

بحث بعنوان

الحكم الرشيد كمتغير في تحسين جودة خدمات القطاع  
الصحي في ضوء رؤية مصر 2030م

**Good Governance as a Variable in Improving The Quality  
of Health Sector Services in The Light of Egypt's Vision  
2030**

إعداد

د/ حنان زكريا السيد الدسوقي

مدرس التخطيط الاجتماعي

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة

1445هـ/2023م

## ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة تحديد مستوى تطبيق الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ من خلال أبعاد الشفافية، والمساءلة، والعدالة، والمشاركة، وتحديد المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ وتتنمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التي إعتمدت على منهج المسح الإجتماعي الشامل للمسئولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الدقهلية وعددهم (62) مفردة، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ وانتهت الدراسة إلى التوصل إلى خطة عمل تنفيذية لتفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠.

## الكلمات المفتاحية :

الحكم الرشيد \_ جودة الخدمات \_ القطاع الصحي

## Abstract :-

The study aims to determine the level of implementation good Governance In improving the quality of health sector services in the light of Egypt's vision in 2030 through dimensions of transparency, Accountability, Justice and participation. The study seeks to identify the barriers that face the contributions of good Governance In improving the quality of health sector services in the light of Egypt's vision in 2030. This is descriptive Study which used the comprehensive Social survey with the responsables in health affairs directore in Dakhliia Governorate, their number (62) item. The study results demonstrated that there is statistical significance influential centrifugal relationship between the implementation of good Governance and improving the quality of health sector services in the light of Egypt's

vision "2030".the study got Implementation plan for activating the contributions of good Governance In improving the quality of health sector services in the light of Egypt's vision in 2030.

### **Key words :**

Good Governance – Services Quality – Health Sector.

### **أولاً: مشكلة الدراسة:**

يعتبر العنصر البشري مورد هام لأي دولة تسعى إلى التنمية اللازمة لبناء أي مجتمع، فالإنسان هو المحور الذي يدور حوله معنى التنمية وأهدافها وسياساتها، وبالتالي فإن نقطة البدء في إستراتيجيه التنمية هو الإنسان ، إذاً كان من الضروري أن يزداد الإهتمام بالإنسان والإرتقاء به صحياً وتعليمياً وثقافياً وإقتصادياً. هذا ويعتبر الإهتمام بالرعاية الصحية لجميع سكان المجتمع إستثماراً لإمكانيات وموارد المجتمع البشرية التي هي عماد التنمية الإجتماعية والإقتصادية . وتُعد الرعاية الصحية المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات، وأن تحقيق مستوى متقدم من التنمية الاجتماعية والاقتصادية يستدعي وجود أفراد أصحاء. وتعتبر الخدمات الصحية هي المظهر الحقيقي للتنمية لأنه لا يمكن أن تكون هناك تنمية مع إنخفاض المستوى الصحي للإنسان صانع التنمية والمخطط لها، حيث أن خطط وبرامج التنمية تعتمد على توافر العنصر البشري المؤهل ذهنياً وبدنياً، فالخدمات الصحية تُعد هدفاً من أهداف التنمية الإجتماعية والإقتصادية وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الانسان عام 1948 والذي أعتبر الصحة حقا أساسيا لجميع الافراد والشعوب ( نصيرة، 2020، ص580). ومن ثم فإن الصحة والتنمية وجهان لعملة واحدة يؤثر كل منهما في الآخر فإنخفاض المستوي الصحي يعكس أثراً سلبياً علي كل جهود التنمية ويعرقل التقدم الإجتماعي والإقتصادي في المجتمع وتتأثر الصحة بالأوضاع الإجتماعية والإقتصادية السيئة وتباطؤ معدلات التنمية (حلاج، 2007،ص197). ولقد حددت منظمة الصحة العالمية WHO عدة عناصر أساسية ومتكاملة حول الحق في الصحة وهي ان تكون ميسرة ومتاحة ومقبولة من المجتمع ، وعادلة وبتكلفة مناسبة وذات جوده مناسبة (منظمة الصحة العالمية، 2019، ص 12). وأقر المشرع المصري هذا الحق الأصيل في المادة (18) من الدستور المصري لعام 2014

(التنمية البشرية - الرعاية الصحية) حيث أكدت المادة على أن " لكل مواطن الحق في الصحة وفي الخدمات الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة (مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار، 2022). كما أكدت تقارير التنمية البشرية علي أهمية الصحة والرعاية الصحية كأحد الجوانب الرئيسية في ركيزة التنمية البشرية وضرورة إحداث نقلة نوعية وتجديد شامل في طرق تقديم الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين (تقرير التنمية البشرية في مصر، ٢٠٢١)، لتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان. ويُعد ضمان تحقيق التقدم في مستوي جودة خدمات القطاع الصحي جزءاً لا يتجزأ من تحقيق رؤية مصر 2030م. وفي سبيل تحسين صحة المجتمع المصري تطمح الدولة إلى تطبيق نظام صحي متكامل للرعاية الصحية يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز يواكب أفضل المعايير الدولية ويقدم خدمات صحية علاجية ووقائية عالية الجوده تلبي إحتياجات المواطنين وتحقق رضاهم ورضا العاملين في القطاع الصحي ليتمتع كل المصريين بحياة صحية سليمة آمنة لتحقيق الرخاء والرفاهية والسعادة والتنمية الإجتماعية والإقتصادية ولتكون مصر رائدة في مجال البحوث والخدمات الصحية عربياً وإفريقياً. هذا وتُعد حوكمة القطاع الصحي هدفاً إستراتيجياً للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ (الصحة) من خلال إتاحة البيانات الدقيقة التي تؤدي إلى صنع وإتخاذ قرارات سليمة في الوقت المناسب مع تحسين إدارة القطاع الصحي في إطار من الشفافية والمساءلة وعدم تعرض المريض للإقصاء أو التمييز وهو ما ينعكس على القيمة الإنسانية للقطاع الصحي إنعكاساً واضحاً في توفير خدمات صحية عالية بجودة عالمية (إستراتيجية التنمية المستدامة- الصحة-رؤية مصر 2030م). لقد أصبح الإهتمام بجودة الخدمات الصحية Health Services Quality اليوم ظاهرة عالمية نتيجة للتطورات في مجال الصحة والعلاج، وأخذت المنظمات والحكومات في العالم تُوليها إهتماماً خاصاً، بل يمكن القول بأن جوده الخدمات الصحية أصبحت الوظيفة الأولى للكثير من المنظمات وفلسفة إدارية تمكنها من البقاء والإستمرار في ظل المتغيرات البيئية السريعة والمتلاحقة ، وتزايد إدراك العملاء لمفهوم الجودة فيما يقدم لهم من خدمات صحية وليس مجرد تقديم خدمات فقط دون المستوى (الشريف، 2019، ص2). وفي ضوء ذلك أخذت الدولة المصرية تبذل جهوداً كبيرة في سبيل تحسين ورفع مستوى خدمات القطاع الصحي ويظهر ذلك جلياً من خلال ضخامة ما تنفقه الدولة على الرعاية الصحية وما يرتبط بها من مختلف الخدمات المدعمة والمساندة ،

حيث تشير الإحصائيات الى أن إجمالي قيمة الإنفاق العام على قطاع الصحة بموازنة العام المالي 2022/2021م حوالي 108,8 مليار جنية بمعدل زيادة بلغ 15,3 مليار جنية أي حوالي 16% عن مخصصات القطاع الصحي في العام المالي 2021/2020م الذي بلغ حوالي 93.5 مليار جنية ، ووصل إجمالي عدد المستفيدين من القطاع الصحي حوالي ٥٧ مليون مواطن حتى عام ٢٠٢٠م، ويقدر إجمالي عدد المنشآت الصحية التابعة للقطاع الحكومي والخاص في مصر حوالي 2034 منشأة عام 2020م، بالإضافة إلى ما سبق فقد تم إطلاق العديد من البرامج والمبادرات الصحية للنهوض بالصحة العامة للمواطنين كمبادرة 100 مليون صحة، فضلاً عن الإهتمام بإستقطاب أفضل الكوادر الطبية للعمل في المنظمات الصحية بمختلف أنواعها (مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار، 2022). وعلى الرغم من ما شهدته خدمات القطاع الصحي من تطور في مستوى جودتها بإستفادتها من التطورات التقنية وإدخالها في عمل المؤسسات الصحية العامة والخاصة على السواء مع ذلك فإن هناك العديد من التحديات والعقبات التي تواجه المؤسسات الصحية. مما أوجب علي تلك المؤسسات مواجهة ومواكبة تلك التحديات لتحقيق أهدافها الإستراتيجية والنجاح والبقاء في البيئة التنافسية، حيث تُعد تحسين جودة الخدمات الصحية من أهم التحديات أمام هذه المؤسسات في ظل تنامي فكرة المنافسة والتميز المؤسسي وتزايد وعى وإهتمام العملاء بالحصول على خدمات صحية على مستوى من الجودة تلبي إحتياجاتهم وتحقق رغباتهم، وأن هذه المواجهة تحتم على إدارة هذه المؤسسات إعادة النظر في الأساليب المتبعة في الممارسات الإدارية داخل تلك المؤسسات. لذلك ظهرت الحاجة إلى ضرورة تطبيق معايير الحكم الرشيد أو الحوكمة الرشيدة. بإعتباره عامل ضمان للإدارة الكفاء في نجاح المؤسسات الصحية في تقديم خدماتها بجوده عالية ،حيث يلعب الدور الإداري دوراً هاماً في تحسين جودة خدمات المؤسسات الصحية (الأحمدي، 2014، ص10). لقد أصبح تطبيق معايير الحكم الرشيد لم تعد مسألة طوعية بل ضرورة حتمية تتطلبها جميع المؤسسات الصحية لأهميته في الإسهام في تحسين جودة الخدمات بهذه المؤسسات ومساعدتها علي تحقيق خططها الإستراتيجية وأهدافها بكل كفاءة وفعالية لما يساهم به في تحديد ووضع النظم والقواعد التي ترسم طبيعة شكل العلاقة في تلك المؤسسات، بالإضافة الي تحديد الصلاحيات والمسؤوليات لكافة المستويات الإدارية للوصول بالخدمات الصحية إلي أعلى مستوى من الجودة. فالمؤسسات

الصحية الحكومية والأهلية تحتاج إلى نظام حمائي ووقائي يدافع عن صحة وسلامة كل شيء يعبر عن الحقيقية ويعمل على تحقيق المصداقية ويزيد من الإفصاح والشفافية، أنه نظام ومنظومة الحكم الرشيد الذي يصنع نظام مناعة قوي ضد الفساد نظام قائم على المبادئ والمثل والقيم الأخلاقية وعلى النسيج القومي للتقاليد والأعراف المهنية ( الخضير، 2005، ص 39). حيث يستهدف الحكم الرشيد المستوي المثالي من الأخلاق عند ممارسة الأعمال وتحقيق مبادئ النزاهة والشفافية وحق المساءلة ومنح هذا الحق للمجتمع من أجل مساءلة الأجهزة وإتاحة الفرص الجيدة للتنمية بما يضمن للأفراد في المجتمع الحصول على حقوقهم ويحسن من جودة الحياة في إطار مجتمع ينتهج الديمقراطية وينبنى قضية إحترام حقوق الإنسان (أبو النصر، ٢٠١٥، ص ٤٨). ويُعد الحكم الرشيد هو الأسلوب الأكثر كفاءة لتحقيق خدمات ذات جودة عالية وضمان حقوق المواطنين وتطبيق مبادئ العدالة لتحقيق مستويات عالية من التنمية البشرية (الجوهري، 2011، ص ص 98:99). ولذلك بدأت العديد من الدول والمؤسسات تُولي الحكم الرشيد المزيد من الإهتمام وبرزت الحاجة الملحة لتطبيقه في العديد من دول العالم ، وتكمن أهميته في القطاع الصحي في ضمان إستمرارية جودة الخدمات الصحية لتلبي إحتياجات العملاء وذلك من أجل تحقيق رسالة القطاع الصحي ، بالإضافة لمحاربة الفساد الإداري بمختلف أشكاله مما يساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (حوالف، 2013، ص ص 208:210). فالتنمية لا يمكن أن تتحقق وتتصف بالإستدامة في غياب الحكم الرشيد ، كما أن الحكم الرشيد لا يمكن أن يكون رشيداً ما لم يكفل إستدامة التنمية ويضع البشر في بؤرة إهتمامه (العيسوي، 2001، ص 23). ففي تقرير للأمم المتحدة عام (1997) تحت عنوان الفساد والحكم الرشيد ورد" أن أزمة التنمية في العديد من الدول النامية ترتبط بصورة مباشرة بأزمة الحكم **Crisis of Governance** وقدّم التقرير جملة إقتراحات لتفعيل أسلوب الحكم الرشيد في هذه الدول (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ، 1997)، فالحكم الرشيد يُعد أحد مقومات التنمية بمفهومها الشامل لما يتضمنه من آليات للشفافية والمساءلة والممارسة الديمقراطية ودعم حقوق الإنسان فهو يحقق التنمية البشرية المستدامة من أجل تحسين نوعية الحياة للأفراد ، ويوجد إعتراف عالمي متزايد بأن الحكم الرشيد القابل للمساءلة والمحاسبية هو أساس التنمية المستدامة (أبورونية، وبعيرة، 2013، ص ص 291:304). ومن ثم فإن هناك علاقة وثيقة

بين الحكم الرشيد وعملية التنمية حيث أصبح الحكم الرشيد بمختلف أبعاده شرط رئيسي لتحقيق التنمية المستدامة من خلال إيجاد الظروف السياسية والقانونية والإقتصادية والإجتماعية اللازمة لتحرير هذه القدرات البشرية وبالتالي تعزيز رفاهية الإنسان من خلال القضاء على الفقر وإيجاد فرص العمل وحماية البيئة والنهوض بالمرأة ( السكارنة ، 2009 ، ص224). فبدون ممارسة الحكم الرشيد فإن التنمية المرتكزة على الأفراد لن تتحرك من مرحلة الوعود إلى أرض الواقع

**ومما سبق يتضح أن الحكم الرشيد يساهم في تحقيق جودة الخدمات عامة والخدمات الصحية خاصة ، لما له من آليات لا بد من تحقيقها ، مثل : الشفافية ، والمساءلة، والمحاسبية ، والمشاركة، والعدالة، وحكم القانون ، والإستجابة، والإتاحة ..... وكل هذه الآليات هي بدورها تضمن تحقيق تحسين جودة خدمات القطاع الصحي .**  
**وعن واقع الحكم الرشيد وجودة خدمات القطاع الصحي فقد تناولت العديد من البحوث والدراسات السابقة الحكم الرشيد، وجودة خدمات القطاع الصحي وذلك علي النحو التالي:**

#### **المحور الأول: الدراسات التي تناولت الحكم الرشيد**

حيث أشارت دراسة (Gary, 2005) إلى أبعاد الحكم الرشيد وبناء قدرات المنظمات ، وكان من أهم نتائج الدراسة العمل على تحقيق اللامركزية الإدارية، وأهمية مراعاة المكاشفة والإفصاح عن أنشطة تلك الكيانات، والنزاهة في توضيح مصادر تمويلها والرعاة القائمين علي تلك الكيانات غير الحكومية ، بينما هدفت دراسة (Lo, Maybe, 2006) إلى التعرف على التصور الخاص بالمنظمات غير الحكومية ، والعمل على تفسير واقع المجتمع المدني كوسيلة للتفكير في الديمقراطية والحكم الرشيد من أجل التنمية، وقد أوصت بأهمية مراعاة مبادئ الحكم الرشيد وقيم إعلاء المصالح العامة علي الخاصة كأولوية قصوى يجب أن تكون جزء من إستراتيجية المنظمات لتحقيق التنمية المستدامة القائمة على الحكم الرشيد. وأكدت دراسة ( Kerry, 2006) على أهمية الحكم الرشيد في إدارة عمل المنظمات لضبط العلاقة بين مختلف المستويات الإدارية في المنظمة، وأوصت الدراسة على أهمية تعزيز الشفافية والمساءلة وسيادة القانون بالمنظمات ، وأشارت دراسة (Patricia. 2007) إلى أهمية تطبيق أبعاد الحوكمة الرشيدة من خلال مراعاة معايير المساءلة و المحاسبية والعمل على مطالبة الكيانات المحلية بتحسين طرق إعدادهم وتقديمهم للمعلومات المالية والإدارية

والإفصاح عنها، وضرورة الالتزام بأسس وقواعد المساءلة والمحاسبية، وأكدت دراسة (Laty,2007) في نتائجها علي ضرورة تطبيق الحكم الرشيد في الدول النامية في المقام الأول لمواجهة مشكلات الفساد الإداري وسوء الإدارة الحكومية، وأوصت الدراسة بضرورة تحقيق الشفافية والمساءلة في هذه الدول. وأشارت دراسة (Prakorn,2007) إلي أبعاد الحكم الرشيد من خلال العلاقة بين اللامركزية وتأثيراتها على الحوكمة وخاصة في تمكين المنظمات في دعم القيم والمبادئ التي تتعلق بالفاعلية ، الكفاءة ، العدالة ، المشاركة ، الشفافية والمساءلة بإعتبارها كعناصر أساسية لحوكمة برامجها. وأشارت دراسة(العمرى،2009) إلي أهمية الشفافية بالمنظمات الإجتماعية وذلك من خلال إتاحة المعلومات عن أنشطة وبرامج تلك المنظمات وتدققها علي جميع المستويات، والعمل علي تعزيز الشفافية و المساءلة في الإدارة لتشجيع العاملين علي التجديد والإبتكار وذلك لإنجاز المهام والمسئوليات الموكلة إليهم في العمل. كما أشارت ( Nicola,2010) في نتائجها إلي أن الحكم الرشيد القائم علي اللامركزية والشفافية والعدالة والإستجابة لإحتياجات المواطنين يؤدي إلي تنمية قيم الثقة لدى الأفراد في المؤسسات والمجتمع. وأكدت دراسة ( الطوخي،2010) علي أهمية تطبيق الشفافية في المنظمات الحكومية، وتوصلت الدراسة إلي أن الشفافية من شأنها تحقيق رضا كافة العملاء في المنظمات الحكومية والمجتمع. وأشارت دراسة (الجوهري،2010) إلي أبعاد الحكم الرشيد كمدخل لتحقيق التنمية البشرية المستدامة من أجل تحسين نوعية الخدمات المقدمة لرعاية الأفراد في شتى مجالات الحياة، وأكدت الدراسة على ضرورة تبنى المنظمات المجتمعية ما يطلق عليه منظومة الحكم الرشيد من خلال المساءلة، والشفافية ، والمشاركة، والعدالة لمحاربة الفساد وإتباع أخلاقيات الممارسة الإدارية حتى تستطيع هذه المنظمات أداء الأدوار المنوطة بها في المجتمع. وأشارت دراسة (السبيعي،2010) إلي دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في المؤسسات الحكومية، وأكدت الدراسة علي ضرورة إتزام المؤسسات الحكومية بتطبيق الشفافية من خلال النشر والإفصاح عن بنود الموازنة الخاصة بها بكل وضوح مع ضرورة وجود آلية منتظمة لذلك. وأكدت دراسة ( Robert,2011 ) علي أن تطبيق مفهوم الحكم الرشيد في المنظمات يتم من خلال المعايير والمتطلبات والتي منها ، المساءلة، المشاركة ، العدالة والديمقراطية ، وأوصت الدراسة بضرورة إعادة صياغة الرؤى نحو تطبيق الحكم الرشيد في منظمات المجتمع



المدني من أجل تفعيل دوره في مكافحة الفساد الإداري والقضاء عليه، والإستثمار الأمثل لقدرات هذه المنظمات في تحقيق أهدافها التنموية. وأكدت دراسة (Thomas,2012) علي أهمية تعزيز آليات الحكم الرشيد في كافة المؤسسات، والعمل علي نشر ثقافته وتفعيله من خلال مؤشرات الشفافية والمساءلة والعدالة لما لذلك من آثار إيجابية علي تحسين خدمات كافة المؤسسات. وإستهدفت دراسة (الحلو 2012) إلى التعرف على دور تطبيق الحكم الرشيد في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة وأثرة على مساهمة هذه المنظمات في تحقيق التنمية المستدامة في المجتمع ، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها أن تطبيق الحكم الرشيد المساءلة- العدالة و المساواة- سيادة القانون - الشفافية - الكفاءة والفعالية في المنظمات بنسب مقبولة يظهر وعى عام لدى هذه المنظمات نحو الآثار الإيجابية للحكم الرشيد كأسلوب إدارى ، وأوصت الدراسة بضرورة قيام المنظمات بصفة عامة بوضع آليات لتعزيز تطبيق الحكم الرشيد في جميع المراحل الإدارية والإستعانة بجهات متخصصة للإشراف على تقييم هذا التطبيق ، وهدفت دراسة (خزام،2012) إلى تحديد مدى إدراك قيادات المنظمات غير الحكومية لأبعاد الحوكمة ، وتحديد آليات تطبيقها في تلك المنظمات، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أن تطبيق آليات الحوكمة داخل هذه المنظمات ضعيف وتواجهه بعض المعوقات مثل ضعف موارد المجتمع، وعدم وجود تطبيق للمساءلة والشفافية بتلك المنظمات. وهدفت دراسة (عبد الواحد،2012) إلى التعرف علي مدى إلتزام المنظمات غير الحكومية بتطبيق الشفافية، وتوصلت الدراسة إلى أن عدم توافر وإتاحة المعلومات يعد أحد أهم المعوقات التي تحول دون تطبيق الشفافية بهذه المنظمات. وتوصلت دراسة (حسن،2015) إلى تحديد بعض المقترحات لتفعيل تطبيق الحوكمة الرشيدة في المنظمات الحكومية ومنها عقد الدورات التدريبية للعاملين لتدريبهم علي آليات تنفيذ الحوكمة الرشيدة وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية، ونشر ثقافة حقوق الإنسان ، وضرورة العمل على المشاركة في صنع وإتخاذ القرارات وذلك لضمان تحقيق الشفافية، وأكدت دراسة (Saxena,2015) علي ضرورة تطبيق المنظمات العامة للحوكمة لتحسين الخدمات والقضاء على جزء كبير من الفساد في ظل المساءلة والشفافية والعدالة. أوضحت دراسة (Adisalem,2015) أن العوامل الرئيسية التي أعاققت أداء الحكم الرشيد هي الفساد، وضعف الثقافة العامة، وضعف نظام المراقبة والتقييم، وضعف تنفيذ القرارات وإنخفاض

التنسيق بين أصحاب المصلحة، وأن أداء الحوكمة الرشيدة فيما يتعلق بالشفافية والإستجابة وجد أنه غير مرضي ولا يزال هناك الكثير مما يتعين القيام به. وتوصلت دراسة (مدكور، 2016) في نتائجها إلي أن عدم إعلان معايير تقييم الأداء للعاملين في المنظمات الحكومية يشكل معوقاً أساسياً يجب التعامل معه لتطبيق الشفافية. وهدفت دراسة (الحايك، 2016) إلي التعرف علي أثر الحوكمة الرشيدة علي تحسين أداء المؤسسات الحكومية من خلال آليات المساءلة، الشفافية، المشاركة، الفعالية، العدالة والمساواة، وكان من أهم نتائجها وجود علاقة إرتباطية قوية بين تطبيق آليات الحوكمة في المؤسسات الحكومية والأداء المؤسسي ، وأوصت بضرورة تعزيز تطبيق الحوكمة في المؤسسات بشكل عام كمتطلب أساسي لتحقيق التنمية. وأشارت دراسة (البناء، 2017) إلي أثر تطبيق معايير الحكم الرشيد في الإلتزام التنظيمي لدى العاملين بالمستشفيات غير الحكومية من خلال المشاركة، وسيادة القانون، الكفاءة ، العدالة، وأوصت بضرورة تطبيق الإدارة العليا لآليات الحكم الرشيد في المؤسسات الصحية. كما أشارت دراسة (Ekundayo, 2017) إلى وجود معوقات تواجه المجتمع النيجيري في تطبيق الحكمانية الرشيدة في الهيئات المحلية منها المركزية الإدارية، وأوصت الدراسة في نتائجها بضرورة تدعيم قدرات الهيئات المحلية على التطبيق الفعال للحكمانية الرشيدة. وهدفت دراسة (صايح، 2018) إلي التعرف علي أثر تطبيق مبادئ الحوكمة في الأداء المؤسسي في جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، وكان من أهم نتائجها وجود علاقة إرتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبادئ الحوكمة المشاركة، المساءلة، الإستجابة، العدالة ، سيادة القانون وتحسين مستوى الأداء المؤسسي بتلك الجمعية. وتوصلت دراسة (بلعادي، 2018) إلي أن التطبيق الجيد لآليات الحوكمة الرشيدة يحسن من أداء النظام الصحي، وتأثير ذلك علي الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بالجزائر ، وأوصت الدراسة بضرورة التركيز على بعض آليات الحوكمة الرشيدة ومنها المشاركة والمحاسبية لما لهما من أثر كبير في تطوير الخدمات الصحية. وهدفت دراسة (Shukala, 2018) إلي التعرف علي تأثير تدخل الحوكمة الرشيدة علي أداء النظام الصحي الإقليمي في أفغانستان، وتوصلت الدراسة لعدة نتائج من أهمها أن لتطبيق الحوكمة الرشيدة المشاركة، العدالة ، سيادة القانون أثر كبير في إصلاح وتطوير النظام الصحي بشكل عام ، وتوصي الدراسة بضرورة التأكيد علي إدارة النظام الصحي بشكل عام بتطبيق الحوكمة

الرشيدة لتقديم خدمات صحية عالية الجودة خاصة في البلدان منخفضة الدخل. كما أشارت دراسة (Demmke,2019) إلى أن الحوكمة المحلية المطبقة في الإدارة المركزية تقوم على الاستفادة من الأبعاد الأساسية للحوكمة والمتمثلة في الشفافية والمحاسبية والاتصال الفعال والمشاركة من جميع الأطراف المعنية، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أن الحوكمة الإدارية الرشيدة في المؤسسات والإدارات المحلية فاعلة في تحقيق أهدافها المرجوة، وهدفت دراسة (Gonzalez,2019) إلى التعرف علي تأثير الحوكمة الرشيدة المساعلة، المشاركة، الرؤية الإستراتيجية العدالة والإنصاف في تقديم الرعاية الصحية الأولية، وتوصلت في نتائجها إلى أن تطبيق الحوكمة الرشيدة في السياسة الصحية يساهم في تصميم الإستراتيجيات الصحية، وأوصت الدراسة بزيادة تطبيق المساعلة والمحاسبية في المؤسسات الصحية. وتوصلت دراسة (الوكيل،2019) إلى أن الحوكمة تساهم بشكل إيجابي في تحسين الاداء المؤسسي للأجهزة الإدارية من خلال تدعيم المساعلة الإدارية، كما أوصت بضرورة الأخذ بمبادئ الحوكمة وتفعيلها في المنظمات العامة وتبني أسس ومعايير الحكم الرشيد كالشفافية والمحاسبية والمسئولية والعدالة . وأوضحت دراسة (اليامي والسواط ،2022) أثر تطبيق معايير الحوكمة علي أداء العاملين بالقطاع الصحي الحكومي بمنطقة نجران، وأوصت بضرورة تعزيز المساعلة داخل المؤسسات الصحية.

### المحور الثاني : دراسات تناولت جودة الخدمات الصحية

حيث أشارت دراسة (Talluru,2003) إلى تحديد مستوي جودة الخدمات الصحية في رضا العملاء، وتوصلت الدراسة إلي مجموعة من العوامل التي تؤثر علي رضا العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة لهم وتتمثل في سرعة الإستجابة ، الثقة في قدرة المستشفى على تقديم خدماتها، التعاطف والتفهم للمرضى كلاً على حده ،الملموسية من خلال توافر الأجهزة الحديثة للكشف والعلاج، وهدفت دراسة (نعساني وآخرون،2007) إلى قياس إدراك العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثارها في رضاهم في المستشفيات الجامعية السورية لمعرفة أي من أبعاد جودة الخدمات الصحية تحقق أكبر قدر من رضا العملاء، وتوصلت الدراسة أن النموذج الأمثل الذي يحقق أقصى رضا ممكن للعملاء هو مزيج من ثلاث أبعاد هي جوهر جودة الخدمة التعاطف، الثقة، الملموسية، وأشارت دراسة (الضمور وبوقجاني،2012) إلى أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية، وخلصت

الدراسة الى أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى متدني نسبياً، وأن أهم الأبعاد المكونة لجودة الخدمات الصحية في المستشفى علي الترتيب كانت بعد الملموسية، بعد الاستجابة، بعد الاعتمادية، بعد التأكيد، وأخيراً بعد التعاطف. وأوضحت دراسة ( Jeffrey,2012) أن معوقات إتاحة الرعاية الصحية تمثلت في: إنخفاض التمويل، محدودية الموارد البشرية، وتوصي الدراسة بالعديد من المقترحات المرتبطة بمؤشرات أبعاد الجودة أهمها: التزام المستشفى بتقديم الخدمات الطبية للمريض في الوقت المحدد ، والتفهم لمشكلات المرضى والتعاطف معهم، والمحافظة على سرية السجلات الخاصة بالمرضى ، وتوفير قاعات إنتظار إنتظار للمرضي، وتوفير الحوافز والدورات التدريبية للعاملين، والتوصية بضرورة وجود وحدة إدارية للجودة وأبعادها. وتوصلت دراسة (ذياب،2012) للعديد من النتائج أهمها: أن المستشفيات الحكومية تطبق أبعاد جودة الخدمة الطبية الإعتمادية، والملموسية، والتعاطف، والأمان بإستثناء بعد الإستجابة وذلك من وجهة نظر العاملين في المستشفيات. وكان تقييم المرضى للأبعاد نفسها متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ما عدا بعدي الإستجابة والتعاطف. ولم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة. وأشارت دراسة (بو الصباغ،2013) إلي تقييم المرضى للخدمات الصحية التي تقدم لهم بأنها خدمات سلبية تحتاج الي تطوير، وأشارت الي نقاط الضعف بالمستشفى أهمها نقص في طاقم التمريض والأطباء وبطء في تقديم الخدمات الصحية. وهدفت دراسة (سلطان، 2013) إلي تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة للعملاء في المستشفيات الأهلية بالبصرة من خلال قياس أبعاد جودة هذه الخدمات الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، والثقة، والتعاطف، وتوصي الدراسة بضرورة الإهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في كافة المؤسسات الأهلية والحكومية والأهلية والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات، وإستهدفت دراسة (عباس،2014) إلي معرفة طرق قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمدينة (تعز) باليمن في ضوء نموذج (SERVQUAL) بإستخدام المعايير التالية، الملموسية ، التأكيد والضمان، الجودة الفنية، الإستجابة، الثقة، التعاطف، إدارة الجودة الطبية، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية التي تقدمت المستشفيات وعلاقتها بالإجراءات الصحية ، وتوصي الدراسة بضرورة تحسين الجودة في الخدمات الصحية المتبعة في المستشفيات الحكومية، وأكدت

دراسة (فهيمى، وعبد الستار، 2016) على أهمية تدعيم حقوق المرضى المترددين على المستشفى من حقوق تقديم خدمة صحية ذات جودة، حق المرضى في وجود أماكن مخصصة، الحق بوضع لوحات تعريفية بأقسام المستشفى. وهدفت دراسة (الجمال، 2019) إلى قياس جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية بالإعتماد على أحد النماذج العلمية لقياس الجودة ومستوى رضا العملاء على الخدمات المقدمة لهم، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا المرضى وتطبيق المستشفيات الحكومية لأبعاد جودة الخدمات الصحية (الإعتمادية، الملموسية، الإستجابة، الأمان، التعاطف). وهدفت دراسة (نصيرة، 2020) إلى معرفة دور جودة الخدمات الصحية الإعتمادية، والملموسية، الاستجابة، والتعاطف في تحقيق رضا العملاء ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ضرورة تعزيز أبعاد جودة الخدمات الصحية في كافة المؤسسات الصحية. وسعت دراسة (Akdere, et al, 2020) إلى قياس مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل المرضى إعتقاداً على نموذج (SERVPERF)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إرتباط قوية بين بعد الإعتمادية وبعد الإستجابة، كما تبين إرتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة من قبل المرضى، وإستهدفت دراسة (Ali et al, 2021) النظر في جودة الخدمة التي تقدمها المستشفيات في أربيل، وكذلك تحديد أكثر أبعاد جودة الخدمة تأثيراً على رضا المرضى، وتوصلت في نتائجها أن الإستجابة كانت أكثر أبعاد جودة الخدمة تأثيراً على رضا المرضى بينما كان بعد الثقة أدنى أبعاد جودة الخدمة تأثيراً على رضا المرضى. وهدفت دراسة (سعد، 2022) إلى قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية بمنطقة الحدود الشمالية (عرعر) بالمملكة العربية السعودية من منظور المرضى، وكذلك التعرف على تأثير جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن إدراك المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها المختلفة قد جاء مرتفعاً، وكذلك وجود ارتباط معنوي قوي بين متغيري الدراسة أبعاد جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى، وأوصت الدراسة بضرورة التأكيد على إستمرارية تنمية المهارات للكوادر الطبية والإدارية وتعزيز قدرات التعامل مع المرضى بصورة مستمرة، مع المزيد من الإهتمام الشخصي بالمرضى، وإبراز التعاطف معهم، وتعزيز القدرات البشرية من خلال البرامج

التدريبية والتأهيلية، والتطوير الدائم لمستوى جودة الخدمات الصحية لمواكبة التطورات والتغيرات في المجال الصحي على المستويين المحلي والدولي.

\* **وباستقراء وتحليل الباحثة للبحوث والدراسات السابقة يتضح أن:-**

- إستفادت الدراسة الحالية من البحوث والدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة ، وصياغة

فروضها، كذلك وضع مفاهيمها، وإجراءاتها المنهجية.

- إتفقت نتائج العديد من البحوث والدراسات السابقة علي أهمية تطبيق أبعاد الحكم الرشيد(الشفافية - المساءلة والمحاسبية- المشاركة - العدالة - النزاهة - الإستجابة - سيادة القانون- الرؤية الإستراتيجية - الكفاءة والفاعلية) في كافة المؤسسات سواء الحكومية أو الأهلية لضمان تحسين الخدمات المقدمة .

- إتفقت نتائج العديد من البحوث والدراسات السابقة على أهمية أبعاد جودة الخدمات الصحية في تلبية إحتياجات ورغبات العملاء وتحقيق رضاهم .

- إستخدمت العديد من الدراسات مقياس (SERVPERF،SERVQUAL) لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية وتقييمها .

- إختلفت الدراسة الحالية مع البحوث والدراسات السابقة في أهدافها والمجال البشري والمكانى والمجال الزمنى

- لم تتطرق البحوث والدراسات السابقة إلى وصف طبيعة العلاقة بين تطبيق أبعاد الحكم الرشيد وآثارها على تحسين جودة خدمات القطاع الصحي ، لذلك تسعى الدراسة الحالية الى معالجة هذه القضية .

وترتيباً على ما سبق ترى الباحثة أن الحكم الرشيد أصبح من متطلبات الإدارة الرشيدة لذي كافة قطاعات الدولة، إذ يُعد إحدى آليات إستكمال عمليات الإصلاح الإداري للحد من الفساد لما تتوافر فيه من عناصر معينة في مقدمتها الإلتزام بحكم القانون، والرشادة في صنع القرار على كافة المستويات وخصوصاً مستويات الحكم العليا، وتوفير الشفافية في كل ما يتخذ من قرارات، ومساءلة كافة المسؤولين عما يقومون به من أعمال، والإلتزام بالعدالة في تقديم الخدمات دون تمييز، وتوسيع دائرة المشاركة في صنع القرار، وإدراج ما يتخذ من قرارات في إطار رؤية إستراتيجية واضحة، ومن ثم إذا كان تطبيق الحكم الرشيد يحقق كل ما

سبق فلا بد من العمل على تطبيقه في كافة القطاعات وخاصة القطاع الصحي لما يلعبه من دور هام على مستوى خطط التنمية ، وبهذا يُصبح تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي أحد جوانب تحسين جودة الخدمات الصحية بهذا القطاع والتي هي مطلب كافة فئات المجتمع .

ومن خلال الطرح السابق ومناقشة نتائج البحوث و الدراسات السابقة يمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :-

- ما مستوى تطبيق الحكم الرشيد بالقطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ ؟
- ما مستوى جوده خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ ؟
- ما طبيعة العلاقة بين مستوى تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جوده خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ ؟
- ما خطة العمل التنفيذية لتفعيل إسهامات الحكم الرشيد كمتغير في تحسين جوده خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ ؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

- 1-الإلتجاه العالمي نحو حوكمة القطاع الصحي كأحد متطلبات التغيير نحو العالمية والمنافسة.
- 2-الإعتراف العالمي المتزايد بأن الحوكمة القابلة للمساءلة والمحاسبية هي أساس التنمية المستدامة.
- 3-يمثل الحكم الرشيد إستراتيجية أساسية لمحاربة الفساد ، حيث تعتبر جهود الإصلاح والتنمية بدون القضاء على الفساد عبثاً وإهداراً لموارد وإمكانات المجتمع .
- 4-إنطلاقاً من رؤية مصر 2030 التي تهدف إلي تحقيق نقلة نوعية في الجودة والكفاءة والسلامة للخدمات الصحية ، وحوكمة القطاع الصحي بما يضمن الإستدامة والشفافية بهذا القطاع.
- 5-تفيد نتائج هذه الدراسة صانعي السياسات في التعرف على أليات تطبيق أبعاد الحكم الرشيد في تحسين جوده خدمات القطاع الصحي .
- 6-أهمية القطاع الصحي وتأثيره على الإقتصاد القومي مما يتطلب تحسين الأداء الإداري لرفع مستوى جوده الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين .

7- أهمية الخدمات الصحية بالنسبة للمجتمع لإرتباطها بالعنصر البشرى الذى يعتبر الركيزة الأساسية للتنمية الإجتماعية والإقتصادية على مستوى الدولة

ثالثاً: أهداف الدراسة:

- 1- تحديد مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.
- 2- تحديد مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.
- 3- تحديد أكثر أبعاد الحكم الرشيد ارتباطاً بتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.
- 4- تحديد المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.
- 5- تحديد مقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.
- 6- التوصل إلى خطة عمل تنفيذية لتفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.

رابعاً: فروض الدراسة:

1- الفرض الأول للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً " : ويمكن إختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

- الشفافية
- المساءلة
- العدالة
- المشاركة

2 - الفرض الثاني للدراسة: "من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً " : ويمكن إختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

- الإعتدائية
- الإستجابة
- الملموسية
- الثقة
- التعاطف

3- الفرض الثالث للدراسة: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " .



4- **الفرض الرابع للدراسة:** " يوجد تباين دال إحصائياً بين إستجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ."

5- **الفرض الخامس للدراسة:** " يوجد تباين دال إحصائياً بين إستجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ."

#### خامساً: مفاهيم الدراسة:

##### 1- مفهوم الحكم الرشيد:

الحكم في اللغة: مشتق من الفعل حكم يحكم ويوجه ويمارس السلطة ( البعلبكي، 2004، ص396). ويعرف الحكم الرشيد: بأنها الإدارة الرشيدة القائمة على النزاهة والشفافية والمساءلة والمحاسبية وتحقيق العدالة دون تمييز وتطبيق القانون على الجميع مع توفير رقابة فاعلة داخلية وخارجية ( أبو النصر، 2015، ص45). ويعرف البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة (UNDP) الحكم الرشيد على أنه "ممارسة السلطة الاقتصادية والسياسية والإدارية لإدارة شؤون الدولة على كافة المستويات والتي تتضمن الآليات والعمليات والمؤسسات والتي يتمكن المواطنون من خلالها التعبير عن مصالحهم وممارسة حقوقهم وأداء واجباتهم ( البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ، 1997، ص5) ، ويقصد بالحكم الرشيد مستوى الأداء الجيد للجهاز الحكومي بمفهومه الواسع أي الإدارات والهيئات والأجهزة والوزارات وغير ذلك من الجهات الحكومية التي تقوم بإتخاذ قرارات أو تنفيذ سياسات أو الإشراف على تطبيق القوانين والتشريعات والرقابة على تنفيذها ( مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، 2011، ص 8) ، وقد عرّف البنك الدولي Good Governance بأنها الطريقة التي تمارس بها المؤسسات سلطتها في إدارة الموارد الاقتصادية والاجتماعية من أجل تحقيق التنمية ( P5 ، 1994 ، World Bank )

ويحدد البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة متغيرات أبعاد الحكم الرشيد في الآتي (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ، 1997، ص ص9-10)

- **الشفافية :** وتعنى إتاحة أو حرية تدفق المعلومات الدقيقة وسهولة الحصول عليها لجميع الأطراف لصنع وإتخاذ قرارات سليمة في الوقت المناسب ، وأن صناعة القرارات وتنفيذها تجرى وفق قواعد.
- **المساءلة :** وتعنى أن يكون جميع المسؤولين ومتخذى القرار في المؤسسات (الحكومية - القطاع الخاص- منظمات المجتمع المدني) خاضعين أمام الرأى العام ومؤسساته للمساءلة والمحاسبية، كما تعنى أن واجب على المسؤولين عن الوظائف الرسمية تقديم تقارير دورية حول سير العمل في المؤسسة بشكل تفصيلي يوضح الإيجابيات والسلبيات ومدى النجاح أو الإخفاق في تنفيذ سياساتهم في العمل
- **العدالة :** بمعنى أن تتوفر الفرض الحياتية لجميع الناس لتحسين أوضاعهم أو الحفاظ على الوضع نفسه، وتضييق الفجوة داخل المجتمع ، مع وضع سياسات ذات أولوية لإستهداف وتحسين حياتهم
- **المشاركة :** وتعنى مشاركة المواطنين من خلال إبداء الرأى في إتخاذ القرار بصورة مباشرة أو غير مباشرة أو من خلال مؤسسات تمثيلية شرعية وسيطة تمثل مصالحهم دون تفرقة بينهم
- **سيادة القانون :** ويعنى إعتبار القانون مرجعية للجميع وضمان سيادته على الجميع دون إستثناء
- **الإستجابة :** وتعنى قدرة المؤسسات والعمليات على خدمة وتلبية إحتياجات جميع الأطراف المعنية
- **الكفاءة والفاعلية :** وتعنى أن العمليات والمؤسسات تسفر عن نتائج تلبى إحتياجات المجتمع وتحقيق أفضل إستخدام للموارد المتاحة
- **الرؤية الإستراتيجية :** بمعنى أن يمتلك القادة والعامه وكذلك القائمين على المؤسسات رؤية طويلة المدى للحكم الرشيد والتنمية البشرية بالتوازي مع الوعى بما هو مطلوب لهذه التنمية

- الإهتمام بالإجماع : ويُعنى يجب أن يعبر الحكم الرشيد عن مختلف المصالح ، لكي تصل إلى الموافقة بالإجماع على أفضل ما في صالح أي مجموعة من المجموعات ( P10 ، Nikolic،2008 )

ويُعرف الحكم الرشيد إجرائياً وفقاً للدراسة الحالية: بأنه مجموعة من الممارسات والأساليب الإدارية داخل القطاع الصحي التي تحقق المفاهيم الخاصة بالشفافية والمساءلة والعدالة والمشاركة عن طريق الإستخدام الأمثل للموارد البشرية المتاحة داخل القطاع الصحي للوصول إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين بهذا القطاع ، وسوف تعتمد الدراسة على متغيرات أبعاد الحكم الرشيد التالية :

- الشفافية
- المساءلة
- العدالة
- المشاركة

وترجع مبررات إختيار تلك المتغيرات والأبعاد :

- أكثر المتغيرات قابلية للقياس في تحسين جوده الخدمات الصحية .
- أكثر إرتباطاً بتخصص الباحثة الدقيق ( التخطيط الإجتماعى ) .
- من أكثر مقومات الإصلاح الإدارى في المؤسسات الصحية .
- 2- مفهوم التحسين: يقصد بمفهوم التحسين في الدراسة الحالية :-
- وسيلة للتغيير من أجل الحصول على أعلى مستوى في جودة خدمات القطاع الصحي
- ينبع من الحاجة إلى إجراء إضافة لخدمات القطاع الصحي
- يسعى إلى إدخال أساليب تزيد من جودة خدمات القطاع الصحي
- 3- مفهوم جودة الخدمات الصحية:

الجودة في اللغة يردها المعجم الوسيط الي فعلها الثلاثي جاد ومصدره جودة بمعنى صار جيداً، ويقال جاد العمل فهو جيد وجاد الرجل اتي بالجيد من قول أو عمل(معجم الوجيز، ١٩٩٧، ص 125) ويعرفها المكتب القومي للتنمية الاقتصادية على أنها مجموعة الخصائص التي يجب أن تتوفر في منتج أو خدمة معينة للوفاء بمتطلبات السوق ويستخدم مصطلح الجودة للدلالة علي أن المنتج جيد أو الخدمة جيدة (عبدالمحسن، ٢٠٠٦، ص ٣٩) ،وتعرف بأنها مطابقة المنتج سواء كان سلعة أو خدمة للمواصفات والمعايير(أبو النصر، 2014، ص 15) وهي الفارق بين الخدمة المتحصل عليها وبين الخدمة المتوقع التحصل

عليها من قبل المستفيد من الخدمة (Maisonas & Dufour, 2006, P.111) وتعرف الخدمة الصحية: بأنها" النشاط الذي يقدم للمنتفعين، وهما هنا غالباً المرضى، والتي تهدف إلى إشباع حاجاتهم الصحية (ذياب، 2012، ص104) أيضاً أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم (سلطان، 2013، ص1). كما تعرف الخدمات الصحية بانها مجموعة الأنشطة والبرامج الصحية التي تهدف إلى وقاية الافراد والمجتمع من الامراض والمشكلات الصحية وعلاجها في حال حدوثها ، وهى جزء من نظام الرعاية الصحية ، حيث أن الرعاية الصحية تشمل مكونات أخرى مثل المؤسسات الصحية والنظم الصحية والسياسات الصحية ( أبو النصر ، 2023، ص80) ويمكن هنا التفريق بين الخدمات الصحية والخدمات العلاجية ، حيث أن الأولى أشمل من الثانية . بالإضافة إلى ذلك فإن للخدمات الصحية أمور عديدة منها : العمليات الجراحية وتجهيز المختبرات والمعدات فضلا عن تهيئة وتأهيل الأفراد العاملين بهدف تحقيق رسالة المنظمة (W.H.O 2019،p1) أما تعريف جودة الخدمات الصحية فهناك من يعرفها بأنها ضمان وتحسين مستوى الرعاية الصحية ، وأيضاً أماكن تقديم الخدمات والوحدات والمستشفيات لتعظيم القدرة الشخصية والإكلينيكية ورفع مستوى التعليم الطبي والتمريض والتدريب (التميمي، 2008، ص15)، ويقصد بجوده الخدمات الصحية مطابقة الخدمات الصحية للمواصفات والمعايير في المجال الصحى بهدف تقديم خدمات صحية تساهم بكفاءة وفاعلية في إشباع الحاجات الصحية والوقاية والعلاج والتأهيل الصحى المناسب والمطلوب والمتوقع مجاناً أو برسوم مناسبة لظروف المجتمع ومستواه المعيشى ، كل ذلك سوف يحقق رضاء المنتفعين من هذه الخدمات الصحية ( أبو النصر 2015، ص208)

#### • أبعاد جودة الخدمات الصحية:

ويمكن توضيح هذه الأبعاد كما يلي :

• **الإعتمادية** : وتعني قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمة الصحية بالجودة الموعودة وفي الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الإعتماد عليها، (Cronin , Jr and Tylor, 1992, p15)، والسعي للمحافظة على ملفات المستفيدين ووثائقهم من التلف والضياع، مما يعطي ذلك المستفيد إحساس

وثقه بأن حياته بين أيدي أمينه وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج (البروي، 2011، ص 570).

• **الإستجابة :** وتعني قدرة المنظمة الصحية على الإستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين من خدمات المنظمة الصحية ، وإستجابتها بالرد على طلبات المستفيدين وإستفساراتهم(البكري ، 2005 ، ص 223). والإستجابة في الخدمة الصحية تشير الى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم ، وحالتهم ، وخلفيتهم ، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون (Lovelock,1996, P49)

• **الملموسية:** وتشمل على المستلزمات المادية الداعمة لتقديم الخدمة ( الأجهزة ، المعدات، الأبنية ، الأفراد .... إلخ) كما تشمل المظهر الخارجي للعاملين والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الإنتظار للمستفيدين من الخدمة. ( Zeithaml , Valarie , A., and Britner M,2003, P35

• **الثقة :** وتعنى تحلى العاملين بالمعرفة والقدرة على جعل المستفيد يشعر بالمصداقية والأمان (Shaikh,2005,p.115) .

• **التعاطف :** ويعني قدرة المنظمة الصحية على تفهم وتلبية إحتياجات ورغبات المستفيدين وتقديم الخدمة الصحية بشكل ينم عن الإهتمام الشخصي والتعاطف مع حالتهم، وملائمة ساعات العمل مع الوقت المخصص للخدمات الصحية المقدمة ( سعد، ٢٠٢٢، ص ٧٨٦). كما يشير التعاطف إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، فضلاً عن أن التعاطف في المنظمة يضع مصلحة المستفيد في مقدمة إهتمامات الإدارة والعاملين والإحترام والود واللفظ والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (كورتل، 2008، ص 315).

وفي ضوء ما سبق يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية في الدراسة الحالية: بأنها مطابقة الخدمات الصحية بكافة أنواعها التي تقدمها المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها وحجمها للمواصفات ومعايير الجوده في المجال الصحى، وتوافر أبعاد جوده الخدمات الصحية(الإعتمادية-الإستجابة-الملموسية- الثقة- التعاطف).

سادساً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

(1) نوع الدراسة ومنهجها:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي لديها القدرة على تقديم التفسيرات العلمية والمنطقية للظاهرة محل الدراسة وذلك من خلال الحصول على معلومات دقيقة تصور الواقع وتشخصه وتسهم في تحليل ظواهره، وتعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها واستخلاص دلالتها. لذا فالدراسة الحالية تستهدف تحديد العلاقة بين تطبيق الحكم الرشيد (كمتغير مستقل) وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 (كمتغير تابع) وذلك من خلال الاستشهاد في هذا الوصف والتحليل بمعطيات الدراسات السابقة والأدبيات النظرية المرتبطة بالمشكلة البحثية. واعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الدقهلية وعددهم (62) مفردة.

(2) حدود الدراسة:

(أ) الحدود المكانية:

تمثلت الحدود المكانية للدراسة في مديرية الشئون الصحية بمحافظة الدقهلية، وذلك لاهتمامها بمتابعة انتظام سير العمل ومتابعة تنفيذ الأعمال الجارية، وإعداد الخطط المستقبلية للارتقاء بالمستوى الصحي وتنشيط المنظومة الوقائية ومتابعة عمل وحدات الرعاية الأساسية على مدار 24 ساعة ومتابعة عمل العيادات المسائية بالتنسيق مع إدارة المستشفيات والطب العلاجي، والاهتمام بتنفيذ المبادرات الرئاسية الصحية، والسعي الحثيث نحو تقديم خدمة طبية أفضل لأهالي محافظة الدقهلية، بالإضافة إلى ما سبق تعتبر محافظة الدقهلية بمراكزها الطبية المتخصصة العاصمة الطبية لمصر والعرب وإفريقيا.

(ب) الحدود البشرية:

تمثلت الحدود البشرية للدراسة في المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الدقهلية وعددهم (62) مفردة، وتوزيعهم كالتالي:

جدول (1) يوضح توزيع المسؤولين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الدقهلية مجتمع

الدراسة

م	الوظائف	المستوى الإداري	عدد المسؤولين
1	مدير مديرية الشؤون الصحية	إدارة عليا	1
2	وكيل مديرية الشؤون الصحية		2
3	مدير الإدارة العامة للشؤون الوقائية والرعاية الأساسية		1
4	مدير الإدارة العامة للشؤون العلاجية والخدمات المكملة		1
5	مدير الإدارة العامة لمكافحة الأمراض المتوطنة وناقلات الأمراض		1
6	مدير الإدارة العامة للصيدلة		1
7	مدير الإدارة العامة لطب الأسنان		1
8	مدير الإدارة العامة للشؤون المالية والإدارية والموارد البشرية		1
9	مدير إدارة خدمة المواطنين	إدارة وسطى	1
10	مدير إدارة الشؤون القانونية		1
11	مدير إدارة المجالس الطبية		1
12	مدير إدارة الإعلام والاتصال الصحي		1
13	مدير إدارة العلاقات العامة		1
14	مدير إدارة الجودة		1
15	مدير إدارة الإدارة الاستراتيجية		1
16	مدير إدارة نظم المعلومات والتحول الرقمي		1
17	مدير إدارة التخطيط والمتابعة		1
18	مدير إدارة المراجعة الداخلية والحوكمة		1
19	مدير إدارة التدريب والمدارس		1

م	الوظائف	المستوى الإداري	عدد المسؤولين
20	مدير إدارة التمريض الطبي		1
21	مدير إدارة الخدمة الاجتماعية		1
22	رؤساء الأقسام	إدارة تنفيذية	40
	المجموع		62

### (ج) الحدود الزمنية:

تمثلت الحدود الزمنية للدراسة في فترة جمع البيانات والتي بدأت 2023/5/11م إلي 2023/7/13م.

### (3) أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في:

- استبيان للمسؤولين حول الحكم الرشيد كمتغير في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030:

- قامت الباحثة بتصميم استبيان للمسؤولين حول الحكم الرشيد كمتغير في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 في ضوء التراث النظري الموجه للدراسة والدراسات السابقة المتصلة بالمشكلة البحثية.

- اشتمل استبيان المسؤولين على صحيفة البيانات الأولية التالية: (النوع، والسن، والمؤهل الدراسي، والوظيفة، والمستوى الإداري، وعدد سنوات الخبرة).

- كما اشتمل استبيان المسؤولين على الأبعاد التالية: أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030، وأبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030، والمعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030، ومقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.



- اعتمد استبيان المسئولين على التدرج الثلاثي، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (نعم، إلى حد ما، لا) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة)، وذلك كما يلي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة).
- للتحقق من صدق المحتوى "الصدق المنطقي" لاستبيان المسئولين قامت الباحثة بالإطلاع على الأدبيات والأطر النظرية والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة. ثم تحليل هذه الأدبيات النظرية وذلك لتحديد أبعاد الحكم الرشيد، وأبعاد جودة خدمات القطاع الصحي. ثم تم عرض الأداة على عدد (5) محكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان والمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة لإبداء الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بأبعاد الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وإعادة تصحيح بعض أخطاء الصياغة اللغوية للبعض الآخر، وبناء على ذلك تم صياغة الأداة في صورتها النهائية.
- تم حساب ثبات استبيان المسئولين باستخدام معامل ثبات (ألفا - كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستبيان المسئولين، وذلك بتطبيقه على عينة قوامها (10) مفردات من المسئولين مجتمع الدراسة. وبلغ معامل الثبات (0.982)، وهو مستوى مناسب للثبات الإحصائي.
- كما أجرت الباحثة ثبات إحصائي لاستبيان المسئولين باستخدام معادلة سييرمان - براون للتجزئة النصفية للثبات، حيث تم تقسيم عبارات كل بعد إلى نصفين، يضم القسم الأول القيم التي تم الحصول عليها من الاستجابة للعبارة الفردية، ويضم القسم الثاني القيم المعبرة عن العبارات الزوجية، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من المسئولين مجتمع الدراسة، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين نصفي الأداة (0.983)، كما بلغت قيمة معامل الثبات (0.991)، وتبين أن معاملات الثبات للأداة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

#### (4) تحديد مستوى الحكم الرشيد/ تحسين جودة خدمات القطاع الصحي:

يمكن تحديد مستوى الحكم الرشيد/ تحسين جودة خدمات القطاع الصحي باستخدام المتوسط الحسابي، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (3 - 1 = 2)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (2/3 = 0.67) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (2) يوضح مستويات المتوسطات الحسابية لأبعاد الدراسة

المستوى	القيم
مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى 1.67
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.68 إلى 2.34
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3

(5) أساليب التحليل الكيفي والكمي:

إعتمدت الدراسة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:

- أسلوب التحليل الكيفي: بما يتناسب وطبيعة موضوع الدراسة.
- أسلوب التحليل الكمي: تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V. 24.0)، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعادلة سبيرمان- براون للتجزئة النصفية، وتحليل الانحدار البسيط، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل التحديد، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وتحليل التباين أحادي الاتجاه.

سابعاً: نتائج الدراسة الميدانية:

المحور الأول: وصف المسئولين مجتمع الدراسة:

جدول (3) يوضح وصف المسئولين مجتمع الدراسة (ن=62)

م	المتغيرات الكمية	س	σ	م	النوع	ك	%
---	------------------	---	---	---	-------	---	---

1	السن	51	4	1	ذكر	33	53.2
2	عدد سنوات الخبرة	23	4	2	أنثى	29	46.8
					المجموع	62	100
م	المؤهل الدراسي	ك	%	م	الوظيفة	ك	%
1	مؤهل عالي	36	58.1	1	مدير مديرية الشؤون الصحية	1	1.6
2	دبلوم دراسات عليا	17	27.4	2	وكيل مديرية الشؤون الصحية	2	3.2
3	ماجستير	5	8.1	3	مديري الإدارات العامة	6	9.7
4	دكتوراه	4	6.5	4	مديري الإدارات الفرعية	13	21
				5	رؤساء الأقسام	40	64.5
					المجموع	62	100
م	المستوى الإداري	ك	%				
1	مستوى الإدارة العليا	9	14.5				
2	مستوى الإدارة الوسطي	13	21				
3	مستوى الإدارة التنفيذية	40	64.5				
					المجموع	62	100

### يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن المسؤولين (51) سنة، وبانحراف معياري (4) سنوات تقريباً.
- متوسط عدد سنوات خبرة المسؤولين (23) سنة، وبانحراف معياري (4) سنوات تقريباً.
- أكبر نسبة من المسؤولين ذكور بنسبة (53.2%)، بينما الإناث بنسبة (46.8%).
- أكبر نسبة من المسؤولين حاصلين علي مؤهل عالي بنسبة (58.1%)، يليه حاصلين علي دبلوم دراسات عليا بنسبة (27.4%)، ثم حاصلين علي ماجستير بنسبة (8.1%)، وأخيراً حاصلين علي دكتوراه بنسبة (6.5%).
- أكبر نسبة من المسؤولين مستوى الإدارة التنفيذية بنسبة (64.5%)، يليه مستوى الإدارة الوسطي بنسبة (21%)، وأخيراً مستوى الإدارة العليا بنسبة (14.5%).

- أكبر نسبة من المسؤولين وظيفتهم رؤساء الأقسام بنسبة (64.5%)، يليه مديري الإدارات الفرعية بنسبة (21%)، ثم مديري الإدارات العامة بنسبة (9.7%)، يليه وكيل مديرية الشؤون الصحية بنسبة (3.2%)، وأخيراً مدير مديرية الشؤون الصحية بنسبة (1.6%).

المحور الثاني: أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030:

(1) الشفافية:

(ن=62)

جدول (4) يوضح الشفافية

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.63	2.16	12.9	8	58.1	36	29	18	تعدد لقاءات عامة للمواطنين لمناقشة مشكلات القطاع الصحي بشفافية	1
5	0.68	1.97	24.2	15	54.8	34	21	13	آليات العمل معلنة للجميع	2
9	0.67	1.82	32.3	20	53.2	33	14.5	9	توجد مصادر واضحة ودقيقة لنشر المعلومات لجميع المتعاملين معها في الوقت المناسب	3
3	0.51	2.06	9.7	6	74.2	46	16.1	10	توجد قنوات اتصال فعالة بين كل المستويات الإدارية لإنجاز مهام العمل	4
6	0.67	1.94	25.8	16	54.8	34	19.4	12	تعزيز ثقافة المكاشفة عند اتخاذ القرارات	5
1	0.53	2.23	4.8	3	67.7	42	27.4	17	توجد سياسة معلنة في منح المكافآت للعاملين	6
7	0.68	1.89	29	18	53.2	33	17.7	11	آلية رقابة أداء العاملين واضحة للجميع	7

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
4	0.63	1.97	21	13	61.3	38	17.7	11	8	تتسم اللوائح المنظمة للعمل بالوضوح
8	0.65	1.85	29	18	56.5	35	14.5	9	9	آليات تقييم أداء العاملين معلنة للجميع
مستوى متوسط	0.48	1.99	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن :

مستوى الشفافية كأحد أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.99)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول توجد سياسة معلنة في منح المكافآت للعاملين بمتوسط حسابي (2.23)، يليه الترتيب الثاني تعقد لقاءات عامة للمواطنين لمناقشة مشكلات القطاع الصحي بشفافية بمتوسط حسابي (2.16)، ثم الترتيب الثالث توجد قنوات اتصال فعالة بين كل المستويات الإدارية لإنجاز مهام العمل بمتوسط حسابي (2.06)، وأخيراً الترتيب التاسع توجد مصادر واضحة ودقيقة لنشر المعلومات لجميع المتعاملين معها في الوقت المناسب بمتوسط حسابي (1.82)، وهو ما قد يعكس ضرورة الاهتمام برفع درجة المصداقية والشفافية وإتباع سياسة الإفصاح والمكاشفة في القطاع الصحي، بنشر المعلومات الدقيقة وإتاحتها للجميع وتدفعها على جميع المستويات حول السياسات والتعليمات والنظم والقوانين والقرارات المرتبطة بالرعاية والخدمات الصحية التي يقدمها هذا القطاع، بالإضافة إلى أهمية الإعلان عن معايير تقييم ومراقبة أداء العاملين في المؤسسات الصحية، وإنعكاس ذلك على ضمان تحسين جودة خدمات القطاع الصحي، ويتفق هذا مع ما أكدت عليه نتائج دراسة كلاً من : Gary(2005)، ودراسة العمرى (2009)، ودراسة السبيعي (2010)، ودراسة الطوخي

(2010)، ودراسة عبد الواحد(2012) ، ودراسة (Adisalem(2015) ودراسة مذکور (2016) .

(2) المساءلة:

(ن=62)

جدول (5) يوضح المساءلة

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
8	0.76	1.87	35.5	22	41.9	26	22.6	14	آليات المساءلة تحقق الأهداف المطلوبة	1
2	0.7	2.03	22.6	14	51.6	32	25.8	16	تناسب آليات المساءلة مع حجم المخالفة المرتكبة	2
6	0.65	1.94	24.2	15	58.1	36	17.7	11	يتم محاسبة المسؤولين حال إهمالهم	3
1	0.56	2.05	12.9	8	69.4	43	17.7	11	تتم المساءلة بناءً علي النتائج المحققة والمعلومات المؤكدة	4
7	0.59	1.87	24.2	15	64.5	40	11.3	7	آليات المساءلة معلنة وواضحة للجميع	5
4	0.69	1.98	24.2	15	53.2	33	22.6	14	تطبيق المساءلة يقلل من الأخطاء والمشكلات	6
3	0.67	1.98	22.6	14	56.5	35	21	13	تسمح آليات المساءلة بتقييم أداء العاملين	7
5	0.63	1.97	21	13	61.3	38	17.7	11	يتم محاسبة المقصرين في أداء مهامهم بنزاهة ودون مجاملة	8

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
مستوى متوسط	0.5	1.96	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى المساءلة كأحد أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.96)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تتم المساءلة بناءً على النتائج المحققة والمعلومات المؤكدة بمتوسط حسابي (2.05)، يليه الترتيب الثاني تتناسب آليات المساءلة مع حجم المخالفة المرتكبة بمتوسط حسابي (2.03)، ثم الترتيب الثالث تسمح آليات المساءلة بتقييم أداء العاملين بمتوسط حسابي (1.98)، وأخيراً الترتيب الثامن آليات المساءلة تحقق الأهداف المطلوبة بمتوسط حسابي (1.87)، وهو ما قد يعكس بضرورة زيادة الاهتمام بتطبيق المساءلة في القطاع الصحي لتحقيق الحكم الرشيد، بتفعيل مبدأ الإثابة والعقاب، وخضوع كافة الأطراف المسؤولة عن الخدمات الصحية بالقطاع الصحي للمساءلة والمحاسبية، مما يترتب عليه تمكين القطاع الصحي من هدر أقل للموارد البشرية والمادية، حيث أن آلية المساءلة كأحدى آليات الحكم الرشيد تُعد أهم سبل تحقيق التنمية بمفهومها الشامل، ويتفق هذا مع ما أكدت عليه نتائج دراسة كلا من: (2006) kerry

(2007) Laty، ودراسة (2007) patricia، ودراسة السبيعي (2010)، ودراسة Robert (2011)، ودراسة (2012) Thomas، ودراسة (2019) Gonzalez، ودراسة الوكيل (2019)، ودراسة اليامي والسواط (2022)

(3) العدالة:

(ن=62)

جدول (6) يوضح العدالة

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
5	0.76	2.02	27.4	17	43.5	27	29	18	1	تطبيق القوانين علي الجميع دون استثناءات
6	0.7	2	24.2	15	51.6	32	24.2	15	2	تلبية احتياجات المستفيدين من الخدمات دون تمييز
2	0.56	2.1	11.3	7	67.7	42	21	13	3	أؤمن بالحيادية عند تقديم الخدمات للمستفيدين
3	0.59	2.1	12.9	8	64.5	40	22.6	14	4	أؤمن بحق كل مواطن في الحصول علي الخدمات المقدمة
1	0.57	2.19	8.1	5	64.5	40	27.4	17	5	يتم توزيع الموارد بين المؤسسات الطبية بشكل عادل
4	0.61	2.08	14.5	9	62.9	39	22.6	14	6	أؤمن بحق كل مواطن في ان يحصل على معاملة إنسانية
7	0.72	1.97	27.4	17	48.4	30	24.2	15	7	تقدم الخدمات للمستفيدين علي أساس الأحقية
مستوى متوسط	0.49	2.06	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى العدالة كأحد أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.06)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم توزيع الموارد بين المؤسسات الطبية بشكل عادل



بمتوسط حسابي (2.19)، يليه الترتيب الثاني أو من بالحيادية عند تقديم الخدمات للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.1)، ثم الترتيب الثالث أو من بحق كل مواطن في الحصول علي الخدمات المقدمة بمتوسط حسابي (2.1) ، وأخيراً الترتيب السابع تقدم الخدمات للمستفيدين علي أساس الأحقية بمتوسط حسابي (1.97). مما قد يشير ذلك إلى ضرورة رفع مستوى تحقيق العدالة والإنصاف في تقديم الخدمات الصحية من خلال عدم التمييز بين المواطنين في تلبية حاجاتهم من الخدمات الصحية ، والإلتزام بالتكافؤ ، وأن العدالة في تقديم الخدمات الصحية حق من حقوقهم ، حيث تستهدف سياسات الرعاية الصحية في النظام الصحى المصرى تحقيق العدالة والإنصاف في الخدمات الصحية المقدمة ، مما يعبر عن إحترام حقوق وكرامة الإنسان ، وهذا يتفق مع ما أكدت عليه نتائج دراسة (Nicola(2010 أن الحكم الرشيد قائم على اللامركزية والعدالة والإنصاف ، ودراسة (Thomas(2012، والتي أكدت على أنه يجب التركيز على بعض مؤشرات الحكم الرشيد مثل المساءلة والشفافية وتحقيق العدالة، ودراسة حسن (٢٠١٥) التي أكدت على نشر ثقافة حقوق الإنسان، ودراسة saxena (2015) التي أكدت على ضرورة تطبيق المنظمات للحكم الرشيد لتحسين جودة الخدمات المقدمة في ظل العدالة والمساءلة والشفافية.

## (3) المشاركة:

(ن=62)

## جدول (7) يوضح المشاركة

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.82	2.08	29	18	33.9	21	37.1	23	1	يشارك العاملون في اقتراح حلول لمشكلات العمل
3	0.7	2.06	21	13	51.6	32	27.4	17	2	يتم مشاركة العاملين في صنع القرارات
4	0.78	2.05	27.4	17	40.3	25	32.3	20	3	يتم تنفيذ كل ما يتخذ من قرارات
6	0.71	1.95	27.4	17	50	31	22.6	14	4	يعتمد علي المشاركة للوصول للقرارات السليمة
5	0.77	2	29	18	41.9	26	29	18	5	أخذ في اعتباري بآراء وملاحظات العاملين عند صنع واتخاذ القرارات
7	0.75	1.84	37.1	23	41.9	26	21	13	6	أدرك أن توسيع دائرة أطراف المشاركة تؤدي إلي اتخاذ قرارات رشيدة
1	0.8	2.08	27.4	17	37.1	23	35.5	22	7	يشارك المستفيدين بآرائهم عند وجود مشكلات لجودة الخدمات
مستوى متوسط	0.67	2.01	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى المشاركة كأحد أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.01)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يشارك المستفيدين بآرائهم عند وجود مشكلات لجودة

الخدمات بمتوسط حسابي (2.08)، يليه الترتيب الثاني يشارك العاملين في اقتراح حلول لمشكلات العمل بمتوسط حسابي (2.08) ، ثم الترتيب الثالث يتم مشاركة العاملين في صنع القرارات بمتوسط حسابي (2.06)، وأخيراً الترتيب السابع أدرك أن توسيع دائرة أطراف المشاركة تؤدي إلي اتخاذ قرارات رشيدة بمتوسط حسابي (1.84)، مما قد يعكس ضرورة إهتمام المسؤولين بالقطاع الصحي برفع مستوى المشاركة لرفع مستوى ممارسة الحكم الرشيد بتعزيز مشاركة كافة الأطراف المعنية بتقديم الخدمات الصحية في صنع القرارات لضمان الشفافية والكفاءة ، حيث ان المشاركة الفاعلة تؤدي إلى إثراء القرارات المراد الوصول إليها ورشادتها وأثر ذلك على تحسين مستوى جوده الخدمات بالقطاع الصحي ، ويتفق هذا مع ما أكدت عليه نتائج دراسة حسن (2015) ودراسة البنا (2017) ، ودراسة بلعادي (٢٠١٨) ، ودراسة (Demmke 2019)

المحور الثالث: أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030:  
(1) الاعتمادية:

جدول (8) يوضح الاعتمادية (ن=62)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارة	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.68	2.08	19.4	12	53.2	33	27.4	17	يتم الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة وموثقة	1
6	0.61	1.87	25.8	16	61.3	38	12.9	8	تتوفر جميع التخصصات الطبية المطلوبة	2
3	0.65	2.03	19.4	12	58.1	36	22.6	14	تتحرى الدقة في الفحص والتشخيص والعلاج	3
5	0.62	1.94	22.6	14	61.3	38	16.1	10	تقدم الخدمات الصحية للمرضى بشكل دقيق وفي الوقت المحدد	4
2	0.67	2.06	19.4	12	54.8	34	25.8	16	يتوفر نظام حاسوبي مدون عليه البيانات الخاصة	5

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
										بالمرضى بشكل دقيق
4	0.59	2.02	16.1	10	66.1	41	17.7	11		يضع المرضى ثقتهم في نوع الخدمة المقدمة والمهارة المهنية الطبية
مستوى متوسط	0.5	2	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى الاعتمادية كأحد أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة وموثقة بمتوسط حسابي (2.08)، يليه الترتيب الثاني يتوفر نظام حاسوبي مدون عليه البيانات الخاصة بالمرضى بشكل دقيق بمتوسط حسابي (2.06)، ثم الترتيب الثالث تتحرى الدقة في الفحص والتشخيص والعلاج بمتوسط حسابي (2.03)، وأخيراً الترتيب السادس تتوفر جميع التخصصات الطبية المطلوبة بمتوسط حسابي (1.87)، مما قد يشير إلى ضرورة تعزيز أهمية الاعتمادية لدى المسؤولين بالقطاع الصحي، بتوفير جميع التخصصات المطلوبة داخل المؤسسة الصحية، والإهتمام بتقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد مما يعطى ثقة عالية في جودة الخدمات الصحية المقدمة من حيث الفحص والتشخيص والعلاج، وهذا يتفق مع ما أكدت عليه نتائج دراسة كلاً من: الضمور وبوقجاني (2012)، ودراسة (Geffrey 2012)، ودراسة بو الصباغ (2013)، ودراسة سلطان (2013)، ودراسة نصيرة (2020)

(2) الإستجابة:

(ن=62)

جدول (9) يوضح الاستجابة

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.66	2.05	19.4	12	56.5	35	24.2	15	يتم إخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة الصحية لهم	1
2	0.65	2.03	19.4	12	58.1	36	22.6	14	تلبي الخدمات الصحية الفورية احتياجات المرضى	2
5	0.66	1.92	25.8	16	56.5	35	17.7	11	يتجاوب العاملون فوراً مع احتياجات المرضى بالرغم من انشغالهم	3
4	0.61	1.92	22.6	14	62.9	39	14.5	9	يتم الرد الفوري على استفسارات وشكاوى المرضى	4
6	0.71	1.82	35.5	22	46.8	29	17.7	11	يتم تقديم الخدمة الصحية المطلوبة للمرضى بشكل سريع	5
3	0.71	1.98	25.8	16	50	31	24.2	15	يتواجد الأطباء والاستشاريون علي مدار الساعة لتقديم الخدمة المطلوبة للمرضى	6
مستوى متوسط	0.54	1.95	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى الاستجابة كأحد أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.95)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم إخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة الصحية لهم بمتوسط حسابي (2.05)، يليه الترتيب الثاني تلبي الخدمات الصحية الفورية احتياجات المرضى بمتوسط حسابي (2.03)، ثم الترتيب الثالث يتواجد الأطباء والاستشاريون علي مدار الساعة لتقديم الخدمة المطلوبة للمرضى بمتوسط حسابي (1.98)، وأخيراً الترتيب السادس يتم تقديم الخدمة الصحية المطلوبة للمرضى بشكل سريع بمتوسط حسابي (1.82)، مما يفسر بطئ الإستجابة من جانب المسؤولين بالقطاع الصحي في تقديم الخدمات الصحية بشكل سريع

وبأقصر وقت ممكن ، وضعف التجاوب الفوري مع المرضى والرد على إستفساراتهم مما يؤثر على تحسين جوده الخدمة الصحية المقدمة ، حيث أن سرعة الإستجابة أحد العوامل الهامة في جودة خدمات القطاع الصحى ، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة (Tallura(2003، ودراسة نياىب (2012)، ودراسة بو الصباغ (2013).

### (3) الملموسية:

(ن=62)

### جدول (10) يوضح الملموسية

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.76	1.98	29	18	43.5	27	27.4	17	يوجد مساحات خضراء وبيئة طبيعية لراحة المرضى	1
4	0.69	1.9	29	18	51.6	32	19.4	12	توجد بالمستشفيات سيارات إسعاف حديثة تحتوي على جميع المستلزمات الطبية والإسعافات الأولية	2
2	0.66	2.05	19.4	12	56.5	35	24.2	15	تتمتع المستشفيات بنظافة وتهوية عالية ومتميزة بجميع مرافقها	3
5	0.61	1.84	27.4	17	61.3	38	11.3	7	يتوفر بالمستشفيات المستلزمات الخاصة بميت المرضى	4
6	0.71	1.82	35.5	22	46.8	29	17.7	11	تتوفر أماكن وصالات خاصة بانتظار المرضى ومكاتب للأطباء والعاملين	5
7	0.7	1.79	37.1	23	46.8	29	16.1	10	تتوفر المعدات والأجهزة الطبية والتقنيات الحديثة في عمليات فحص المرضى	6
1	0.66	2.11	16.1	10	56.5	35	27.4	17	هناك اهتمام من جانب العاملين والأطباء بمظهر وهئية ملابس العمل	7

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
مستوى متوسط	0.58	1.93	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى الملموسية كأحد أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.93)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول هناك اهتمام من جانب العاملين والأطباء بمظهر وهيئة ملابس العمل بمتوسط حسابي (2.11)، يليه الترتيب الثاني تتمتع المستشفيات بنظافة وتهوية عالية ومتميزة بجميع مرافقها بمتوسط حسابي (2.05)، ثم الترتيب الثالث يوجد مساحات خضراء وبيئة طبيعية لراحة المرضى بمتوسط حسابي (1.98)، وأخيراً الترتيب السابع تتوفر المعدات والأجهزة الطبية والتقنيات الحديثة في عمليات فحص المرضى بمتوسط حسابي (1.79)، وقد يعكس ذلك بضرورة رفع درجة إهتمام المسؤولين بالقطاع الصحي ببعده الملموسية كأحد أبعاد جودة الخدمات الصحية، بإمتلاك المؤسسة الصحية لأحدث الأجهزة والتقنيات في عملية الفحص والعلاج، وتوفير أماكن الإنتظار والإستقبال المناسبة، والمستلزمات الخاصة بمبيت المرضى، لما للملموسية من أهمية في جودة الخدمات الصحية، وهذا يتفق مع ماكدت عليّة دراسة (Talluru 2003)، ودراسة نعلاني واخرون (2007)، ودراسة فهمي، وعبد الستار (2016).

## (4) الثقة:

## جدول (11) يوضح الثقة

(ن=62)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.58	2.21	8.1	5	62.9	39	29	18	يوجد تفاعل من جانب الأطباء والعاملين مع المريض	1
6	0.7	2.06	21	13	51.6	32	27.4	17	يتميز الأطباء بمهارات عالية في التشخيص والعلاج	2
5	0.64	2.08	16.1	10	59.7	37	24.2	15	يؤدي الأطباء والعاملين واجباتهم بكفاءة ومصداقية	3
4	0.6	2.11	12.9	8	62.9	39	24.2	15	هناك سرية تامة يلتزم بها الأطباء والعاملون عن كل ما يخص حالة المريض الصحية	4
1	0.56	2.24	6.5	4	62.9	39	30.6	19	تتميز حسابات المرضى داخل المؤسسة الصحية بالدقة وعدم القصور	5
3	0.63	2.21	11.3	7	56.5	35	32.3	20	يشعر المريض بالآمان والاطمئنان داخل المؤسسة الصحية	6
مستوى متوسط	0.51	2.15	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى الثقة كأحد أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.15)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تتميز حسابات المرضى داخل المؤسسة الصحية بالدقة وعدم القصور بمتوسط حسابي (2.24)، يليه الترتيب الثاني يوجد تفاعل من جانب الأطباء والعاملين مع المريض بمتوسط



حسابي (2.21) ، ثم الترتيب الثالث يشعر المريض بالأمان والاطمئنان داخل المؤسسة الصحية بمتوسط حسابي (2.21) ، وأخيراً الترتيب السادس يتميز الأطباء بمهارات عالية في التشخيص والعلاج بمتوسط حسابي (2.06)، مما قد يشير إلى ضرورة تعزيز ثقافة إدارة المؤسسة الصحية فيما يتعلق بتأثير الثقة على جودة خدمات القطاع الصحي للوصول إلى مستوى عالي في تطبيقها وتدعيم ذلك بتوفير الكادر الطبي والإداري المؤهل الذي يمتلك المعارف والمهارات والقدرات والثقة اللازمة لتقديم الخدمات الصحية على أفضل وجه ممكن، فضلاً عن الإلتزام بالثقة والمصادقية في الأداء، والمحافظة على سرية وخصوصية المستفيدين من الخدمات الصحية، بما يساهم في تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة بالقطاع الصحي، وهذا يتفق مع ما أكدت عليه نتائج دراسة كلاً من (Talluru (2003، ودراسة Ali et al (2021) التي أكدت على أهمية الثقة في التأثير على جودة الخدمات الصحية، ودراسة نعساني وأخرون (٢٠٠٧) والتي أكدت على أن جوهر جودة الخدمات الصحية هي مزيج من ثلاث أبعاد، الثقة والتعاطف والملموسية.

#### (5) التعاطف:

(ن=62)

#### جدول (12) يوضح التعاطف

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
6	0.69	2.05	21	13	53.2	33	25.8	16	1	تفهم احتياجات المرضى
2	0.61	2.13	12.9	8	61.3	38	25.8	16	2	تقدر ظروف المرضى والتعاطف معهم
5	0.52	2.08	9.7	6	72.6	45	17.7	11	3	يتوفر الإصغاء لشكوي المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ
3	0.48	2.11	6.5	4	75.8	47	17.7	11	4	تتلاءم ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة بالمؤسسة لتناسب المستفيدين
4	0.53	2.1	9.7	6	71	44	19.4	12	5	تتوفر العناية الشخصية لكل

م	العبارات	الاستجابات						الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الترتيب
		لا		إلى حد ما		نعم				
		%	ك	%	ك	%	ك			
	مرضى									
6	يوضح للمريض المشاكل الصحية التي يعاني منها بطريقة يفهمها	17	27.4	39	62.9	6	9.7	2.18	1	
7	توضع مصلحة المرضى في مقدمة إهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية	12	19.4	39	62.9	11	17.7	2.02	7	
	البعد ككل							2.09	مستوى متوسط	
								0.44		

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى التعاطف كأحد أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.09)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يوضح للمريض المشاكل الصحية التي يعاني منها بطريقة يفهمها بمتوسط حسابي (2.18)، يليه الترتيب الثاني تقدر ظروف المرضى والتعاطف معهم بمتوسط حسابي (2.13)، ثم الترتيب الثالث تتلاءم ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة بالمؤسسة لتناسب المستفيدين بمتوسط حسابي (2.11)، وأخيراً الترتيب السابع توضع مصلحة المرضى في مقدمة إهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية بمتوسط حسابي (2.02)، مما قد يشير إلى ضرورة زيادة إهتمام المسؤولين بالقطاع الصحي فيما يتصل ببعد التعاطف والعمل على تحقيقه بصورة أفضل مما هو عليه الآن بوضع مصلحة المرضى في مقدمة إهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية، والتعاطف والتفهم لحاجاتهم، والإصغاء لشكوى المريض وتلبية إحتياجاته بروح من الود واللفظ، وتوفير الإهتمام الشخصي والعناية بالمرضى، لما لذلك من إسهام وتعزيز لقدرة المؤسسة الصحية في تقديم خدمات صحية بجودة مميزة، ويتفق هذا مع ما أكدت عليه دراسة (Tulluru 2003)، ودراسة

(2012) Geoffrey والتي أكدت على أن التفهم لإحتياجات ومشكلات المرضى والتعاطف معهم من العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية، ودراسة سعد (٢٠٢٢)، والتي أكدت على ضرورة الإهتمام الشخصي بالمرضى وإبراز التعاطف معهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة.

المحور الرابع: المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030:

جدول (13) يوضح المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 (ن=62)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
4	0.22	2.95	-	-	4.8	3	95.2	59	توزيع الحوافز والمكافآت التشجيعية بشكل غير عادل بين العاملين	1
3	0.18	2.97	-	-	3.2	2	96.8	60	عدم الإفصاح عن الجزاءات أو العقوبات الخاصة بالفساد	2
1	0	3	-	-	-	-	100	62	إتباع أسلوب المركزية الإدارية في صنع واتخاذ القرارات داخل القطاع الصحي	3
1	0	3	-	-	-	-	100	62	عدم وجود نظام للمساءلة والمحاسبية داخل القطاع الصحي	4
1	0	3	-	-	-	-	100	62	عدم تحقيق الشفافية المعلوماتية من جانب الإدارة	5
1	0	3	-	-	-	-	100	62	كثرة الفساد في القطاع الصحي	6
1	0	3	-	-	-	-	100	62	ضعف الموارد والإمكانات اللازمة لتقديم الخدمات بالقطاع الصحي	7

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0	3	-	-	-	-	100	62	تطبيق اللوائح والقوانين على فئة من العاملين دون غيرها	8
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	قلة عقد اللقاءات والاجتماعات مع العاملين	9
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	معايير تقييم أداء العاملين غير واضحة	10
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	عدم وجود قنوات اتصال فعالة بين الإدارة والعاملين	11
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	تجاهل الإدارة لآراء ومقترحات العاملين عند صنع القرارات التي تخدم تحسين الخدمات الصحية	12
مستوى مرتفع	0.05	2.99	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.99)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول كثرة الفساد في القطاع الصحي ، إتباع أسلوب المركزية الإدارية في صنع واتخاذ القرارات داخل القطاع الصحي ضعف الموارد والإمكانات اللازمة لتقديم الخدمات بالقطاع الصحي ، عدم وجود نظام للمساءلة والمحاسبية داخل القطاع الصحي ، عدم تحقيق الشفافية المعلوماتية من جانب الإدارة، وتطبيق اللوائح والقوانين على فئة من العاملين دون غيرها بمتوسط حسابي (3)، يليه الترتيب الثاني قلة عقد اللقاءات والاجتماعات مع العاملين، عدم وجود قنوات اتصال فعالة بين الإدارة والعاملين، معايير تقييم أداء العاملين غير واضحة ، تجاهل الإدارة لآراء ومقترحات العاملين

عند صنع القرارات التي تخدم تحسين الخدمات الصحية بمتوسط حسابي (2.98)، ثم الترتيب الثالث عدم الإفصاح عن الجزاءات أو العقوبات الخاصة بالفساد بمتوسط حسابي (2.97)، وأخيراً الترتيب الرابع توزيع الحوافز والمكافآت التشجيعية بشكل غير عادل بين العاملين بمتوسط حسابي (2.95)، وجاءت هذه المعوقات متفقة مع نتائج دراسة كلاً من : عبدالواحد (٢٠١٢)، ودراسة خزام (٢٠١٢)، ودراسة (2017) Ekundayo، وأكدت هذه الدراسات على أن تطبيق الحكم الرشيد داخل المنظمات يواجهه بعض المعوقات منها أن الفساد من العوامل الرئيسية التي أعاققت الحكم الرشيد، وضعف الموارد والإمكانيات، وعدم وجود نظام للمساءلة والمحاسبية، وإتباع أسلوب المركزيه الإدارية، وعدم توافر وإتاحة المعلومات.

**المحور الخامس: مقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030:**

**جدول (14) يوضح مقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات**

**القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 (ن=62)**

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	كفاية الموارد المالية المقدمة من الدولة للقطاع الصحي	1
1	0	3	-	-	-	-	100	62	ضرورة توفير العديد من الدورات التدريبية للعاملين	2
1	0	3	-	-	-	-	100	62	توفير المعلومات والبيانات الكافية وفي الوقت المناسب لمن يهمله الأمر	3
1	0	3	-	-	-	-	100	62	زيادة تطبيق الشفافية الإدارية في القطاع الصحي	4
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	تحسين كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية وحداتها بالقطاع الصحي	5

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0	3	-	-	-	-	100	62	إتباع اللامركزية الإدارية في صنع واتخاذ القرارات بالقطاع الصحي	6
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	توفير نظام رقابي يسمح بمتابعة سير العمل	7
1	0	3	-	-	-	-	100	62	تطبيق المساءلة والمحاسبية الفاعلة عند تقصير البعض في أداء مهامهم	8
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	توفير المناخ الإداري المناسب لكفاءة وتحسين العمل بالقطاع الصحي	9
1	0	3	-	-	-	-	100	62	الإقرار بأن الحكم الرشيد إستراتيجية ضرورية لمكافحة الفساد بالقطاع الصحي	10
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	تفعيل سيادة القانون على الجميع دون استثناءات	11
1	0	3	-	-	-	-	100	62	تحقيق العدالة بين جميع العاملين بالقطاع الصحي	12
2	0.13	2.98	-	-	1.6	1	98.4	61	الاسترشاد بتجارب الدول الأخرى فيما يتعلق بنظم تحسين جودة الخدمات الصحية	13
مستوى مرتفع	0.06	2.99	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى مقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.99)، ومؤشرات

ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول الإقرار بأن الحكم الرشيد إستراتيجية ضرورية لمكافحة الفساد بالقطاع الصحي ، إتباع اللامركزية الإدارية في صنع واتخاذ القرارات بالقطاع الصحي ، ضرورة توفير العديد من الدورات التدريبية للعاملين، وتوفير المعلومات والبيانات الكافية وفي الوقت المناسب لمن يهمله الأمر، وزيادة تطبيق الشفافية الإدارية في القطاع الصحي ، وتحقيق العدالة بين جميع العاملين بالقطاع الصحي، تطبيق المساءلة والمحاسبية الفاعلة عند تقصير البعض في أداء مهامهم، بمتوسط حسابي (3)، يليه الترتيب الثاني تحسين كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية وحدائتها بالقطاع الصحي ، كفاءة الموارد المالية المقدمة من الدولة للقطاع الصحي ، توفير نظام رقابي يسمح بمتابعة سير العمل ، توفير المناخ الإداري المناسب لكفاءة وتحسين العمل بالقطاع الصحي ، تفعيل سيادة القانون على الجميع دون استثناءات، والاسترشاد بتجارب الدول الأخرى فيما يتعلق بنظم تحسين جودة الخدمات الصحية بمتوسط حسابي (2.98)، وجاءت هذه النتائج متفقة مع نتائج دراسة كلاً من : Gary(2005)، ودراسة Laty(2007)، ودراسة Prakorn(2007)، ودراسة Nicola (2010)، ودراسة Robert(2011)، ودراسة Saxena(2015)، ودراسة حسن (٢٠١٥)، والتي أكدت على مكافحة الفساد الإداري المتزايد وسوء الإدارة الحكومية، والعمل على أهمية تطبيق اللامركزية الإدارية لتأثيراتها على الحكم الرشيد، وأهمية عقد الدورات التدريبية للتدريب على آليات الحكم الرشيد.

#### المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

(1) إختبار الفرض الأول للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً ":

جدول (15) يوضح مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر

(ن=62)

2030 لكل

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	الشفافية	1.99	0.48	متوسط	3
2	المساءلة	1.96	0.5	متوسط	4

3	العدالة	2.06	0.49	متوسط	1
4	المشاركة	2.01	0.67	متوسط	2
أبعاد الحكم الرشيد ككل		2.01	0.44	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ككل متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.01)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول العدالة بمتوسط حسابي (2.06)، يليه الترتيب الثاني المشاركة بمتوسط حسابي (2.01)، ثم الترتيب الثالث الشفافية بمتوسط حسابي (1.99)، وأخيراً الترتيب الرابع المساءلة بمتوسط حسابي (1.96). مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً " .

(2) إختبار الفرض الثاني للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً ":

جدول (16) يوضح مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر

2030 ككل (ن=62)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	الاعتمادية	2	0.5	متوسط	3
2	الاستجابة	1.95	0.54	متوسط	4
3	الملموسية	1.93	0.58	متوسط	5
4	الثقة	2.15	0.51	متوسط	1
5	التعاطف	2.09	0.44	متوسط	2
أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي ككل		2.03	0.42	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ككل متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.03)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب



الأول الثقة بمتوسط حسابي (2.15)، يليه الترتيب الثاني التعاطف بمتوسط حسابي (2.09)، ثم الترتيب الثالث الاعتمادية بمتوسط حسابي (2)، يليه الترتيب الرابع الاستجابة بمتوسط حسابي (1.95)، وأخيراً الترتيب الخامس الملموسية بمتوسط حسابي (1.93). مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً ".

(3) إختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ":

جدول (17) يوضح العلاقة بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع

الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 (ن=62)

أبعاد الجودة ككل	التعاطف	الثقة	الملموسية	الاستجابة	الاعتمادية	الأبعاد	
						الأبعاد	المسؤولين (ن=62)
**0.352	*0.346	*0.245	*0.257	*0.307	**0.430	الشفافية	
**0.371	**0.339	*0.262	*0.248	*0.282	**0.513	المساءلة	
**0.589	**0.477	**0.412	**0.376	**0.471	**0.683	العدالة	
**0.545	*0.292	**0.402	**0.401	**0.423	**0.693	المشاركة	
**0.564	**0.398	**0.364	**0.389	**0.449	**0.706	أبعاد الحكم الرشيد ككل	

\* معنوي عند (0.05)

\*\* معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن:

توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) و(0.05) بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030، وأن أكثر أبعاد الحكم الرشيد ارتباطاً بتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 تمثلت فيما يلي: العدالة، ثم المشاركة، يليها المساءلة، وأخيراً الشفافية. وقد يرجع ذلك إلي وجود ارتباط طردي بين هذه الأبعاد وأنها جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة تحقيقه. مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً

بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ."

جدول (18) يوضح تحليل الانحدار البسيط لآثر تطبيق الحكم الرشيد على تحسين جودة

خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030

معامل التحديد R <sup>2</sup>	معامل الارتباط R	اختبار (ف) F-Test	اختبار (ت) T-Test	معامل الانحدار B	الأبعاد	
					الأبعاد	المستويين (ن=62)
**0.124	**0.352	**8.509	**2.917	0.309	الشفافية	
**0.138	**0.371	**9.607	**3.099	0.313	المساءلة	
**0.346	**0.589	**31.793	**5.639	0.503	العدالة	
**0.297	**0.545	**25.297	**5.030	0.342	المشاركة	
**0.318	**0.564	**27.952	**5.287	0.530	أبعاد الحكم الرشيد ككل	

\* معنوي عند (0.05)

\*\* معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن:

- تشير قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " الشفافية " والمتغير التابع " تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " إلى وجود ارتباط طردي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.124)، أي أن الشفافية تساهم في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 بنسبة (12.4%).
- تشير قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " المساءلة " والمتغير التابع " تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " إلى وجود ارتباط طردي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.138)، أي أن المساءلة تساهم في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 بنسبة (13.8%).

- تشير قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " العدالة " والمتغير التابع " تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " إلى وجود ارتباط طردي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.346)، أي أن العدالة تساهم في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 بنسبة (34.6%).
  - تشير قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " المشاركة " والمتغير التابع " تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " إلى وجود ارتباط طردي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.297)، أي أن المشاركة تساهم في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 بنسبة (29.7%).
  - تشير قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " أبعاد تطبيق الحكم الرشيد ككل " والمتغير التابع " تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " إلى وجود ارتباط طردي بين المتغيرين عند مستوى معنوية (0.01). وتشير نتيجة اختبار (ف) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.318)، أي أن أبعاد تطبيق الحكم الرشيد ككل تساهم في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 بنسبة (31.8%).
  - مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 "
- (4) إختبار الفرض الرابع للدراسة: " يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 .

جدول رقم (19) يوضح تحليل التباين لمستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 طبقاً لاستجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري

(ن=62)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية (df)	متوسط المربعات	قيمة F (ف)	الدلالة
الشفافية	بين المجموعات	0.201	2	0.100	0.433	غير دال
	داخل المجموعات	13.678	59	0.232		
	المجموع	13.879	61			
المساءلة	بين المجموعات	0.225	2	0.112	0.449	غير دال
	داخل المجموعات	14.762	59	0.250		
	المجموع	14.987	61			
العدالة	بين المجموعات	0.023	2	0.012	0.048	غير دال
	داخل المجموعات	14.535	59	0.246		
	المجموع	14.558	61			
المشاركة	بين المجموعات	2.303	2	1.152	2.749	غير دال
	داخل المجموعات	24.712	59	0.419		
	المجموع	27.015	61			
أبعاد الحكم الرشيد ككل	بين المجموعات	0.270	2	0.135	0.677	غير دال
	داخل المجموعات	11.778	59	0.200		
	المجموع	12.048	61			

\* معنوي عند (0.05)

\*\* معنوي عند (0.01)

## يوضح الجدول السابق أن:

لا يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري (مستوى الإدارة العليا/ مستوى الإدارة الوسطي/ مستوى الإدارة التنفيذية) بالنسبة لتحديدهم لمستوى الشفافية، ومستوى المساءلة، ومستوى العدالة، ومستوى المشاركة، ومستوى أبعاد تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ككل. مما يجعلنا نرفض الفرض الرابع للدراسة والذي مؤداه " يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 " .

(5) إختبار الفرض الخامس للدراسة: " يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ":

جدول (20) يوضح تحليل التباين لمستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 طبقاً لاستجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري (ن=62)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية (df)	متوسط المربعات	قيمة F (ف)	الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	0.876	2	0.438	1.823	غير دال
	داخل المجموعات	14.179	59	0.240		
	المجموع	15.056	61			
الاستجابة	بين المجموعات	0.955	2	0.478	1.680	غير دال
	داخل المجموعات	16.776	59	0.284		
	المجموع	17.732	61			
الملموسية	بين المجموعات	1.737	2	0.868	2.704	غير دال
	داخل المجموعات	18.947	59	0.321		
	المجموع	20.684	61			
الثقة	بين المجموعات	0.217	2	0.108	0.413	غير دال
	داخل المجموعات	15.467	59	0.262		

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية (df)	متوسط المربعات	قيمة F (ف)	الدلالة
	المجموع	15.683	61			
التعاطف	بين المجموعات	0.060	2	0.030	0.155	غير دال
	داخل المجموعات	11.529	59	0.195		
	المجموع	11.59	61			
أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي ككل	بين المجموعات	0.439	2	0.219	1.268	غير دال
	داخل المجموعات	10.204	59	0.173		
	المجموع	10.642	61			

\* معنوي عند (0.05)

\*\* معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن:

لا يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري (مستوى الإدارة العليا/ مستوى الإدارة الوسطي/ مستوى الإدارة التنفيذية) بالنسبة لتحديدهم لمستوى الاعتمادية، ومستوى الاستجابة، ومستوى الملموسية، ومستوى الثقة، ومستوى التعاطف، ومستوى أبعاد جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ككل. مما يجعلنا نرفض الفرض الخامس للدراسة والذي مؤداه "يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030".

ثامناً : النتائج العامة للدراسة

(أ) نتائج الدراسة في ضوء أهدافها

(1) فيما يتعلق بالهدف الأول للدراسة : تحديد مستوي تطبيق الحكم الرشيد بالقطاع

الصحي في ضوء رؤية مصر 2030

- أشارت نتائج الدراسة أن مستوى تطبيق أبعاد الحكم الرشيد في ضوء رؤية مصر 2030 كما يحددها المسؤولون متوسطاً ، ومن أهم تلك المؤشرات وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي العدالة ، المشاركة ، الشفافية ، وأخيراً المساءلة .

**(2) فيما يتعلق بالهدف الثاني للدراسة: تحديد مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030**

- أوضحت نتائج الدراسة أن مستوى جوده خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 كما يحددها المسئولون متوسطاً ، ومن أهم تلك المؤشرات وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي الثقة ، التعاطف ، الاعتمادية ، الاستجابة ، وأخيراً الملموسية .

**(3) فيما يتعلق بالهدف الثالث للدراسة : تحديد أكثر أبعاد الحكم الرشيد ارتباطاً بتحسين جوده خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030**

- أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر أبعاد الحكم الرشيد ارتباطاً بتحسين جوده خدمات القطاع الصحي كما يحددها المسئولون العدالة ، يليها المشاركة ، يليها المساءلة ، وأخيراً الشفافية.

**(4) فيما يتعلق بالهدف الرابع للدراسة: تحديد المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030**

- توصلت نتائج الدراسة ان مستوى المعوقات التي تواجه إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جوده خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 كما يحددها المسئولين مرتفعاً ، ومن أهم تلك المؤشرات وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي كثرة الفساد في القطاع الصحي، ضعف الموارد والامكانيات اللازمة لتقديم الخدمات بالقطاع الصحي ، عدم تحقيق الشفافية المعلوماتية من جانب الإدارة ،اتباع أسلوب المركزية الإدارية في صنع واتخاذ القرارات داخل القطاع الصحي ، عدم وجود نظام للمساءلة والمحاسبية داخل القطاع الصحي ، تطبيق اللوائح والقوانين علي فئه من العاملين دون غيرها ، تجاهل الإدارة لآراء ومقترحات العاملين عند صنع القرارات التي تخدم تحسين الخدمات الصحية ، معايير تقييم أداء العاملين غير واضحة ، قلة عقد اللقاءات والاجتماعات مع العاملين، وعدم وجود قنوات إتصال فعالة بين الإدارة والعاملين، عدم الإفصاح عن الجزاءات أو العقوبات الخاصة بالفساد ، توزيع الحوافز والمكافآت التشجيعية بشكل غير عادل .

(5) فيما يتعلق بالهدف الخامس بالدراسة : تحديد مقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد

في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤيه مصر 2030

- أوضحت نتائج الدراسة أن مستوى مقترحات تفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 كما يحددها المسؤولين مرتفعاً، ومن أهم تلك المؤشرات وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي الإقرار بأن الحكم الرشيد استراتيجية ضرورية لمكافحة الفساد بالقطاع الصحي ، إتباع اللامركزية الإدارية في صنع واتخاذ القرارات بالقطاع الصحي ، ضرورة توفير العديد من الدورات التدريبية للعاملين ، توفير المعلومات والبيانات الكافية في الوقت المناسب لمن يهمه الأمر، زياده تطبيق الشفافية الإدارية في القطاع الصحي ،تطبيق المساءلة والمحاسبية الفاعلة عند تقصير البعض في اداء مهامهم، تحقيق العدالة بين جميع العاملين بالقطاع الصحي ، كفاية الموارد المالية المقدمة من الدولة للقطاع الصحي ، تحسين كفاءة الاجهزة والمعدات الطبية وحدثتها في القطاع الصحي، تفعيل سيادة القانون على الجميع دون استثناءات ، توفير نظام رقابي يسمح بمتابعة سير العمل، توفير المناخ الإداري المناسب لكفاءة وتحسين العمل بالقطاع الصحي، الاسترشاد بتجارب الدول الاخرى فيما يتعلق بنظم تحسين جودة الخدمات الصحية.

(ب) نتائج الدراسة في ضوء فروضها .

- من المتوقع أن يكون مستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 متوسطاً ، ومن ثم فقد ثبت صحة الفرض الأول .
- من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤيه مصر 2030 متوسطاً، ومن ثم فقد ثبت صحة الفرض الثاني للدراسة.
- توجد علاقة طردية تأثيرية داله إحصائياً بين تطبيق الحكم الرشيد وتحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 ، ومن ثم فقط ثبت صحه الفرد الثالث للدراسة.
- يوجد تباين دال إحصائياً بين إستجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى تطبيق الحكم الرشيد في القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030 .



- يوجد تباين دال إحصائياً بين استجابات المسؤولين وفقاً للمستوى الإداري بالنسبة لتحديدهم لمستوى جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر 2030.

المحور السابع: خطة العمل التنفيذية لتفعيل إسهامات الحكم الرشيد في تحسين جودة خدمات القطاع الصحي في ضوء رؤية مصر  
:2030

المراحل التخطيطية	الأهداف	إجراءات التنفيذ	وسائل التنفيذ	المستهدفون	جهات التنفيذ	التوقيت الزمني	معايير التقييم
مرحلة تحديد الأهداف	تحديد احتياجات ومشكلات القطاع الصحي	تحديد احتياجات القطاع الصحي بدقة	الاجتماعات اللجان المقابلات جلسات العصف الذهني المناقشات المنصات الرقمية	المستفيدين/ العاملين بالقطاع الصحي	وزارة الصحة والسكان مديريات الصحة والسكان الإدارات الصحية الوحدات الصحية المراكز الطبية المستشفيات	ثلاثة أشهر	الانتهاء من تحديد الاحتياجات
		تحديد مشكلات القطاع الصحي بدقة				ثلاثة أشهر	الانتهاء من تحديد المشكلات
		بناء قاعدة بيانات حديثة عن خدمات القطاع الصحي				سنة	الانتهاء من قاعدة البيانات
		اقتراح الأهداف المراد تحقيقها من تقديم الخدمات				ثلاثة أشهر	الانتهاء من الأهداف المقترحة
مرحلة وضع	تحديد الإطار العام للخطة	تحديد الإمكانيات والموارد اللازمة لتقديم الخدمات	الاجتماعات اللجان	المستفيدين/ العاملين	وزارة الصحة والسكان	ثلاثة أشهر	الانتهاء من تحديد الإمكانيات

المراحل التخطيطية	الأهداف	إجراءات التنفيذ	وسائل التنفيذ	المستهدفون	جهات التنفيذ	التوقيت الزمني	معايير التقييم
إطار الخطة		توفير إجراءات عمل لكل نوع من الخدمات	جلسات العصف الذهني المناقشات ورش عمل المنصات الرقمية	بالقطاع الصحي	مديريات الصحة والسكان الإدارات الصحية الوحدات الصحية المراكز الطبية المستشفيات	ثلاثة أشهر	جمع المعلومات
						ثلاثة أشهر	تنمية معارف المسؤولين
						ثلاثة أشهر	جمع المعلومات
						ثلاثة أشهر	جمع المعلومات
مرحلة وضع الخطة	اختيار الخطة المناسبة	مشاركة المستفيدين عند وضع الخطط	الاجتماعات اللجان جلسات العصف الذهني المناقشات ورش عمل المنصات الرقمية	المستفيدين/ العاملين بالقطاع الصحي	وزارة الصحة والسكان مديريات الصحة والسكان الإدارات الصحية الوحدات الصحية المراكز الطبية المستشفيات	سنوي	نسبة مشاركة المستفيدين
						ثلاثة أشهر	الأولويات التي تم تحديدها
						ثلاثة أشهر	عدد البدائل المقترحة
						ثلاثة أشهر	عدد القيادات المشاركة

المراحل التخطيطية	الأهداف	إجراءات التنفيذ	وسائل التنفيذ	المستهدفون	جهات التنفيذ	التوقيت الزمني	معايير التقييم
		وضع إطار زمني لتنفيذ الخطة				ثلاثة أشهر	الإنهاء من وضع الخطة الزمنية
مرحلة التنفيذ	تنفيذ خطة التطوير	الالتزام بالخطة الزمنية الموضوعية مسبقاً	الاجتماعات اللجان المناقشات ورش عمل المنصات الرقمية	المستفيدين/ العاملين بالقطاع الصحي	وزارة الصحة والسكان مديريات الصحة والسكان الإدارات الصحية الوحدات الصحية المراكز الطبية المستشفيات	سنوي	نسبة الالتزام بالخطة الزمنية
		توفير الموارد الكافية لتقديم الخدمات				سنوي	الانتهاء من توفير الموارد
		التنسيق بين أدوار العاملين عند تقديم الخدمات				سنوي	الانتهاء من التنسيق في العمل
		مشاركة المستفيدين في تنفيذ الخطة				سنوي	نسبة مشاركة المستفيدين
مرحلة المتابعة	متابعة تنفيذ الخطة	متابعة تقديم الخدمات بصفة مستمرة	الاجتماعات اللجان جلسات العصف الذهني	المستفيدين/ العاملين بالقطاع الصحي	وزارة الصحة والسكان مديريات الصحة والسكان	ثلاثة أشهر	عدد الخدمات المقدمة
		متابعة معدل أداء العاملين لضمان نجاح تقديم				ثلاثة أشهر	مستوى أداء العاملين

المراحل التخطيطية	الأهداف	إجراءات التنفيذ	وسائل التنفيذ	المستهدفون	جهات التنفيذ	التوقيت الزمني	معايير التقييم
		الخدمات	المناقشات ورش عمل المنصات الرقمية تقارير المتابعة		الإدارات الصحية الوحدات الصحية المراكز الطبية المستشفيات	ثلاثة أشهر	إعداد نماذج لتقارير متابعة الخدمات المقدمة
		الاهتمام بالقياس الدوري لمعدل ما تم تقديمه من خدمات					
		الاهتمام بالتوزيع والتحديد الدقيق لمسئوليات المتابعة					
		الاهتمام بالقياس الدوري لمعدل ما تم تقديمه من خدمات					
مرحلة التقييم	تحديد ايجابيات وسلبيات الخطة والاستفادة من نتائج التقييم	تحديد ايجابيات وسلبيات خطة تطوير خدمات القطاع الصحي	الاجتماعات اللجان جلسات العصف الذهني المناقشات المنصات الرقمية	المستفيدين/ العاملين بالقطاع الصحي	وزارة الصحة والسكان مديريات الصحة والسكان الإدارات الصحية الوحدات الصحية	ثلاثة أشهر	نسبة تحديد ايجابيات وسلبيات الخطة
		دراسة المعوقات التي تواجه تقديم خدمات القطاع الصحي			الإدارات الصحية الوحدات الصحية	ثلاثة أشهر	دراسة المعوقات

المراحل التخطيطية	الأهداف	إجراءات التنفيذ	وسائل التنفيذ	المستهدفون	جهات التنفيذ	التوقيت الزمني	معايير التقييم
		قياس رضا المستفيدين حول خدمات القطاع الصحي	نماذج التقييم		المراكز الطبية المستشفيات	ثلاثة أشهر	الإنهاء من قياس رضا المستفيدين
		الاستفادة من نتائج التقييم في التخطيط لخدمات القطاع الصحي				نسبة الاستفادة من نتائج التقييم	سنة أشهر

## قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو النصر ، مدحت محمد (2014) أساسيات إدارة الجودة الشاملة ، دار الفجر ، القاهرة.
- --- (2015) الحوكمة الرشيدة في إدارة المؤسسات عالية الجودة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة.
- --- (2016) جودة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة.
- --- (2023) صحة المجتمع ، المعهد المتوسط للخدمة الاجتماعية ، سوهاج.
- ابو رونية، ميلاد، وبعية، أنس بو بكر (2013) الحكم الرشيد أساس التنمية المستدامة في ( ندوة دولة القانون) كلية القانون، جامعة سرت، ليبيا.
- الأحمدى، فرح عوني(2014) أثر الحوكمة علي جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء، رسالة ماجستير غير منشورة، عمادة الدراسات العليا ، الأردن.
- إستراتيجية التنمية المستدامة، رؤية مصر ٢٠٣٠ - الصحة <http://sdsegypt2030.com>
- البراوي، نزار عبد المجيد(2011) إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، مفاهيم وأسس وتطبيقات، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
- البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ( 1997 ) الفساد والحكم الرشيد ، ورقة مناقشة رقم ( 3 ) ، شعبة التطوير الإدارى وإدارة الحكم ، مكتب السياسات الإنمائية ، نيويورك ، الولايات المتحدة الأمريكية.
- البعلبكي، منير (2004) قاموس المورد، دار العلم للملايين، ط٣٨، لبنان.
- البكري، ثامر ياسر (2005) تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.
- البنا، علاء (٢٠١٧) واقع تطبيق معايير الحكم الرشيد وأثرها في الإلتزام التنظيمي لدي العاملين في المستشفيات غير الحكومية، رساله ماجستير غير منشورة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين
- التميمي، فواز محمد(2008) ادارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للآيزو(9001) ، ط1، عالم الكتب الحديثة للنشر والتوزيع، عمان.
- الجمال، أمل عبد المرضي عبد المنعم (2019) محددات جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا العملاء في المستشفيات ، بحث منشور في مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الإجتماعية ، العدد(17) ، المجلد الأول، جامعة الفيوم.
- الجوهري، أماني(2010) الحكم الرشيد ونوعية الحياة، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.
- الحايك، نهي أحمد (2016) أثر تطبيق الحوكمة على تحسين الأداء في المؤسسات ( الحكومية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية إدارة الأعمال، الجامعة الافتراضية السورية، سوريا.

- الحلو، أحمد فتحي (2012) دور تطبيق مبادئ الحكم الرشيد في المنظومات غير الحكومية في تحقيق التنمية المستدامة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الخضيرى ، محسن أحمد ( 2005 ) حوكمة الشركات ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة .
- السبيعي، فارسي (٢٠١٠) دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاعات الحكومية، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- السكارنة، بلال خلف ( ٢٠٠٩ ) أخلاقيات العمل، ط١، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان.
- الشريف ، ياسمين حمدي ( 2019 ) معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجوده الخدمات الصحية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا والبحث العلمى ، جامعة الخليل ، فلسطين ,
- الضمور، هاني وبوقجاني، جناة (2012) أثر جودة الخدمة الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية(دراسة حالة)، بحث منشور في مجلة مؤتمه للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (3)، المجلد (27)، الأردن.
- الطوخي، سامي(٢٠١٠) برنامج الإدارة بالشفافية نقلا عن موقع: [kenanaonline//:Http](http://kenanaonline.tou.khy/Com)
- العمري، محمد أبو النجا(2009) المساءلة وتحقيق الأداء المتوازن الرشيد بالمنظمات الإجتماعية، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (27)، الجزء (1)، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان.
- العيسوي، إبراهيم(2001) التنمية في عالم متغير، دراسة في مفهوم التنمية ومؤشراتها، ط2، دار الشروق، القاهرة.
- المعجم الوجيز (1997) مجمع اللغة العربية، ج، م، ع، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم.
- الوكيل ، منال محمد (٢٠19) مبادئ الحوكمة على الاداء الوظيفي، المجلة العربية للإدارة ، مجلد(41)، العدد(4).
- الياي، داحن أل سنان، والسواط، طلق بني عوض الله (2022) أثر تطبيق معايير الحوكمة على أداء العاملين في القطاع الصحي الحكومي، بحث منشور في مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، العدد (17)، الجزء (6)، نجران السعودية.
- بو الصباغ، محمود (2013) تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة، بحث منشور في مجلة رماح للبحوث والدراسات، العدد (12) مركز البحث وتطوير الموارد البشرية، الأردن.
- بلعادي، عمار (2018) تبني مفهوم الحوكمة في تسيير النظام الصحي، ورقة بحثية في الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر، كلية الاقتصاد والعلوم التجارية، الجزائر.



- **تقرير التنمية البشرية في مصر (2021)** التنمية حق للجميع (مصر: المسيرة- المسار)، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية.
- **حسن، سعودي (2015)** الحوكمة الرشيدة كمدخل لمشاركة الشباب في صنع القرارات التخطيطية، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (51)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- **حلاج ، زهير (2007)** الصحة وتقليص وطأة الفقر ، تجربة منظمة الصحة العالمية ، المؤتمر العلمي ( 6 ) ، المجلد ( 2 ) جامعة القاهرة .
- **حوالف ، رحيمة بو مدين ( 2013 )** أثر تبني الحوكمة على نجاح تطبيق إدارة الجوده الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية ، بحث منشور في مجلة الإجتهد للدراسات القانونية والإقتصادية ، العدد ( 4 ) ، الجزائر
- **خزام، مني (٢٠١٢)** آليات تطبيق الحوكمة في المنظمات غير الحكومية، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (32)، الجزء (4)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- **ذياب، صلاح محمود(2012)** قياس أبعاد الخدمات الصحية الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الاردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، فلسطين، المجلد(20)، العدد(1).
- **سعد، محمد علي (2022)** قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية، بحث منشور في المجلة العلمية للدراسات والبحوث، العدد (2)، المجلد (3)، كلية التجارة، جامعة دمياط.
- **سلطان، وفاء، علي(2013)** أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الاهلية في محافظات البصرة، مجلة دراسات ادارية، المجلد(5)، العدد(10)، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة البصرة، العراق.
- **صايح، جوديت جميل (٢٠١٨)** أثر تطبيق مبادئ الحوكمة في الأداء المؤسسي في جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين
- **عباس، سامي احمد (2014)** قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، بحث منشور في مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد (39)، العراق.
- **عبد المحسن، توفيق محمد (٢٠٠٦)** قياس الجودة والقياس المقارن: أساليب حديثة في المعايرة والقياس، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- **عبد الواحد، محمد عرفات (2013)** زيادة فاعلية المؤسسات الأهلية، دراسة من منظور طريقة تنظيم المجتمع، بحث مقدم إلى المؤتمر السادس والعشرون للخدمة الإجتماعية: الخدمة الإجتماعية وتطوير العشوائيات، مج (3)، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان.

- فهمي، عزة، وعبد الستار ، منال (2016) مؤشرات تخطيطية لتدعيم حقوق المرضى بالمستشفيات الحكومية " ، مجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية الأخصائيين الاجتماعيين ، عدد (56) ، جزء ( 5 ) ، القاهرة ، مصر .
- كورتل، فريد(2008) "تسويق الخدمات" ، طبعة1 ، دار الكنوز المعرفية العلمية لنشر والتوزيع، الأردن.
- مدكور، ابراهيم خالد (٢٠١٦) معوقات تطبيق الشفافية بالمنظومات الحكومية، رسالة دكتوراة غير منشورة، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، القاهرة
- مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار (2011) التجارب الدولية في الوصول إلى الحكومة المنفتحة والحكم الرشيد، مصر، مجلس الوزراء المصري.
- مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار(2022) 7سنوات من الإنجاز (التنمية الشاملة – الرعاية الصحية)، مجلس الوزراء، عدد(22).
- منظمة الصحة العالمية(2019) تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة، خلفية السعي لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية، مجموعة البنك الدولي.
- نصيرة ، أوبختي ( 2020 ) أثر جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا العملاء ، بحث منشور في مجلة مجاميع المعرفة ، العدد ( 2 ) ، المجلد ( 6 ) ، عمان .
- نعساني وآخرون (2007) قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافي الجامعية السورية، مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد (47)، حلب.

#### ثانيا : المراجع الأجنبية:

- **Akdere, M, Top, M & ,Tekingunduz ,S,** (2020) Examining Patient perceptions of service quality in turkish Hospitals: THE SERVPERF model. Total quality management & business excellence.
- **Adisalem , M.** (2015) The Performance of Good Governance on Land Administration at Local/Woreda Level: The Case of Naeder Adet Woreda, Tigray Region, Ethiopia. International Journal of Political Science and Development, VOL .2,NO.8.
- **Ali ,B, J, Anwer, R, N, A, D & ,Anwer, G,** (2021) Private Hospitals, service Quality Dimensions :THE impact of service Quality Dimensions on Patient Satisfaction ,Int, J, Med ,phar ,Drug ,Re, 7 .
- **Cronin, Jr, and Tylor.S**(1992) Measuring Service Quality : Are examination and Extension, Journal of Marketing, No.56,July.
- **Demmke, Christoph** (2019) Civiler Service Reform and Ethics, Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance, Springer Nature Switzerland.
- **Ekundayo , Woleola,** (2017) Political Elite Theory and Political Elite Recruitment in Nigeria, Vol 7, No 5.

- **Gary P., Liebert** (2005) Building Capacity for Decentralized Development in Chad. Civil Society Groups and the Role of Nonformal Adults of Education, Ph.D. Dissertation (United States: The Florida State University).
- **Geffrey, Johnson** (2012) Exploring Barriers to primary Health care Services on first Nations Reserves in Manitoba, University of northern British Columbia .
- **Gonzalez, A. Delaney, B. Matri, J. Darzi, A.** (2019) The impact of Governance In primary health care delivery : A systems thinking approach with A european panal .Health Research policy and systems, 17( 1)
- **Kerry, Hofheiner** (2006) the Good Governance Agenda of international development in situation, virginia old dominion University. P. H. D.
- **Lati ,Lati** (2007) Civil Society and Political Accountability In Samoa : A critical Response to The Good Governance Agenda for Civil Society from A Pacific Island Perspective, Hawaii ph. D. University of Hawaii at manoa .
- **Lo, Maybe** (2006) R- inventing civil society–based governance (a case study of Senegal), Ph.D., Cleveland state university of Ohio).
- **Lovelock C.,**(1996) Service Marketing,3rd ed. ,Hall -Prentice , International Edition , New York .
- **Maisonnas , Stéphane et Dufour, Jan Claude**(2006) Marketing et services, chenliere Education, Canada.
- **Robert, Marie** (2011) Good Governance in Non- governmental Organization, Michigan state university.
- **Nicola, Giordano,.** (2010) The Good Governance Agenda for Decentralization in uttrakh and, indian : "Implications, MA, Canada .
- **Nikolic, Ivan** (2008) " PARTICIPANTS MANUAL ON GOOD GOVERNANCE " CARE International in Sierra Leone.
- **Patricia A., Patrick** (2007) The determinants of organizational innovativeness in the adaptation of GASB 34 in Pennsylvania local Government Ph.D. Dissertation (United States Pennsylvania, the Pennsylvania state university).
- **Prakorn, Siriprakob** (2007) The Effects of Decentralization on Local Governance in Thai land, Ph.D. Dissertation (United States... Arizona: Arizona State University).
- **Saxena Anupama**(2015) Governance and good governance: The Indian Context ‘ The Indian, Journal of Political Science, VOI.66, N(2).
- **Shaikh B.T., and Rabani .h.,**(2005) Health Management Information System: A tool to gauge patient satisfaction and quality of care’’, Eastern Mediterranean Health,Vol.11, NO.12.
- **Shukala, M.** (2018) Impact of a health Governance intervention on provincial health system performance in Afghanistan: A Quasi – Experimental Study, health systems .

- **Talluru S, Prasad** (2003) G, Patient Satisfaction : A comparative study, Journal of the Academy of Hospital Administration .
- **Thomas, Wilson** (2012) Social Work Models And Governance In Civil Society, Canada, ph D. University of Minnesota .
- **World Bank** (1994) Development in practice Governance. The world bank Experience.
- **World Health Organization.**(2019) Hospital in the health system. [www.who.int/hospital//system.CA](http://www.who.int/hospital/system.CA)
- **Zeithaml, Valarie A., and Bitner M** (2003) Services Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm, International Edition, McGraw-Hill, New York , 2003.