسجيل 497 بتاريخ 1977/04/11 في الأردن وفي الضفة الغربية تحت رقم 35/78 بتاريخ 1978/5/30، كما تم تسجيلها لدى وزارة الداخلية في السلطة الوطنية الفلسطينية تحت الرقم هـ/404/م بتاريخ 2001/02/18 ميلادية (الأهلي، 2020).

باشرت نشاطها بافتتاح المركز الطبي في وسط مدينة الخليل عام 1977م الذي شمل عيادات طبية تخصصية ومختبر طبي وقسم للأشعة، ومن ثم افتتحت مركزاً للطوارئ في شارع عين سارة تم إلحاقه

بالمستشفى لدى افتتاحه، في تلك الأثناء كانت الجمعية تعمل على إعداد مخططات لبناء مستشفى كبير يلبي احتياجات المحافظة التي هي الأكبر مساحة وعددًا للسكان، وتمت المباشرة في بناء المستشفى الأهلي مطلع العام 1988م وعلى مسطحات قدرها (27.500 متر مربع وهي حالياً تقارب 30.000 متر مربع إثر بناء قسم أوفيد للعمليات الجراحية) ليشمل ما مجموعه (304) سريراً حال انتهاء المشروع محققاً الهدف الإستراتيجي الذي نشأت الجمعية من أجله.

أنجز هذا المشروع وتجهيزه بأحدث الأجهزة كما وضعت الخطط لتطويره وتشغيله بناءً على احتياجات المجتمع وبهدف تقديم خدمات مميزة يحتاجها المواطن الفلسطيني، واليوم يعمل المستشفى الأهلي بطاقة (250) سرير والتي ستصبح (304) يمكن رفعها بسهولة إلى (500) سرير في حالات الطوارئ ويعمل في المستشفى الأهلي حالياً (600) موظفاً وموظفة في كافة أقسامه.

يتعامل المستشفى مع ما يزيد عن (150.000) حالة سنوياً منها ما يزيد عن (21.000) حالة دخول للأقسام المختلفة، ويتبع للمستشفى كلية التمريض والتي يتم فيها تدريس ثلاثة تخصصات حيوية هي (التمريض، القبالة وفنيي التخدير).

كما بُدء مؤخراً ببرنامج الإقامة في المستشفى بالتعاون مع المجلس الطبي الفلسطيني وباعتراف المجلس الطبي العربي ومن خلاله يتم منح (6) تخصصات رئيسية هي: (النسائية والتوليد، التخدير، الباطني، الجراحة العامة، جراحة العظام والأطفال) هذا ويقوم المستشفى بتطبيق برنامج التدريب لطلاب كليات الطب في فلسطين وكذلك برنامج لتدريب طلاب التمريض في المستشفيات والكليات الأخرى.

2.2.15.2.2 رؤية المستشفى:

تقديم خدمات ذات جودة عالية واقتصادية ضمن مقاييس دولية لتلبية احتياجات وتوقعات المجتمع الفلسطيني (الأهلي، 2020).

3.2.15.2.2 رسالة المستشفى:

إيجاد واستحداث وتطوير جميع الخدمات الطبية الرئيسية والفرعية والطبية المساندة في المنطقة.

4.2.15.2.2 أهداف المستشفى:

جعل المحبة الإطار الدائم الذي يحيط بمسيرة المستشفى في توفير خدماتها لشريحة واسعة من الجمهور مع الالتزام بأعلى مستويات النجاح والنزاهة والمصداقية والشفافية، والحرص على الالتزام بأعلى المعايير الدولية المتعلقة بتوفير الخدمات الصحية والطبية، وضمان تقديم الخدمات بالطريقة التي يستحقها الجميع.

إن الأساس الذي يقوم عليه المستشفى هو التطبيق الفعلي لتعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة وهي بناء مجتمع سليم بدنياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد توظيف الجهود لمقاومة الأمراض أو العجز، ليكون أساس الحياة اليومية وليس مجرد تحقيق غرض العيش والاستمرار إن هذا المفهوم يدعم الموارد الاجتماعية والشخصية فضلاً عن دعم القدرات والطاقات الجسدية.

ومن أهدافه أيضاً ما يلي:-

أ. رفع مستوى الخدمات الصحية في محافظة الخليل خاصة وفي فلسطين عامة.

ب. إنشاء مستشفى أهلي كبير يخدم محافظة الخليل ومحافظة جنوب الضفة الغربية.

ت. تأمين الخدمات الطبية التي تفتقر إليها المحافظة.

5.2.15.2.2 المستشفى في ظل الاحتلال:

المستشفى الأهلي ومنذ افتتاحه في عام 1993م وهو يستقبل الشهداء والجرحى من ضحايا هذا الاحتلال الغاشم، فلم تمضي عدة شهور على افتتاح أقسامه الأولى حتى استقبل العشرات منهم إثر مجزرة الحرم الإبراهيمي الشريف، كما استقبل المئات من جرحى الأحداث المتلاحقة ومازالت الانتفاضة مشتعلة ومازال المستشفى يستقبل ضحايا الاحتلال، حيث تجاوز عدد الشهداء الذين

استقبلهم المستشفى الأهلي خلال انتفاضة الأقصى وحدها (140) شهيد وعدد الجرحى تجاوز (4000) جريحاً (الأهلي، 2020).

وفي ظل انتفاضة القدس الحالية والتي كان لمحافظة الخليل النصيب الأكبر من الشهداء والجرحى استقبل المستشفى المئات من الجرحى وتقريباً جميع الشهداء كما تعرض المستشفى لهجمة غير مسبوقه من قبل قوات الاحتلال الخاصة حيث تم اقتحام المستشفى في ساعات الفجر من يوم 2015/11/12 وقتلت مرافق احد الجرحى واختطف الجريح من سريره على الرغم من صعوبة حالته.

تعرض المستشفى لأضرار كبيرة بسبب ممارسات الاحتلال العنصرية بحق شعبنا، فلم تتمكن الطواقم الطبية من الوصول إلى المستشفى حيث وصلت نسبة إعاقة الطواقم الطبية بعض الأحيان إلى (45%) إضافة لانخفاض نسبة الأشغال، نتيجة لتلك الممارسات إلى ما دون (30%) ولفترات طويلة، مما سبب عجز كبير في ميزانية المستشفى، الأمر الذي أثر بشكل مباشر على خدماته.

بالرغم من كل ما ذكر سابقاً، ما زال المستشفى الأهلي يقوم بدوره على أكمل وجه تجاه الجرحى والأسرى حيث إن سياسة الجمعية تتمثل بعلاج جميع ضحايا الاحتلال بدون مقابل وهذا أقل ما يقدم تجاه من يبذل الغالي والنفيس في سبيل قضيتنا العادلة (الأهلي، 2020).

3.2 المبحث الثالث: الدراسات السابقة

1.3.2 الدراسات العربية

من خلال إجراء مسح واستطلاع على أدبيات العديد من الدراسات والأبحاث السابقة والتقارير الدولية والمجلات ذات العلاقة، وذلك بهدف بناء الخلفية النظرية للدراسة والانطلاق من حيث انتهى الآخرون وتجنب التكرار وتكوين فكرة واضحة عن أهم النتائج التي توصلت إليها بهدف الاستفادة منها في الدراسة، فمن هذه الدراسات نستعرض ما يلي:-

1. دراسة الفاخري وآخرون (2019)، بعنوان: "الحوكمة وأثرها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة حالة مركز بنغازي الطبي)".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى معنوية تطبيق الحوكمة والجودة الشاملة بمركز بنغازي الطبي، وبناء نموذج يظهر أثر هذا التطبيق على إدارة الجودة الشاملة بالمركز، ومعرفة أي من أبعاد الحوكمة (الشفافية، العدالة، الكفاءة والفاعلية، المشاركة، المساءلة والمسؤولية الاجتماعية) الأكثر تأثيراً في الجودة، وتم استخدام الاستبيان كوسيلة لتجميع البيانات اللازمة، وبلغ عدد المشاركين الذين تم توزيع الاستبيان عليهم (97) مشاركاً من العاملين بالإدارة الوسطى بمركز بنغازي الطبي، واستخدمت الباحثات المنهج الوصفي التحليلي في تجميع وتحليل البيانات وتم تجميع البيانات الأولية باستخدام الاستبيان المعد لذلك، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: عدم وضوح الرؤية وغياب الشفافية والعدالة التنظيمية، وتدني الكفاءة والفاعلية وقلة المشاركة، وضعف المساءلة من أكثر المشكلات التي تواجه المؤسسات العامة الليبية وخاصة مركز بنغازي الطبي، كما وأن مستوى تطبيق الحوكمة جاء في المتوسط، كما تبين وجود علاقة طردية بين الحوكمة والجودة وأن الكفاءة والفاعلية، العدالة والمشاركة أكثر من المتغيرات تأثيراً على إدارة الجودة الشاملة.

2. دراسة عيسى (2017)، بعنوان: "أثر معايير الحوكمة على أداء العاملين في المستشفيات (مجمع فلسطين الطبي، أنموذجاً - 2013 - 2017م)".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق معايير الحوكمة على أداء العاملين في المستشفيات، والتعرف على المعوقات من وجهة نظر العاملين، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتصميم استبانة

لقياس: أثر تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات وذلك في مجالات (الشفافية، المساءلة والنزاهة)، ومدى امتثال العاملين في المستشفيات بتطبيق جودة الأداء، أيضاً تم تصميم أسئلة مقابلة منتظمة، لفحص علاقة معايير الحوكمة على تطوير أداء العاملين في المستشفيات، وتم توزيع الاستبانة على عينة عشوائية طبقية من مجتمع الدراسة في مجمع فلسطين الطبي في رام الله، بواقع (140) مبحوث، كما تم عمل المقابلة مع المدير التنفيذي للمجمع الطبي، والمدير الإداري، ومديرة التمريض ومنسق وحدة الجودة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي والاستبانة أداة لجمع البيانات، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: إن المجمع الطبي يصدر معلومات سنوية عن ما تم إنجازه من عمليات فيها سرعة ودقة في الأداء، وتوفر درجة عالية من الأمانة التي تتصف بها الكوادر البشرية، ولكن ليس لمعيار الشفافية أثر بالقدر الكافي على جودة الأداء، مقارنة مع معيار النزاهة ومعيار المساءلة على جودة الأداء، يعزى لطبيعة المهنة، وكذلك خصوصية متلقي الخدمة، وتنقل العاملين بين أقسام مواقع العمل المتباعدة والمختلفة، بالإضافة إلى ضغط العمل، مما يؤدي إلى ضعف إشراك العاملين في أخذ القرارات التي لها علاقة بطبيعة المهنة، وبالتالي يؤثر على الاستغلال الإبداعي في جودة الأداء، خاصة إن معيار الشفافية يحفز أفكار العاملين المستحدثة، مع العلم بأنه يوجد مجموعة من القيم الأخلاقية المسوغة رسمياً والمعلنة للجميع، بحيث يدرك العاملون القواعد المطلوب الالتزام بها، وتقديم التفسيرات من قبل الإدارة لتصرفاتهم المخالفة للتعليمات، مع أنه يتم مساءلة العاملين عن مدى تطابق الإجراءات المتبعة مع الأنظمة المعتمدة لتفادي وقوع المخاطر، كما يستخدم التسلسل الإداري في المخاطبات الرسمية مع الإدارة العليا والتنفيذية، بحيث يعمل كل فرد في مجال تخصصه بشكل واضح وفقاً للمعايير المعتمدة من قبل وزارة الصحة، ويلتزم العاملين بتطبيق معايير أخلاقيات المهنة، كما أن من أسباب شراء الخدمة الطبية، بسبب عدم وجود عدد من الكادر الطبي المتخصص، والأجهزة والمعدات الكافية في غرف العمليات وفي المختبرات الطبية، والتي في العادة تكون في مستشفيات طبية متخصصة ومنفردة في مجال واحد مثل مستشفيات العيون، وهناك تعميمات داخلية وخارجية واضحة بنوع الحالات الاستثنائية التي تحول لأسباب معروفة لمراكز صحية أخرى.

3. دراسة جلال (2017)، بعنوان: "العلاقة بين تطبيق الحوكمة والأداء ممثلاً بالإنتاجية والانتماء". هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تطبيق الحوكمة على الأداء ممثلاً بالإنتاجية والانتماء في مؤسسة المواصفات والمقاييس الفلسطينية من وجهة نظر العاملين فيها، ولتحقيق الهدف

من هذه الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لجمع وتحليل البيانات، واستخدمت الاستبانة كأداة لهذه الدراسة (المتغير المستقل)، تطبيق الحوكمة والتي قسمت إلى خمس مجالات منها: (تعزيز سيادة القانون، المشاركة، المساءلة، الشفافية والرؤية الإستراتيجية)، في حين المحور الثاني (المتغير التابع)، مستوى الأداء والذي يقاس من خلال مؤشرين (الإنتاجية والانتماء)، مجتمع الدراسة من موظفي مؤسسة المواصفات والمقاييس الفلسطينية في (رام الله، الخليل ونابلس)، وعددهم (100) موظف، والعينة قصدية، واستردت (82) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي، وأظهرت الدراسة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية إيجابية بين تطبيق مبادئ الحوكمة: (تعزيز سيادة القانون، المشاركة، المساءلة، الشفافية والرؤية الإستراتيجية)، والأداء: (الإنتاجية والانتماء)، وكان نسبة تنفيذ مبدأ الرؤية والإستراتيجية (80.4%)، وكان تطبيق مبدأ المساءلة بنسبة (77%)، نسبة مبدأ الشفافية (76.6%)، وتنفيذ مبدأ تعزيز سيادة القانون بنسبة (75.6%)، وأقل نسبة في التنفيذ مبدأ المشاركة (75.4%)، في حين أن النسب المئوية الإجمالية لتنفيذ تطبيق الحوكمة في مؤسسة المواصفات والمقاييس الفلسطينية من وجهة نظر موظفيها بنسبة (77%)، وأن الدرجة الكلية لمستوى الأداء تمثل بنسبة (75.4%)، حيث كانت الإنتاجية بنسبة (73.6%)، وكانت درجة الانتماء بنسبة (74.4%)، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: حث الموظفين على كافة المستويات الإدارية بتعزيز قدراتهم في مجال تطبيق الحوكمة وجعلها ثقافة تنظيمية، وتشجيع جميع موظفيها في مبدأ المشاركة لرسم الإستراتيجيات الفعالة، وصنع القرارات، وخاصة في إعداد المواصفات ومنح شهادات المطابقة، وتطوير مدونة سلوك لموظفي الخدمة المدنية، ليكون بمثابة دليل إرشادي من قبل مؤسسات القطاع العام، لتراعي طبيعة العمل وتنسجم مع مبادئ معايير قواعد الحوكمة العالمية.

4. دراسة الجعبري (2016)، بعنوان: "حوكمة المستشفيات الأهلية والخاصة في منطقة جنوب الضفة الغربية الواقع والمأمول".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الحوكمة في المستشفيات الأهلية والخاصة في جنوب الضفة الغربية وما هو المأمول منها وما هي أهم مقترحات تطبيقها وبلغ عدد المستشفيات (10) مستشفيات وهي "مستشفى ناصر، مستشفى الميزان التخصصي، المستشفى الأهلي، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني، مستشفى بني نعيم للولادة، مستشفى شهيرة والدبسي للولادة وحقل الرعاية، مستشفى الشهيد أحمد نعمان والجمعية العربية"، باستخدام المنهج الوصفي والاستبانة أداة لجمع البيانات، وذلك من خلال عمل مسح شامل لجميع أفراد المجتمع وعددهم (101) شخص، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة

من النتائج أهمها: أن واقع تطبيق مبادئ ومعايير الحوكمة في المستشفيات الأهلية والخاصة الفلسطينية العاملة في جنوب الضفة الغربية كان متوسطاً، كما أن الحوكمة تعتبر وسيلة فعالة لتحقيق الرقابة الداخلية للمستشفى كما أنه ومن خلال تطبيق معايير الحوكمة يمكن لهذه المستشفيات تحديد احتياجاتها، كما تساهم الحوكمة بمساعدة إدارة المستشفى على اتخاذ القرارات التي تتناسب مع الظروف المحيطة بالمستشفى في جميع المجالات، كما أنه يتم تطبيق معايير ومبادئ الحوكمة المعتمدة لدى برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في المستشفيات وذلك من خلال عدة بنود أهمها توفر فرص العلاج للجميع دون تحيز وإعطاء كل ذي حق حقه وكما أن المستشفيات التي شملتها الدراسة توفر بيئة عمل تضمن احترام كرامة المواطنين، وتقوم بتقديم الخدمة للجمهور بشكل منظم، ووجود تدفق للمعلومات من خلال قنوات اتصال فاعلة بصورة تتيح للجميع أن يحصل على المعلومات بهدف كشف المساوئ كما أن المستشفى يوفر نظام معلومات يقدم تغذية راجعة عن الأداء التنظيمي.

5. دراسة أبو حصيرة (2016)، بعنوان: "تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية" دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الأداء الصحي المؤسسي من خلال التعرف على مدى تطبيق مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي لمعايير منظمة الصحة العالمية عن طريق تقييم الخدمات المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي والاستبانة كأداة لجميع البيانات عن الدراسة وتم تطوير أداة تقييم جودة الخدمة في المستشفيات "PATH TOOL" كأداة أساسية للدراسة، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث عينات مختلفة وهم مقدمي الخدمة، المقابلات والمدير ورؤساء الأقسام الأساسيين في المستشفى، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: ضرورة اعتماد الإدارة لمعايير منظمة الصحة العالمية التي يجب تطبيقها في المستشفى حسب الإمكانيات المتوفرة، ضرورة بناء إستراتيجية الوزارة في ضوء احتياجات جميع المعنيين بما يضمن تحسين جودة الخدمة المقدمة وتوفير بيئة صحية آمنة، ضرورة توسيع قسم الولادة الطبيعية وزيادة عدد العاملين فيه ليتناسب مع عدد متلقيات الخدمة اللواتي يصلن إليه، ضرورة حوسبة الخدمات المقدمة في المستشفى واعتماد ملف طبي موحد لكل متلقيه خدمة، ضرورة توفير الخدمات الصحية المساندة على مدار الساعة وضرورة إعداد برامج تثقيفية لتوعية متلقيات الخدمة وتقديمها من خلال مرافق الوزارة المختلفة.

6. دراسة حبيب (2016)، بعنوان: "تقييم جودة الخدمة المقدمة في مستشفى النصر للعيون".

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات المقدمة في مستشفى العيون من خلال تتبع مؤشرات الأداء الأساسية؛ بهدف تحسين الجودة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي والكمي والاستبانة كأداة لجمع البيانات عن الدراسة، وتم تطوير أداة تقييم جودة الخدمة في المستشفيات كأداة أساسية للدراسة، وتكونت عينة الدراسة من أربع عينات مختلفة وهم استبانته ذاتية للطواقم العاملة، الأداة الثانية استبانته غير ذاتية، والأداة الثالثة مجموعة أسئلة لحلقة نقاش (مقابلات) استهدفت المديرين الأساسيين، أما الأداة الرابعة فكانت قوائم ملاحظة لمراجعة ملفات المرضى الطبية، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: فيما يخص توثيق الملفات الجراحية واكتمال البيانات المطلوبة بصورة أفضل من نتائج ملفات العلاج الطبي فكانت جيدة، بينما ظهر وجود نقص في اكتمال بعض البيانات المهمة في ملف العيادة الخارجية (زرق العين)، وظهور بُعد في الفاعلية السريرية مؤشرات مقبولة؛ حيث كان معدل إلغاء العمليات الجراحية (12.16%)، بينما معدل مكوث المرضى في الأقسام كان منخفض بمعدل (2.25) يوم كما أظهر بعد الطواقم العاملة جودة الخدمة من منظور الطواقم؛ حيث تبين أن الموظفين يعانون من ظروف عمل غير كافية لتقديم خدمة ذات جودة عالية، وعدم توافر ميزانية مخصصة للتدريب، وتبين أن (72.4%) تعرضوا لإصابات ناجمة عن العمل، وأن ممارسات سلامة الطواقم ذات الصلة غير كافية، أما بعد الإدارة المستجيبة فأظهر أن مبدأ تحسين الجودة مدرج في هيكلية المستشفى، وأخيراً كشف بعد مركزية الخدمة تجاه المرضى عن نتائج إيجابية لجودة الخدمة من منظور المرضى من حيث مدى وصولهم للخدمة الطبية وموافقتها لتوقعاتهم.

7. دراسة الأمانة العامة لمجلس الوزراء (2015)، بعنوان: "تقييم جودة الخدمات في المراكز الصحية الحكومية".

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات في المراكز الصحية الحكومية، منها مجمع فلسطين الطبي في رام الله، وتم أخذ النتائج من محاور الدراسة التي تبين وجود تطبيق لمعايير الحوكمة في مجمع فلسطين الطبي على أداء العاملين من وجهة نظر الكادر الطبي الذي يتمثل في الأطباء، المرضى، الفنيين في مجال الصحة والمقابلات وعددهم (393)، عامل من الممارس الصحي في مجمع فلسطين الطبي، وظهرت عناصر الحوكمة في أسئلة المحاور الاعتمادية للإستبانة التي تمثل جانب من: (الشفافية، النزاهة والمساءلة)، ليدل على مدى الامتثال في تطبيق اللوائح والتعليمات

والقوانين والأنظمة المتبعة ولو بقدر متفاوت، وكانت حدود الدراسة في مجمع فلسطين الطبي، على مدار سنتين (2014-2015)، وتم اعتمادها من الأمانة العامة لمجلس الوزراء الفلسطيني، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: زيادة تفعيل تطبيق معايير قواعد الحوكمة لتحسين أداء العاملين، ويتطلب الزيادة بتوفير عدد من الكادر الطبي المتخصص، وإمداد المجمع الطبي بالأجهزة الطبية اللازمة، والتقيد بالوصف الوظيفي، وتفعيل آلية الرقابة، والتغذية العكسية، وصيانة الأجهزة الطبية، وتجديدها بشكل دوري كونها تساعد في تحسين جودة الأداء.

8. دراسة المبيضين (2013)، بعنوان: "فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي وأثرها في التميز التنظيمي: دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي، وأثرها في التميز التنظيمي في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن، وأجريت على عينة من جميع الموظفين العاملين في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن، بواقع (260) مفردة، وتم استخدام أداة الاستبانة لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: وجود مستوى متوسط من فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي، بالإضافة إلى وجود مستوى مرتفع من التميز التنظيمي في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن، وأظهرت الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية لفاعلية نظام تقييم الأداء بمجالاته: التشريعات، المشكلات، الأهداف، المعايير والقائمين على عملية التقييم.

9. دراسة شلش (2013)، بعنوان: "مدى تطبيق معايير الشفافية والنزاهة في المؤسسات الحكومية الفلسطينية".

هدفت هذه الدراسة لقياس مدى تطبيق معايير الشفافية والنزاهة في المؤسسات الحكومية الفلسطينية، وتلخصت في فحص السياسات والإجراءات الإدارية والمالية التي لها علاقة بالشفافية والنزاهة، والتعرف على المعوقات التي تواجه المؤسسات حول تطبيقها من وجهة نظر الموظفين، وكان الموضوع حول سحب المركبات الحكومية من أصحابها عام 2010 في محافظة رام الله والبيرة، وتم توزيع استبانة بشقيها المالي والإداري على عينة مجتمع من واقع الصدفة على العاملين وعددهم (70) في مؤسسات الوزارات الحكومية، بناءً على المنهج الوصفي، ثم التحليل الإحصائي، وكانت مخرجات الدراسة أن الوزارات الفلسطينية لا تعطي حافز للموظفين حول أفكارهم مما يدل على قصور في الاستغلال الإبداعي، وعمليات صنع القرار، مما يدل على بُعد تطبيق النزاهة والشفافية في المؤسسات

حيث لو طبق لأثر بشكل ايجابي على نفسية الموظفين، وأن القرارات المالية التي لها علاقة بالنزاهة مطبقة بشكل كامل في الوزارات الفلسطينية، كما أوصت الدراسة على نشر الوعي بأهمية النزاهة وآليات تطبيقها في المؤسسات الحكومية وإعداد دراسة قانونية ومالية بخصوص أي قرار يتعلق بحق الموظف لضمان زيادة الأداء والكفاءة في العمل.

10. دراسة الحاج (2012)، بعنوان: "تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية- دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات".

هدفت هذه الدراسة إلى إبراز أهمية تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، من خلال مؤشرات تسمح بتقييم عملية التوظيف، وتوزيع أفراد الهيئة الطبية والصحية في هذه المستشفيات، واستخدم الباحث منهج المقارنة بين المؤشرات المتبعة فعلياً والمؤشرات العالمية؛ لتحديد مدى تطبيق هذه المعايير، وكان مجتمع الدراسة المستشفيات العمومية، وكانت عينة الدراسة المستشفيات الآتية أسماؤهم: (مستشفى محمد بوضياف- في مدينة ورقلة، مستشفى سليمان عميرات- في مدينة تڨرت، مستشفى بن عمر الجليلي- في مدينة الوادي، مستشفى بشير بن ناصر- في مدينة بسكرة)، كما تم استخدام المقابلات كأساس لجمع البيانات من عينة الدراسة، ومن ثم تم مقارنة هذه النتائج مع المعايير العالمية، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: نسبة أصحاب المهنة الصحية إلى ذوي المهن الطبية تساوي (1/10) والتي تمثل نسبة أقل من المعدل العالمي بكثير، أما نسبة الممرضين إلى الأطباء فكانت (1/4)، أما فيما يخص نسبة الأسرة إلى عدد الأطباء فكانت النسبة (1/4) وهو يتقارب مع المعدل العالمي، أما مؤشر نسبة الأسرة إلى عدد الممرضين فكانت النسبة (1/1) وهذه النسبة تعتبر قليلة حيث أن المعدل العالمي يساوي (1/2)، ضرورة متابعة كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية باستمرار؛ حتى يتم الكشف عن مواطن القوة والضعف في الكفاءة الاستخدامية لهذه الموارد، ضرورة ربط النتائج التي تقدمها هذه المؤشرات بنتائج تطبيق المؤشرات الخاصة بتقييم كفاءة استخدام الموارد المادية في المستشفى، أخذ النتائج الخاصة بهذه المؤشرات وغيرها من المؤشرات البشرية الأخرى بعين الاعتبار عند إعداد مخطط الموارد البشرية السنوي.

11. دراسة جوهرة وفوزية (2012)، بعنوان: "أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية جيجل".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع أثر حوكمة المستشفيات على المهن الطبية حيث أنها كانت مرتبطة بدراسة النهج الإداري أكثر من المالي، لتركز على إدارة العمليات ودعم أنشطة الرعاية

الصحية، من حيث إدارة المعلومات، وإدارة المكافآت ولجان التدقيق كذلك الرقابة الذاتية، والولاء الوظيفي، برز دور وجود معايير الحوكمة داخل المستشفيات وأثرها على أخلاقيات المهن الطبية، وتركيزها على التميز والمضي ضمن ثقافة إنجاز، وتم التعاون ما بين المسؤولين بالإدارة العليا والطاقت الطبي بمختلف مكوناته للتطوير والإشراف على السياسة العامة للمستشفى، واختبار التطبيق على المؤسسة الإستشفائية العمومية لولاية جيجيل باستخدام استبيان تم توزيعه على عينة مكون من (114) موظف، وبعد التحليل باستخدام برنامج التحليل الإحصائي، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن المستشفى العمومي لولاية جيجيل يطبق مستوى عالي من قواعد الحوكمة، الطاقم الطبي على مستوى عالي من أخلاقيات المهنة، أكدت النتائج أن معايير الشفافية والنزاهة كان لها أثر إيجابي مباشر في تعزيز وإدارة المعلومات ثم ولجان التدقيق والمراقبة، ثم إدارة المكافآت، وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات ذات الصلة بالموضوع منها يجب المحافظة على مستوى عالي من أخلاقيات المهنة الطبية بشكل خاص في مجال الأداء الطبي.

12. دراسة الطويل وآخرون (2010)، بعنوان: "بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات، دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى للفترة من 2003-2006".

هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية: توضيح مفهوم مؤشرات تقييم أداء المستشفى وردت في بعض الأدبيات النظرية، وتحديد مستوى أداء المستشفيات قيد البحث حسب بعض مؤشرات الأداء التي تستخدمها المستشفيات، بالإضافة إلى معرفة مدى التطور في أداء المستشفيات قيد البحث خلال الفترة (2003-2006) حسب المؤشرات المستخدمة في البحث، وافترضت الدراسة وجود تباين في مستوى أداء مستشفيات محافظة نينوى الواقعة شمال العراق، واستخدم الباحث المنهج الوصفي والتحليلي في وصف مؤشرات أداء المستشفيات التي أجريت الدراسة عليها وتحليلها، وكانت عينة الدراسة مجموع مستشفيات محافظة نينوى، وتوصلت الدراسة على مجموعة من النتائج أهمها: وجود تباين في أداء المستشفيات التي تم تقييم أدائها، وجود تحدي أمام إدارة المستشفى والعاملين فيها في أن تقديم خدمات صحية بجودة مميزة. وأوصت الدراسة إلى اعتماد معايير أداء منظمة الصحة العالمية كأهداف معيارية يسعى الجميع إلى تحقيقها.

2.3.2 الدراسات الأجنبية

1. دراسة المصعبي (2016)، بعنوان: "الحوكمة الصحية وبرامج الاعتماد في المستشفيات السعودية".

تتمحور هذه الدراسة حول شهادة الاعتماد للمستشفيات أي حوكمة الإجراءات التي اهتمت في مجلس الإدارة والمستويات الإدارية من أحكام وقوانين كأى مؤسسة عامة، وأن نتائج الدراسة تمت على استبيان شمل عدداً من مستشفيات المملكة السعودية، وهذه الشهادات لا علاقة لها في تحسين خدماتها الصحية وأن الوضع الصحي في بعض المنشآت الصحية قد تدهور عما كان عليه قبل الاعتماد، وتركز الدراسة بشكل كبير على الجانب الورقي، الذي بدوره ساعد المستشفيات في عملية التوثيق أكثر منه على الجانب الإكلينيكي بعيدة عن الحوكمة الإكلينيكية، أي الدور الصحي السريري من قبل العاملين الممارسين في تقديم الخدمة الصحية، ورغم نتائج البحث إلا أنه يجب ألا نهمل أن النتائج كانت مبنية على استبيانات من الموظفين والمراجعين وهم المعنيون بالخدمات الصحية، وإن برامج الاعتماد في الأصل تهدف إلى تجويد الخدمة الصحية ويوحد السياسات والإجراءات الآمنة لسلامة المرضى، ومن أهم المشاكل التي تقف عائقاً في تحقيق برنامج الاعتماد لأهدافه أنه كان مرتبط بفترة زمنية محدودة، وليس تقييماً مستمراً للخدمة الصحية، وكان بنوده اجتيازه في هذه الدراسة لا يتطلب رضا متلقي الخدمة كشرط.

2. دراسة ريزارتش (2016)، بعنوان: "تعزيز الإدارة الصحية من أجل التنسيق ما بين الأطباء والممرضين وما بين الإداريين وإدخال دور المدير الممارس الصحي".

هدفت هذه الدراسة إلى تعزيز الإدارة الصحية، من أجل التنسيق ما بين الأطباء والممرضين وما بين الإداريين وإدخال دور المدير للممارس الصحي، من أجل التقدم في تطوير الإجراءات والقدرة على التحكم بالنتائج، وإيجاد التفاهات العلمية التي تخص بيئة العمل في المستشفيات، وفحص الاحتياجات التنظيمية للممارس الصحي، استناداً إلى حالة دراسية في السويد التي بدأت كنموذج لوضع دليل مبني على قواعد الحوكمة في المستشفيات السويدية منذ عام 1980م، تم نقل التجربة الفريدة إلى معظم مستشفيات الإتحاد الأوروبي، لمقارنة الأداء الإداري وانعكاسه على الجودة، ومن المعايير البارزة منها المساءلة من حيث آلية وضعها بين كافة المستويات لتخدم العمل اليومي، وكيفية التعامل مع النتائج من أجل تجنب المخاطر، ووضع الاستراتيجيات للاستدامة من أجل التطور، في

إطار يركز على المستويات الإدارية والمهنية باستخدام تحليل الوثائق والاهتمام بالمصادر الثانوية ومعلومات الخبراء، وللتوسع في تحليل المستويات الإدارية لوضع التصورات، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: تم التوصل إلى نموذج لحوكمة المستشفيات مع هيكلية قادرة على تنسيق العلاقة ما بين الممارس الصحي والإدارة من حيث المتطلبات الرسمية والخلفية المهنية للعديد من المناصب الإدارية الطبية، وتحسين التغذية الراجعة، للتقييم والمشورة في اعتماد آلية عمل يومية شفافة، من أجل أداء إداري سليم يفي بالأهداف وقادر على بناء الاستراتيجيات، وإدارة المخاطر وتجنب نقاط الضعف، بفضل تهجين الإدارة الطبية بمعايير الحكم الرشيد على كافة المستويات، لرفع الكفاءة التنظيمية وخلق التعاون، والتقدم في نوعية الاتصال التنظيمي، وانعكاسه على جودة أداء العاملين على المستوى السريري.

3. دراسة لمنظمة التعاون والتنمية (2016)، بعنوان: " Regional Office for Europe, Marmorvej 51 DK- 2100"، من سبعة بلدان منها: ألمانيا، فرنسا، بولندا، البرتغال، إسبانيا، تركيا والتشيك، تم إنشاء مشروع (دك)، حول معايير الحوكمة في المستشفيات والآثار المترتبة عليها من تحسين الأداء على النتائج الصحية، نشر لأول مرة عام 2016.

هدفت هذه الدراسة إلى ترسيخ الأدلة الإجرائية، وعمل مقارنات لتقييم الأداء في إدارة المستشفى على الممارس الصحي الإداري المتخصص، والعمل على تقسيم المهام بينهم للخروج بجودة أداء بفضل القرارات السليمة النابعة من ذوي الاختصاص المبني على الاحترام والمهنية والأخذ بعين الاعتبار الخصوصية الصحية في التأقلم والتحديث في إتباع وتطوير الأنظمة واللوائح استناداً على التغيرات في بيئة العمل، على أساس تطبيق قواعد الحوكمة في بناء الاستراتيجيات، واعتماد دليل موثوق بعد إتمام نجاح اختبار المشروع، كونها من الدراسات القليلة في هذا المجال من أجل التعميم والنهوض بتطوير هذا المسار، أشارت الدراسات أنه من الأفضل بأن تكون الإدارة التنفيذية من الممارس الصحي بشكل كامل، وهناك أدوار تشغيلية يجب أن تعطى لأهل الاختصاص في المجال الإداري، ويبقى السؤال كيف يمكن تنظيم هذه العلاقة المعقدة بينهم في التواصل والتكامل في إنشاء القرارات الجيدة المبنية على أساس قواعد الحوكمة وتخدم جودة الأداء في المستشفيات، من خلال وجود توافق في بناء هيكل تنظيمي مرن قادر على التفاعل بين العمليات الإدارية واستيعاب التغذية العكسية بين كافة مستويات الإدارة بمختلف تخصصاتها، والانسجام وحسن الاتساق في الإجماع في اعتماد آلية عمل معينة

متعارف عليها ومعتمدة في المستشفيات تخدم جميع العاملين من حيث الوضوح وتقسيم الصلاحيات وانسياب التعليمات لجعل المساءلة تطول الجميع، وفي كيفية استخدام الصلاحيات، بعيد الغموض يبين كلا الطرفين سواء الممارس الصحي المهني أو الإداري المتخصص وعدم وجود علاقة بيروقراطية.

أساس المشروع هو تتقل العاملين في المستشفيات من قبل الدول المشاركة في هذا المشروع، ورصد الأعمال والاقتراحات كورشة عمل موسعة دولياً من أجل الوصول إلى تحسين آلية عمل إدارية تتسجم مع العاملين بمختلف تخصصاتهم، من أجل اعتماد بعض الإجراءات مبنية على قواعد الحوكمة واعتمادها لتطوير دليل قادر على إيجاد الإفصاح عن طبيعة الأعمال، والشفافية في تبادل المعلومات مع ذوي الاختصاص في مجالات إدارية مناظرة من أجل التكامل ما بين المستوى الإداري المتخصص والممارس الصحي المهني، والابتعاد عن التوترات والازدواجية في وجهات النظر، خصوصاً أن العينات الموجودة تعبر عن ثقافات وطرق عمل مختلفة في ميادين العمل بين المستشفيات لاتخاذ أفضل التجارب واعتمادها على الواقع التطبيقي، هكذا تم تطوير استخدام معايير قواعد الحوكمة وتوظيفها في دليل إجرائي لرفع مستوى الأداء والحصول على جودة أفضل من خلال معايير متبعة وواضحة، تعمل على قياس الأداء والانسجام بين كافة المستويات والتخصصات والتكامل بينهما في تنظيم العلاقة وتبني إجراءات سليمة وتعميمها كتجربة ناجحة.

4. دراسة Flodber&Nadjari (2013)، بعنوان: "العلاقة بين حوكمة الشركات وأدائها الثابت في دول شمال أوروبا".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين حوكمة الشركات وأدائها على مستوى دول شمال أوروبا، وتم ذلك من خلال إجراء التحليل المالي للعينة المكونة من 190 شركة أخذت الحوكمة كمتغير مستقل ومقارنتها بنسبة صافي الأصول وحجم النمو والمخاطر الغير عادية، وأظهرت النتائج وجود إيجابية بين حوكمة الشركات وأدائها على المستوى الربحي من خلال ازدياد العائدات التي تحققها تلك الشركات المطبقة لقواعد الحوكمة على مدى السنوات التي تم أخذ العينة فيها، وأيضاً أظهرت كيفية النمو في أرباح الشركات التي طبقت مستويات من الحوكمة حيث كانت الزيادة مضطربة من سنة لأخرى من خلال التحليل المالي لأرقام المراكز المالية لهذه الشركات، يتضح أنه بقدر ما تطبقه الشركات من قواعد الحوكمة بقدر ما يحقق هذا التطبيق مستويات متميزة لعوائد حملة الأسهم،

وتوصلت الدراسة إلى أنه على الرغم من التأثير المختلف لحوكمة الشركات من شركة لأخرى حسب النتائج الإحصائية إلا أنه في المجمل فإنها تؤثر على الأداء بالنواحي الإيجابية والتي من شأنها أن تزيد من سعر السهم في السوق المالي الحر مع ثبات العوامل الأخرى.

5. دراسة هو جين تاو ليو وكينجي إيتوه (Hu- Chen Liu & Kenji itoh 2012)، بعنوان: **"Department of Industrial Engineering and Management"**

هدفت هذه الدراسة إلى وضع الإطار النظري لإدارة المستشفيات؛ بغرض استخدام نتائج البحث في اعتماد وتحديد مبدئي لعدد من المؤشرات، بناءً على آراء الخبراء؛ بغية تحديد الاختلافات الأساسية في مؤشرات الأداء بين اليابانيين ومجموعة الدول الغربية، ويمكن اعتبار بيانات تصنيف الخبراء التي تم جمعها في هذه الدراسة مؤشرات أساسية لتقييم وإدارة أداء أي مستشفى لاحقاً، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي؛ حيث قام بتوزيع الاستبانة على خبراء مختصين في مجال الدراسة، واشتملت عينة الدراسة على (66) مفردة من خبراء الرعاية الصحية، وتم جمع البيانات اللازمة عن طريق المقابلات ومراجعة الأدبيات في الدراسات السابقة والمجلات المنشورة، اختيار الحد الأدنى من مؤشرات الأداء الرئيس لإدارة المستشفيات حسب السياق الياباني؛ حيث تم اعتماد (35) مؤشراً لقياس أداء المستشفيات، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: انسجام حكم الخبراء مع وجهات نظر المرضى والعاملين فيما يخص معظم مؤشرات الأداء التي تم بحثها، أهم التوصيات أن (76%) من الاهتمام لدى المتعاملين في المجال الصحي متعلقة بمخرجات الرعاية الصحية، واعتبار مؤشر مدة الإقامة بالمستشفى هو الأكثر استخداماً لتقييم الأداء، يتم التركيز على الموجودات ولا يتم التقييم من وجهة نظر المرضى أو العاملين.

6. دراسة Heenetigala & Armstrong (2012)، بعنوان: "تأثير حوكمة الشركات على الأداء الثابت في بيئة اقتصادية وسياسية غير مستقرة" سيريلانكا".

هدفت هذه الدراسة لدراسة القواعد الإرشادية التي وضعتها الحكومة السيريلانكية لحوكمة الشركات في عام 2003 والتي تطبق على الشركات المدرجة في السوق المالي، وتناولت العلاقة بين قواعد حوكمة الشركات وأداء الشركات، وتكونت عينة الدراسة من 30 شركة وهي من أفضل 50 شركة مدرجة في السوق خلال الفترة 2003-2007، وتم قياس الحوكمة من خلال: (الفصل بين منصب رئيس مجلس الإدارة والمدير التنفيذي، تشكيل مجلس الإدارة واللجان المنبثقة عن مجلس الإدارة)، وتم قياس الأداء

المالي من خلال: (العائدات على الأصول والعائدات على حقوق المالكين)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين قواعد حوكمة الشركات (الفصل بين منصب رئيس مجلس الإدارة والمدير التنفيذي، وتشكيل مجلس الإدارة واللجان المنبثقة عن مجلس الإدارة)، وبين أداء الشركات من خلال العائدات على حقوق المالكين، وأن هذه العلاقة تشير إلى أن هذه الشركات قامت بتنفيذ استراتيجيات حوكمة الشركات والتي أدت إلى ارتفاع الربحية وارتفاع أداء سعر السهم.

7. دراسة اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط (2009)، بعنوان: "ورقة تقنية حول تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط".

هدفت هذه الدراسة إلى توعية مديري المستشفيات بالثغرات في أداء المستشفيات في مختلف الأقاليم، ولفت نظرهم لأهمية ودور الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) والقيادة والإدارة، وما لها من أدوار حاسمة في تحسين أداء المستشفيات، ومن الأهمية بمكان للدول الأعضاء، تحسين أداء المستشفيات كي يتسنى للمرضى في القرن الحادي والعشرين الحصول على خدمات جيدة وعالية المردود، ويمكن تحقيق ذلك من خلال: تحليل التكاليف وترشيدها بما يتعلق بتمويل المستشفيات، وتعزيز القيادة والإدارة في المستشفيات؛ وإدخال الحوكمة السريرية؛ واستخدام أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: ضرورة استخدام الأدوات والأطر المتوفرة في تقييم أداء المستشفيات، العمل على إيجاد ثقافة تحليل التكاليف وترشيدها في قطاع المستشفيات، إعداد أساليب بديلة عالية المردود لعمليات الإدخال في المستشفيات من خلال تطوير الرعاية النهارية والجراحة النهارية والرعاية المنزلية، وجود نقص مزمن في التمويل، وضعف الإدارة في البلدان ذات الدخل المتوسط وذات الدخل المنخفض؛ مما أدى إلى تدهور المستشفيات العمومية وإهمالها، أغلب الخدمات التي تقدمها المستشفيات ذات طبيعة علاجية، كما أن مشاركة المستشفى في توفير الرعاية الوقائية والتعزيزية للمجتمعات التي يقوم على خدمتها هي مشاركة ضئيلة، استخدام المستشفيات طرقاً تقليدية ومحدودة في تعليم العاملين الصحيين وتدريبهم، غياب نظم التحفيز والمكافأة وسوء إدارة الموارد البشرية واسع الانتشار ولا يتوفر وصف للوظائف والمهارات.

8. دراسة جامعة ميشيغان وجامعة كارولينا الشمالية (2006)، بعنوان: (Does Governance Matter? Board Configuration and Performance-Profit Hospitals)".

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين المستشفيات على المستوى الإداري بين المستشفيات الربحية وغير الربحية في تطبيق الحوكمة في المستشفيات، ومسؤولية الجامعات عن تقييم الأداء كرقابة خارجية لمعرفة كيف أثرت معايير الحوكمة في تطبيقها على الأداء حيث أن المستشفيات غير الربحية تابعة في إدارتها إلى جمعيات خيرية، والمستشفيات الربحية لها حصة سوقية وتابعة إلى القطاع العام أو الخاص، تبين أن المستشفيات غير الربحية مرتبطة بتلبية احتياجات المجتمع، وهي أقرب إلى الجانب الاجتماعي في تقديم الخدمة، ويقدم على الجانب الإداري مع المحاولة لتطبيق معايير الحوكمة بشكل أقل لخلق التوازن ما بين الاستدامة وتقديم الخدمة مقارنة مع المستشفيات الربحية، هنا يوجد غموض في سير الإجراءات وتقييم الأداء في المستشفيات غير الربحية، تم عمل جدول مقارنات بين المستشفيات، ليظهر جانب المخرجات وطبيعة السلوكيات، وأيضاً مجلس الإدارة من حيث الحجم والصلاحيات، تبين أن المستشفيات غير الربحية لها وجهات نظر ضيقة بسبب صغر حجم المجلس والخلفيات العلمية من حيث الاختصاص، والفجوة ظهرت في حقب زمنية متتالية، إن المساءلة بين أصحاب المسؤوليات أقل، كذلك عدم كفاية الشفافية بسبب ارتباطها بمصادر الدعم الداخلي والخارجي، مقارنة مع المستشفيات الربحية التي تبين أن جودة الأداء أعلى بسبب تطبيق قواعد الحوكمة فيها، وحسن توزيع الأدوار، ووجود هيكل تنظيمي يوضح الصلاحيات كل حسب تخصصه، ويضمن وجود المساءلة ويسهل قياس الأداء اليومي كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة كبيرة في تطبيق معايير الحوكمة ما بين المستشفيات الربحية وغير الربحية من حيث إمكانية تطبيقه.

المستشفيات الربحية: مجلس الإدارة يحقق التوازن بين المطالب المعقدة والمتباينة في كثير من الأحيان، ويطبق اللوائح والقوانين بالحدافير، وقوى السوق، وتوقعات المجتمع، والدولة تطالب المستشفيات بالمزيد من الشفافية في التقارير الصحية والرعاية العامة، ومجلس الإدارة مرن ومتخصص، وهناك تكامل بين الهيكل والإستراتيجية تضمن جودة المخرجات والأداء.

المستشفيات غير الربحية: هي معفاة من الضرائب، وفيها تفسيرات داخلية مغلوطة للحكم الرشيد، وسياسة المساءلة الإدارية للمستشفى من قبل المانحين وليست الحوكمة بناءً على كمية تقديم الخدمة، ونوع المعاملة المجتمعية على أساس جمعية، والأدبيات تميل إلى الهيمنة على التوصيات التي تدعو

لها معايير الحوكمة من أجل التقيد بها، لا تؤثر المجالس على الأداء التنظيمي إلا في ظروف الأزمات، وهناك إفراط في التفويض أو التخلي عن صنع القرار من قبل الرئيس التنفيذي، وتشير الدراسة أن الحكم الرشيد له الأثر الفعال على جودة الأداء وهذا يبين الفرق في حرص مستشفيات القطاع العام والخاص الربحي في التقيد، وابتعاد المستشفيات غير الربحية عن الحكم الرشيد أو ضعف التقيد فيه أو تسويفه بسبب ضعف المساءلة من قبل أصحاب المصالح بسبب وجود تضارب ما بين التقيد باللوائح والأنظمة والقوانين وما بين استثمار المنافع بشكل يخدم فئات أو حقب زمنية بناءً على سياسات معينة.

9. دراسة مشروع (باث، 2005)، بعنوان: " A performance Assessment Tool Hospital" بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية، المجلة الدولية للجودة في الرعاية الصحية، (10-1)، نيابة عن الجمعية الدولية للجودة في مجال الرعاية الصحية، أكسفورد ونفرتيتي بريس.

هدف هذا المشروع إلى حوكمة إدارة المستشفيات (باث) لتوجيه الموظفين، ولتحسين وتقييم الأداء حيث أطلق المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية في عام (2003) مشروعاً يهدف إلى تطوير سلسلة من أربع ورش عمل يجتمع الخبراء ويمثلون معظم التجارب القيمة على تقييم أداء المستشفيات في جميع أنحاء العالم، وتم فحص أكثر من (100) مؤشر أداء، وأجريت دراسة استقصائية في (20) بلداً أوروبياً، يتم فيها تطبيق قواعد الحوكمة في المستشفيات وتقييم الأداء في المستشفيات ضمن ستة أبعاد منها: الفعالية، السلامة العامة، تجهيز مركز المريض، كفاءة الإنتاج وتوجيه الموظفين، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: وضع تعريفات ومفاهيم ذات أبعاد رئيسية التي تقيم الأداء في المستشفيات، تصميم هيكل مشروع (باث) لتحسين الجودة من خلال تقييم الأداء، اختيار نواة مصممة خصيصاً لمجموعة مؤشرات لقياس الأداء مع تعريفات تطبيقية مفصلة، تحديد المفاضلات بين المؤشرات القائمة على الأدلة، تصميم لوحة تحكم متوازنة في أولويات تقييم الأداء ووضع استراتيجيات تنفيذ إطار عمل مشروع (باث)، ويجري حالياً تنفيذ المشروع التجريبي في ثمانية بلدان، بهدف زيادة المساءلة وفعالية التطبيق من حيث التكلفة والاستخدام وتحسين الجودة والغرض من مشروع (باث) هو دعم المستشفيات إدارياً لتقييم أداءهم والتشكيك في النتائج المنفردة الخاصة خارج مشروع (باث)، لا يقتصر على مقارنة البيانات الوطنية والدولية بل يشمل التوجهات الإستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية التي تتوافق مع المعايير المجتمعية والصحية والمهنية، وينبغي

أن يستند أداء العاملين في المستشفى إلى الكفاءة في تطبيق المعرفة الحالية المتاحة من التكنولوجيا والموارد ذات الصلة ضمن الهوامش الاقتصادية المخصصة لقطاع الصحة، وتم تنفيذ المشروع ابتداء من (مستشفى جامعة نانت في فرنسا)، و(مستشفى الدنمارك - كوبنهاغن)، و(معهد الصحة إسبانيا - الكتالونية)، و(ألبانيا - وزارة الصحة)، و(جنوب أفريقيا مجمع مستشفى - بيتر ماريتزبرج، مترو بوليتان، وميدلاندرز)، و(إيطاليا - جامعة بوكوني)، و(هولندا - جامعة أمستردام)، و(ألمانيا - معهد دير أوك العلمي)، لإقامة نظام ضمن إطار تطبيق مبادئ الحوكمة القائم على تقييم الأداء من أجل ضمان جودة الرعاية الصحية لتضمن الاستمرارية ولدمج قطاعات الصحة الدولية إدارياً والتنسيق للخروج بدليل إجرائي متعارف عليه مبني على التفاهم بالشراكة مع الصحة العالمية.

3.3.2 التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الباحث مما سبق من الدراسات السابقة العربية والأجنبية، يلاحظ أن غالبية نتائج الدراسات والأبحاث التي استهدفت دراسة موضوع الحوكمة في الدول المتقدمة والنامية على حدٍ سواء تشير إلى وجود علاقة مباشرة لتطبيق معايير الحوكمة الجيدة وأثرها المباشر على أداء الشركات والمؤسسات والمنظمات ونظرة وتوقعات المستثمرين والمدراء لهذه الشركات والمؤسسات، كما أنها تعددت واختلفت باختلاف الأهداف التي سعت إلى تحقيقها، والموضوعات التي تناولتها وتتنوع الأماكن التي أجريت فيها، ولكن يتضح بأنها تتشابه مع الدراسة الحالية والتي تبحث في موضوع واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وكيفية الاستفادة منها وتطبيقها، وتبين لدى الباحث وجود اهتمام واضح من قبل الباحثين وبعض المؤسسات الصحية الحكومية وغير الحكومية فيما يخص واقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية والأداء المؤسسي؛ للتأكد من تحقيقه لتطبيق معايير الحوكمة وجودة الخدمات الصحية المقدمة لمتلقي الخدمة وأداء الموظفين لتطبيق الحوكمة والحوكمة الإكلينيكية أو السريرية، وقام الباحثون بربط موضوع تطبيق معايير الحوكمة والأداء المؤسسي وموضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرفهم، باستخدام العديد من المتغيرات والأدوات، حيث أشارت غالبية الدراسات إلى مدى التزام المؤسسات والشركات بتطبيق قواعد الحوكمة التي كان لها نتائج إيجابية على أدائها، وظهر ذلك في

العديد من الدراسات التي استعرضها الباحث وركزت على أثر وواقع تطبيق معايير ومبادئ الحوكمة في المؤسسات وأدائها وتقييم جودة وكفاءة الخدمة المقدمة.

أولاً: الدراسات العربية والأجنبية التي تشابهت مع الدراسة الحالية

دراسة الفاخري وآخرون (2019) التي هدفت إلى دراسة الحوكمة وأثرها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ودراسة عيسى (2017) التي هدفت إلى دراسة أثر تطبيق معايير الحوكمة على أداء العاملين في المستشفيات، ودراسة جلاذ (2017) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تطبيق الحوكمة والأداء ممثلاً بالإنتاجية والانتماء، ودراسة الجعبري (2016) التي هدفت إلى التعرف على واقع الحوكمة في المستشفيات الأهلية والخاصة في منطقة جنوب الضفة الغربية الواقع والمأمول وما هي أهم مقترحات تطبيقها، ودراسة أبو حصيرة (2016) التي هدفت إلى تقييم جودة الأداء الصحي المؤسسي من خلال التعرف على مدى تطبيق مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي لمعايير منظمة الصحة العالمية عن طريق تقييم الخدمات المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، وفي دراسة لمنظمة التعاون والتنمية (2016) هدفت الدراسة إلى ترسيخ الأدلة الإجرائية وعمل مقارنات لتقييم الأداء في إدارة المستشفى على الممارس الصحي الإداري المتخصص والعمل على تقسيم المهام بينهم للخروج بجودة أداء بفضل القرارات السليمة، ودراسة الأمانة العامة لمجلس الوزراء (2015) هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات في المراكز الصحية منها مجمع فلسطين الطبي في رام الله، ودراسة شلش (2013) هدفت هذه الدراسة لقياس مدى تطبيق معايير الشفافية والنزاهة في المؤسسات الحكومية الفلسطينية، ودراسة جوهرة وفوزية (2012) هدفت هذه الدراسة للتعرف على واقع أثر حوكمة المستشفيات على المهن الطبية حيث أنها كانت مرتبطة بدراسة النهج الإداري أكثر من المالي، ودراسة Flodber& Nadjari (2013) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين حوكمة الشركات وأدائها الثابت في دول شمال أوروبا، ودراسة هو جين تاو ليو وكينجي إيتوه (2012) هدفت هذه الورقة إلى وضع الإطار النظري لإدارة المستشفيات، ودراسة Heenetigala&Armstrong (2012) التي هدفت لدراسة القواعد الإرشادية التي وضعتها الحكومة السيريلانكية لحوكمة الشركات عام 2003 والتي تطبق على الشركات المدرجة في السوق المالي، ودراسة للجنة الإقليمية للشرق الأوسط (2009) هدفت هذه الدراسة إلى توعية مديري المستشفيات بالثغرات في أداء المستشفيات في مختلف الأقاليم، ودراسة جامعة ميشيغان وجامعة كارولينا الشمالية (2006) هدفت هذه الدراسة إلى

المقارنة بين المستشفيات على المستوى الإداري بين المستشفيات الربحية وغير الربحية في تطبيق الحوكمة في المستشفيات.

ثانياً: الدراسات العربية والأجنبية التي اختلفت مع الدراسة الحالية

دراسة حبيب (2016) التي هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات المقدمة في مستشفى العيون من خلال تتبع مؤشرات الأداء الأساسية، ودراسة المصعبي (2016) تتمحور الدراسة حول شهادة الاعتماد للمستشفيات أي حوكمة الإجراءات التي اهتمت في مجلس الإدارة وبالمستويات الإدارية من أحكام وقوانين كأي مؤسسة عامة ودراسة الحاج (2012) التي هدفت إلى إبراز أهمية تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية وذلك باستخدامه مؤشرات متبعة وعالمية، ودراسة الطويل وآخرون (2010) هدفت إلى تحقيق توضيح مفهوم مؤشرات تقييم أداء المستشفى كما وردت في بعض الأدبيات النظرية، ودراسة مشروع باث (2005) والتي هدفت إلى حوكمة إدارة المستشفيات لتوجيه الموظفين وتم إجراء دراسة استقصائية في 20 بلداً أوروبي.

4.3.2 الاستنتاج

بناءً على ما تقدم من التعقيب على الدراسات السابقة نستنتج ما يلي:-

أولاً: أوجه التشابه

التقت كل من دراسات الفاخري (2019) وعيسى (2017) والجلاد (2017) ومنظمة التعاون والتنمية (2016) والأمانة العامة لمجلس الوزراء (2015) وشلش (2013) وجوهرة وفوزية (2012) مع دراستي وذلك باستخدامهم لمعايير الشفافية والمساءلة في التدفق الحر للمعلومات وتبادلها مع الجميع وذوي الاختصاص في المجالات الإدارية والتنفيذية من أجل التكامل ما بين المستويين وذلك للابتعاد عن التوترات والازدواجية في وجهات النظر وذلك لأهمية معايير الشفافية والمساءلة في المؤسسات المحلية والعالمية وذو اثر إيجابي كبير، أما دراسة أبو حصيرة (2016) استخدمت معيار الفعالية السريرية وعينة الدراسة تكونت من مقدمي الخدمة للمرضى في المستشفيات فهي بذلك تلتقي مع دراستي في استخدامها لمعيار الفعالية السريرية والعينة المستهدفة لقياس أداء المستشفيات.

وفي دراسة الجعبري (2016) التي تقيس واقع تطبيق الحوكمة في المستشفيات الخاصة والأهلية في منطقة جنوب الضفة الغربية وأيضاً دراستي تحلل واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسها على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية) وهنا تلتقي الدراستين كونهما في منطقة جنوب الضفة الغربية.

وفي دراسة لجوهرة وفوزية (2012) ارتبطت دراستهما بالنهج الإداري (الأداء والأداء المؤسسي) أكثر من المالي وأيضاً في استخدامها لمعيار الشفافية وأنه عند تطبيق قواعد الحوكمة يكون لها اثر إيجابي على أداء العاملين والإدارة مما ينعكس على متلقي الخدمة، وتلتقي مع دراستي لمعرفة تأثير تطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات بتقديمها الخدمات لمتلقيها، ودراسة Flodber&Nadjari (2013) التي توضح بأن تطبيق قواعد الحوكمة بالرغم من اختلافه من شركة لأخرى إلا أنها ذات أثر إيجابي على مطبقها فتزيد بالعائدات والربحية وتؤثر على الأداء المؤسسي بشكل إيجابي وهذا في مصلحة الجميع، ودراسة هو جين تاو ليو وكينجي إيتوه (2012) أظهرت بأن مدة إقامة المريض بالمستشفى (متلقي الخدمة) هو أكثر معيار يستخدم لتقييم أداء إدارة المستشفى لذلك يتم التقييم من وجهة نظر المرضى المقيمين وليس المراجعين لفترة زمنية محدودة أو العاملين وعليه فإن هذه الدراسة تلتقي أيضاً مع دراستي حيث ستأخذ برأي المرضى المقيمين بالإضافة للمراجعين لمعرفة أداء المستشفيات الخاصة في محافظة الخليل، ودراسة اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط (2009) التقت مع دراستي من حيث أهمية دور الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) وإدخالها لتحسين أداء وخدمات المستشفيات لمتلقي الخدمات من المرضى المقيمين والمراجعين ودراسة جامعة ميشيغان وجامعة كارولينا الشمالية (2006) أجرت مقارنة بين المستشفيات غير الربحية التي تكون تابعة في إدارتها إلى جمعيات خيرية وهي مرتبطة بتلبية احتياجات المجتمع وأقرب للجانب الاجتماعي في تقديم الخدمة مع تطبيق أقل لمعايير الحوكمة، أما المستشفيات غير الربحية لها حصة سوقية وتابعة إلى القطاع العام أو الخاص تركز على جودة الأداء وذلك بسبب تطبيقها لقواعد الحوكمة وتوزيع الأدوار، وبذلك تلتقي مع دراستي التي تقوم بإجراء دراسة مقارنة ما بين المستشفى الأهلي التابع لجمعية أصدقاء المريض ومستشفى الميزان التخصصي وهو خاص وتابع لشركة خاصة ورجال أعمال.

تركيز الدراسات السابقة على أهمية متغير الشفافية والمساءلة فقط في عملية انجاز وتطوير أداء المؤسسات وهذا يتفق مع دراستنا التي تضمنت معايير الشفافية والمساءلة من ضمن معايير الدراسة كأحد ركائز تطبيق معايير الحوكمة.

ثانياً: أوجه الاختلاف

اختلفت كل من دراسات حبيب (2016) ودراسة المصعبي (2016) والحاج (2012) والطويل وآخرون (2010) وباث (2005) عن دراستي الحالية باختلاف الأهداف والمتغيرات ومكان وزمان وكيفية وطريقة إجراء كل دراسة تبعاً للغرض منها عن هذه الدراسة الحالية.

5.3.2 أوجه التشابه والاختلاف بالمنهج والأداة

اشتركت هذه الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في استخدام الاستبانة كأداة رئيسية أو إحدى أدوات الدراسة، كما وتنوعت المنهجية المستخدمة في الدراسات السابقة، وكان معظمها قد استخدم المنهج الوصفي، فيما استخدمت بعض الدراسات المنهج الاستطلاعي والمقارن.

6.3.2 الاستفادة من الدراسات السابقة

استفاد الباحث من الدراسات السابقة؛ ما يلي:-

1. تحديد وصياغة مشكلة وأهداف وأسئلة الدراسة بشكل واضح.
2. تحديد وصياغة متغيرات وفرضيات الدراسة.
3. إثراء الإطار النظري من الدراسة.
4. القدرة على بناء أداة الدراسة (الاستبانة)، الأسلوب الإحصائي لصياغة النتائج والتوصيات وتحليلها ومناقشتها.

7.3.2 ما يميز الدراسة عن الدراسات السابقة

تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بأنها تركز على قطاع ذو أهمية عالية في المجتمع الفلسطيني، وتسلط الضوء على تصورات متلقي ومقدمي الخدمة الصحية وإدراكهم لأهم جوانب الخدمات الصحية المقدمة، وأهم ما يميزها ما يلي:-

1. تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة والنادرة التي تربط بين موضوع واقع تطبيق معايير الحوكمة في القطاع الأهلي والخاص- على حد علم الباحث-.
2. مما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة هو مجتمع وعينة الدراسة، حيث تكون مجتمع الدراسة من مقدمي الخدمة ومتلقي الخدمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل.
3. تبحث هذه الدراسة جانب حيوي ألا وهو واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية).
4. استخدم الباحث المنهج الوصفي من أجل تحقيق أهداف الدراسة، حيث اتضح أن المنهج المستخدم في العديد من الدراسات التي تم الاطلاع عليها هو المنهج الوصفي باعتباره مناسباً لطبيعة الدراسات.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

1.3 المقدمة

يتضمن هذا الفصل وصفاً مفصلاً لمنهجية الدراسة وإجراءاتها التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة من حيث المقدمة، منهج الدراسة، أخلاقيات الدراسة، وصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، إعداد أداة الدراسة "الإستبانة"، إجراءات التحقق من صدق أداة الدراسة وثباتها والتحليل الإحصائي لخصائص العينة "المعالجات الإحصائية" للدراسة، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

2.3 منهج الدراسة

بناءً على طبيعة البيانات والمعلومات اللازمة لهذه الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في دراسته لإنجازها وتحقيق أهدافها، وذلك لملائمته لطبيعة الدراسة والتي تحتاج إلى جمع البيانات وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها والتنبؤ بها، كما هي في الواقع لاستخلاص الدلالات والوصول إلى النتائج التي يمكن تعميمها، حيث أن المنهج الوصفي يرتبط غالباً بدراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية، ويعتمد على وصف الظاهرة في الوقت الحاضر، وجمع البيانات والمعلومات اللازمة عنها. كما ينسجم هذا المنهج مع أهداف الدراسة، من خلال توزيع الاستبيانات على مقدمي ومتلقي الخدمة في المستشفيات (الميزان والأهلي)، والتي تهدف إلى معرفة واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان ومستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وما هي آليات التفعيل التي تزيد من عملية تطبيق الحوكمة فيها والوصول إلى التوصيات التي من شأنها التغلب على هذه المعوقات.

وقد استخدم الباحث مصدرين رئيسيين من مصادر المعلومات:

1. المصادر الثانوية: تم الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية لمعالجة الإطار النظري والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والمقالات، والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث، والمطالعة في المواقع الإلكترونية.
2. المصادر الأولية: لمعالجة الجانب التحليلي لموضوع الدراسة، حيث تم جمع البيانات الأولية من خلال الإستبانة كأداة رئيسية للدراسة، حيث صممت خصيصاً لهذا الغرض وقد تم تفرغ وتحليل البيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي.

(Statistical Package For The Social Sciences, SPSS).

3.3 أخلاقيات الدراسة

إن البحث العلمي هو عملية أخلاقية ومنهجية في ذات الوقت، وخلال كتابة الباحث لهذه الدراسة التزم بالموصفات الأخلاقية إلى جانب المواصفات المعرفية والمنهجية، وحرص على الأمور التالية:-

1. الابتعاد عن السرقة الأدبية والعلمية والتزام الدقة والصدق والأمانة والعدل والشفافية في التوثيق.
2. حفظ حقوق المساهمين في البحوث والدراسات بحقهم الأدبي عند نشر الدراسة.
3. طلب إذن رسمي من إدارة مستشفى الميزان ومستشفى الأهلي والمواقفة الإدارية والطبية على الدراسة، وتحفظ على نشر خصوصية الموظفين الشخصية، وجوانب أخلاقيات المهنة الطبية التي تخص الموظفين والمرضى.

4.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع مقدمي ومتلقي الخدمة (الموظفين والموظفات العاملين والمرضى المقيمين والمراجعين والزائرين) في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية (الميزان والأهلي) في محافظة الخليل والبالغ عددهم (1690)، فكان عدد مقدمي الخدمة (الموظفين) في مستشفى (الميزان والأهلي) (1120) موظفاً وموظفة، بحيث كان مجتمع مقدمي الخدمة (الموظفين) في مستشفى الميزان (270) موظفاً وموظفة، و(850) موظفاً وموظفة في مستشفى الأهلي ممن يمارسون مهناً إدارية وطبية، أما مجتمع متلقي الخدمة (المرضى) في مستشفى (الميزان والأهلي) (570) مريضاً، منهم (126) مريضاً مستشفى الميزان، و(444) مريضاً في مستشفى الأهلي.

5.3 عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بحيث تكون ممثلة لمجتمعها بالاعتماد على الأسس الإحصائية لاختيار العينة، فتم احتساب حجم العينة باستخدام معادلة ستيفن ثامبسون، وذلك بسبب التفاوت في حجم العينة لدى مستشفى (الميزان والأهلي)، فالعينة الملائمة لمقدمي الخدمة (الموظفين) هي العينة الطبقيّة العشوائية، طبقية أي أنه تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى أقسام ومن ثم اختيار العينة بشكل عشوائي عن طريق القرعة، وتكونت العينة من مقدمي الخدمة في مستشفى (الميزان والأهلي)، بحيث كانت عينة مقدمي الخدمة (الموظفين) في مستشفى الميزان (30) موظفاً وموظفة بنسبة (24.2%)، و(94) موظفاً وموظفة بنسبة (75.8%) في مستشفى الأهلي، أما العينة الملائمة لمتلقي الخدمة (المرضى) هي العينة العشوائية المنتظمة، منتظمة أي أنه تم الرجوع إلى قسم التسجيل والاستقبال في كلا المستشفيات والإطلاع على أعداد متلقي الخدمة المسجلين وتم أخذ من كل خمسة (5) مرضى واحد (1) بطريقة العينة العشوائية المنتظمة، بحيث كانت العينة في مستشفى الميزان (25) مريضاً بنسبة (22.1%)، و(87) مريضاً بنسبة (77.9%) في مستشفى الأهلي.

تم توزيع (236) استبانة في كلا المستشفيات على مقدمي و متلقي الخدمة (الموظفين والمرضى)، وتم استرداد (216) استبانة بنسبة (91.5%)، وقد بلغ عدد الاستبانات الموزعة على مقدمي الخدمة (124) استبانة وتم استرداد (115) استبانة بنسبة (92.7%)، وبلغ عدد الاستبانات الموزعة على متلقي الخدمة (112) وتم استرداد (101) استبانة بنسبة (90%)، بحيث كانت في الميزان (30) استبانة لمقدمي الخدمة واسترد منها (26) استبانة، وفي الأهلي كانت (94) استبانة واسترد منها (89) استبانة، أما متلقي الخدمة في الميزان تم توزيع (25) استبانة عليهم واسترد منها (21) استبانة، وفي الأهلي تم توزيع (87) استبانة واسترد منها (80) استبانة، وقد تم حساب حجم عينة الدراسة عند نسبة خطأ مقدارها (5%) من مجتمعها.

6.3 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

1.6.3 عينة الدراسة من مقدمي الخدمة في المستشفى الميزان والأهلي:

تكونت عينة الدراسة من (124) من مقدمي الخدمة (الموظفين) في مستشفى (الميزان والأهلي) في محافظة الخليل للعام 2020م، وتم استرداد (115) منهم بنسبة (92.7%)، وقد تم اختيارهم بالطريقة الطبقيّة العشوائية.

جدول رقم (1.3): خصائص العينة الديموغرافية لمقدمي الخدمة.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	56	48.7
	أنثى	59	51.3
العمر	أقل من 30 سنة	67	58.3
	30 - 40 سنة	24	20.9
	41 - 50 سنة	11	9.6
	أكثر من 50 سنة	13	11.3
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	37	32.2
	بكالوريوس	60	52.2
	ماجستير فأعلى	18	15.7
الخبرة	أقل من 5 سنوات	61	53.0
	5 - 10 سنوات	25	21.7
	أكثر من 10 سنوات	29	25.2

يوضح الجدول رقم (1.3) خصائص العينة الديموغرافية لمتلقي الخدمة وفقاً لمتغيرات: الجنس، العمر، مكان الإقامة والمؤهل العلمي، وتم تفصيلها كما يلي:-

أ. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس:

جدول رقم (2.3): جدول توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير الجنس.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	56	48.7
	أنثى	59	51.3

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (2.3) أن (48.7%) من أفراد العينة ذكور، مقابل (51.3%) منهم إناث.

ب. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر:

جدول رقم (3.3): جدول توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير العمر.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
العمر	أقل من 30 سنة	67	58.3
	30 - 40 سنة	24	20.9
	41 - 50 سنة	11	9.6
	أكثر من 50 سنة	13	11.3

بينت النتائج الواردة في جدول رقم (3.3) أن (58.3%) من أفراد العينة تقع أعمارهم في العمر 30 سنة فأقل، (20.9%) في الفئة العمرية 31-40، ومنهم (9.6%) ضمن الفئة العمرية 41-50، وكان (11.3%) منهم في الفئة العمرية 50 سنة فأكثر.

ت. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي:

جدول رقم (4.3): جدول توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	37	32.2
	بكالوريوس	60	52.2
	ماجستير فأعلى	18	15.7

بينت النتائج الواردة في الجدول رقم (4.3) أن (32.2%) من أفراد العينة من حملة درجة دبلوم فأقل، و(52.2%) منهم من حملة درجة البكالوريوس، و(15.7%) منهم من حملة درجة ماجستير فأعلى.

ث. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير الخبرة:

جدول رقم (5.3): جدول توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير الخبرة.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
الخبرة	أقل من 5 سنوات	61	53.0
	5 - 10 سنوات	25	21.7
	أكثر من 10 سنوات	29	25.2

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (5.3) أن سنوات الخبرة لدى (53%) من أفراد العينة أقل من 5 سنوات، و(21.7%) من أفراد العينة من 5 - 10 سنوات، وكانت سنوات الخبرة لدى (25.2%) من أفراد العينة منهم أكثر من 10 سنوات.

2.6.3 عينة الدراسة من متلقي الخدمة في المستشفى الميزان والأهلي:

تكونت عينة الدراسة من (112) من متلقي الخدمة في مستشفى (الميزان والأهلي) في محافظة الخليل للعام 2020م، وتم استرداد (101) منهم بنسبة (90%)، وقد تم اختيارهم بالطريقة العشوائية المنتظمة.

جدول رقم (6.3): خصائص العينة الديموغرافية لمتلقي الخدمة.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	56	55.4
	أنثى	45	44.6
العمر	أقل من 30 سنة	28	27.7
	31 - 40 سنة	40	39.6
	41 - 50 سنة	15	14.9
	أكثر من 50 سنة	18	17.8
مكان السكن	مخيم	37	36.6
	قرية/بلدة	35	34.7
	مدينة	29	28.7
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	48	47.5
	بكالوريوس	40	39.6
	ماجستير فأعلى	13	12.9

يوضح الجدول رقم (6.3) خصائص العينة الديموغرافية لمتلقي الخدمة وفقاً لمتغيرات: الجنس، العمر، مكان الإقامة والمؤهل العلمي، وتم تفصيلها كما يلي:

أ. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس:

جدول رقم (7.3): توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير الجنس.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	56	55.4
	أنثى	45	44.6

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (7.3) أن (55.4%) من أفراد العينة ذكور، مقابل (44.6%) منهم إناث.

ب. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر:

جدول رقم (8.3): توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير العمر.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
العمر	أقل من 30 سنة	28	27.7
	31 - 40 سنة	40	39.6
	41 - 50 سنة	15	14.9
	أكثر من 50 سنة	18	17.8

بينت النتائج الواردة في جدول رقم (8.3) أن (27.7%) من أفراد العينة تقع أعمارهم في العمر 30 سنة فأقل، (39.6%) في الفئة العمرية 31-40، ومنهم (14.9%) ضمن الفئة العمرية 41-50، وكان (17.8%) منهم في الفئة العمرية 50 سنة فأكثر.

ت. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير مكان السكن:

جدول رقم (9.3): توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
مكان السكن	مخيم	37	36.6
	قرية/بلدة	35	34.7
	مدينة	29	28.7

يتضح من المعطيات الواردة في الجدول رقم (9.3) أن (36.6%) من أفراد العينة من سكان المخيمات، و(34.7%) من أفراد العينة من سكان القرى، و(28.7%) من أفراد العينة من سكان المدن.

ث. توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي:

جدول رقم (10.3): توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	48	47.5
	بكالوريوس	40	39.6
	ماجستير فأعلى	13	12.9

بينت النتائج الواردة في الجدول رقم (10.3) أن (47.5%) من أفراد العينة من حملة درجة دبلوم فأقل، و(39.6%) منهم من حملة درجة البكالوريوس، و(12.9%) منهم من حملة درجة ماجستير فأعلى.

7.3 أداة الدراسة "الإستبانة"

استخدمت الدراسة الحالية أسلوب المسح بالعينة، وكانت الإستبانة أداة لجمع البيانات والمعلومات عن مجتمع الدراسة، حيث تم تطوير أداة الدراسة بعد الرجوع إلى الأدبيات والدراسات السابقة ذات العلاقة والكتب والمراجع العلمية والأطروحات ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية والتي تناولت في مواضيعها متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، وذلك لفحص واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، حيث طور الباحث استبانتين، الأولى تم توجيهها لمقدمي الخدمة في المستشفيات غير الحكومية في محافظة الخليل، حيث تكونت من قسمين رئيسيين، كما هو موضح في الملحق رقم (3)، حيث تناول القسم الأول المتغيرات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة وهي (الجنس، المستشفى، العمر، المؤهل العلمي والخبرة)، في حين ضم القسم الثاني محاور الإستبانة، وتكون من محورين هما: المحور الأول؛ واقع تطبيق معايير الحوكمة، وضم هذا المحور خمسة معايير حيث تكون المعيار الأول من (12) فقرة وتقيس الشفافية والإفصاح، والثاني من (8) فقرات وتقيس النزاهة، والثالث من (10) فقرات وتقيس المساءلة، والرابع من (11) فقرة وتقيس الاستجابة، والخامس (10) فقرة أيضاً وتقيس الفعالية السريرية، وتكون المحور الثاني من (15) فقرة وتقيس الأداء في المستشفيات من عينة الدراسة.

أما الإستبانة الثانية تم توجيهها لمتلقي الخدمة في المستشفيات من عينة الدراسة، حيث تكونت من قسمين رئيسيين، كما هو موضح في الملحق رقم (4)، حيث تناول القسم الأول المتغيرات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة وهي (الجنس، المستشفى، العمر، المؤهل العلمي ومكان السكن)، في حين ضم القسم الثاني محاور الإستبانة، وتكون من محورين هما: المحور الأول؛ واقع تطبيق معايير الحوكمة، وضم هذا المحور خمسة معايير حيث تكون المعيار الأول من (10) فقرات وتقيس الشفافية والإفصاح، والثاني من (8) فقرات وتقيس النزاهة، والثالث من (9) فقرات وتقيس المساءلة، والرابع من (11) فقرة وتقيس الاستجابة، والخامس (10) فقرة أيضاً وتقيس الفعالية السريرية، وتكون المحور الثاني من (12) فقرة وتقيس الأداء في المستشفيات، وبعد عرض أداتي الدراسة على مجموعة من المحكمين تم إجراء التعديلات اللازمة من إضافة وحذف لاعتمادها بصيغتها النهائية بناء على طلب المحكمين، حيث بلغ عدد فقرات أداة الدراسة في الإستبانة الأولى (66) والثانية (60) فقرة، وكانت

فقرات الاستبانة الأولى والثانية تقيس واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على الأداء في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، علماً بأن طريقة الإجابة عند أداة الدراسة تركزت في الاختيار من سلم ليكرت الخماسي (Likert Scale)، وذلك كما يلي:

جدول رقم (11.3): مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale).

التصنيف	موافق بشدة	موافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
الترميز	5	4	3	2	1

8.3 صدق أداة الدراسة

صدق الإستبانة يعني التأكد من أنها صالحة لقياس ما أعدت لقياسه، كما يقصد بالصدق أن تشمل الإستبانة على جميع العناصر اللازمة للتحليل، وأن تكون فقراتها ومفرداتها واضحة لكل من يستخدمها، وقد قام الباحث بتقنين فقرات الإستبانة وذلك للتأكد من صدق أداة الدراسة، وقد تم التأكد من فقرات الإستبانة بطريقتين:-

1.8.3 الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين):

قام الباحث بتصميم الإستبانة بصورتها الأولية، ومن ثم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على المشرف ومجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة، تألفت من (4) محكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة القدس وجامعة القدس المفتوحة والجامعة العربية الأمريكية، ويوضح الملحق رقم (2) أسماء المحكمين الذين تفضلوا بتحكيم أداة الدراسة، حيث قاموا مشكورين بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حولها من حيث: مدى وضوح لغة الفقرات وسلامتها لغوياً، ومدى شمول الفقرات ومدى قياسها لما وضعت لقياسه، وإضافة أي معلومات أو تعديلات أو فقرات يرونها مناسبة، وتم أخذها بعين الاعتبار عند إخراج الأداة بشكلها النهائي.

2.8.3 صدق الاتساق الداخلي لفقرات الإستبانة:

تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لفقرات الدراسة مع الدرجة الكلية لكل محور، وذلك كما هو واضح في الجدول (12.3).

جدول (12.3): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات أداة الدراسة مع الدرجة الكلية لكل محور.

أداة الدراسة الخاصة بمقدمي الخدمة					
الرقم	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية	الرقم	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية
.1	0.540	0.000	.34	0.703	0.000
.2	0.712	0.000	.35	0.711	0.000
.3	0.769	0.000	.36	0.741	0.000
.4	0.636	0.000	.37	0.727	0.000
.5	0.588	0.000	.38	0.683	0.000
.6	0.476	0.000	.39	0.719	0.000
.7	0.753	0.000	.40	0.759	0.000
.8	0.590	0.000	.41	0.556	0.000
.9	0.456	0.000	.42	0.658	0.000
.10	0.650	0.000	.43	0.754	0.000
.11	0.688	0.000	.44	0.703	0.000
.12	0.567	0.000	.45	0.675	0.000
.13	0.625	0.000	.46	0.676	0.000
.14	0.755	0.000	.47	0.627	0.000
.15	0.625	0.000	.48	0.546	0.000
.16	0.762	0.000	.49	0.647	0.000
.17	0.574	0.000	.50	0.500	0.000
.18	0.793	0.000	.51	0.650	0.000
.19	0.835	0.000	.52	0.940	0.000
.20	0.794	0.000	.53	0.571	0.000
.21	0.702	0.000	.54	0.606	0.000
.22	0.561	0.000	.55	0.752	0.000
.23	0.695	0.000	.56	0.754	0.000
.24	0.766	0.000	.57	0.747	0.000
.25	0.861	0.000	.58	0.761	0.000
.26	0.775	0.000	.59	0.733	0.000
.27	0.820	0.000	.60	0.713	0.000
.28	0.562	0.000	.61	0.739	0.000
.29	0.845	0.000	.62	0.753	0.000
.30	0.820	0.000	.63	0.595	0.000
.31	0.703	0.000	.64	0.710	0.000
.32	0.704	0.000	.65	0.781	0.000
.33	0.692	0.000	.66	0.691	0.000

أداة الدراسة الخاصة بمتلقي الخدمة					
الرقم	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية	الرقم	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية
.1	0.699	0.000	.31	0.750	0.000
.2	0.724	0.000	.32	0.762	0.000
.3	0.658	0.000	.33	0.696	0.000
.4	0.518	0.000	.34	0.749	0.000
.5	0.691	0.000	.35	0.598	0.000
.6	0.717	0.000	.36	0.649	0.000
.7	0.556	0.000	.37	0.617	0.000
.8	0.717	0.000	.38	0.629	0.000
.9	0.624	0.000	.39	0.749	0.000
.10	0.520	0.000	.40	0.755	0.000
.11	0.708	0.000	.41	0.733	0.000
.12	0.804	0.000	.42	0.693	0.000
.13	0.717	0.000	.43	0.533	0.000
.14	0.680	0.000	.44	0.613	0.000
.15	0.631	0.000	.45	0.732	0.000
.16	0.730	0.000	.46	0.674	0.000
.17	0.687	0.000	.47	0.669	0.000
.18	0.666	0.000	.48	0.714	0.000
.19	0.652	0.000	.49	0.515	0.000
.20	0.784	0.000	.50	0.674	0.000
.21	0.829	0.000	.51	0.786	0.000
.22	0.811	0.000	.52	0.811	0.000
.23	0.807	0.000	.53	0.722	0.000
.24	0.805	0.000	.54	0.822	0.000
.25	0.568	0.000	.55	0.795	0.000
.26	0.475	0.000	.56	0.621	0.000
.27	0.709	0.000	.57	0.742	0.000
.28	0.685	0.000	.58	0.652	0.000
.29	0.759	0.000	.59	0.694	0.000
.30	0.792	0.000	.60	0.793	0.000

* عدد الحالات لمقدمي الخدمات (115) * عدد الحالات لمتلقي الخدمات (101)

تشير المعطيات الواردة في الجدول (12.3) إلى أن جميع قيم مصفوفة ارتباط فقرات أدوات الدراسة مع الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات أدوات الدراسة دالة إحصائياً، مما يشير إلى قوة الاتساق الداخلي لفقرات الأداة وأنها تشترك معاً في قياس واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل، على ضوء الإطار النظري الذي بني المقياس على أساسه.

9.3 ثبات أداة الدراسة

قام الباحث بحساب الثبات لأداة الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي وبحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (13.3).

جدول رقم (13.3): نتائج معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة.

مقدمي الخدمة		متلقي الخدمة		المقياس
عدد الفقرات	قيمة ألفا	عدد الفقرات	قيمة ألفا	
12	0.849	10	0.835	الشفافية والإفصاح
8	0.871	8	0.821	النزاهة
10	0.910	9	0.881	المساءلة
11	0.862	11	0.839	الاستجابة
10	0.785	10	0.872	الفعالية السريرية
51	0.950	48	0.958	واقع تطبيق معايير الحوكمة
15	0.921	12	0.913	الأداء
66	0.962	60	0.968	الدرجة الكلية

* عدد الحالات لمقدمي الخدمات (115) * عدد الحالات لمتلقي الخدمات (101)

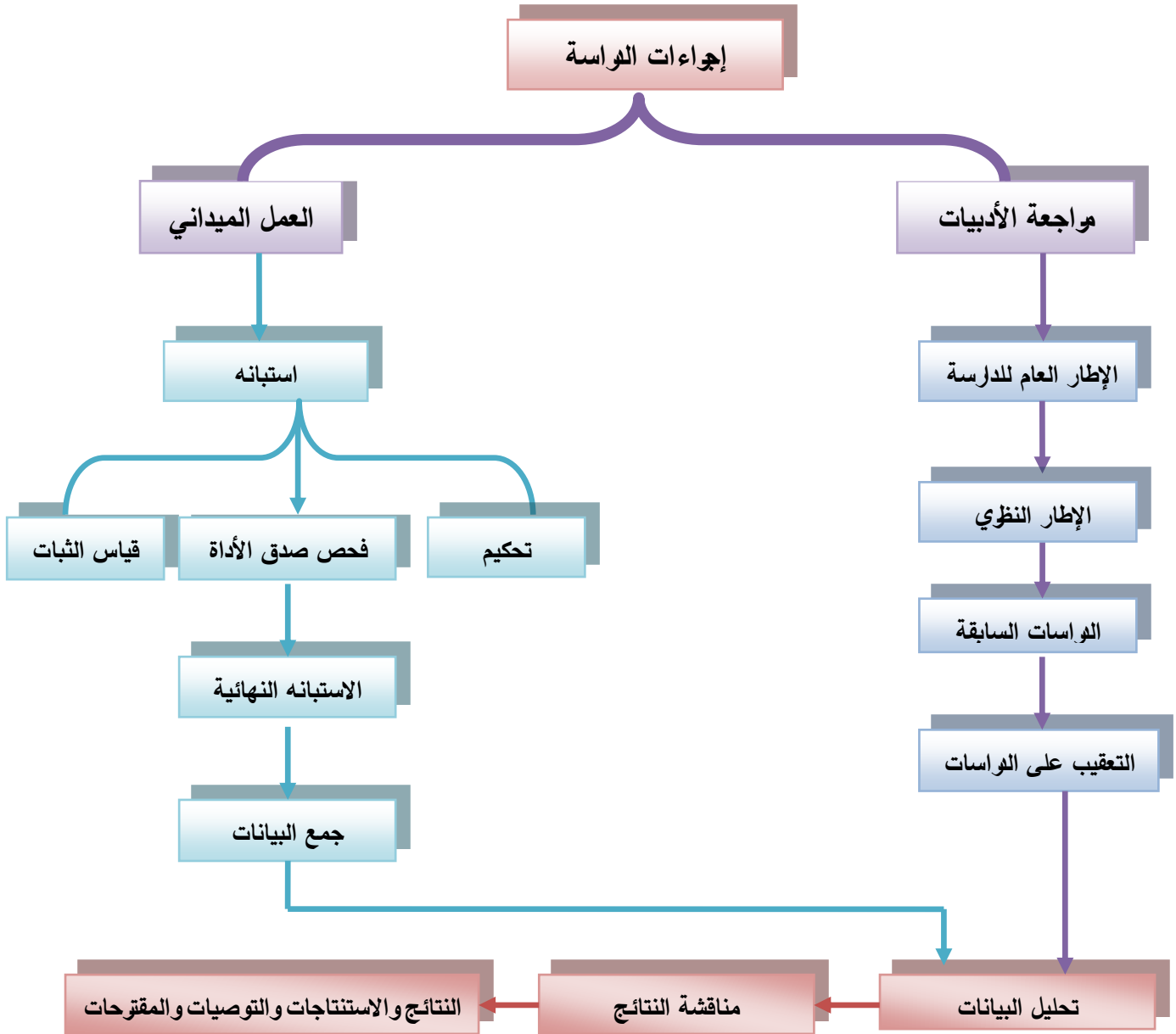
تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (13.3) أن قيم الثبات أداة الدراسة لمقدمي الخدمة في مستشفى الميزان والأهلي عند معايير تطبيق الحوكمة تراوحت بين (78.5% - 91.0%)، كما بلغت قيمة الثبات عند الدرجة الكلية لواقع تطبيق معايير الحوكمة (95.0%) وعند مجالات الأداء بلغت (92.1%)، أما عند الدرجة الكلية لأداة القياس الخاصة بمقدمي الخدمة فقد بلغت قيمة الثبات (96.2%)، وبذلك تتمتع أداة الدراسة بدرجة عالية من الثبات وقابلة لاعتمادها لتحقيق أهداف الدراسة.

كما تراوحت قيم ثبات أداة الدراسة لمتلقي الخدمة في مستشفى الميزان والأهلي عند معايير تطبيق الحوكمة بين (82.1% - 88.1%)، كما بلغت قيمة الثبات عند الدرجة الكلية لواقع تطبيق معايير الحوكمة (95.8%) وعند مجال الأداء بلغت (91.3%)، أما عند الدرجة الكلية لأداة القياس الخاصة بمتلقي الخدمة فقد بلغت قيمة الثبات (96.8%)، وبذلك تتمتع أداة الدراسة بدرجة عالية من الثبات وقابلة لاعتمادها لتحقيق أهداف الدراسة.

10.3 إجراءات تطبيق الدراسة

1. تحديد موضوع الدراسة والمتمثل في التعرف على واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية).
2. الحصول على كتاب تسهيل مهمة من جامعة القدس لغايات جمع البيانات من المستشفيات عينة الدراسة.
3. تقديم الكتاب إلى إدارة مستشفى الميزان وإدارة الأهلي في محافظة الخليل من أجل الحصول على موافقة بتوزيع الإستبانة على الموظفين والمراجعين في المستشفيات غير الحكومية من عينة الدراسة.
4. بعد التأكد من صدق أداة الدراسة قام الباحث بطبع وتوزيع (236) استبانة، منها (124) استبانة على مقدمي الخدمة (الموظفين) في مستشفى الميزان والأهلي، وتوزيع (112) استبانة على متلقي الخدمة من المرضى المقيمين والمراجعين والزائرين في كلا المستشفيات في محافظة الخليل.
5. قام الموظفون والمراجعون بتعبئة الإستبانة بما هو مطلوب منهم وبعد ذلك قام الباحث بجمعها منهم وقد بلغت الاستبيانات المستردة (216) من أصل (236) بنسبة (91.5%)، فبلغ ما تم استرداده من عينة مقدمي الخدمة (الموظفين) (115) استبانة من أصل (124) بنسبة بلغت (92.7%)، في حين بلغ عدد الاستبيانات المستردة من عينة متلقي الخدمة (101) من أصل (112) بنسبة بلغت (90.2%).
6. قام الباحث بإدخال البيانات إلى جهاز الحاسوب وتحليل النتائج باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS.

شكل رقم (1.3): نموذج إجراءات تطبيق الدراسة.



المصدر: (تم إعداد هذا النموذج من قبل الباحث بالاعتماد على الإجراءات التي اتبعها لإتمام الرسالة).

11.3 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبيانات وبيانات الدراسة والتأكد من صلاحيتها للتحليل، قام الباحث بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسوب لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وقد أدخلت للحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية، حيث أعطيت الإجابة أوافق بشدة (5) درجات، أوافق (4) درجات، محايد (3) درجات، لا أوافق (2) درجتين ولا أوافق بشدة (1) درجة واحدة، بحيث كلما زادت الدرجة زاد واقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على الأداء في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل، وتحليل البيانات وفقاً لأسئلة الدراسة وبيانات الدراسة.

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية (ذلك لتحديد درجات الفقرات وأيهما حصل على موافقة أو تم رفضها من قبل أفراد العينة) والانحرافات المعيارية (ذلك لمعرفة مدى انحراف إجابات أفراد العينة عن متوسطها)، معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) (للتحقق من صحة صدق أداة الدراسة إحصائياً لفقرات الأداة)، اختبارات (T- Test)؛ (لفحص مدى صحة الفرضية تعزى لمتغير معدل وهذا المتغير يكون بمستويين فقط مثل متغير الجنس "ذكر وأنثى")، واختبارات للعينات الواحدة (One- Sample T Test) (يستخدم لقياس دلالة الفروق في المتوسط الحسابي للمتغير موضوع الدراسة)، اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis Of Variance)؛ (لفحص مدى صحة الفرضية تعزى لمتغير معدل وهذا المتغير يكون لأكثر من مستويين مثل متغير المؤهل العلمي "دبلوم فأقل، بكالوريوس وماجستير فأعلى")، واختبار (LSD) للمقارنات البعدية، تحليل الانحدار الخطي (Regression)؛ (للتنبؤ بقيمة الأثر الذي يتركه المتغير المستقل أو مجموعة من المتغيرات المستقلة (المتصلة) على المتغير التابع (المتصل))، ومعامل الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)؛ (للتأكد من مدى ثبات أفراد العينة على فقرات الإستبانة)، وتم ذلك باستخدام الحاسوب، وباستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

12.3 مفتاح المتوسطات الحسابية لنتائج الدراسة (تصحيح المقياس):

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) وهو أسلوب لقياس السلوكيات ويستعمل في الاستبيانات وبخاصة في مجال الإحصاء، ويعتمد المقياس على ردود تدل على درجة الموافقة أو الاعتراض على واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على الأداء في محافظة الخليل، بناء على المتوسطات الحسابية كما في الجدول (14.3):

جدول رقم (14.3): مفتاح المتوسطات الحسابية لنتائج الدراسة.

الرقم	المتوسط الحسابي	درجة التقييم
.1	1.01-1.80	منخفضة جداً
.2	2.60-1.81	منخفضة
.3	3.40-2.61	متوسطة
.4	4.20-3.41	مرتفعة
.5	5.00-4.21	مرتفعة جداً

تحليل نتائج الدراسة ومناقشتها

1.4 المقدمة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، حول واقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على أدائها في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل (مستشفى الميزان ومستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة، والتحقق من صحة فرضياتها باستخدام التقنيات الإحصائية المناسبة.

2.4 الإجابة عن أسئلة الدراسة

1.2.4 السؤال الرئيسي: ما واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة؟

للإجابة عن السؤال السابق تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (1.4).

جدول رقم (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.

العينة	المستشفى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
مقدمي الخدمة	مستشفى الميزان	26	3.756	0.494	مرتفعة	75.1
	مستشفى الأهلي	89	3.670	0.591	مرتفعة	73.4
متلقي الخدمة	مستشفى الميزان	21	3.726	0.416	مرتفعة	74.5
	مستشفى الأهلي	80	3.420	0.630	مرتفعة	68.4
الدرجة الكلية	مقدمي الخدمة	115	3.689	0.569	مرتفعة	73.8
	متلقي الخدمة	101	3.484	0.603	مرتفعة	69.6

تشير المعطيات الواردة في الجدول (1.4) أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة في مستشفى الميزان كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.76) مع انحراف معياري (0.49)، وبوزن نسبي بلغ (75.1%)، وعند مقدمي الخدمة من مستشفى الأهلي فقد جاء واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظرهم مرتفعاً أيضاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.67) مع انحراف معياري (0.59)، وبوزن نسبي بلغ (73.4%).

كما وأظهرت المعطيات الواردة في الجدول (1.4) إلى أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة في مستشفى الميزان كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.73) مع انحراف معياري (0.42)، وبوزن نسبي بلغ (74.5%)، وعند متلقي الخدمة من مستشفى الأهلي فقد جاء واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظرهم مرتفعاً أيضاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.42) مع انحراف معياري (0.63)، وبوزن نسبي بلغ (68.4%).

وعند الدرجة الكلية فقد أشارت المعطيات الواردة في الجدول (1.4) أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.69) مع انحراف معياري (0.57)، وبوزن نسبي بلغ (73.8%)، وعند متلقي الخدمة فقد جاء واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظرهم مرتفعاً أيضاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.48) مع انحراف معياري (0.60)، وبوزن نسبي بلغ (69.6%).

وهنا اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (جوهره وفوزية، 2012)؛ والتي أظهرت أن المستشفى العمومي لولاية جيجل يطبق مستوى عالي من أبعاد الحوكمة، واختلفت مع دراسة (الجعبري، 2016)؛ والتي أظهرت أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الأهلية والخاصة الفلسطينية العاملة في جنوب الضفة الغربية كان متوسطاً.

وقد تفرع عن سؤال الدراسة الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

1.1.2.4 السؤال الفرعي الأول: ما درجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة؟

للإجابة عن السؤال السابق تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (2.4).

جدول رقم (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.

متلقي الخدمة				مقدمي الخدمة				المحور
النسبة %	الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة %	الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
65.8	متوسطة	0.663	3.29	71.8	مرتفعة	0.621	3.59	الشفافية والإفصاح
62.8	متوسطة	0.828	3.14	67.2	متوسطة	0.836	3.36	النزاهة
63.4	متوسطة	0.817	3.17	67.0	متوسطة	0.819	3.35	المساءلة
76.6	مرتفعة	0.650	3.83	80.8	مرتفعة	0.606	4.04	الاستجابة
77.2	مرتفعة	0.615	3.86	80.4	مرتفعة	0.680	4.02	الفعالية السريرية
69.6	مرتفعة	0.603	3.48	73.8	مرتفعة	0.560	3.69	الدرجة الكلية

تشير المعطيات الواردة في الجدول (2.4) أن درجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة كانت مرتفعة، فقد بلغ المتوسط الحسابي عند مقدمي الخدمة (3.69) مع انحراف معياري (0.56)، ووزن نسبي (73.8%)، ومن وجهة نظر متلقي الخدمة مرتفعة وبمتوسط حسابي (3.48) مع انحراف معياري (0.60)، ووزن نسبي (69.6%)، وأظهرت النتائج أن معايير تطبيق الحوكمة جاءت مرتبة حسب الأهمية من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، فمن وجهة نظر مقدمي الخدمة؛ جاء معيار الاستجابة في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (4.04) مع انحراف معياري (0.61) ووزن نسبي (80.8%)، وفي المرتبة الثانية معيار الفعالية السريرية بمتوسط حسابي (4.02) مع انحراف معياري (0.68) ووزن نسبي (80.4%)،

وفي المرتبة الثالثة معيار الشفافية والإفصاح وبمتوسط الحسابي (3.59) مع انحراف معياري (0.62) ووزن نسبي (71.8%)، وفي المرتبة الرابعة معيار النزاهة بمتوسط حسابي (3.36) مع انحراف معياري (0.84) ووزن نسبي (67.2%)، وأقل هذه المعايير أهمية معيار المساءلة حيث بلغ المتوسط حسابي (3.35) مع انحراف معياري (0.82) ووزن نسبي (67.0%)، أما من وجهة نظر متلقي الخدمة؛ حصل معيار الفعالية السريرية على المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.86) مع انحراف معياري (0.62) ووزن نسبي (77.2%)، وفي المرتبة الثانية معيار الاستجابة بمتوسط حسابي (3.83) مع انحراف معياري (0.65) ووزن نسبي (76.6%)، وفي المرتبة الثالثة معيار الشفافية والإفصاح وبمتوسط حسابي (3.29) مع انحراف معياري (0.66) ووزن نسبي (65.8%)، وفي المرتبة الرابعة معيار المساءلة بمتوسط حسابي (3.17) مع انحراف معياري (0.82) ووزن نسبي (63.4%)، وأقل هذه المعايير أهمية معيار النزاهة حيث بلغ المتوسط حسابي (3.14) مع انحراف معياري (0.83) ووزن نسبي (62.8%).

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن ارتفاع درجة تطبيق معايير الفعالية السريرية والاستجابة والشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل يأتي نظراً لطبيعة هذه المعايير وارتباطها بالسلوك الإداري والطبي وطبيعة تعامل الكوادر الطبية والإدارية مع متلقي الخدمة وسرعة الاستجابة الطبية لهم والسرعة في تقديم العلاج اللازم لكافة الحالات المرضية، وأن هناك تعاون دائم بين مقدمي الخدمة ومنتقليها، كما أن استخدام نظام الورديات لضمان تقديم الخدمة على مدار (24) ساعة وبكل دقة ودون تأخير والرد على الاستفسارات في وقت طلبها وبسرعة الاستجابة لذلك يعكس الالتزام العالي بتطبيق هذه القواعد، وهنا اختلفت هذه النتيجة مع ما جاءت به دراسة (أبو حصيرة، 2016)؛ ودراسة (شلش، 2013)؛ ودراسة (جلاد، 2017)؛ ودراسة (ريزارتش، 2016)؛ واختلفت مع دراسة (جامعة ميشيغان وجامعة كارولينا الشمالية، 2006)؛ ودراسة (عيسى، 2017).

وفيما يلي تفصيل لفقرات كل محور وفقاً لتطبيق معايير الحوكمة من قبل مقدمي الخدمة وامتقيها مرتبة حسب الأهمية:

أولاً: مقدمي الخدمة

1. محور الشفافية والإفصاح:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات لفقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (3.4).

جدول رقم (3.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	10	تتقبل إدارة المستشفى ملاحظات واقتراحات المراجعين	3.79	0.853	مرتفعة	75.8
2	6	يوجد صندوق شكاوى في المستشفى يتلقى التبليغات عن أي فساد أو تقصير أو مخالفات	3.77	1.018	مرتفعة	75.4
2	12	اللوحات الإرشادية والنماذج والنشرات التعريفية الخاصة بتقديم الخدمات كافية وشاملة	3.77	0.956	مرتفعة	75.4
2	4	يوجد مدقق حسابات خارجي معتمد لتدقيق التقارير المالية للمستشفى	3.77	0.958	مرتفعة	75.4
2	1	القوانين والأنظمة واللوائح المنظمة لعمل المستشفى متاحة للعامة	3.77	0.949	مرتفعة	75.4
3	7	يفصح المستشفى عن أعماله وخطته المستقبلية ومشاريعه التي ينوي القيام بها	3.72	0.960	مرتفعة	74.4
4	2	يعتمد المستشفى مبدأ الشفافية في تطبيق القوانين والأنظمة واللوائح	3.66	1.016	مرتفعة	73.2
5	11	يوفر المستشفى موقع إلكتروني ويشتمل شكوى ومعلومات ضرورية للمراجعين	3.50	1.029	مرتفعة	70.0
6	5	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الأخطاء الطبية إن وجدت	3.43	1.026	مرتفعة	68.6
7	9	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الشواغر	3.39	1.197	متوسطة	67.8

66.6	متوسطة	1.057	3.33	يقوم المستشفى بالإفصاح عن تقاريره السنوية (المالية، الإنجاز والأداء) بكل شفافية	3	8
64.2	متوسطة	1.096	3.21	يوفر المستشفى مدونة سلوك	8	9

تشير المعطيات الواردة في الجدول (3.4) أن أهم فقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة الفقرة رقم (10) والتي نصت على (تتقبل إدارة المستشفى ملاحظات واقتراحات المراجعين) بمتوسط حسابي (3.79) وانحراف معياري (0.85)، تلاها الفقرة رقم (6) والتي نصت على (يوجد صندوق شكاوى في المستشفى يتلقى التبليغات عن أي فساد أو تقصير أو مخالفات) وبمتوسط حسابي (3.77) وانحراف معياري (1.02)، والفقرة رقم (12) والتي نصت على (اللوحات الإرشادية والنماذج والنشرات التعريفية الخاصة بتقديم الخدمات كافية وشاملة) وبمتوسط حسابي (3.77) وانحراف معياري (0.96)، والفقرة رقم (4) والتي نصت على (يوجد مدقق حسابات خارجي معتمد لتدقيق التقارير المالية للمستشفى) وبمتوسط حسابي (3.77) وانحراف معياري (0.96)، والفقرة رقم (1) والتي نصت على (القوانين والأنظمة واللوائح المنظمة لعمل المستشفى متاحة للعامة) وبمتوسط حسابي (3.77) وانحراف معياري (0.95)، تلاها الفقرة رقم (7) والتي نصت على (يفصح المستشفى عن أعماله وخططه المستقبلية ومشاريعه التي ينوي القيام بها) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.72) والانحراف المعياري (0.96).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (8) والتي نصت على (يوفر المستشفى مدونة سلوك) بمتوسط حسابي (3.39) وانحراف معياري (1.10)، تلاها الفقرة رقم (3) والتي نصت على (يقوم المستشفى بالإفصاح عن تقاريره السنوية (المالية، الإنجاز والأداء) بكل شفافية) وبمتوسط حسابي (3.33) وانحراف معياري (1.06)، تلاها الفقرة رقم (9) والتي نصت على (يقوم المستشفى بالإفصاح عن الشواغر) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.39) والانحراف المعياري (1.20).

2. محور النزاهة:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات ل فقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (4.4).

جدول رقم (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	13	تساهم الأنظمة والقوانين بمنع تضارب المصالح بين الموظف والمستشفى	3.80	0.966	مرتفعة	76.0
2	17	يعمل المستشفى وفق دليل إجراءات واضح ومعلن لتقديم الخدمة	3.67	0.886	مرتفعة	73.4
3	15	تحول الأنظمة والقوانين دون استخدام الموظفين لموارد وممتلكات المستشفى لمصالح شخصية	3.54	1.118	مرتفعة	70.8
4	16	يطبق المستشفى مدونة قواعد حوكمة الشركات في فلسطين	3.36	1.179	متوسطة	67.2
5	14	تضمن إجراءات التعيين والتوظيف في المستشفى تكافؤ الفرص بين الجميع	3.25	1.262	متوسطة	65.0
6	19	يوجد لدى المستشفى نظام متوازن في توزيع المهام والسلطات والمسؤوليات	3.18	1.225	متوسطة	63.6
7	18	يطبق المستشفى سياسة الشخص المناسب في المكان المناسب	3.17	1.199	متوسطة	63.4
8	20	يوجد نظام تحفيز في المستشفى للإبلاغ عن أي حالة فساد أو مخالفة	2.92	1.326	متوسطة	58.4

تشير المعطيات الواردة في الجدول (4.4) أن أهم فقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة الفقرة رقم (13) والتي نصت على (تساهم الأنظمة والقوانين بمنع تضارب المصالح بين الموظف والمستشفى) بمتوسط حسابي (3.80) وانحراف معياري (1.00)، تلاها الفقرة رقم (17) والتي نصت على (يعمل المستشفى وفق دليل إجراءات واضح ومعلن لتقديم الخدمة) بمتوسط حسابي (3.67) وانحراف معياري (0.89)، تلاها الفقرة

رقم (15) والتي نصت على (تحول الأنظمة والقوانين دون استخدام الموظفين لموارد وممتلكات المستشفى لمصالح شخصية) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.54) والانحراف المعياري (1.12).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (20) والتي نصت على (يوجد نظام تحفيز في المستشفى للإبلاغ عن أي حالة فساد أو مخالفة) بمتوسط حسابي (2.92) وانحراف معياري (1.33)، تلاها الفقرة رقم (18) والتي نصت على (يطبق المستشفى سياسة الشخص المناسب في المكان المناسب) بمتوسط حسابي (3.17) وانحراف معياري (1.20)، تلاها الفقرة رقم (19) والتي نصت على (يوجد لدى المستشفى نظام متوازن في توزيع المهام والسلطات والمسؤوليات) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.18) والانحراف المعياري (1.23).

3. محور المساءلة:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات ل فقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (5.4).

جدول رقم (5.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	22	يحق للمواطنين مساءلة الموظفين والقيادات الإدارية في المستشفى	3.63	0.958	مرتفعة	72.6
2	28	يوجد في المستشفى وصف كامل ومحدد وواضح لكل وظيفة	3.62	0.933	مرتفعة	72.4
3	23	يوجد في المستشفى هيئة للرقابة والتفتيش	3.61	0.934	مرتفعة	72.2
4	24	تقوم الرقابة والتفتيش في المستشفى بعملها بشكل دوري	3.34	1.067	متوسطة	66.8
5	21	حق المساءلة مصان للموظفين في المستشفى	3.32	1.246	متوسطة	66.4
6	25	تقوم الرقابة والتفتيش بعملها بشكل مهني	3.31	1.046	متوسطة	66.2
7	27	يوجد في المستشفى نظام عقوبات يتناسب مع نوع المخالفة وتكرارها	3.25	1.176	متوسطة	65.0

65.0	متوسطة	1.198	3.25	يتناسب الجزاء والعقاب المتخذ مع حجم المخالفة المرتكبة	29	7
64.4	متوسطة	1.099	3.22	تعالج إدارة المستشفى الشكاوى المقدمة والاقتراحات بمهنية عالية	26	8
60.6	متوسطة	1.294	3.03	المحاسبة على التقصيرات والمخالفات تتسم بالنزاهة والعدالة تجاه الجميع	30	9

تشير المعطيات الواردة في الجدول (5.4) أن أهم فقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة الفقرة رقم (22) والتي نصت على (يحق للمواطنين مساءلة الموظفين والقيادات الإدارية في المستشفى) بمتوسط حسابي (3.63) وانحراف معياري (0.96)، تلاها الفقرة رقم (28) والتي نصت على (يوجد في المستشفى وصف كامل ومحدد وواضح لكل وظيفة) بمتوسط حسابي (3.62) وانحراف معياري (0.93)، تلاها الفقرة رقم (23) والتي نصت على (يوجد في المستشفى هيئة للرقابة والتفتيش) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.61) والانحراف المعياري (0.93).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (30) والتي نصت على (المحاسبة على التقصيرات والمخالفات تتسم بالنزاهة والعدالة تجاه الجميع) بمتوسط حسابي (3.03) وانحراف معياري (1.29)، تلاها الفقرة رقم (26) والتي نصت على (تعالج إدارة المستشفى الشكاوى المقدمة والاقتراحات بمهنية عالية) بمتوسط حسابي (3.22) وانحراف معياري (1.10)، تلاها الفقرة رقم (29) والتي نصت على (يتناسب الجزاء والعقاب المتخذ مع حجم المخالفة المرتكبة) بمتوسط حسابي (3.25) وانحراف معياري (1.20)، والفقرة رقم (27) والتي نصت على (يوجد في المستشفى نظام عقوبات يتناسب مع نوع المخالفة وتكرارها) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.25) والانحراف المعياري (1.18).

4. محور الاستجابة:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات لفقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (6.4).

جدول رقم (6.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	34	الموظفين ملتزمين بالمواعيد المحددة لتقديم الخدمات للمرضى	4.11	0.781	مرتفعة	82.2
2	35	يقوم الموظفون بالتعاون مع المرضى ومساعدتهم دائماً	4.10	0.754	مرتفعة	82.0
2	32	يقدم المستشفى خدماته على مدار (24) ساعة وبكل دقة ودون تأخير	4.10	0.799	مرتفعة	82.0
3	38	يتم تشخيص وفحص الحالة المرضية ضمن ظروف خاصة	4.09	0.790	مرتفعة	81.8
4	41	أنا راض عن الجهود التي يبذلها المستشفى لتلبية احتياجات متلقي الخدمة	4.07	1.815	مرتفعة	81.4
4	40	يلتزم مقدمو الخدمة في المستشفى بإجراءات تقديم الخدمة بشكل جيد	4.07	0.697	مرتفعة	81.4
5	39	وقت الانتظار للحصول على الخدمة مناسب	4.03	0.737	مرتفعة	80.6
6	33	يستجيب المستشفى بسرعة لاستفسارات متلقي الخدمة	3.99	0.832	مرتفعة	79.8
7	37	يتم تقديم شرح كامل عن الوضع الصحي للمريض ومنحه فرصة كافية للمناقشة	3.95	0.836	مرتفعة	79.0
7	31	يلبي المستشفى احتياجات المرضى والموظفين من الخدمات.	3.95	0.916	مرتفعة	79.0
8	36	إجراءات تلقي الخدمة من المستشفى سريعة وغير معقدة	3.93	0.780	مرتفعة	78.6

تشير المعطيات الواردة في الجدول (6.4) أن أهم فقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة الفقرة رقم (34) والتي نصت على (الموظفين ملتزمين بالمواعيد المحددة لتقديم الخدمات للمرضى) بمتوسط حسابي (4.11) وانحراف معياري (0.78)، تلاها الفقرة رقم (35) والتي نصت على (يقوم الموظفون بالتعاون مع المرضى ومساعدتهم دائماً) بمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (0.75)، تلاها الفقرة رقم (32) والتي نصت على (يقدم المستشفى خدماته على مدار (24) ساعة وبكل دقة ودون تأخير) بمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (0.80)، والفقرة رقم (38) والتي نصت على (يتم تشخيص وفحص الحالة المرضية ضمن ظروف خاصة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.09) والانحراف المعياري (0.79).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (36) والتي نصت على (إجراءات تلقي الخدمة من المستشفى سريعة وغير معقدة) بمتوسط حسابي (3.93) وانحراف معياري (0.78)، تلاها الفقرة رقم (31) والتي نصت على (يلبي المستشفى احتياجات المرضى والموظفين من الخدمات) بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري (0.92)، والفقرة رقم (37) والتي نصت على (يتم تقديم شرح كامل عن الوضع الصحي للمريض ومنحه فرصة كافية للمناقشة) بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري (0.84)، تلاها الفقرة رقم (33) والتي نصت على (يستجيب المستشفى بسرعة لاستفسارات متلقي الخدمة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.99) والانحراف المعياري (0.83).

5. محور الفعالية السريرية:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات ل فقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (7.4).

جدول رقم (7.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	45	تتوفر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة	4.22	0.803	مرتفعة جداً	84.4
2	48	يتم طلب وإجراء الفحوصات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة	4.11	1.872	مرتفعة	82.2
3	49	يوجد ملف طبي كامل لكل مريض ويتم تحديث بياناته عند الحاجة ويحصل على المعلومات بسهولة	4.10	0.765	مرتفعة	82.0
3	46	عدد الأسرة المتوفرة داخل غرف المرضى الخاضعين للعلاج تتناسب مع حجم الغرفة	4.10	0.878	مرتفعة	82.0
4	50	تتم متابعة الحالة المرضية بسرعة عالية خلال التواجد في المستشفى	4.07	1.886	مرتفعة	81.4
5	42	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوفرة وحديثة	4.04	0.810	مرتفعة	80.8
6	44	يوجد صالات انتظار وراحة مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم	3.97	0.977	مرتفعة	79.4

79.2	مرتفعة	0.882	3.96	يتم تشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى	51	7
79.0	مرتفعة	0.990	3.95	مكان تقديم الخدمة آمن وهادئ ومناسب ولائق للعلاج والمراجعة	43	8
73.2	مرتفعة	1.059	3.66	عدد موظفين المستشفى المعنيين من (أطباء، تمريض، مهن طبية مساندة) بتقديم الخدمة كاف	47	9

تشير المعطيات الواردة في الجدول (7.4) أن أهم فقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة الفقرة رقم (45) والتي نصت على (تتوفر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة) بمتوسط حسابي (4.22) وانحراف معياري (0.80)، تلاها الفقرة رقم (48) والتي نصت على (يتم طلب وإجراء الفحوصات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة) بمتوسط حسابي (4.11) وانحراف معياري (1.87)، تلاها الفقرة رقم (49) والتي نصت على (يوجد ملف طبي كامل لكل مريض ويتم تحديث بياناته عند الحاجة ويحصل على المعلومات بسهولة) وبمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (0.77)، والفقرة رقم (46) والتي نصت على (عدد الأسرة المتوفرة داخل غرف المرضى الخاضعين للعلاج تتناسب مع حجم الغرفة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.10) والانحراف المعياري (0.88).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (47) والتي نصت على (عدد موظفين المستشفى المعنيين من (أطباء، تمريض، مهن طبية مساندة) بتقديم الخدمة كاف) بمتوسط حسابي (3.66) وانحراف معياري (1.06)، تلاها الفقرة رقم (3.95) والتي نصت على (مكان تقديم الخدمة آمن وهادئ ومناسب ولائق للعلاج والمراجعة) بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري (0.99)، تلاها الفقرة رقم (51) والتي نصت على (يتم تشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.96) والانحراف المعياري (0.88).

ثانياً: متلقي الخدمة

1. محور الشفافية والإفصاح:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات ل فقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (8.4).

جدول(8.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	10	اللوحات الإرشادية والنماذج والنشرات التعريفية الخاصة بتقديم الخدمات كافية وشاملة	3.82	1.004	مرتفعة	76.4
2	4	يوجد صندوق شكاوى في المستشفى يتلقى التبليغات عن أي فساد أو تقصير أو مخالفات	3.65	0.888	مرتفعة	73.0
3	9	يوفر المستشفى موقع إلكتروني ويشتمل شكوى ومعلومات ضرورية للمراجعين	3.47	0.878	مرتفعة	69.4
4	1	القوانين والأنظمة واللوائح المنظمة لعمل المستشفى متاحة للعامة	3.43	1.178	مرتفعة	68.6
5	2	يعتمد المستشفى مبدأ الشفافية في تطبيق القوانين والأنظمة واللوائح	3.34	0.993	متوسطة	66.8
6	8	تتقبل إدارة المستشفى ملاحظات واقتراحات المراجعين	3.32	0.989	متوسطة	66.4
7	5	يفصح المستشفى عن أعماله وخطته المستقبلية ومشاريعه التي ينوي القيام بها	3.12	0.983	متوسطة	62.4
8	6	يوفر المستشفى مدونة سلوك	3.05	0.853	متوسطة	61.0
9	3	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الأخطاء الطبية إن وجدت	2.89	1.280	متوسطة	57.8
10	7	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الشواغر	2.78	1.293	متوسطة	55.6

تشير المعطيات الواردة في الجدول (8.4) أن أهم فقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة الفقرة رقم (10) والتي نصت على (اللوحات الإرشادية والنماذج والنشرات التعريفية الخاصة بتقديم الخدمات كافية وشاملة)

بمتوسط حسابي (3.82) وانحراف معياري (1.00)، تلاها الفقرة رقم (4) والتي نصت على (يوجد صندوق شكاوى في المستشفى يتلقى التبليغات عن أي فساد أو تقصير أو مخالفات) بمتوسط حسابي (3.65) وانحراف معياري (0.89)، تلاها الفقرة رقم (9) والتي نصت على (يوفر المستشفى موقع إلكتروني ويشتمل شكاوى ومعلومات ضرورية للمراجعين) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.47) والانحراف المعياري (0.88).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (7) والتي نصت على (يقوم المستشفى بالإفصاح عن الشواغر) بمتوسط حسابي (2.78) وانحراف معياري (1.29)، تلاها الفقرة رقم (3) والتي نصت على (يقوم المستشفى بالإفصاح عن الأخطاء الطبية إن وجدت) بمتوسط حسابي (2.89) وانحراف معياري (1.28)، تلاها الفقرة رقم (6) والتي نصت على (يوفر المستشفى مدونة سلوك) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.05) والانحراف المعياري (0.85).

2. محور النزاهة:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات ل فقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (9.4).

جدول رقم (9.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	12	تساهم الأنظمة والقوانين بتسهيل إجراءات المرضى والمراجعين بما يمنع تضارب المصالح بينهم	3.50	1.119	مرتفعة	70.0
2	11	يتعامل مقدمو الخدمات في المستشفى مع متلقي الخدمة بعدالة دون تمييز.	3.47	1.188	مرتفعة	69.4
3	15	يعمل المستشفى وفق دليل إجراءات واضح ومعلن لتقديم الخدمة	3.37	1.037	متوسطة	67.4
4	17	يوجد لدى المستشفى نظام متوازن في توزيع عدد الموظفين حسب حاجة الأقسام	3.20	1.233	متوسطة	64.0
5	16	يطبق المستشفى سياسة الشخص المناسب في المكان المناسب	3.04	1.183	متوسطة	60.8

57.8	متوسطة	1.130	2.89	هناك تأثير من الإدارة على الموظفين من خلال صندوق الشكاوى	13	6
57.2	متوسطة	1.096	2.86	يقوم المستشفى باستطلاع آراء وتقييم المرضى والمراجعين له من خلال توزيع استبيان	14	7
55.4	متوسطة	1.441	2.77	أستطيع الإبلاغ عن أي حالة فساد أو مخالفة في المستشفى	18	8

تشير المعطيات الواردة في الجدول (9.4) أن أهم فقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة الفقرة رقم (12) والتي نصت على (تساهم الأنظمة والقوانين بتسهيل إجراءات المرضى والمراجعين بما يمنع تضارب المصالح بينهم) بمتوسط حسابي (3.50) وانحراف معياري (1.12)، تلاها الفقرة رقم (11) والتي نصت على (يتعامل مقدمو الخدمات في المستشفى مع متلقي الخدمة بعدالة دون تمييز) بمتوسط حسابي (3.47) وانحراف معياري (1.19)، تلاها الفقرة رقم (15) والتي نصت على (يعمل المستشفى وفق دليل إجراءات واضح ومعلن لتقديم الخدمة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.37) والانحراف المعياري (1.04).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (18) والتي نصت على (أستطيع الإبلاغ عن أي حالة فساد أو مخالفة في المستشفى) بمتوسط حسابي (2.77) وانحراف معياري (1.44)، تلاها الفقرة رقم (14) والتي نصت على (يقوم المستشفى باستطلاع آراء وتقييم المرضى والمراجعين له من خلال توزيع استبيان) بمتوسط حسابي (2.86) وانحراف معياري (1.10)، تلاها الفقرة رقم (13) والتي نصت على (هناك تأثير من الإدارة على الموظفين من خلال صندوق الشكاوى) حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.89) والانحراف المعياري (1.13).

3. محور المساءلة:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات لفقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (10.4).

جدول رقم (10.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	25	القوانين والأنظمة تحد من وقوع المشاكل وتحفظ حقوق المواطنين	3.89	0.799	مرتفعة	77.8
2	26	هيئة الرقابة والتفتيش وسيلة تواصل بين المواطنين والمستشفى	3.65	0.994	مرتفعة	73.0
3	19	يحق للمواطنين مساءلة الموظفين والقيادات الإدارية في المستشفى	3.33	1.226	متوسطة	66.6
4	21	تستجيب إدارة المستشفى للمساءلة الموجهة من قبل متلقي الخدمة بسعة صدر	3.26	1.119	متوسطة	65.2
5	22	يوجد في المستشفى نظام عقوبات يتناسب مع نوع المخالفة وتكرارها	3.02	1.049	متوسطة	60.4
6	24	تقوم الرقابة والتفتيش في المستشفى بعملها بشكل مهني	2.95	1.203	متوسطة	59.0
7	20	تعالج إدارة المستشفى الشكاوى المقدمة والاقتراحات بمهنية عالية	2.91	1.158	متوسطة	58.2
8	23	الجزاء والعقاب المتخذ بحق المخالفين منصف للمواطن	2.83	1.217	متوسطة	56.6
9	27	محاسبة ومساءلة المقصرين والمخالفين في المستشفى هي ممارسة فعلية تتسم بالنزاهة والعدالة	2.73	1.392	متوسطة	54.6

تشير المعطيات الواردة في الجدول (10.4) أن أهم فقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة الفقرة رقم (25) والتي نصت على (القوانين والأنظمة تحد من وقوع المشاكل وتحفظ حقوق المواطنين) بمتوسط حسابي (3.89) وانحراف معياري (0.80)، تلاها الفقرة رقم (26) والتي نصت على (هيئة الرقابة والتفتيش وسيلة تواصل بين المواطنين والمستشفى) بمتوسط حسابي (3.65) وانحراف معياري (0.99)، تلاها الفقرة رقم (19) والتي نصت على (يحق للمواطنين مساءلة الموظفين والقيادات الإدارية في المستشفى) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.33) والانحراف المعياري (1.23).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (27) والتي نصت على (محاسبة ومساءلة المقصرين والمخالفين في المستشفى هي ممارسة فعلية تتسم بالنزاهة والعدالة) بمتوسط حسابي (2.73) وانحراف معياري (1.39)، تلاها الفقرة رقم (23) والتي نصت على (الجزاء والعقاب المتخذ بحق المخالفين منصف

للمواطن) بمتوسط حسابي (2.83) وانحراف معياري (1.22)، تلاها الفقرة رقم (20) والتي نصت على (تعالج إدارة المستشفى الشكاوى المقدمة والاقتراحات بمهنية عالية) حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.91) والانحراف المعياري (1.16).

4. محور الاستجابة:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات ل فقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (11.4).

جدول رقم (11.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	35	يتم تشخيص وفحص الحالة المرضية ضمن ظروف خاصة	4.24	0.680	مرتفعة جداً	84.8
2	29	يقدم المستشفى خدماته على مدار (24) ساعة وبكل دقة ودون تأخير	3.98	0.948	مرتفعة	79.6
3	32	يقوم الموظفون بالتعاون مع المرضى ومساعدتهم دائماً	3.91	0.801	مرتفعة	78.2
3	28	يلبي المستشفى احتياجات المرضى والموظفين من الخدمات	3.91	0.873	مرتفعة	78.2
4	36	وقت الانتظار للحصول على الخدمة مناسب	3.88	0.993	مرتفعة	77.6
5	31	الموظفين ملتزمين بالمواعيد المحددة لتقديم الخدمات للمرضى	3.85	0.910	مرتفعة	77.0
6	37	يلتزم مقدمو الخدمة في المستشفى بإجراءات تقديم الخدمة بشكل جيد	3.82	0.841	مرتفعة	76.4
7	38	أنا راض عن الجهود التي يبذلها المستشفى لتلبية احتياجات متلقي الخدمة	3.76	0.991	مرتفعة	75.2
8	30	يستجيب المستشفى بسرعة لاستفسارات متلقي الخدمة	3.75	0.974	مرتفعة	75.0
9	34	يتم تقديم شرح كامل عن الوضع الصحي للمريض ومنحه فرصة كافية للمناقشة.	3.61	1.058	مرتفعة	72.2
10	33	إجراءات تلقي الخدمة من المستشفى سريعة وغير معقدة	3.36	1.128	متوسطة	67.2

تشير المعطيات الواردة في الجدول (11.4) أن أهم فقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة الفقرة رقم (35) والتي نصت على (يتم تشخيص وفحص الحالة المرضية ضمن ظروف خاصة) بمتوسط حسابي (4.24) وانحراف معياري (0.68)، تلاها الفقرة رقم (29) والتي نصت على (يقدم المستشفى خدماته على مدار (24) ساعة وبكل دقة ودون تأخير) بمتوسط حسابي (3.98) وانحراف معياري (0.95)، تلاها الفقرة رقم (32) والتي نصت على (يقوم الموظفون بالتعاون مع المرضى ومساعدتهم دائماً) بمتوسط حسابي (3.91) وانحراف معياري (0.80)، والفقرة رقم (28) والتي نصت على (يلبي المستشفى احتياجات المرضى والموظفين من الخدمات) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.91) الانحراف المعياري (0.87).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (33) والتي نصت على (إجراءات تلقي الخدمة من المستشفى سريعة وغير معقدة) بمتوسط حسابي (3.36) وانحراف معياري (1.23)، تلاها الفقرة رقم (34) والتي نصت على (يتم تقديم شرح كامل عن الوضع الصحي للمريض ومنحه فرصة كافية للمناقشة) بمتوسط حسابي (3.61) وانحراف معياري (1.06)، تلاها الفقرة رقم (30) والتي نصت على (يستجيب المستشفى بسرعة لاستفسارات متلقي الخدمة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.75)، مع الانحراف المعياري (0.97).

5. محور الفعالية السريرية:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات لفقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (12.4).

جدول رقم (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	48	يتم تشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى	4.12	0.804	مرتفعة	82.4
2	42	تتوفر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة	4.10	0.742	مرتفعة	82.0

81.2	مرتفعة	0.870	4.06	يوجد صالات انتظار وراحة مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم	41	3
80.0	مرتفعة	0.883	4.00	مكان تقديم الخدمة آمن وهادئ ومناسب ولائق للعلاج والمراجعة	40	4
76.8	مرتفعة	0.891	3.84	عدد الأسرة المتوفرة داخل غرف المرضى الخاضعين للعلاج تتناسب مع حجم الغرفة	43	5
76.8	مرتفعة	0.935	3.84	يوجد ملف طبي كامل لكل مريض ويتم تحديث بياناته عند الحاجة ويحصل على المعلومات بسهولة	46	5
76.4	مرتفعة	0.876	3.82	يتم متابعة الحالة المرضية بسرعة عالية خلال التواجد في المستشفى	47	6
75.8	مرتفعة	1.003	3.79	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوفرة وحديثة	39	7
74.6	مرتفعة	0.871	3.73	يتم طلب وإجراء الفحوصات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة	45	8
65.8	متوسطة	1.108	3.29	عدد موظفين المستشفى المعينين من (أطباء، تمريض، مهن طبية مساندة) بتقديم الخدمة كاف	44	9

تشير المعطيات الواردة في الجدول (12.4) أن أهم فقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة الفقرة رقم (48) والتي نصت على (يتم تشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى) بمتوسط حسابي (4.12) وانحراف معياري (0.80)، تلاها الفقرة رقم (42) والتي نصت على (تتوفر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة) بمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (0.74)، تلاها الفقرة رقم (41) والتي نصت على (يوجد صالات انتظار وراحة مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم) حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.06)، الانحراف المعياري (0.87).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (44) والتي نصت على (عدد موظفين المستشفى المعينين من (أطباء، تمريض، مهن طبية مساندة) بتقديم الخدمة كاف) بمتوسط حسابي (3.29) وانحراف معياري (1.11)، تلاها الفقرة رقم (45) والتي نصت على (يتم طلب وإجراء الفحوصات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة) بمتوسط حسابي (3.73) وانحراف معياري (0.87)، تلاها الفقرة رقم (39) والتي نصت على (الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوفرة وحديثة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.79) والانحراف المعياري (1.00).

2.1.2.4 السؤال الفرعي الثاني: ما مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة؟

للإجابة عن السؤال السابق تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (13.4).

جدول رقم (13.4): الأعداد، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.

المقياس	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية	مقدمي الخدمة	115	3.67	0.671	مرتفعة	73.4
	متلقي الخدمة	101	3.61	0.741	مرتفعة	72.2

تشير المعطيات الواردة في الجدول (13.4) أن مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي جاءت مرتفعة، عند مقدمي الخدمة بلغ المتوسط الحسابي (3.67) مع انحراف معياري (0.67) وبوزن نسبي (73.4%)، وعند متلقي الخدمة بلغ المتوسط الحسابي (3.61) مع انحراف معياري (0.74) وبوزن نسبي (72.2%).

يعزو الباحث سبب الارتفاع في أداء المستشفيات إلى أن إدارة المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تحرص دائماً على تقديم أفضل ما لديها من خدمة علاجية لمتلقيها، ودورهم في تقديم خدماتهم الإنسانية لكافة المرضى في المجتمع دون أي تمييز بينهم، وحرصهم على تحقيق أهدافهم وتعزيز مكانتهم في المجتمع المحلي مما يدفعها إلى تقديم قراءات حقيقية عن إنجازاتها ومستوى أدائها، والتأقلم والتكيف مع كافة الحالات الطارئة وحرصه على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات، وهنا اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Heenetigala & Armstrong، 2012)؛ دراسة (Flodber & Nadjari، 2013)؛ ودراسة (جلاد، 2017)؛ ودراسة (جوهرة وفوزية، 2012)؛ واختلفت مع دراسة (الطويل وآخرون، 2010).

وفيما يلي تفصيل لفقرات محور الأداء من قبل مقدمي الخدمة ومنتقيا مرتبة حسب الأهمية:

أولاً: مقدمي الخدمة

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (14.4).

جدول رقم (14.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	54	يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية).	4.11	0.866	مرتفعة	82.2
2	52	يقوم الموظفون بأعمالهم وفقا للخطط والسياسات والتعليمات المعتمدة من قبل إدارة المستشفى	4.09	0.629	مرتفعة	81.8
3	53	يؤدي الموظفون المهام الوظيفية الموكلة إليهم وفقا لمعايير الجودة المطلوبة	3.98	0.725	مرتفعة	79.6
3	63	يستطيع المستشفى التكيف والتأقلم مع الحالات الطارئة التي يواجهها	3.98	0.878	مرتفعة	79.6
4	59	تحرص إدارة المستشفى على تحقيق ميزة تنافسية في الخدمات الطبية	3.73	1.062	مرتفعة	74.6
5	61	ينجز المستشفى أعماله ونشاطاته بأعلى مستوى من الكفاءة والمسؤولية	3.70	0.938	مرتفعة	74.0
6	65	يقوم المستشفى بمسؤوليته الاجتماعية الملقاة على عاتقه	3.68	0.932	مرتفعة	73.6
7	62	تستقطب سمعة المستشفى زبائن جدد باستمرار	3.66	0.907	مرتفعة	73.2
8	55	يقوم المستشفى بتدريب الموظفين لتطوير مهاراتهم وأدائهم	3.63	0.949	مرتفعة	72.6
8	60	يستقطب أداء المستشفى الكفاءات الطبية والتمريضية المتخصصة	3.63	0.995	مرتفعة	72.5
9	56	تحرص إدارة المستشفى على تقييم أداء الموظفين بشكل دوري	3.58	0.888	مرتفعة	71.6
10	57	ينسجم أداء الموظفين في المستشفى مع روح الفريق والعمل الجماعي	3.56	1.094	مرتفعة	71.2
11	58	تستثمر إدارة المستشفى جميع مواردها المادية والبشرية والتقنية بكفاءة وفاعلية	3.43	0.938	مرتفعة	68.6
12	64	يتمتع الموظفون في المستشفى بالولاء للمؤسسة	3.38	1.144	متوسطة	67.6
13	66	لا وجود للفساد في المستشفى	2.97	1.420	متوسطة	59.4
		الدرجة الكلية	3.67	0.671	مرتفعة	73.4

تشير المعطيات الواردة في الجدول (14.4) أن مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة كان مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.67) مع انحراف معياري (0.67) وبوزن نسبي (73.4%)، وكان أهم الفقرات الفقرة رقم (54) والتي نصت على (يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية)) بمتوسط حسابي (4.11) وانحراف معياري (0.86)، تلاها الفقرة رقم (52) والتي نصت على (يقوم الموظفون بأعمالهم وفقا للخطط والسياسات والتعليمات المعتمدة من قبل إدارة المستشفى) بمتوسط حسابي (4.09) وانحراف معياري (0.63)، تلاها الفقرة رقم (53) والتي نصت على (يؤدي الموظفون المهام الوظيفية الموكلة إليهم وفقا لمعايير الجودة المطلوبة) بمتوسط حسابي (3.98) وانحراف معياري (0.73)، والفقرة رقم (63) والتي نصت على (يستطيع المستشفى التكيف والتأقلم مع الحالات الطارئة التي يواجهها) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.98) والانحراف المعياري (0.88).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (66) والتي نصت على (لا وجود للفساد في المستشفى) بمتوسط حسابي (2.97) وانحراف معياري (1.42)، تلاها الفقرة رقم (64) والتي نصت على (يتمتع الموظفون في المستشفى بالولاء للمؤسسة) بمتوسط حسابي (3.38) وانحراف معياري (1.14)، تلاها الفقرة رقم (58) والتي نصت على (تستثمر إدارة المستشفى جميع مواردها المادية والبشرية والتقنية بكفاءة وفاعلية) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.43) والانحراف المعياري (0.94).

ثانياً: متلقي الخدمة

للإجابة عن السؤال السابق تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (15.4).

جدول رقم (15.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية.

الترتيب	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	النسبة %
1	49	يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية).	4.24	0.826	مرتفعة جداً	84.8
2	50	يوضح الموظفون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بأسلوب مبسط يفهمه المريض	3.97	0.866	مرتفعة	79.4
3	56	المستشفى على استعداد وجاهزية للتعامل مع الحالات الطارئة التي يواجهها خارج أوقات الدوام	3.92	0.808	مرتفعة	78.4
4	60	تتوفر بالمستشفى الكوادر البشرية المدربة والمؤهلة	3.77	0.904	مرتفعة	75.4
5	59	يتجاوب الموظفون مع المرضى والمراجعين رغم انشغالهم بأداء مهامهم الوظيفية الموكلة إليهم	3.73	0.948	مرتفعة	74.6
6	53	أداء المستشفى والكفاءات الطبية والتمريضية المتخصصة يؤدي لعودة المواطنين مرة أخرى إليه.	3.66	1.051	مرتفعة	73.2
7	55	سمعة المستشفى تجذب المواطنين إليه لتلقي الخدمات الطبية اللازمة	3.55	1.072	مرتفعة	71.0
8	51	يقوم الموظفون بأعمالهم بأعلى مستوى من المسؤولية	3.50	1.137	مرتفعة	70.0
9	52	يقدم المستشفى أفضل الخدمات الطبية لتحقيق ميزة تنافسية	3.49	1.171	مرتفعة	69.8
10	57	يقوم المستشفى بمسؤوليته الاجتماعية الملقاة على عاتقه	3.44	0.953	مرتفعة	68.8
11	54	ينجز المستشفى أعماله ونشاطاته بأعلى مستوى من الكفاءة والمسؤولية	3.25	1.108	متوسطة	65.0
12	58	لا وجود للفساد في المستشفى	2.75	1.431	متوسطة	55.0
الدرجة الكلية			3.61	0.741	مرتفعة	72.2

تشير المعطيات الواردة في الجدول (15.4) أن مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة كان مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.61) مع

انحراف معياري (0.74) وبوزن نسبي (72.2%)، وكان أهم الفقرات الفقرة رقم (49) والتي نصت على (يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية)) بمتوسط حسابي (4.24) وانحراف معياري (0.83)، تلاها الفقرة رقم (50) والتي نصت على (يوضح الموظفون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بأسلوب مبسط يفهمه المريض) بمتوسط حسابي (3.97) وانحراف معياري (0.87)، تلاها الفقرة رقم (56) والتي نصت على (المستشفى على استعداد وجاهزية للتعامل مع الحالات الطارئة التي يواجهها خارج أوقات الدوام) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.92) والانحراف المعياري (0.81).

وكان أقلها أهمية الفقرة رقم (58) (لا وجود للفساد في المستشفى) بمتوسط حسابي (2.75) وانحراف معياري (1.43)، تلاها الفقرة رقم (54) والتي نصت على (ينجز المستشفى أعماله ونشاطاته بأعلى مستوى من الكفاءة والمسؤولية) بمتوسط حسابي (3.25) وانحراف معياري (1.11)، تلاها الفقرة رقم (57) والتي نصت على (يقوم المستشفى بمسؤوليته الاجتماعية الملقاة على عاتقه) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.44) والانحراف المعياري (0.95).

3.1.2.4 السؤال الفرعي الثالث: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.

للإجابة عن هذه الفرضية فقد تم حساب معامل الارتباط بيرسون الذي يوضح العلاقة بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك كما هو واضح من الجدول (16.4).

جدول رقم (16.4): معامل الارتباط بيرسون الذي يوضح العلاقة بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.

متلقي الخدمة		مقدمي الخدمة		المتغيرات
مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة معامل الارتباط (ر)	مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة معامل الارتباط (ر)	
0.000	0.812	0.000	0.728	معايير الحوكمة مستوى الأداء

تشير المعطيات الواردة في الجدول (16.4) إلى أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون عند مقدمي الخدمة (0.728) وهي مرتفعة بمستوى دلالة منخفضة يساوي (0.000)، كما وبلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون عند متلقي الخدمة (0.812) وهي مرتفعة بمستوى دلالة منخفضة يساوي (0.000)، حيث تفسر هذه العلاقة بأنه كلما ارتفع تطبيق معايير الحوكمة كلما ارتفع مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك لأن العلاقة بينهما طردية والعكس صحيح.

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن معايير الحوكمة جاءت لتعمل على رفع مستويات كفاءة وفعالية الإجراءات والتعليمات التي يتم العمل بها في المنظمات باختلافها واختلاف طبيعتها عملها، بهدف رفع مستويات الخدمات التي تقدمها، وهذا ينعكس على مستويات الأداء التي تطمح إدارات المستشفيات في الوصول إليها بغية تحقيق تطلعات وآمال متلقي الخدمة اتجاه الخدمات التي تقدمها هذه المستشفيات.

4.1.2.4 السؤال الفرعي الرابع: هل توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في درجة متوسطات استجابات المبحوثين لواقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل وفقاً للمتغيرات الديموغرافية: (الجنس، المستشفى، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة ومكان السكن)؟ وللإجابة عن هذا السؤال يجب فحص واختبار فرضيات الدراسة.

3.4 فحص واختبار الفرضيات

1.3.4 الفرضية الرئيسية الأولى: تطبق المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل معايير الحوكمة بدرجة مرتفعة، وفقاً لمجالاتها (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية).

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار (One Sample T- test)، لدرجة تطبق المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل معايير الحوكمة، وفقاً لمجالاتها (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية)، وذلك كما هو واضح من الجدول (17.4)

جدول رقم (17.4): نتائج اختبار (One Sample T- test) لفحص درجة تطبيق المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل لمعايير الحوكمة، وفقاً لمجالاتها (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية).

مقدمي الخدمة				متلقي الخدمة				المتغيرات
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	
3.59	0.621	61.127	0.000	3.29	0.663	49.030	0.000	الشفافية والإفصاح
3.36	0.836	42.460	0.000	3.14	0.828	37.485	0.000	النزاهة
3.35	0.819	43.297	0.000	3.17	0.817	38.461	0.000	المساءلة
4.04	0.606	70.585	0.000	3.83	0.650	58.343	0.000	الاستجابة
4.02	0.680	62.594	0.000	3.86	0.615	62.233	0.000	الفعالية السريرية
3.69	0.570	68.519	0.000	3.48	0.603	57.183	0.000	الدرجة الكلية

*درجات الحرية عند عينة مقدمي الخدمة (115) *درجات الحرية عند متلقي الخدمة (101)

تشير المعطيات الواردة في الجدول (17.4) أن المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تطبق معايير الحوكمة بدرجة مرتفعة وفقاً لمجالاتها (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية) من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومتلقيها، وجاءت بدرجة مرتفعة عند مقدمي الخدمة بمتوسط حسابي (3.69) مع انحراف معياري (0.57)، وعند متلقي الخدمة بمتوسط حسابي (3.48) مع انحراف معياري (0.60)، مما يعني رفض الفرضية الصفرية، والتي تنص على أنه لا تطبق المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل معايير الحوكمة بدرجة مرتفعة، وفقاً لمجالاتها (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية) من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك وفقاً لقيمة ت المحسوبة والتي بلغت عند الدرجة الكلية لمقدمي الخدمة (68.519) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية البالغ قيمتها (1.65)، كما بلغت قيمة ت المحسوبة عند الدرجة الكلية لمتلقي الخدمة (57.183) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية البالغ قيمتها (1.65)، كما أن مستوى الدلالة (0.000)، وهي أقل من المستوى (0.05) القيمة المعتمدة من الباحث لقبول الفرضية، وهنا اختلفت مع دراسة (الجعبري، 2016)؛ والتي أظهرت أن تطبيق معايير ومبادئ الحوكمة المعتمدة في المستشفيات الأهلية والخاصة متوسطاً بذلك يتم قبول الفرضية.

2.3.4 الفرضية الرئيسية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار تحليل الانحدار الخطي (Regression)، لأثر تطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، وذلك كما هو موضح في الجدول (18.4).

جدول رقم (18.4): نتائج اختبار تحليل الانحدار الخطي (Regression) لأثر تطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمات.

متلقي للخدمة				مقدمي الخدمة				المتغيرات
Sig	T	(R ²) معامل التحديد	(R) معامل الارتباط	Sig	T	(R ²) معامل التحديد	(R) معامل الارتباط	
0.000	8.592	0.427	0.654	0.000	7.034	0.305	0.552	الشفافية والإفصاح
0.000	8.846	0.441	0.664	0.000	7.413	0.327	0.572	النزاهة
0.000	9.062	0.453	0.673	0.000	9.757	0.457	0.676	المساءلة
0.000	10.157	0.510	0.714	0.000	7.889	0.355	0.569	الاستجابة
0.000	12.004	0.593	0.770	0.000	6.846	0.293	0.541	الفعالية السريرية
0.000	13.861	0.660	0.812	0.000	11.272	0.529	0.728	الدرجة الكلية

تشير المعطيات الواردة في الجدول (18.4) وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الحوكمة (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة، الفعالية السريرية) على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، إذ بلغ معامل الارتباط عند الدرجة الكلية لمقدمي الخدمة (0.728) عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد فقد بلغ (0.529)، أي أن ما قيمته (52.9%) من التغيرات في أداء العاملين في المستشفيات الفلسطينية الغير حكومية في محافظة الخليل، ناتج عن تطبيق معايير الحوكمة، كما بلغت قيمة معامل الارتباط لدرجة تأثير للشفافية والإفصاح (55.2%)، وللنزاهة (57.2%)، وعند المساءلة (67.6%)، والاستجابة (59.6%)، وعند الفعالية السريرية (54.1%)، وهذا يعني أن الزيادة بمقدار درجة واحدة في تطبيق معايير الحوكمة، يؤدي إلى زيادة في الشفافية والإفصاح بقيمة (59.6%)، والنزاهة (57.2%)، والمساءلة (67.6%)، والاستجابة (59.6%)، والفعالية السريرية (54.1%)، ويؤكد قيمة هذا التأثير قيمة (ت) المحسوبة والتي بلغت عند الدرجة

الكلية لمقدمي الخدمات (11.272)، عند الدرجة الكلية لمتلقي الخدمة فقد بلغت قيمة معامل الارتباط (0.812) عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد فقد بلغ (0.660)، أي أن ما قيمته (66.0%) من التغيرات في أداء العاملين في المستشفيات الفلسطينية الغير حكومية في محافظة الخليل، ناتج عن تطبيق معايير الحوكمة، كما بلغت قيمة معامل الارتباط لدرجة تأثير للشفافية والإفصاح (65.4%)، وللنزاهة (66.4%)، وعند المساءلة (67.3%)، والاستجابة (71.4%)، وعند الفعالية السريرية (77.0%)، وهذا يعني أن الزيادة بمقدار درجة واحدة في تطبيق معايير الحوكمة، يؤدي إلى زيادة في الشفافية والإفصاح بقيمة (65.4%)، والنزاهة (66.4%)، والمساءلة (67.3%)، والاستجابة (71.4%)، والفعالية السريرية (77.1%)، ويؤكد قيمة هذا التأثير قيمة (ت) المحسوبة والتي بلغت عند الدرجة الكلية لمتلقي الخدمة (13.861)، وهي دالة إحصائياً عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) وهذا يؤكد صحة الفرضية الرئيسية الثانية، وعليه تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي وملتقي الخدمة.

3.3.4 الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل وفقاً للمتغيرات الديموغرافية: (الجنس، المستشفى، العمر، المؤهل العلمي، الخيرة ومكان السكن)، ويتفرع عنها الفرضيات الآتية:

1.3.3.4 الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير الجنس، وقد حصل الباحث على النتائج كما هي موضحة في جدول رقم (19.4).

جدول رقم (19.4): نتائج اختبار ت للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير الجنس.

العينة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت المحسوبة	الدالة الإحصائية
مقدمي الخدمة	ذكر	56	3.65	0.531	113	-0.676	0.500
	أنثى	59	3.72	0.591			
متلقي الخدمة	ذكر	56	3.42	0.663	99	-1.655	0.101
	أنثى	45	3.62	0.522			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (19.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية بلغت (0.500) أي أن هذه القيمة أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ت) المحسوبة بلغت (-0.676) وهي أقل من القيمة (ت) الجدولية والبالغة (1.96)، وقد كانت إجابات المبحوثين بدرجة مرتفعة حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور عند الدرجة الكلية (3.65) وللإناث (3.72)، وبذلك تقبل الفرضية الصفرية.

كما وتشير المعطيات الواردة في الجدول (19.4) إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية للمجال بلغت (0.101) أي أن هذه القيمة أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ت) المحسوبة بلغت (-1.655) وهي أقل من القيمة (ت) الجدولية والبالغة (1.96)، وقد كانت إجابات المبحوثين بدرجة مرتفعة حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور عند الدرجة الكلية (3.42) وللإناث (3.62)، وبذلك تقبل الفرضية الصفرية.

يعزو الباحث ذلك إلى أن هذه المعايير يتطلب تطبيقها من الجميع حتى تتمكن المستشفيات من تقديم أفضل خدمة وبأعلى جودة، كذلك فإنهم يقدمون الخدمات المطلوبة لجميع المرضى دون تمييز حسب الجنس وغيره، وهذا يؤكد على توافق وانسجام آراء عينة الدراسة من مقدمي ومتلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية.

2.3.3.4 الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المستشفى.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير المستشفى، وقد حصل الباحث على النتائج كما هي موضحة في جدول رقم (20.4).

جدول رقم (20.4): نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير المستشفى.

الدالة الإحصائية	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستشفى	العينة
0.429	0.793	113	0.468	3.763	26	الميزان	مقدمي الخدمة
			0.586	3.663	89	الأهلي	
0.009	2.744	99	0.432	3.764	21	الميزان	متلقي الخدمة
			0.833	3.441	80	الأهلي	

تشير المعطيات الواردة في الجدول (20.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المستشفى، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير بلغت (0.429) أي أن هذه القيمة أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ت) المحسوبة بلغت (0.793) وهي أقل من القيمة (ت) الجدولية والبالغة (1.96)، وقد كانت إجابات المبحوثين بدرجة مرتفعة حيث بلغ المتوسط الحسابي لمقدمي الخدمة العاملين في مستشفى الميزان (3.76) وعند مقدمي الخدمة من مستشفى الأهلي (3.66)، وبذلك تقبل الفرضية الصفرية عند مقدمي الخدمة.

كما وتشير المعطيات الواردة في الجدول (20.4) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المستشفى، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير بلغت (0.009) أي أن هذه القيمة أقل من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ت) المحسوبة بلغت (2.744) وهي أكبر من القيمة (ت) الجدولية والبالغة (1.96)، وقد

كانت إجابات المبحوثين بدرجة مرتفعة من متلقي الخدمة في مستشفى الميزان حيث بلغ المتوسط الحسابي عندهم (3.76) وعند متلقي الخدمة في مستشفى الأهلي (3.44)، وكانت الفروق لصالح متلقي الخدمة في مستشفى الميزان والذين كان واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل لديهم أعلى، وبذلك يتم رفض الفرضية الصفرية.

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مستشفى الميزان هو شركة خاصة تقدم خدمات طبية، وهي تسعى دوماً لكسب رضا جمهورها وزبائنهم من خلال تقديم أفضل خدمات وبأعلى جودة، وقواعد الحوكمة تدعم هذا التوجه الذي تسعى إدارة الشركة إلى تطبيقه، مما ينعكس على أدائها عند مقارنتها بالمستشفيات الأخرى، وهنا اتفقت مع دراسة (جامعة ميشيغان وجامعة كارولينا، 2006)؛ والتي أظهرت أن جودة الأداء أعلى لدى المؤسسات الربحية بسبب تطبيقها لقواعد الحوكمة فيها وحسن توزيع الأدوار والمهام والمسؤوليات ووضوح الصلاحيات كل حسب تخصصه.

3.3.3.4 الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير العمر، وقد توصل الباحث إلى النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (21.4).

جدول رقم (21.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير العمر.

العينة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
مقدمي الخدمة	بين المجموعات	0.065	3	0.002	0.067	0.977
	داخل المجموعات	35.812	111	0.323		
	المجموع	35.877	114			
متلقي الخدمة	بين المجموعات	0.571	3	0.190	0.505	0.680
	داخل المجموعات	36.553	97	0.377		
	المجموع	37.124	100			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (21.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية بلغت (0.977) أي أن هذه القيم أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (0.067) وهي أقل من القيمة (ف) الجدولية والبالغة (2.70)، وبذلك تقبل الفرضية الصفرية.

كما وتشير المعطيات الواردة في الجدول (21.4) إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية بلغت (0.680) أي أن هذه القيم أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (0.505) وهي أقل من القيمة (ف) الجدولية والبالغة (2.70)، وبذلك يتم قبول الفرضية.

يعزو الباحث ذلك أن تطبيق معايير الحوكمة على الجميع سواء مقدم أو متلقي خدمة ومهما اختلف العمر، حيث أن الالتزام اتجاه المرضى بتقديم الخدمات الصحية وإنقاذ حياتهم لا يتوقف على عمر مقدمي الخدمة، لذلك فإننا نجد العاملين وعلى اختلاف أعمارهم يسعون إلى تقديم الخدمة للمرضى في وقتها وبأعلى درجة من الحرص والأهمية لإنقاذ حياتهم.

ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (22.4) والذي يوضح الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات متوسطات استجابات مقدمي ومتلقي الخدمة نحو واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر.

جدول رقم (22.4): الأعداد، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات استجابات مقدمي ومتلقي الخدمات حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر.

العينة	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مقدمي الخدمة	أقل من 30 سنة	67	3.69	0.562
	30 - 40 سنة	24	3.72	0.527
	41 - 50 سنة	11	3.63	0.700
	أكثر من 50 سنة	13	3.67	0.557
المجموع				0.561
متلقي الخدمة	أقل من 30 سنة	28	3.63	0.522
	30 - 40 سنة	40	3.45	0.561
	41 - 50 سنة	15	3.48	0.619
	أكثر من 50 سنة	18	3.47	0.824
المجموع				0.609

4.3.3.4 الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير المؤهل العلمي، وقد حصل الباحث على النتائج كما هي موضحة في جدول رقم (23.4). جدول رقم (23.4): نتائج اختبار ت للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير المؤهل العلمي.

العينة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
مقدمي الخدمة	بين المجموعات	0.145	2	0.072	0.227	0.797
	داخل المجموعات	35.732	112	0.319		
	المجموع	35.877	114			
متلقي الخدمة	بين المجموعات	0.190	2	0.095	0.252	0.778
	داخل المجموعات	36.934	98	0.377		
	المجموع	37.124	100			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (23.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية بلغت (0.797) أي أن هذه القيم أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (0.227) وهي أقل من القيمة (ف) الجدولية والبالغة (3.09)، وبذلك تقبل الفرضية الصفرية.

كما وتشير المعطيات الواردة في الجدول (23.4) إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وذلك لأن قيمة الدالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية بلغت (0.778) أي أن هذه القيم أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (0.252) وهي أقل من القيمة (ف) الجدولية والبالغة (3.09)، وبذلك يتم قبول الفرضية.

يعزو الباحث سبب ذلك أن مقدم الخدمة هو بالأساس موظف وحاصل على شهادة تجعله في المكان المناسب له، ومن خلال العمل والخبرة العملية تصبح الفروقات بسيطة بينهم، كما أن هنالك متطلبات تحكم الوظيفة التي يشغلها فتصبح الفروقات قليلة مهما كانت المؤهلات العلمية، وبالتالي لا يؤثر مستواه العلمي على قدرته في العمل وتحديداً عندما يكون العمل بروح الفريق ومتعاون.

ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (24.4) والذي يوضح الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات متوسطات استجابات مقدمي ومتلقي الخدمة نحو واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول رقم (24.4): الأعداد، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي ومتلقي الخدمات حول واقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على الأداء في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي	العينة
0.498	3.74	37	دبلوم فأقل	مقدمي الخدمة
0.610	3.67	60	بكالوريوس	
0.535	3.65	18	ماجستير فأعلى	
0.561	3.69	115	المجموع	
0.722	3.46	48	دبلوم فأقل	متلقي الخدمة
0.482	3.55	40	بكالوريوس	
0.532	3.56	13	ماجستير فأعلى	
0.609	3.51	101	المجموع	

5.3.3.4 الفرضية الفرعية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الخبرة.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير الخبرة، وقد توصل الباحث إلى النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (25.4).

جدول رقم (25.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير الخبرة.

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.369	1.007	0.317	2	0.634	بين المجموعات
		0.315	112	35.243	داخل المجموعات
			114	35.877	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول (25.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الخبرة، وذلك لأن قيمة الدلالة الإحصائية

المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية للمجال بلغت (0.369) أي أن هذه القيم أكبر من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (1.007) وهي أقل من القيمة (ف) الجدولية والبالغة (3.09)، وبذلك يتم قبول الفرضية.

يعزو الباحث سبب ذلك إلى أن من واجب كل مقدم خدمة في المستشفيات غير الحكومية أن يقوم بواجبه سواءً كان إداري أو طبيب أو ممرض أو مهن مساندة أو صيدلي أو مختبرات وغيره، وأن يؤدي عمله على أكمل وجه منذ بدايته بالعمل وحتى خروجه منه دون أي تقصير واضح وذلك التزاماً بتطبيق معايير الحوكمة والأداء المؤسسي، وهذا يدل على كفاءتهم ويجعل الفروقات قليلة بينهم رغم اختلاف سنوات خبرة عملهم في المستشفيات، العلم الإداري والعلم الطبي يتطور والمعدات والتقنيات كل يوم يتم تحديثها، وبالتالي من يكون جديد في العمل ولديه علم جديد ومتطور يكاد يعادل الطبيب الذي يعمل منذ زمن ويملك خبرة عملية كبيرة في مجال عمله، وهذا يعني عدم وجود تباين في آراء عينة الدراسة حول تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل.

ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (26.4) والذي يوضح الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات متوسطات استجابات مقدمي الخدمة نحو واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الخبرة.

جدول رقم (26.4): الأعداد، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الخبرة.

الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أقل من 5 سنوات	61	3.72	0.519
5- 10 سنوات	25	3.55	0.620
أكثر من 10 سنوات	29	3.73	0.594
المجموع	115	3.69	0.561

6.3.3.4 الفرضية الفرعية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

للتحقق من صحة الفرضية السابقة تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير مكان السكن، وقد توصل الباحث إلى النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (27.4).

جدول رقم (27.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير مكان السكن.

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.035	3.470	1.228	2	2.455	بين المجموعات
		0.354	98	34.669	داخل المجموعات
			100	37.124	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول (27.4) السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن، وذلك لأن قيمة الدلالة الإحصائية المتعلقة بهذا المتغير عند الدرجة الكلية بلغت (0.035) أي أن هذه القيم أقل من قيمة ألفا (0.05)، كما أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (3.470) وهي أكبر من القيمة (ف) الجدولية والبالغة (3.09)، وبذلك تم رفض الفرضية.

ولمعرفة مصدر الفروق تم استخراج نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن، كما هو موضح في الجدول (28.4).

جدول رقم (28.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن، كما هو موضح في الجدول (1.4).

مكان السكن	مخيم	قرية/بلدة	مدينة
مخيم		-0.36064*	-0.25023
قرية/بلدة	*0.36064		0.11041
مدينة	0.25023	-0.11041	

تشير المعطيات الواردة في الجدول (28.4) أن الفروق كانت بين متلقي الخدمة من سكان المخيمات ومتلقي الخدمة من سكان القرى/البلدات، وكانت الفروق لصالح متلقي الخدمة من سكان القرى/البلدات، والذين كان لديهم واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل أعلى من متلقي الخدمة في باقي أماكن السكن.

يعزو الباحث سبب ذلك إلى أن متلقي الخدمة من سكان القرى/البلدات، لديهم تأمين صحي حكومي وبطاقة غوث وتشغيل اللاجئين (الأنروا) فهم يذهبون إلى المستشفيات الحكومية وغير الحكومية (الخاصة والأهلية) لتلقي العلاج لذلك كانت الفروق لصالحهم لكونهم يتلقون العلاج من الطرفين، أما سكان المخيمات فهم يتلقون العلاج فقط من خلال بطاقة غوث وتشغيل اللاجئين (الأنروا) من خلال المستشفيات التي تتعامل معهم فقط مثل مستشفى الأهلي.

ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (29.4) والذي يوضح الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات متوسطات استجابات متلقي الخدمة نحو واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

جدول رقم (29.4): الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مخيم	37	3.31	0.436
قرية/بلدة	35	3.67	0.669
مدينة	29	3.56	0.671
المجموع	101	3.51	0.609

النتائج والتوصيات

1.5 النتائج

بعد إجراء هذه الدراسة والتي هدفت إلى التعرف على واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسه على أدائها في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، فإن الباحث قد توصل إلى النتائج التالية:-

1. أظهرت النتائج أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة في مستشفى الميزان كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.76) مع انحراف معياري (0.47)، وعند مقدمي الخدمة من مستشفى الأهلي فقد جاء مرتفعاً أيضاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.66) مع انحراف معياري (0.59)، كما وأظهرت النتائج أن واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة في مستشفى الميزان كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.76) مع انحراف معياري (0.43)، وعند متلقي الخدمة من مستشفى الأهلي كان مرتفعاً أيضاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.44) مع انحراف معياري (0.83)، وبشكل عام فقد أوضحت النتائج أن الدرجة الكلية لواقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.69) مع انحراف معياري (0.56)، وعند متلقي الخدمة فقد جاء مرتفعاً أيضاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.51) مع انحراف معياري (0.61).

2. أظهرت النتائج أن درجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة كانت مرتفعة، فقد بلغ المتوسط الحسابي عند مقدمي الخدمة (3.69)، مع انحراف معياري (0.56)، وجاء المتوسط الحسابي عند متلقي الخدمة (3.48) مع انحراف معياري (0.60)، وكان ترتيب معايير تطبيق الحوكمة وفقاً لأهميتها من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة، فمن وجهة نظر مقدمي الخدمة، جاء معيار الاستجابة

جاء في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية معيار الفعالية السريرية، وفي المرتبة الثالثة معيار الشفافية والإفصاح، وفي المرتبة الرابعة معيار النزاهة، وأقل هذه المعايير أهمية معيار المساءلة، أما من وجهة نظر متلقي الخدمة، حصل معيار الفعالية السريرية على المرتبة الأولى، في المرتبة الثانية معيار الاستجابة، وفي المرتبة الثالثة معيار الشفافية والإفصاح، وفي المرتبة الرابعة معيار المساءلة، وكان أقل هذه المعايير أهمية معيار النزاهة.

3. أظهرت النتائج أن مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.67) مع انحراف معياري (0.67) وبوزن نسبي (73.4%)، وكانت أهم الفقرات: (يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية، ويقوم الموظفون بأعمالهم وفقاً للخطط والسياسات والتعليمات المعتمدة من قبل إدارة المستشفى، ويؤدي الموظفون المهام الوظيفية الموكلة إليهم وفقاً لمعايير الجودة المطلوبة، ويستطيع المستشفى التكيف والتأقلم مع الحالات الطارئة التي يواجهها).
4. أشارت النتائج أن مستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة كان مرتفعاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.61) مع انحراف معياري (0.74) وبوزن نسبي (72.2%)، وكانت أهم الفقرات: (يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية)، ويوضح الموظفون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بأسلوب مبسط يفهمه المريض، والمستشفى على استعداد وجاهزية للتعامل مع الحالات الطارئة التي يواجهها خارج أوقات الدوام).
5. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.
6. أظهرت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الحوكمة (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية) على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة وعليه تم قبول الفرضية البديلة ورفض الفرضية الصفرية.

7. أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى إلى متغير الجنس.
8. أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة تعزى إلى متغير المستشفى.
9. أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة تعزى إلى متغير المستشفى، وكانت الفروق لصالح متلقي الخدمة في مستشفى الميزان.
10. أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى إلى متغير العمر.
11. أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.
12. أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى إلى متغير الخبرة.
13. أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى إلى متغير مكان السكن، وكانت الفروق لصالح متلقي الخدمة من سكان القرى/البلدات.

2.5 الاستنتاجات

1. يوجد تطبيق لمعايير الحوكمة في كل من مستشفى الميزان ومستشفى الأهلي وكانت بدرجة مرتفعة.
2. من خلال اختلاط الباحث بالطاقم الإداري والطبي تبين وجود ضعف في فهم عينة الدراسة لمعايير الحوكمة (حوكمة الشركات أو الحوكمة السريرية)، ويعزو الباحث ذلك إلى أن غالبية الدراسات ارتبطت بالجانب المالي والإداري في حين أن هذا الجانب لا يشكل أي عائق أمام مثل هذه المؤسسات والتي هي مهمتها بالأساس تقديم رعاية صحية بشكل أفضل وبأعلى مستوى للمرضى.
3. بالرغم من أن هناك شفافية وإفصاح عن بعض الجوانب في المستشفيات غير الحكومية إلا أن الإفصاح عن التقارير السنوية (المالية، الإنجاز والأداء) والإفصاح عن الأخطاء الطبية إن وجدت والإفصاح عن الشواغر لا يتم التعامل معها بكل شفافية وإفصاح كافٍ، يعزو الباحث ذلك لأسرار المهنة ولخصوصية متلقي الخدمة الأمر الذي يبين أهمية مدونة السلوك ودائرة مختصة بها.
4. المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية بحاجة لخبراء في مجال الحوكمة لعقد ورشات عمل وتدريب للموظفين من المستوى الإداري والطبي على حدٍ سواء بهدف تطبيق الحوكمة بشكل كامل.
5. يطبق معياري النزاهة والمساءلة بدرجة متوسطة، لأن المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية تهتم بتطبيق بعض معايير الحوكمة وتهمل بعضها الآخر منها المساءلة والنزاهة، ذلك سببه عدم قيام هيئة الرقابة والتفتيش بعملها بشكل مهني وبمراجعة شاملة لجميع أقسام المستشفى وأعمالهم بشكل دائم ومستمر ودوري، لذا يجب النظر في معياري المساءلة والنزاهة لما لهما أهمية في تطبيق الحوكمة والخدمة المقدمة مما يؤثر بشكل مباشر على رضا متلقي الخدمة، وذلك لتصل إلى المستوى المطلوب من تطبيقها، إلا أن مفهوم النزاهة والمساءلة لدى البعض من العاملين باتت ثقافة تمارس بشكل طوعي ورقابة ذاتية.
6. يوفر كلٌّ من مستشفى الميزان والأهلي الظروف المناسبة والخاصة لتشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى وتقديم العلاج والخدمة اللازمة على مدار (24) ساعة بكل دقة ودون تأخير، يعزو الباحث ذلك لتوافر الإمكانيات اللازمة لتقديم الخدمة بالمستوى المطلوب وقوة بنيتهم التحتية من موارد مادية وبشرية.
7. يحرص مستشفى الميزان والأهلي على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية) وهما على جاهزية تامة للتعامل مع الحالات الطارئة التي تواجههما خارج أوقات الدوام.

3.5 التوصيات

في ضوء النتائج التي توصل لها الباحث فإنه يوصي بمجموعة من التوصيات التي يرى أنها من الممكن أن تساهم في تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية، وبالاستناد إلى نتائج الدراسة ومناقشتها يوصي الباحث بما يأتي:-

1. يجب على المستشفيات غير الحكومية الإلتزام بتطبيق معايير الحوكمة في عملياتها المختلفة من أجل استدامة تطوير أدائها.
2. ضرورة العمل على رفع مستوى الوعي بمعايير حوكمة الإدارة الصحية والسريية لدى العاملين في المستشفيات ولدى الجمهور الفلسطيني.
3. ضرورة العمل على توفير مدونة السلوك الوظيفي وتوعية الموظفين بها وبأهميتها مع الإفصاح عن التقارير خاصة التي تتعلق بالأمور (المالية، المادية والإنجازات) وبكل شفافية لتكون متاحة للجميع.
4. ضرورة العمل على صياغة مدونة لحوكمة المستشفيات في فلسطين وتقييم المستشفيات من قبل الجهات الرقابية الرسمية والمختصة بناءً على تطبيقها.
5. تعيين أشخاص ذوي كفاءة وفاعلية في الأداء وخبرة في الحوكمة المستشفيات حتى يؤثر ذلك بشكل إيجابي على أداء العاملين والارتقاء بهم وبالخدمات التي تقدمها المستشفيات مع العمل على تفعيل أنظمة التحفيز للعاملين والتي من شأنها أن تقلل من مظاهر الفساد والمخالفات بين العاملين.
6. أن تعمل إدارة المستشفيات على الاهتمام بالشكاوي والمقترحات التي يتقدم بها الزوار والمراجعون، وتوفير نظام محاسبة وعقوبات اتجاه المقصرين والمخالفين من العاملين، وأن تتوفر قواعد النزاهة والعدالة في ذلك.
7. ضرورة دراسة احتياجات الموظفين والمراجعين من الخدمات، بحث تتوفر فيها السرعة والدقة وأن تكون غير معقدة.
8. أن تتوفر في الخدمات المقدمة الأمان وأن تكون لائقة وتلبي احتياجات المرضى بما ينعكس إيجاباً على صحتهم، ولكي يتحقق ذلك لا بد من توفير العدد المناسب من الكوادر العاملة في المستشفيات بحيث تقدم الخدمات على أفضل وجه ممكن.

9. توفير نظام إفصاح عن الأخطاء الطبية التي يمكن أن تحدث أثناء العمل مع توفير الإفصاح عن إجراءات معالجة هذه الأخطاء، مع توفير نظم مناسبة للإعلان عن الشواغر التي يحتاجها المستشفى وأن يكون لديها نظام تقييم يتم بناء عليه التوظيف.
10. تشجيع المراجعين والزوار بالإبلاغ عن أي مخالفات أو حالات فساد للإدارة وضرورة الاهتمام بها ومعالجتها بعد التحقق من صحتها من عدمها.
11. العمل على الاستثمار الأمثل لجمع الموارد المادية والبشرية والتقنية بكفاءة وفاعلية.
12. إجراء تقييم دوري لتطبيق معايير الحوكمة تبعاً لأي تغييرات تحدث في الأنظمة أو إدارة المستشفى، وتوفير نظام الحوافز والترقيات للموظفين وإعلامهم بها.

4.5 المقترحات

1. إجراء المزيد من الدراسات للتعرف على واقع تطبيق معايير الحوكمة وانعكاسه على الأداء في كافة المستشفيات العاملة في فلسطين.
2. دراسة الحوكمة من كافة جوانبها المتعددة وليس فقط من الجانب المالي وإبراز نتائجها لجعل المؤسسات الفلسطينية (الربحية أو غير ربحية) أكثر وعي واهتمام بالحوكمة، لأن ارتباط مفهوم الحوكمة بالجانب المالي فقط جعل المؤسسات التي لا تركز نشاطها على هذا الجانب لا تعي أهمية الحوكمة وتطبيقها.
3. تعزيز الاهتمام بتطبيق معايير الحوكمة من قبل كافة مقدمي الخدمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل باختلاف مستوياتهم الإدارية والطبية لتصبح ثقافة تنظيمية ومكوناً أصيلاً للنهج الذي تتبعه المستشفيات.
4. إنشاء دائرة مختصة بمتابعة تطبيق معايير الحوكمة بكافة القطاعات بشكل مباشر وأداء هذه القطاعات والعاملين فيها.
5. خلق حالة تنافسية بين كافة المؤسسات لتحقيق أهداف تطبيق معايير الحوكمة ورفع مستوى الأداء وتعزيز روح الانتماء والعمل بروح الفريق لدى العاملين ويكون من خلال جائزة سنوية وتكريم المؤسسة والموظف الأكثر تطبيقاً لهذه المعايير.
6. يجب تفعيل الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) في كافة المستشفيات لتحقيق مستوى عالي من الأخلاقيات المهنية في المجال الطبي والإداري.
7. العمل على عقد ورشات عمل وتدريب للموظفين من المستويين (الإداري والطبي)، وتعزيز مفهوم الحوكمة وتوعيتهم بأهمية الحوكمة أيضاً من خلال منشورات وموقع إلكتروني موحد للمستشفيات الفلسطينية غير الحكومية لشرح وتعميق مبادئ وأسس الحوكمة لديهم.

المصادر والمراجع

أولاً: المصادر والمراجع العربية

1. أبو حصيرة، م. (2016): "تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية"، دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، الجامعة الإسلامية- غزة، فلسطين، رسالة ماجستير.
2. أبو عون، س. (2011): "التفويض الإداري وانعكاساته على الأداء المؤسسي وزارة الصحة- حالة دراسية"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
3. أبو ماضي، ك. (2015): "قياس أداء مؤسسات القطاع العام في قطاع غزة باستخدام بطاقة الأداء المتوازن"، جامعة الجنان- طرابلس، لبنان، أطروحة دكتوراه.
4. أجندة السياسات الوطنية 2017-2022، (2016): "المواطن أولاً"، رئاسة مجلس الوزراء، مكتب رئيس الوزراء، الماصيون، رام الله، فلسطين.
5. الأفرع، ن. (2017): "أثر تطبيق معايير الحوكمة على تنمية الموارد البشرية في الهيئات المحلية الكبرى في محافظة قلقيلية"، 5 (1)، ص64-80، مجلة جامعة فلسطين التقنية للأبحاث (خضوري)، فلسطين.
6. الأمانة العامة لمجلس الوزراء. (2015): "تقييم جودة الخدمات في المراكز الصحية الحكومية"، الأمانة العامة لمجلس الوزراء بالتعاون مع دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة 2015-2019، ط2، رام الله، فلسطين.
7. الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). (2018): "تقرير حول الخطط الإستراتيجية الوطنية ومكافحة الفساد: مدى الجدية والتضمين"، رام الله، فلسطين.
8. بدير، م. (2017): "دور تنظيم قطاع المياه الفلسطيني في تعزيز الحوكمة الرشيدة- دراسة حالة مصلحة مياه محافظة القدس"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
9. البستجي، ي. (2018): "درجة ممارسة القادة الأكاديميين في الجامعات الأردنية للحوكمة في العاصمة عمان وعلاقتها بدرجة توافر معايير (سته سيجما) من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس"، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن، رسالة ماجستير.
10. البكري، ث. (2005): "إدارة المستشفيات"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

11. بلدية الخليل. (2019): "وثيقة الخطة التنموية المحلية لمدينة الخليل 2018-2021".
12. جاد الرب، س. (1989): "تنظيم وإدارة المستشفيات"، مدخل النظم، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
13. الجعبري، ب. (2016): "حوكمة المستشفيات الأهلية والخاصة في منطقة جنوب الضفة الغربية الواقع والمأمول"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
14. جلال، د. (2017): "العلاقة بين تطبيق الحوكمة والأداء ممثلاً بالإنتاجية والانتماء"، مؤسسة المواصفات والمقاييس الفلسطينية، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
15. جلدة، س. (2007): "إدارة المستشفيات والمراكز الصحية"، ط1، مجلد1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
16. جوهرة، أ. وفوزية، م. (2012): "أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية جيجل"، مداخلة علمية، الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خضير، بسكرة، الجزائر.
17. الحاج، ع. (2012): "تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية"، دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات، مجلة الباحث، العدد العاشر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
18. الحاج، ع. وتبر، ز. (2012): "حوكمة المستشفيات: نحو الاستفادة من مبادئ حوكمة الشركات"، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص886، الجزائر.
19. حاروش، ن. (2012): "الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"، ط1، دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
20. حبيب، أ. (2016): "تقييم جودة الخدمة المقدمة في مستشفى النصر للعيون"، جامعة القدس- غزة، فلسطين، رسالة ماجستير.
21. حماد، أ. (2005): "تقويم أداء الإدارات المالية في مؤسسات السلطة الفلسطينية"، بحث تطبيقي على عدد من الوزارات الحكومية في قطاع غزة، الجامعة الإسلامية- غزة، فلسطين، أطروحة دكتوراه.
22. حمدان، أ. (2008): "واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط"، جامعة النجاح، فلسطين، رسالة ماجستير.

23. حنتر، م، وآخرون (2014): "حوكمة قطاع الصحة، حوكمة أفضل من أجل صحة أفضل، مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات"، جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، القاهرة، مصر.
24. حويل، إ. (2012): "واقع تطبيق المساءلة التربوية والجودة الشاملة والعلاقة بينهما في مدارس وكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين فيها"، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، رسالة ماجستير.
25. خرخاش، س. (2015): "دور التغيير التنظيمي في رفع كفاءة وفعالية المؤسسة"، جامعة محمد بوضياف- المسيلة، الجزائر، رسالة ماجستير.
26. خرخاش، ص. (2015): "تقييم كفاءة أداء مؤسسات الخدمات الصحية في الجزائر"، دراسة ميدانية في المؤسسة الإستشفائية- سليمان عميرات بالمسيلة-، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، رسالة ماجستير.
27. خلف، م. (2017): "التشريعات الصحية"، جامعة القدس المفتوحة.
28. خلوصي، م. (1999): "المستشفيات والمراكز الصحية والاجتماعية"، مبادئ إدارة المستشفيات، الجزء الخامس، الفصل الثاني، ص10، دار قابس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
29. الداغور، إ. (2008): "مدى تطبيق معايير الحوكمة الجيدة في بلديات الضفة الغربية"، جامعة الخليل، فلسطين، رسالة ماجستير.
30. دراوشه، ه. (2014): "مبادئ الحوكمة في إطار الحوكمة لعام (2009) ومدى التزام الشركات المساهمة العامة المدرجة في بورصة فلسطين بها"، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، رسالة ماجستير.
31. دره، ع. وغريب، م. وبيت سعيد، س. (2018): "تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى"، دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، جامعة ظفار، صلالة، سلطنة عُمان.
32. دليلة، ه. (2019): "أثر تطبيق الحوكمة على الملاءة المالية لشركات التأمين التكافلي"، دراسة قياسية لبعض شركات التأمين التكافلي الماليزية والإماراتية، جامعة فرحات عباس سطيف -1، الجزائر، أطروحة دكتوراه.

33. دياب، ر. (2014): "واقع تطبيق معايير الحوكمة المؤسسية في المصارف الإسلامية في فلسطين"، دراسة تطبيقية على المصارف الإسلامية العاملة في قطاع غزة، جامعة الأقصى، فلسطين، رسالة ماجستير.
34. الرفاتي، ع. (2011): "مدى قدرة المنظمات الأهلية الصحية بقطاع غزة على تطبيق بطاقة الأداء المتوازن (BSC)"، الجامعة الإسلامية- غزة، فلسطين، رسالة ماجستير.
35. روفيد، ج. (2008): "إدارة مخاطر الأعمال"، ط1، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر.
36. الزعبي، ف. (1988): "دراسة مستوى الرضا والروح المعنوية لموظفي جامعة مؤتة"، مجلة مؤتة للدراسات والبحوث، الجزء الثالث، جامعة مؤتة، الأردن.
37. زويلف، م. (2001): "إدارة الموارد البشرية"، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
38. سعيد، آ. (2010): "تقييم أداء المستشفيات (حالة دراسية في مستشفى أزادي العام- داهوك)"، المجلد (32)، العدد (100)، ص-ص 307-324، مجلة تنمية الرافدين، كلية الإدارة والاقتصاد- جامعة الموصل، العراق.
39. سلطان، و. (2012): "أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين"، دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة، المجلد الخامس، العدد العاشر، جامعة البصرة، العراق.
40. سليمان، م. (2008): "حوكمة الشركات ودور أعضاء مجالس الإدارة والمديرين التنفيذيين"، الإسكندرية، الدار الجامعية.
41. السنوسي، ع. (2009): "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر - دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية"، مجلة اقتصاديات شمال أفريقيا، العدد السابع، ص-ص 289-304، الجزائر.
42. الشاذلي، م، وآخرون، (1999): "طب المجتمع - أكاديمياً إنترناشيونال"، للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
43. شاويش، م. (1996): "إدارة الموارد البشرية"، إدارة الأفراد، الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

44. شحاده، أ. (2017): "تقييم بناء الحكمانية الجيدة في المؤسسات الحكومية وتأثيره في كفاءة الأداء المؤسسي وزارة الاقتصاد الوطني في الضفة الغربية من دولة فلسطين نموذجاً"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
45. الشعبي، ع. (2010): "النزاهة والشفافية والمساءلة في مواجهة الفساد"، ط1، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة، (أمان)، فلسطين.
46. شلش، ب. (2013): "مدى تطبيق معايير الشفافية والنزاهة في المؤسسات الحكومية الفلسطينية"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
47. الشمري، س. (2009): "الرضا الوظيفي لدى العاملين وآثاره على الأداء الوظيفي"، دراسة تطبيقية على القطاع الصناعي في عمليات الخفجي المشتركة، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير.
48. صالح، ب. (2012): "قابلية تحقيق بطاقة الأداء المتوازن كأداة لتقييم الإستراتيجية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية"، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، رسالة ماجستير.
49. صباح، م. (2017): "أثر مبادئ الحاكمية المؤسسية على سياسة توزيعات الأرباح"، دراسة تطبيقية على الشركات المدرجة في بورصة فلسطين، جامعة الأزهر - غزة، فلسطين، رسالة ماجستير.
50. الصبارنة، و. (2013): "واقع التخطيط والتطوير في مستشفيات محافظة الخليل من وجهة نظر المدراء ورؤساء الأقسام في المستشفيات"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
51. صديق، ح. (2012): "تقويم الأداء في المؤسسات الاجتماعية"، 28 (1)، ص211-ص248، مجلة جامعة دمشق، سوريا.
52. الطبولي، ع. (2011): "مجلة جامعة بنغازي العلمية"، السنة الرابعة والعشرون، العدد الثالث والرابع، مختلف فروع المعرفة الإنسانية والتطبيقية، 2011.
53. الطويل، أ. والكبي، غ. والحيالي، إ. (2010): "بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات"، دراسة حالة مستشفى محافظة نينوى من 2003-2006، المجلد السادس، العدد العشرون، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، العراق.
54. عاشور، ح. (2015): "استخدام أبعاد بطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأداة لقياس أداء المستشفيات الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة"، جامعة الأقصى، فلسطين، رسالة ماجستير.

55. عبد الرحمن، م. (2018): "إدارة الجودة الشاملة الموجهة وأثرها على الأداء المؤسسي - الدور المعدل للثقافة التنظيمية"، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، أطروحة دكتوراه.
56. عبد العال، ح. (2005): "حوكمة الشركات" المفاهيم_المبادئ_التجارب" تطبيقات الحوكمة في المصارف"، ص 23، الدار الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.
57. عبد الغفور، ر. (2018): "أثر تطبيق نظام إدارة الجودة على تحسين الأداء المؤسسي في المؤسسة السودانية للنفط"، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، أطروحة دكتوراه.
58. العرابي، ح. ونواره، إ. (2016): "دور إدارة الجودة الشاملة في تعزيز حوكمة الشركات"، جامعة البليدة (2)، الجزائر، مجلة الأبحاث الاقتصادية، العدد (14).
59. عرار، د. (2019): "تطبيق اللامركزية وأثرها على أداء العاملين في المستشفيات الحكومية في محافظة الخليل"، جامعة الخليل، فلسطين، رسالة ماجستير.
60. عطية، م. (2014): "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية"، ص14، العدد 27، المجلد 2، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
61. العلاق، ب. (2001): "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية"، حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة الأردن، عمان، الأردن.
62. علام، م. (2009): "كيف تطبق نظام إدارة الموارد البشرية في مؤسستك إدارة الموارد البشرية بين النظرية والتطبيق"، ط1، مطابع الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
63. عيادي، ح. (2012): "بطاقة الأداء المتوازن كنظام فعال لمراقبة التسيير"، جامعة مسيلة، الجزائر، رسالة ماجستير.
64. عيسى، ل. (2017): "أثر معايير الحوكمة على أداء العاملين في المستشفيات (مجمع فلسطين الطبي، أنموذجاً- 2013- 2017م)"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
65. غادر، م. (2012): "محددات الحوكمة ومعاييرها"، مداخلة علمية، المؤتمر العلمي الدولي، عولمة الإدارة في عصر المعرفة، جامعة الجنان، لبنان.
66. الغالبي، ط. إدريس، و. (2007): "الإدارة الإستراتيجية منظور منهجي متكامل"، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

67. الغامدي، م. (2017): "النزاهة قيم وسلوك"، الرياض، السعودية.
68. غنيم، أ. (2006): "إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة"، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر.
69. الفاخري، ر. وآخرون. (2019): "الحوكمة وأثرها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دراسة حالة مركز بنغازي الطبي"، المؤتمر الدولي للعلوم التقنية (ICST2019)، 4-6 مارس 2019.
70. قرادغي، ك. (2011): "أثر الشفافية والمساءلة على الإصلاح الإداري"، دراسة تحليلية لآراء عينة من مواطني إقليم كردستان وعلى مستوى محافظتي سلیمانية وأربيل.
71. الكرنز، س. (2017): "مساق الحوكمة وبناء المؤسسات"، جامعة القدس، فلسطين.
72. كواشي، م. (2017): "أهمية الحوكمة في تحسين الأداء الشامل لمنظمات الأعمال"، جامعة بابل، العراق، مجلة جامعة بابل، العدد (1)، المجلد (25).
73. اللجنة الوطنية للحوكمة. (2009): "مدونة قواعد حوكمة الشركات في فلسطين".
74. مباركي، ن. (2018): "أثر خصائص مجلس الإدارة على الأداء المالي في المؤسسة"، دراسة حالة عينة من المؤسسات الفرنسية المدرجة بمؤشر CAC40، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر، رسالة ماجستير.
75. المبيضين، م. (2013): "فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي وأثرها في التميز التنظيمي"، دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن، المجلد التاسع، العدد الرابع، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، جامعة الزيتونة، عمان، الأردن.
76. مخيمر، ع. الطعمنة، م. (2003): "الاتجاهات الحديثة في إدارة المتشفيات (المفاهيم والتطبيقات)"، الناشر المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.
77. المرضي، ل. (2016): "مهارات تطبيقية في قيادة الأداء ومؤشرات"، ط1، مركز ديونو لتعليم التفكير، عمان، الأردن.
78. مركز المشروعات الدولية الخاصة CIP. (2004): "مبادئ منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بشأن حوكمة الشركات"، القاهرة، مصر.
79. مصلح، ع. (2016): "النزاهة والشفافية والمساءلة في مواجهة الفساد"، ط4، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة، (أمان)، فلسطين.

80. مطير، س. (2013): "واقع تطبيق معايير الحكم الرشيد وعلاقتها بالأداء الإداري في الوزارات الفلسطينية"، جامعة الأقصى - غزة، فلسطين، رسالة ماجستير.
81. مهنا، ر. (2014): "تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات"، الجامعة الإسلامية - غزة، فلسطين، رسالة ماجستير.
82. مولاي لخضر، ع. وعجيلة، م. (2019): "الحوكمة كمدخل للرقابة والمساءلة في البنوك الجزائرية"، مداخلة علمية، المؤتمر العلمي حول إصلاح النظام المصرفي الجزائري في ظل التطورات العالمية الراهنة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، جامعة عمار التليجي الأغواط، الجزائر.
83. النجار، ج. وعقل، ع. (2016): "قياس أثر الالتزام بتطبيق قواعد حوكمة الشركات على الأداء المالي"، دراسة تطبيقية على الشركات المساهمة العامة المدرجة في بورصة فلسطين، مجلة جامعة فلسطين التقنية للأبحاث، 2016، 4(2)، 15-40.
84. نصيرات، ف. (2018): "إدارة المستشفيات والمراكز الصحية"، جامعة القدس المفتوحة.
85. نعيير، س. (2010): "أداء موظفي وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظات الضفة الغربية بين الواقع وآليات تطويره"، جامعة القدس، فلسطين، رسالة ماجستير.
86. النعيمي، ر. (2015): "أثر تطبيق الحوكمة في المؤسسات الرياضية على الإنجازات الرياضية الأولمبية في دولة الإمارات العربية المتحدة من وجهة نظر صناع القرار"، جامعة الإمارات العربية المتحدة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الإمارات، رسالة ماجستير.
87. الهيتي، خ. (2005): "إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي"، ط2، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
88. وزارة الصحة الأسترالية الحكومية. (2013): "دليل الحوكمة السريرية للخدمات الصحية عن بعد والمعزولة في أستراليا"، سبتمبر 2013، أستراليا.
89. وزارة الصحة. (2014): "التقرير السنوي للمستشفيات في قطاع غزة"، وحدة نظم المعلومات الصحية، غزة، فلسطين.
90. وزارة الصحة. (2017): "الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017 - 2022"، مكتب الوكيل المساعد لشؤون التخطيط، الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط، رام الله، فلسطين.

91. وزارة الصحة. (2019): "التقرير الصحي السنوي فلسطين 2018"، مكتب الوكيل المساعد لشؤون التخطيط، الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط، مركز المعلومات الصحية الفلسطينية، رام الله، فلسطين.

92. يحيى، إ. بوحديد، ل. (2014): "الحوكمة ودورها في تحسين الأداء المالي للمؤسسات الجزائرية"، دراسة حالة المؤسسة الجزائرية الجديدة للتغليب (NCA) بالروبية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 5، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة.

ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية

1. Al-Musabi, Mohamed. (2017): "Health Governance and Accreditation Programs in Saudi Hospitals", PhD thesis, Scholarship at an Australian University: 13 03. Date of entry 01- January 2020, 19:00 pm.
2. Bath Project. (2005): "A performance assessment Tool Hospital" "in partnership with the World Health Organization, International Journal of Quality in Health Care, (1-10), on behalf of the International Society for Quality in Health Care, Oxford and Nefertiti Press." Europe. Date of entry 24 - October - 2019, 19:00 pm.
3. DAC Project (Regional Office for Europe, Marmorvej 51 DK- 2100). (2016): "On Hospital Governance Standards and Their Effects of Improving Performance on Health Results in the Organization for Development and Development", 1st edition, from seven countries including: Germany , France, Poland, Portugal, Spain, Turkey and the Czech Republic.
4. Flodberg, D. & Nadjari, Dayan. (2013): The Link Between Corporate Governance And Firm Performance In The Nordic Countries (Unpublished Master Thesis). University Of Gothenburg. German.
5. Heenetigala, K. and Armstrong. A. (2012): The Impact of Corporate Governance on Firm Performance in an Unstable Economic and Political Environment: Evidence from Sri Lanka. Financial Markets & Corporate Governance Conference, Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1971927>.
6. Hu Liu and Kinji Itoh. (2012): "A Comprehensive Hospital Management Framework Based on Performance Indicators", Department of Industrial

Engineering and Management, Tokyo Institute of Technology, Tokyo, Japan.

7. Hu-Chen, L. & Kenji, I. (2012): Holistic hospital management framework based on performance indicators, "Department of Industrial Engineering and Management", Tokyo, Japan: Tokyo Institute of Technology.
8. Kotler. (2000): "Marketing Management" the Millennium Edition, By Prentice Hall International, Inc, p40-42.
9. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2004): Principle of Corporate Governance, January, www.oecd.org
10. Regional Committee for the Eastern Mediterranean, World Health Organization. (2009): "Technical paper on improving hospital performance in the Eastern Mediterranean Region", fifty-sixth session, agenda item 6 (c).
11. Rezarch. (2016): "Strengthening health management for coordination between physicians and nurses and between administrators and introducing the role of health practitioner director", Medicine and Administration, 1st floor, Institute of Economics, Labor and Culture, Goethe University Frankfurt, Germany.
12. University of Michigan and the University of North Carolina. (2006): "Does Governance Matter? Board Configuration and Performance-Profit Hospitals", "Understanding the Difference between Hospitals at the Administrative Level between Profit and Non-Profit Hospitals", United States of America.

ثالثاً: المواقع الإلكترونية

1. بيت الحكمة للاستشارات الالكترونية. (2019): تاريخ الدخول 15- تشرين الثاني - 2019. الساعة: 13:00 ظهراً.

www.Hawkama.com”Governance

2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2017): "عدد السكان المقدر في منتصف العام لمحافظة الخليل حسب التجمع 2017-2021". تاريخ الدخول 08- تشرين الثاني - 2019. الساعة: 12:00 ظهراً.

<http://www.pcbs.gov.ps/Portals/Rainbow/Documents/HebronA.html>

93. الغرفة التجارية. (2020): "نبذة عن محافظة الخليل". تاريخ الدخول 18- تشرين الثاني - 2020. الساعة: 11:00 صباحاً.

http://www.hebroncci.org/ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1643&Itemid=160

94. مركز المعلومات الصحية الفلسطيني. (2012): "التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2011"، رام الله، فلسطين. تاريخ الدخول - 22- تشرين الثاني - 2019. الساعة: 15:00 مساءً.

http://site.moh.ps/Content/Books/BbbbFPiybuz4pl3coknbf6komdiP7hz7RsvgOUkphbIPykFwtAtYrj_A5jsNR9UoB4HHgAzt8EbULrU4BVC14WsykUMws8fCOUaSIFaW8TJsa.pdf

95. مركز المعلومات الوطني الفلسطيني (وفا). (2020): "المستشفيات في فلسطين". تاريخ الدخول 2019/12/01. الساعة: 18:00 مساءً.

http://www.wafainfo.ps/ar_page.aspx?id=14977

96. المستشفى الأهلي. (2020): "نشأة وتطور المستشفى". تاريخ الدخول 08- كانون الثاني - 2020. الساعة: 16:00 مساءً.

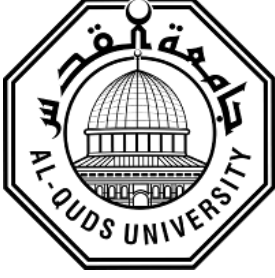
<http://www.ahli.org/test3/>

97. مستشفى الميزان التخصصي. (2020): "نشأة وتطور المستشفى". تاريخ الدخول 10- كانون الثاني - 2020. الساعة: 14:00 ظهراً.

<http://www.almezanh.com/ar/>

ملحق رقم (1): كتاب طلب تحكيم استبانة.

بسم الله الرحمن الرحيم



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج الماجستير في بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية

تحكيم استبانة

السيدات/السادة..... المحترمون.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

يجري الباحث دراسة بعنوان "واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسها على الأداء في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، في تخصص بناء المؤسسات وتنمية وإدارة الموارد البشرية، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير استبانتين لقياس العلاقة المذكورة، واحدة تخص العاملين في المستشفيات (مقدمي الخدمة)، والثانية لمتلقي الخدمة، وذلك في ضوء التعريف الذي وضعه لمعايير حوكمة المستشفيات، والمتمثل ب: "النظم والقوانين والمبادئ والقيم التي تحكم عمل المؤسسة وإدارتها لتحقيق الجودة والتميز بخطتها وأهدافها، والتوجيه الفعال لتحسين وتسهيل الأداء والخدمات السريرية بمستويات وجودة عالية، والإجراءات التي تحقق معايير ومبادئ الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية"، وكذلك التعريف الذي وضعه للأداء والمتمثل ب: "نشاط شامل ومستمر يعبر عن قدرة المؤسسة لتحقيق أهدافها طويلة الأمد، من خلال استغلالها الأمثل للموارد المتوفرة لديها بكفاءة وفاعلية، وتجسيد الأفراد والوحدات والمؤسسة ككل لمتطلبات الوظيفة". ويعرض عليكم الباحث هاتين الاستبانتين بغرض تحكيمهما، والتحقق من قدرتهما على قياس ما وضعنا لأجل قياسه، وسلامة عبارتهما، وشمولهما للمحتوى المراد دراسته، لذا أرجو من حضراتكم/إبداء الرأي حول كل فقرة، وتقديم النصح والإرشاد للباحث.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

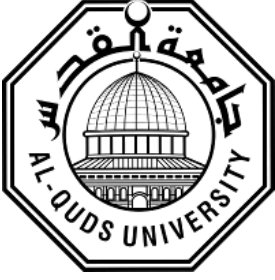
الباحث: لؤي أحمد خليل الرواشده.

ملحق رقم (2): قائمة بأسماء المحكمين.

لجنة التحكيم

الرقم	الاسم	المسمى الوظيفي	المؤسسة
1	أ. د. سلوى البرغوثي	كلية الأعمال والاقتصاد/ منسقة إدارة الأعمال في الماجستير/ عضو هيئة التدريس	جامعة القدس
2	د. شاهر العالول	دائرة العلوم التنموية/ عضو هيئة التدريس	جامعة القدس
3	أ. د. شريف أبو كرش	كلية العلوم الإدارية والمالية/ عضو هيئة التدريس	الجامعة العربية الأمريكية
4	د. عبد القادر الدراويش	مدير منطقة الخليل التعليمية	جامعة القدس المفتوحة

ملحق رقم (3): استبانته مقدمي الخدمة.



استبانته رقم (1)

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج الماجستير في بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية

السيدات والسادة الموظفين/ات في المستشفى المحترمون/ات

تحية طيبة وبعد،،،

يجري الباحث دراسة بعنوان "واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسها على الأداء في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، في تخصص بناء المؤسسات وتنمية وإدارة الموارد البشرية، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير استبانتين لقياس العلاقة المذكورة واحدة تخص العاملين في المستشفيات (مقدمي الخدمة)، والثانية لمتلقي الخدمة، في ضوء التعريف الذي وضعه لمعايير حوكمة المستشفيات، والمتمثل ب: "النظم والقوانين والمبادئ والقيم التي تحكم عمل المؤسسة وإدارتها لتحقيق الجودة والتميز بخطتها وأهدافها، والتوجيه الفعال لتحسين وتسهيل الأداء والخدمات السريرية بمستويات وجودة عالية، والوفاء بمعايير الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية"، وكذلك التعريف الذي وضعه للأداء والمتمثل ب: "نشاط شامل ومستمر يعبر عن قدرة المؤسسة لتحقيق أهدافها طويلة الأمد، من خلال استغلالها الأمثل للموارد المتوفرة لديها بكفاءة وفعالية، وتجسيد الأفراد والوحدات والمؤسسة ككل لمتطلبات الوظيفة". ويطيب لي أن أضع بين أيديكم هذه الإستبانة آملاً منكم التكرم بتعبئتها بكل دقة وصدق وأمانة وموضوعية، لما لذلك من عظيم الأثر في الوصول إلى نتائج قد تؤثر على سير العمل في المستشفيات وجودة الخدمة المقدمة، علماً بأن بيانات هذه الدراسة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستعامل الإجابات بسرية تامة.

مع فائق الاحترام

إشراف: د. نايف عبد الرحيم علي جراد.

الباحث: لؤي أحمد خليل الرواشده.

القسم الأول: البيانات الشخصية

الرجاء وضع دائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك؛ لكل مما يلي:

- | | | | | |
|------------------|-------------------|--------------|------------------|-------------|
| 1. الجنس | 1. نكر | 2. أنثى | | |
| 2. المستشفى | 1. الميزان | 2. الأهلي | | |
| 3. العمر | 1. أقل من 30 | 2. 31-40 | 3. 41-50 | 4. 50 فأكثر |
| 4. المؤهل العلمي | 1. دبلوم فأقل | 2. بكالوريوس | 3. ماجستير فأعلى | |
| 5. الخبرة | 1. أقل من 5 سنوات | 2. 5-10 | 3. 10 فأكثر | |

القسم الثاني: واقع تطبيق معايير الحوكمة

فيما يلي مجموعة من الفقرات المعبرة عن مؤشرات واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية، يرجى التكرم بقراءتها واختيار الإجابة المناسبة بوضع إشارة (✓) في المكان المناسب الذي يعبر عن رأيكم:

الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	القوانين والأنظمة واللوائح المنظمة لعمل المستشفى متاحة للعمامة.					
2	يعتمد المستشفى مبدأ الشفافية في تطبيق القوانين والأنظمة واللوائح.					
3	يقوم المستشفى بالإفصاح عن تقاريره السنوية (المالية، الإنجاز والأداء) بكل شفافية.					
4	يوجد مدقق حسابات خارجي معتمد لتدقيق التقارير المالية للمستشفى.					
5	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الأخطاء الطبية إن وجدت.					
6	يوجد صندوق شكاوى في المستشفى يتلقى التبليغات عن أي فساد أو تقصير أو مخالفات.					
7	يفصح المستشفى عن أعماله وخططه المستقبلية ومشاريعه التي ينوي القيام بها.					
8	يوفر المستشفى مدونة سلوك.					
9	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الشواغر.					
10	تتقبل إدارة المستشفى ملاحظات واقتراحات المراجعين.					
11	يوفر المستشفى موقع إلكتروني ويشتمل شكوى ومعلومات ضرورية للمراجعين.					
12	اللوحات الإرشادية والنماذج والنشرات التعريفية الخاصة بتقديم الخدمات كافية وشاملة.					
<p>المعيار الثاني: النزاهة؛ وتعرف بأنها: هي القوانين والإجراءات التي تحكم سلوك الأفراد العاملين في المؤسسات لمنع الإضرار وتحفز الإخلاص والتفاني في العمل وتبني القيم الأخلاقية كالصدق والأمانة.</p>						
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
13	تساهم الأنظمة والقوانين بمنع تضارب المصالح بين الموظف والمستشفى.					
14	تضمن إجراءات التعيين والتوظيف في المستشفى تكافؤ الفرص بين الجميع.					
15	تحول الأنظمة والقوانين دون استخدام الموظفين لموارد وممتلكات المستشفى لمصالح شخصية.					
16	يطبق المستشفى مدونة قواعد حوكمة الشركات في فلسطين.					
17	يعمل المستشفى وفق دليل إجراءات واضح ومعلن لتقديم الخدمة.					
18	يطبق المستشفى سياسة الشخص المناسب في المكان المناسب.					

					يوجد لدى المستشفى نظام متوازن في توزيع المهام والسلطات والمسؤوليات.	19
					يوجد نظام تحفيز في المستشفى للإبلاغ عن أي حالة فساد أو مخالفة.	20
<p>المعيار الثالث: المساءلة؛ وتعرف بأنها: هي محاسبة المرؤوس على الأداء والأعمال وممارسة العمل بمسؤولية والابتعاد عن تحقيق المصالح الشخصية، ويكون صناع القرار مسؤولين أمام الجمهور العام، والتزام الأفراد أو المؤسسات بالإجابة عن الأسئلة الموجهة لهم، وتقديم شرح وتفسير عن مدى تحمل الفرد مسؤولية ما يسند إليه من أعمال ومهام.</p>						
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
21	حق المساءلة مضان للموظفين في المستشفى.					
22	يحق للمواطنين مساءلة الموظفين والقيادات الإدارية في المستشفى.					
23	يوجد في المستشفى هيئة للرقابة والتفتيش.					
24	تقوم الرقابة والتفتيش في المستشفى بعملها بشكل دوري.					
25	تقوم الرقابة والتفتيش بعملها بشكل مهني.					
26	تعالج إدارة المستشفى الشكاوى المقدمة والاقتراحات بمهنية عالية.					
27	يوجد في المستشفى نظام عقوبات يتناسب مع نوع المخالفة وتكرارها.					
28	يوجد في المستشفى وصف كامل ومحدد وواضح لكل وظيفة.					
29	يتناسب الجزاء والعقاب المتخذ مع حجم المخالفة المرتكبة.					
30	المحاسبة على التصويرات والمخالفات تتسم بالنزاهة والعدالة تجاه الجميع.					
<p>المعيار الرابع: الاستجابة؛ وتعرف بأنها: هي قدرة المؤسسات والعاملين فيها على تلبية وتقديم الخدمات كافة لجميع متلقيها دون أي تمييز بينهم خلال فترة زمنية قصيرة وإنتاجية وجودة عالية.</p>						
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
31	يلبي المستشفى احتياجات المرضى والموظفين من الخدمات.					
32	يقدم المستشفى خدماته على مدار (24) ساعة وبكل دقة ودون تأخير.					
33	يستجيب المستشفى بسرعة لاستفسارات متلقي الخدمة.					
34	الموظفين ملتزمين بالمواعيد المحددة لتقديم الخدمات للمرضى.					
35	يقوم الموظفون بالتعاون مع المرضى ومساعدتهم دائماً.					
36	إجراءات تلقي الخدمة من المستشفى سريعة وغير معقدة.					
37	يتم تقديم شرح كامل عن الوضع الصحي للمريض ومنحه فرصة كافية للمناقشة.					
38	يتم تشخيص وفحص الحالة المرضية ضمن ظروف خاصة.					
39	وقت الانتظار للحصول على الخدمة مناسب.					

					يلتزم مقدمو الخدمة في المستشفى بإجراءات تقديم الخدمة بشكل جيد.	40
					أنا راض عن الجهود التي يبذلها المستشفى لتلبية احتياجات متلقي الخدمة.	41
<p>المعيار الخامس: الفعالية السريرية؛ وتعرف بأنها: هي الخدمات الطبية والصحية التي يقدمها المستشفى والموظفين فيه للمرضى والمراجعين بكفاءة وجودة عالية سواء كانت علاجية أو نفسية وتؤدي لتغيير إيجابي في صحة ونفسية المريض.</p>						
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
42	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوفرة وحديثة.					
43	مكان تقديم الخدمة آمن وهادئ ومناسب ولائق للعلاج والمراجعة.					
44	يوجد صالات انتظار وراحة مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم.					
45	تتوفر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة.					
46	عدد الأسرة المتوفرة داخل غرف المرضى الخاضعين للعلاج تتناسب مع حجم الغرفة.					
47	عدد موظفين المستشفى المعنيين من (أطباء، تمريض، مهن طبية مساندة) بتقديم الخدمة كاف.					
48	يتم طلب وإجراء الفحوصات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة.					
49	يوجد ملف طبي كامل لكل مريض ويتم تحديث بياناته عند الحاجة ويحصل على المعلومات بسهولة.					
50	تتم متابعة الحالة المرضية بسرعة عالية خلال التواجد في المستشفى.					
51	يتم تشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى.					

القسم الثالث: انعكاس واقع تطبيق معايير الحوكمة على الأداء

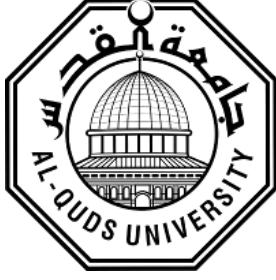
فيما يلي مجموعة من الفقرات المعبرة عن انعكاس واقع تطبيق الحوكمة على الأداء في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية، يرجى التكرم بقرائها واختيار الإجابة المناسبة بوضع إشارة (✓) في المكان الذي يعبر عن رأيكم:

الأداء. ويعرف بأنه؛ هو قدرة المؤسسة على تحقيق النتائج التي تتطابق مع الخطط والأهداف المرسومة، بالاستغلال الأمثل للموارد الموضوعة تحت تصرفها بكفاءة وفعالية.					
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق
52	يقوم الموظفون بأعمالهم وفقا للخطط والسياسات والتعليمات المعتمدة من قبل إدارة المستشفى.				
53	يؤدي الموظفون المهام الوظيفية الموكلة إليهم وفقا لمعايير الجودة المطلوبة.				
54	يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية).				
55	يقوم المستشفى بتدريب الموظفين لتطوير مهاراتهم وأدائهم.				
56	تحرص إدارة المستشفى على تقييم أداء الموظفين بشكل دوري.				
57	ينسجم أداء الموظفين في المستشفى مع روح الفريق والعمل الجماعي.				
58	تستثمر إدارة المستشفى جميع مواردها المادية والبشرية والتقنية بكفاءة وفاعلية.				
59	تحرص إدارة المستشفى على تحقيق ميزة تنافسية في الخدمات الطبية.				
60	يستقطب أداء المستشفى الكفاءات الطبية والتمريضية المتخصصة.				
61	ينجز المستشفى أعماله ونشاطاته بأعلى مستوى من الكفاءة والمسؤولية.				
62	تستقطب سمعة المستشفى زبائن جدد باستمرار.				
63	يستطيع المستشفى التكيف والتأقلم مع الحالات الطارئة التي يواجهها.				
64	يتمتع الموظفون في المستشفى بالولاء للمؤسسة.				
65	يقوم المستشفى بمسؤوليته الاجتماعية الملقاة على عاتقه.				
66	لا وجود للفساد في المستشفى.				

انتهى

مع جزيل الشكر

ملحق رقم (4): استبانته متلقي الخدمة.



استبانته رقم (2)

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج الماجستير في بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية

الأخوة والأخوات الأفاضل متلقي الخدمة المحترمين

تحية طيبة وبعد،،،

يجري الباحث دراسة بعنوان "واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية وانعكاسها على الأداء في محافظة الخليل (مستشفى الميزان والمستشفى الأهلي كحالة دراسية)، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، في تخصص بناء المؤسسات وتنمية وإدارة الموارد البشرية، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير استبانتين لقياس العلاقة المذكورة واحدة تخص العاملين في المستشفيات (مقدمي الخدمة)، والثانية لمتلقي الخدمة، في ضوء التعريف الذي وضعه لمعايير حوكمة المستشفيات، والمتمثل ب: "النظم والقوانين والمبادئ والقيم التي تحكم عمل المؤسسة وإدارتها لتحقيق الجودة والتميز بخطتها وأهدافها، والتوجيه الفعال لتحسين وتسهيل الأداء والخدمات السريرية بمستويات وجودة عالية، والوفاء بمعايير الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية"، وكذلك التعريف الذي وضعه للأداء والمتمثل ب: "نشاط شامل ومستمر يعبر عن قدرة المؤسسة لتحقيق أهدافها طويلة الأمد، من خلال استغلالها الأمثل للموارد المتوفرة لديها بكفاءة وفعالية، وتجسيد الأفراد والوحدات والمؤسسة ككل لمتطلبات الوظيفة". ويطيب لي أن أضع بين أيديكم هذه الإستبانة آملاً منكم التكرم بتعبئتها بكل دقة وصدق وأمانة وموضوعية، لما لذلك من عظيم الأثر في الوصول إلى نتائج قد تؤثر على سير العمل في المستشفيات وجودة الخدمة المقدمة، علماً بأن بيانات هذه الدراسة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستعامل الإجابات بسرية تامة.

مع فائق الاحترام

إشراف: د. نايف عبد الرحيم علي جراد.

الباحث: لؤي أحمد خليل الرواشده.

القسم الأول: البيانات الشخصية

الرجاء وضع دائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك؛ لكل مما يلي:

- | | | | | |
|------------------|---------------|---------------|------------------|-------------|
| 1. الجنس | 1. ذكر | 2. أنثى | | |
| 2. المستشفى | 1. الميزان | 2. الأهلي | | |
| 3. العمر | 1. أقل من 30 | 2. 31-40 | 3. 41-50 | 4. 50 فأكثر |
| 4. مكان السكن | 1. مخيم | 2. قرية/ بلدة | 3. مدينة | |
| 5. المؤهل العلمي | 1. دبلوم فأقل | 2. بكالوريوس | 3. ماجستير فأعلى | |

القسم الثاني: واقع تطبيق معايير الحوكمة

فيما يلي مجموعة من الفقرات المعبرة عن مؤشرات واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية، يرجى التكرم بقراءتها واختيار الإجابة المناسبة بوضع إشارة (✓) في المكان المناسب الذي يعبر عن رأيكم:

الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	القوانين والأنظمة واللوائح المنظمة لعمل المستشفى متاحة للعمامة.					
2	يعتمد المستشفى مبدأ الشفافية في تطبيق القوانين والأنظمة واللوائح.					
3	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الأخطاء الطبية إن وجدت.					
4	يوجد صندوق شكاوى في المستشفى يتلقى التبليغات عن أي فساد أو تقصير أو مخالفات.					
5	يفصح المستشفى عن أعماله وخططه المستقبلية ومشاريعه التي ينوي القيام بها.					
6	يوفر المستشفى مدونة سلوك.					
7	يقوم المستشفى بالإفصاح عن الشواغر.					
8	تتقبل إدارة المستشفى ملاحظات واقتراحات المراجعين.					
9	يوفر المستشفى موقع إلكتروني ويشتمل شكوى ومعلومات ضرورية للمراجعين.					
10	اللوحات الإرشادية والنماذج والنشرات التعريفية الخاصة بتقديم الخدمات كافية وشاملة.					
<p>المعيار الثاني: النزاهة؛ وتعرف بأنها: هي القوانين والإجراءات التي تحكم سلوك الأفراد العاملين في المؤسسات لمنع الإضرار وتحفز الإخلاص والتفاني في العمل وتبني القيم الأخلاقية كالصدق والأمانة.</p>						
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
11	يتعامل مقدمو الخدمات في المستشفى مع متلقي الخدمة بعدالة دون تمييز.					
12	تساهم الأنظمة والقوانين بتسهيل إجراءات المرضى والمراجعين بما يمنع تضارب المصالح بينهم.					
13	هناك تأثير من الإدارة على الموظفين من خلال صندوق الشكاوى.					
14	يقوم المستشفى باستطلاع آراء وتقييم المرضى والمراجعين له من خلال توزيع استبيان.					
15	يعمل المستشفى وفق دليل إجراءات واضح ومعلن لتقديم الخدمة.					
16	يطبق المستشفى سياسة الشخص المناسب في المكان المناسب.					
17	يوجد لدى المستشفى نظام متوازن في توزيع عدد الموظفين حسب حاجة الأقسام.					
18	أستطيع الإبلاغ عن أي حالة فساد أو مخالفة في المستشفى.					

المعيار الثالث: المساءلة؛ وتعرف بأنها: هي محاسبة المرؤوس على الأداء والأعمال وممارسة العمل بمسؤولية والابتعاد عن تحقيق المصالح الشخصية، ويكون صناع القرار مسؤولين أمام الجمهور العام، والتزام الأفراد أو المؤسسات بالإجابة عن الأسئلة الموجهة لهم، وتقديم شرح وتفسير عن مدى تحمل الفرد مسؤولية ما يسند إليه من أعمال ومهام.

الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
19	يحق للمواطنين مساءلة الموظفين والقيادات الإدارية في المستشفى.					
20	تعالج إدارة المستشفى الشكاوى المقدمة والاقتراحات بمهنية عالية.					
21	تستجيب إدارة المستشفى للمساءلة الموجهة من قبل متلقي الخدمة بسعة صدر.					
22	يوجد في المستشفى نظام عقوبات يتناسب مع نوع المخالفة وتكرارها.					
23	الجزاء والعقاب المتخذ بحق المخالفين منصف للمواطن.					
24	تقوم الرقابة والتفتيش في المستشفى بعملها بشكل مهني.					
25	القوانين والأنظمة تحد من وقوع المشاكل وتحفظ حقوق المواطنين.					
26	هيئة الرقابة والتفتيش وسيلة تواصل بين المواطنين والمستشفى.					
27	محاسبة ومساءلة المقصرين والمخالفين في المستشفى هي ممارسة فعلية تتسم بالنزاهة والعدالة.					

المعيار الرابع: الاستجابة؛ وتعرف بأنها: هي قدرة المؤسسات والعاملين فيها على تلبية وتقديم الخدمات كافة لجميع متلقيها دون أي تمييز بينهم خلال فترة زمنية قصيرة وإنتاجية وجودة عالية.

الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
28	يلبي المستشفى احتياجات المرضى والموظفين من الخدمات.					
29	يقدم المستشفى خدماته على مدار (24) ساعة وبكل دقة وبدون تأخير.					
30	يستجيب المستشفى بسرعة لاستفسارات متلقي الخدمة.					
31	الموظفين ملتزمين بالمواعيد المحددة لتقديم الخدمات للمرضى.					
32	يقوم الموظفون بالتعاون مع المرضى ومساعدتهم دائماً.					
33	إجراءات تلقي الخدمة من المستشفى سريعة وغير معقدة.					
34	يتم تقديم شرح كامل عن الوضع الصحي للمريض ومنحه فرصة كافية للمناقشة.					
35	يتم تشخيص وفحص الحالة المرضية ضمن ظروف خاصة.					
36	وقت الانتظار للحصول على الخدمة مناسب.					
37	يلتزم مقدمو الخدمة في المستشفى بإجراءات تقديم الخدمة بشكل جيد.					
38	أنا راض عن الجهود التي يبذلها المستشفى لتلبية احتياجات متلقي الخدمة.					

المعيار الخامس: الفعالية السريرية؛ وتعرف بأنها: هي الخدمات الطبية والصحية التي يقدمها المستشفى والموظفين فيه للمرضى والمراجعين بكفاءة وجودة عالية سواء كانت علاجية أو نفسية وتؤدي لتغيير إيجابي في صحة ونفسية المريض.

الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
39	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوفرة وحديثة.					
40	مكان تقديم الخدمة آمن وهادئ ومناسب ولائق للعلاج والمراجعة.					
41	يوجد صالات انتظار وراحة مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم.					
42	تتوفر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة.					
43	عدد الأسرة المتوفرة داخل غرف المرضى الخاضعين للعلاج تتناسب مع حجم الغرفة.					
44	عدد موظفين المستشفى المعينين من (أطباء، تمريض، مهن طبية مساندة) بتقديم الخدمة كاف.					
45	يتم طلب وإجراء الفحوصات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة.					
46	يوجد ملف طبي كامل لكل مريض ويتم تحديث بياناته عند الحاجة ويحصل على المعلومات بسهولة.					
47	يتم متابعة الحالة المرضية بسرعة عالية خلال التواجد في المستشفى.					
48	يتم تشخيص الحالة المرضية واتخاذ الإجراءات اللازمة فور وصولها للمستشفى.					

القسم الثالث: انعكاس واقع تطبيق معايير الحوكمة على الأداء

فيما يلي مجموعة من الفقرات المعبرة عن انعكاس واقع تطبيق الحوكمة على الأداء في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية، يرجى التكرم بقرائها واختيار الإجابة المناسبة بوضع إشارة (✓) في المكان الذي يعبر عن رأيكم:

الأداء؛ ويعرف بأنه: هو قدرة المؤسسة على تحقيق النتائج التي تتطابق مع الخطط والأهداف المرسومة، بالاستغلال الأمثل للموارد الموضوعة تحت تصرفها بأكثر كفاءة وفعالية.					
الرقم	الفقرات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق
49	يحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (إدارية وطبية).				
50	يوضح الموظفون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بأسلوب مبسط يفهمه المريض.				
51	يقوم الموظفون بأعمالهم بأعلى مستوى من المسؤولية.				
52	يقدم المستشفى أفضل الخدمات الطبية لتحقيق ميزة تنافسية.				
53	أداء المستشفى والكفاءات الطبية والتمريضية المتخصصة يؤدي لعودة المواطنين مرة أخرى إليه.				
54	ينجز المستشفى أعماله ونشاطاته بأعلى مستوى من الكفاءة والمسؤولية.				
55	سمعة المستشفى تجذب المواطنين إليه لتلقي الخدمات الطبية اللازمة.				
56	المستشفى على استعداد وجاهزية للتعامل مع الحالات الطارئة التي يواجهها خارج أوقات الدوام.				
57	يقوم المستشفى بمسؤوليته الاجتماعية الملقاة على عاتقه.				
58	لا وجود للفساد في المستشفى.				
59	يتجاوب الموظفون مع المرضى والمراجعين رغم انشغالهم بأداء مهامهم الوظيفية الموكلة إليهم.				
60	تتوفر بالمستشفى الكوادر البشرية المدربة والمؤهلة.				

انتهى

مع جزيل الشكر

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
52	تصنيف مقاييس الأداء	1.2
58	أركان الحكم السريري الجيد	2.2
62	الأدوار والمسؤوليات داخل الهيكل التنظيمي	3.2
75	السياسات الوطنية والتدخلات السياساتية في ضوء الأولوية الوطنية التاسعة	4.2
86	التخصصات الطبية في مستشفى الميزان التخصصي	5.2
116	خصائص العينة الديموغرافية لمقدمي الخدمة	1.3
116	توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير الجنس	2.3
117	توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير العمر	3.3
117	توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي	4.3
117	توزيع مقدمي الخدمة وفقاً لمتغير الخبرة	5.3
118	خصائص العينة الديموغرافية لمتلقي الخدمة	6.3
118	توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير الجنس	7.3
119	توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير العمر	8.3
119	توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير مكان السكن	9.3
119	توزيع متلقي الخدمة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي	10.3
121	مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale)	11.3
122	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات أداة الدراسة مع الدرجة الكلية لكل محور	12.3
124	نتائج معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لثبات أداة الدراسة	13.3
128	مفتاح المتوسطات الحسابية لنتائج الدراسة	14.3
129	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة	1.4
131	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة	2.4

133	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	3.4
135	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	4.4
136	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	5.4
138	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	6.4
139	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	7.4
141	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الشفافية والإفصاح في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	8.4
142	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار النزاهة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	9.4
144	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار المساءلة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	10.4
145	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الاستجابة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	11.4
146	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات معيار الفعالية السريرية في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة	12.4

	مرتبة حسب الأهمية	
148	الأعداد، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة.	13.4
149	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	14.4
151	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر متلقي الخدمة مرتبة حسب الأهمية	15.4
152	معامل الارتباط بيرسون الذي يوضح العلاقة بين واقع تطبيق معايير الحوكمة ومستوى أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمة	16.4
154	نتائج اختبار (One Sample T- Test) لفحص درجة تطبيق المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل لمعايير الحوكمة، وفقاً لمجالاتها (الشفافية والإفصاح، النزاهة، المساءلة، الاستجابة والفعالية السريرية).	17.4
155	نتائج اختبار تحليل الانحدار الخطي (Regression) لأثر تطبيق معايير الحوكمة على أداء المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل من وجهة نظر مقدمي ومتلقي الخدمات	18.4
157	نتائج اختبار ت (T-Test) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير الجنس	19.4
158	نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير المستشفى	20.4
159	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير العمر	21.4
161	الأعداد، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات استجابات مقدمي ومتلقي الخدمات حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير العمر	22.4
161	نتائج اختبار ت (T-Test) للفروق بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول واقع تطبيق	23.4

	معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير المؤهل العلمي	
163	الأعداد، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي ومتلقي الخدمات حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي	24.4
163	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير الخبرة	25.4
164	الأعداد، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات تقديرات مقدمي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير الخبرة	26.4
165	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل بناءً على متغير مكان السكن	27.4
166	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن	28.4
166	الأعداد، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق بين متوسطات تقديرات متلقي الخدمة حول واقع تطبيق معايير الحوكمة في المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن	29.4

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
9	نموذج علاقة البحث بالمتغيرات	1.1
15	مضمون الحوكمة كفكرة	1.2
20	خصائص الحوكمة	2.2
21	خصائص نموذج الحوكمة الجيدة	3.2
25	مبادئ حوكمة الشركات (المؤسسات)	4.2
26	آليات تطبيق الحوكمة	5.2
29	محددات تطبيق حوكمة الشركات	6.2
32	المجالات الإستراتيجية للحوكمة السريية	7.2
50	معايير الأداء	8.2
61	مكونات الحكم السريي	9.2
65	المكونات والعمليات الرئيسية لبيئة الجودة التنظيمية	10.2
126	نموذج إجراءات الدراسة	1.3

فهرس الملحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
184	كتاب طلب تحكيم استبانة	1
185	قائمة بأسماء المحكمين	2
186	استبانة مقدمي الخدمة رقم (1)	3
192	استبانة متلقي الخدمة رقم (2)	4

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	عنوان المحتوى	رقم المحتوى
-	الغلاف	-
أ	إجازة الرسالة	-
ب	الإهداء	-
ج	الإقرار	-
د	الشكر والعرفان	-
هـ	مصطلحات الدراسة	-
ز	الملخص بالعربية	-
ط	الملخص بالإنجليزية	-
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة		
1	المقدمة	1.1
4	مشكلة الدراسة	2.1
5	مبررات الدراسة	3.1
6	أهمية الدراسة	4.1
7	أهداف الدراسة	5.1
7	أسئلة الدراسة	6.1
8	فرضيات الدراسة	7.1
9	متغيرات الدراسة	8.1
10	حدود الدراسة	9.1
10	هيكلية الدراسة	10.1
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة		
11	المبحث الأول: الحوكمة	1.2
11	المقدمة	1.1.2
12	مفهوم الحوكمة	2.1.2
15	الإطار الفكري للحوكمة	3.1.2
15	مكونات الحوكمة	4.1.2
16	أهمية حوكمة الشركات	5.1.2

18	أهداف الحوكمة	6.1.2
19	مقومات حوكمة المؤسسات	7.1.2
19	خصائص حوكمة الشركات	8.1.2
22	مبادئ حوكمة الشركات (المؤسسات)	9.1.2
26	عناصر الحوكمة	10.1.2
26	آليات حوكمة المؤسسات	11.1.2
27	الآليات الداخلية	1.11.1.2
27	الآليات الخارجية	2.11.1.2
28	محددات تطبيق الحوكمة	12.1.2
28	المحددات الداخلية	1.12.1.2
29	المحددات الخارجية	2.12.1.2
30	أهداف الحوكمة	13.1.2
30	فوائد الحوكمة في المستشفيات	14.1.2
30	الحوكمة الإكلينيكية	15.1.2
31	أهداف الحوكمة الإكلينيكية	16.1.2
32	المجالات الإستراتيجية للحوكمة السريرية	17.1.2
33	المزج بين الحوكمة الإكلينيكية وحوكمة المؤسسات	18.1.2
33	الربط بين الجودة والحوكمة الإكلينيكية	19.1.2
34	معايير الحوكمة	20.1.2
34	الشفافية والإفصاح	1.20.1.2
34	الشفافية	1.1.20.1.2
35	الإفصاح	2.1.20.1.2
36	النزاهة	2.20.1.2
37	المساءلة	3.20.1.2
39	الاستجابة	4.20.1.2
40	الفعالية (الفاعلية)	5.20.1.2
40	الفعالية	1.5.20.1.2
40	الفاعلية	2.5.20.1.2
41	الأداء المؤسسي	21.1.2

41	المقدمة	1.21.1.2
43	مفهوم الأداء	2.21.1.2
45	أهمية قياس الأداء	3.21.1.2
46	مستويات الأداء	4.21.1.2
47	قياس الأداء المؤسسي	5.21.1.2
48	مزايا قياس الأداء المؤسسي	6.21.1.2
48	كفاءة الأداء المؤسسي	7.21.1.2
49	معايير الأداء	8.21.1.2
51	أهم مؤشرات مقياس الأداء الإكلينيكي	22.1.2
51	أنواع وتصنيفات مقياس الأداء	23.1.2
53	مقومات الأداء الجيد	24.1.2
53	أهم مظاهر ضعف الأداء	25.1.2
54	محددات الأداء	26.1.2
54	أبعاد الأداء المؤسسي	27.1.2
55	العلاقة بين الحوكمة الجيدة والأداء المؤسسي	28.1.2
56	مراجعة معايير الحوكمة على الأداء	29.1.2
57	مبادئ الحوكمة السريرية	30.1.2
57	أركان الحكم السريري الجيد	31.1.2
61	مكونات الحكم السريري الجيد	32.1.2
62	أدوار ومسؤوليات الإدارة السريرية	33.1.2
64	إطار الحوكمة السريرية للخدمات الصحية	34.1.2
66	المبحث الثاني: نشأة وتطور القطاع الصحي في فلسطين	2.2
66	المقدمة	1.2.2
66	مفهوم الصحة	2.2.2
67	المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة	3.2.2
68	المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي	4.2.2
68	المؤسسة الصحية في العصر الحديث	5.2.2
69	القطاع الصحي الفلسطيني	6.2.2
70	تاريخ المؤسسات الصحية في فلسطين	7.2.2

72	وزارة الصحة الفلسطينية	1.7.2.2
73	القطاع الصحي غير الحكومي	2.7.2.2
73	وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)	3.7.2.2
74	المنظمات الصحية الدولية والدول المانحة	4.7.2.2
74	المعهد الوطني للصحة العامة	5.7.2.2
74	رعاية صحية شاملة ذات جودة ومتاحة للجميع	8.2.2
76	الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017 - 2022	9.2.2
76	الأهداف الإستراتيجية	1.9.2.2
77	المبادئ العامة	2.9.2.2
78	الرعاية الثانوية (المستشفيات)	10.2.2
80	مفهوم المستشفى	11.2.2
81	خصائص ومميزات المستشفيات	12.2.2
82	وظائف المستشفيات	13.2.2
83	تصنيف المستشفيات في فلسطين	14.2.2
84	التطور التاريخي لمستشفيات مدينة الخليل	15.2.2
86	مستشفى الميزان التخصصي	1.15.2.2
86	نشأة وتطور المستشفى	1.1.15.2.2
87	رؤية المستشفى	2.1.15.2.2
87	رسالة المستشفى	3.1.15.3.2
87	قيم المستشفى	4.1.15.2.2
88	أهداف المستشفى	5.1.15.2.2
88	مستشفى الأهلي	2.15.2.2
88	نشأة وتطور المستشفى	1.2.15.2.2
89	رؤية المستشفى	2.2.15.2.2
90	رسالة المستشفى	3.2.15.2.2
90	أهداف المستشفى	4.2.15.2.2
90	المستشفى في ظل الاحتلال	5.2.15.2.2
92	المبحث الثالث: الدراسات السابقة	3.2
92	الدراسات العربية	1.3.2

100	الدراسات الأجنبية	2.3.2
107	التعقيب على الدراسات السابقة	3.3.2
109	الاستنتاج	4.3.2
111	أوجه التشابه والاختلاف بالمنهج والأداة	5.3.2
111	الاستفادة من الدراسات السابقة	6.3.2
112	ما يميز الدراسة عن الدراسات السابقة	7.3.2
الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها		
113	المقدمة	1.3
113	منهج الدراسة	2.3
114	أخلاقيات الدراسة	3.3
114	مجتمع الدراسة	4.3
115	عينة الدراسة	5.3
116	الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة	6.3
116	عينة الدراسة من مقدمي الخدمة في مستشفى الميزان والأهلي	1.6.3
118	عينة الدراسة من متلقي الخدمة في مستشفى الميزان والأهلي	2.6.3
120	أداة الدراسة "الإستبانة"	7.3
121	صدق أداة الدراسة	8.3
121	الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين)	1.8.3
122	صدق الاتساق الداخلي لفقرات الإستبانة	2.8.3
124	ثبات أداة الدراسة	9.3
125	إجراءات تطبيق الدراسة	10.3
127	المعالجة الإحصائية	11.3
128	مفتاح المتوسطات الحسابية لنتائج الدراسة (تصحيح المقياس)	12.3
الفصل الرابع: تحليل نتائج الدراسة ومناقشتها		
129	المقدمة	1.4
129	الإجابة عن أسئلة الدراسة	2.4
129	السؤال الرئيسي	1.2.4
131	السؤال الفرعي الأول	1.1.2.4
148	السؤال الفرعي الثاني	2.1.2.4

152	السؤال الفرعي الثالث	3.1.2.4
153	السؤال الفرعي الرابع	4.1.2.4
153	فحص واختبار الفرضيات	3.4
153	الفرضية الرئيسية الأولى	1.3.4
155	الفرضية الرئيسية الثانية	2.3.4
156	الفرضية الرئيسية الثالثة	3.3.4
156	الفرضية الفرعية الأولى	1.3.3.4
158	الفرضية الفرعية الثانية	2.3.3.4
159	الفرضية الفرعية الثالثة	3.3.3.4
161	الفرضية الفرعية الرابعة	4.3.3.4
163	الفرضية الفرعية الخامسة	5.3.3.4
165	الفرضية الفرعية السادسة	5.3.3.4
الفصل الخامس: النتائج والتوصيات		
167	النتائج	1.5
170	الاستنتاجات	2.5
171	التوصيات	3.5
172	المقترحات	4.5
المصادر والمراجع		
173	المصادر والمراجع العربية	-
181	المصادر والمراجع الأجنبية	-
183	المواقع الإلكترونية	-
198	فهرس الجداول	-
202	فهرس الأشكال	-
202	فهرس الملاحق	-
203	فهرس المحتويات	-