

الجمهورية اليمنية
وزارة التعليم العالي
جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
كلية الإدارة الطبية

بحث تخرج بعنوان:

واقع إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت وفاق تحسينها (دراسة حالة)

"بحث مقدم لاستكمال متطلبات الحصول على درجة البكالوريوس"

إشراف:

د / محمد محمود دائل الهاشمي

إعداد الطلاب:

علي محسن سلمان
سامي عبد الجبار اليوسفي

حسام خالد البدري
احمد علي السهماني

السنة الدراسية:

2021/2020م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

((قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ))

(سورة البقرة: آية: 32)

إهداء

إلى أصحاب الفضل، إلى من تحمل أسمائهم بكل فخر، إلى أصحاب القلوب
الكبيرة "أَبَاءُنَا"
إلى من الجنة تحت أقدامهن صاحبات القلوب الحنونة "أُمّهَاتُنَا "
إلى الجبال التي نسند إليها ظهورنا "إِخْوَتُنَا"
إلى اميرات قلوبنا "أَخَوَاتُنَا"
إلى كل صديق وحبیب
إلى وطني الحبيب نهدي هذا العمل المتواضع.

حسام خالد البدری

علي محسن سلمان

أحمد علي السهماني

سامي عبد الجبار اليوسفي

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الخلق والمرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله الطيبين الطاهرين وصحبه اجمعين.

نتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الدكتور الفاضل: **محمد محمود دائل الهاشمي** الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث، الذي لم يبخل بالوقت والنصح والتوجيه السديد حتى خرج هذا البحث إلى النور.

كما نتقدم بالشكر والعرفان إلى قادة ومدراء **مستشفى الكويت الجامعي** لتسهيلهم مهمة بحثنا ونخص بالذكر الأستاذ: **زايد الخولاني** والذي حرص شخصياً على تسهيل مهامنا البحثية في المستشفى.

كما نتقدم بالشكر والتقدير للأساتذة الكرام **أعضاء لجنة المناقشة** على تفضلهم بمناقشة وتقييم هذا العمل المتواضع.

كما نتقدم بالشكر والتقدير للأستاذ: **كمال قبان** لإشرافه على عملية التحليل الإحصائي للاستبيان.

كما نقدم بالشكر والتقدير للأستاذ: **جهاد سلمان** لمساعدته لنا في عملية ترجمة الملخص. وفي الأخير نتقدم بخالص الشكر والتقدير والامتنان لكل من كان له جهد أو نصيحة في سبيل إتمام هذا العمل فلهم كل الشكر والتقدير والاحترام.

لكم منا جميعاً كل الشكر والتقدير.

قائمة المحتوى

البند	المحتويات	رقم الصفحة
1	آية قرآنية.	أ
2	الإهداء.	ب
3	الشكر والتقدير.	ج
4	قائمة المحتويات.	د
5	قائمة الأشكال.	و
6	قائمة الجداول.	ز
7	الملخص بالعربية.	ح
8	المخلص بالإنجليزية.	ط
الفصل الأول: الإطار التمهيدي للبحث.		
9	1-1- المقدمة.	1
10	1-2- مشكلة الدراسة.	2
11	1-3- فرضيات البحث.	3
12	1-4- أهمية البحث.	3
13	1-5- أهداف البحث.	4
14	1-6- منهجية البحث.	4
15	1-7- أدوات البحث.	4
16	1-8- حدود البحث.	5
17	1-9- الدراسات السابقة.	5
18	1-10- منهجية البحث.	9
الفصل الثاني: الإطار النظري.		
المبحث الأول: الخدمات الصحية مفهومها وخصائصها وأنواعها.		
19	1- مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية: 1-1- مفهوم الخدمات الصحية	12
20	1-2- مفهوم الخدمة والصحة.	12
21	1-3- مفهوم الخدمات الصحية.	15
22	2- التطور التاريخي للخدمات الصحية.	16
23	3- خصائص الخدمات الصحية.	19
24	4- أنواع الخدمات الصحية.	22
25	5- الطب عن بعد (الطب الإلكتروني).	23
26	6- مستويات الخدمات الصحية.	25
27	7- جودة الخدمات الصحية.	28
28	7-1- مفهوم جودة الخدمات الصحية.	28
29	7-2- أشكال جودة الخدمات الصحية.	30
30	7-3- أهداف جودة الخدمات الصحية.	31
31	7-4- أبعاد جودة الخدمة الصحية.	32

المبحث الثاني: وظيفة التخطيط.		
39	1- التخطيط.	32
	1-1- مفهوم التخطيط.	
39	1-2- أهمية التخطيط.	33
39	1-3- مراحل التخطيط.	34
40	1-4- أنواع التخطيط.	35
42	2- تخطيط المستشفيات.	36
44	3- التخطيط المالي.	37
87	4- تخطيط الاحتياجات للموارد البشرية.	38
المبحث الثالث: وظيفة التنظيم.		
95	1- إطار المفاهيم للتنظيم:	39
	1-1- المحور الأول: التنظيم الإداري.	
97	1-2- الهيكل التنظيمي أبعاده، وأشكاله.	40
100	2- المحور الثاني: التطوير التنظيمي.	41
المبحث الرابع: وظيفة التوجيه والرقابة.		
108	1- الرقابة.	42
113	2- مراحل وأنواع عملية الرقابة الإدارية.	43
113	2-1- مراحل عملية الرقابة الإدارية.	44
115	2-2- أنواع الرقابة الإدارية.	45
121	3- مصادر الرقابة الإدارية وشروطها ووسائلها.	46
126	4- خصائص النظام الرقابي الفعال.	47
المبحث الخامس: وظيفة اتخاذ القرار الإداري.		
129	1- اتخاذ القرار.	48
130	2- عناصر القرار الإداري.	49
137	3- مراحل اتخاذ القرار.	50
139	4- أنواع القرارات.	51
119	5- مبادئ اتخاذ القرار.	52
الفصل الثالث: الدراسة العملية والنتائج والتوصيات.		
المبحث الأول: نبذة مختصرة عن مستشفى الكويت الجامعي وخصائص عينة الدراسة.		
143	1- نبذة عن إدارة الخدمات في مستشفى الكويت الجامعي.	53
145	2- خصائص عينة الدراسة.	54
147	3- التحليل الاستنتاجي للبيانات واختبار فرضيات الدراسة .	55
المبحث الثاني: النتائج والتوصيات.		
المراجع والملاحق.		

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	2-1 العلاقة بين تخطيط الموارد البشرية والتحليل الشامل للمنظمة.	92
2	2-2 تأثير تخطيط الموارد البشرية على النشاطات الأخرى.	93
3	4-1 نسبة الذكور والإناث.	145
4	4-2 النسبة حسب المؤهل العلمي.	145
5	4-3 النسبة حسب سنوات الخبرة.	146
6	4-4 النسبة حسب طبيعة العمل.	146

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	الطاقة الاستيعابية لمستشفى الكويت الجامعي.	144
2	5-1 مدى تطبيق وظيفة التخطيط في مستشفى الكويت.	147
3	5-2 مدى تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في مستشفى الكويت.	150
4	5-3 مدى تطبيق وظيفة الرقابة والتنسيق في مستشفى الكويت.	151
5	5-4 مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت.	153

الملخص:

هدفت هذا البحث الى معرفة واقع إدارة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي من وجهة نظر العاملين فيه من إداريين وكادر طبي وتمريض وفنيين، للوصول إلى توصيات مناسبة لتحسينها.

اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي، مستخدمين استمارة استبيان أعدت كأداة لجمع بيانات الدراسة، وزعت على عينة حجمها (110) مفردة اختيرت بطريقة العينة العشوائية البسيطة، وهو ما تمثل نسبته (13) % من عينة المجتمع البالغ عددها (850) موظف/ة إداري وطبي وتمريضي وفني وقد بلغ عدد الاستثمارات الخضعة للتحليل (74) استمارة شكلت ما نسبته (67.2) % من إجمالي الاستثمارات الموزعة.

وقد تم تحليل بيانات الدراسة واختبار فرضياتها من خلال تطبيق أداة من أدوات التحليل الاحصائي الوصفي والاستدلالي الأكثر ملائمة لطبيعة تلك البيانات، وذلك باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروف اختصاراً ب (SPSS).

وخرج الباحثون بالعديد من النتائج أهمها:

- 1- تدني مستوى كفاءة إدارة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي من خلال أبعادها المختلفة التي ظهرت في نتائج الاستبيان (وظيفة التخطيط بنسبة (58%)، وظيفة التنظيم بنسبة (58%)، وظيفة الرقابة والتوجيه بنسبة (48%)، وظيفة اتخاذ القرار بنسبة (52%)).
- 2- وجود علاقة مباشرة بين مستوى إدارة الخدمات في المستشفى وجودة الخدمات المقدمة للمرضى فية .
- 3- تواجدة إدارة المستشفى العديد من التحديات أهمها الجانب المالي .

Summary:

The study aims at knowing the reality of health services management in Kuwait Hospital from its employees' point of view, including administrators, medical staff, nurses, and technicians to come up with appropriate recommendations to improve the hospital health services.

The researchers adopted the descriptive approach, using a questionnaire form prepared as a tool to collect the study data, and it was distributed to a sample size of (110) individuals chosen by the simple random sampling method with (13) % of the community sample, which represents (850) of an administrative, medical, nursing and technical component. The number of forms subjected to analysis (74) forms constituted (67.2) % of the total distributed questionnaires.

The study data and hypotheses were analyzed and tested by applying one of the most appropriate descriptive and inferential statistical analysis tools to the nature of that data, using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program.

The researchers found out many results, the most important of which are:

- 1- The low efficiency level of health services management in Kuwait University Hospital through its various dimensions that appeared in the results of the questionnaire as: (the planning function by (58%), the organizing function by 58%, the supervision and direction function by 48% and the decision-making function by 52%).**
- 2- A direct relationship between the level of service management in the hospital and the quality of services provided to its patients.**
- 3- The hospital administration faces many challenges, the most important of which is the financial aspect.**

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1-1- مقدمة:

مع تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بشكل كبير بموضوع الصحة والخدمات الطبية وهذا الموضوع فرض له مكان حقيقي في اقتصاديات الدول وكان المقياس الحقيقي لمستوى تقدم ورفاهية الشعوب والمجتمعات، ويعتبر النظام الصحي والخدمات الطبية الفعالة هدف من أهداف التطور الاجتماعي والصحي والاقتصادي وهو حق أساسي لجميع الشعوب، ولا يمكن العزل بين صحة الانسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف، ويعد النظام الصحي والخدمات الصحية الفعالة من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية وأحد أهم مؤشراتنا ففي حين انها تمثل قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر كذلك مفتاحاً لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية.

ويعمل النظام الصحي اليمني تحت ضغط شديد لتقديم خدمات صحية مميزة في ظل محدودية الموارد والظروف الاقتصادية الصعبة التي تمر بها البلاد، حيث تشكل المستشفيات أهم مكونات هذا النظام الصحي.

هناك العديد من العوامل التي تزيد من هذه الضغوط، وأهمها زيادة توقعات المجتمع المتلقي للخدمات الصحية، وانخفاض الدعم الحكومي، والأزمات والحروب المتكررة التي تتعرض لها البلاد، بالإضافة للتغيرات التقنية والعملية السريعة في هذا المجال، وغيرها من العوامل التي تحد من إمكانية تحقيق هذه التوقعات، ويعد توفير الخدمات الصحية الجيدة للمجتمع من أكبر التحديات التي يواجهها القائمون على إدارة المستشفيات والمراكز الصحية في اليمن.

إن هذه الخدمات ذات صلة مباشرة بصحة الافراد وحياتهم وقدراتهم على العطاء والإنتاج، وتتميز الخدمات الصحية بارتفاع تكلفتها النسبية العالية، وهو ما لا يتلأَم مع محدودية الموارد المخصصة لها، حيث بلغت نسبة الإنفاق على قطاع الصحة 13% من الناتج المحلي الإجمالي في اليمن خلال العام 2010م، مسجلة ارتفاع عن العام 2011م حيث بلغت نسبة الإنفاق 12% من الناتج المحلي الإجمالي. (الحسابات الصحية الوطنية 2010-2011).

ومن منتصف عام 2019م وحتى عامنا هذا 2020م لقد مر النظام الصحي ككل والخدمة الطبية على وجه الخصوص بظروف صعبة، فمنذ ظهور فيروس كورونا المستجد (COVID19) كانت أضراره على جميع مجالات الحياة، فكانت بمثابة الاختيار الأصعب للنظام الصحي والقائمين عليه وأظهر لنا أهمية توفر النظام الصحي الفعال والخدمات الطبية الذي بإمكانها أن تصمد لمثل هذه التحديات وتؤدي دورها الفعال في هذه الظروف الصعبة.

وبناءً على ما سبق وانطلاقاً من الرؤية الوطنية العامة للنظام الصحي اليمني (يدّ تحمي ويدّ تبني ويدّ تداوي من تحمي وتبني) ظهرت فكرة بحثاً الذي يسعى للتعرف على واقع الخدمات الطبية المقدمة وكيفية إدارتها وأفاق تحسينها فقد تم اختيار مستشفى الكويت الجامعي لإجراء الدراسة عليه والمساهمة في تطوير وتحسين الخدمات الطبية المقدمة.

2-1- مشكلة البحث:

شهدت الخدمات الصحية في اليمن تدهوراً ملحوظاً وخصوصاً في السنوات الأخيرة نتيجة لظروف الحرب والحصار على البلد، وبالرغم من ذلك فهناك محاولات جادة وواضحة من قبل وزارة الصحة تسعى الى تحسين الوضع الصحي في البلد والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة لتقديم افضل خدمة ممكنة، وتعتبر مثل هذه الأبحاث الهادفة ولتطبيقية لإستقراء الواقع الحالي لإدارة الخدمات الصحية في المستشفى الكويت الجامعي مساهمة فعالة في الإرتقاء بالخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية اليمنية ، ومن هنا تأتي مشكلة بحثنا والتي تتمحور بالتساؤل الرئيسي التالي: (ما مدى تطبيق الوظائف الإدارية في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت العام ودورها في تحسين الأداء) وينبثق من السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مدى تطبيق وظيفة التخطيط في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي؟
- ما مدى تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي؟
- ما مدى تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي؟
- ماهي المعوقات والصعوبات التي تحول دون تطبيق الوظائف الإدارية في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي؟

3-1: فرضيات البحث:

وللإجابة على أسئلة البحث من خلال الفرضية الرئيسية التالية: (يتم تطبيق الوظائف الإدارية في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي ودورها في تحسين الأداء).

ويتفرع من الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

- يتم تطبيق وظيفة التخطيط في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي.
- يتم تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي.
- يتم تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي.
- لا توجد صعوبات ومعوقات تحول دون تطبيق الوظائف الإدارية في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي.

4-1- أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث في الآتي:

- لفت انتباه إدارة مستشفى الكويت الجامعي لأهمية تطبيق الوظائف الإدارية من تخطيط وتنظيم وتنسيق ورقابة واتخاذ القرارات الإدارية لإدارة الخدمات الصحية في مستشفى بهدف الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة بكفاءة وفاعلية وتحسين أدائها لتقديم خدمة طبية بأعلى جودة.
- المساهمة في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة في مستشفى الكويت الجامعي وذلك من خلال التوصيات التي توصلنا إليها، فقد يسهل البحث على الجهات المختصة القيام بعملية التحسين لأن الغرض منه هو تقديم بيانات دقيقة عن الواقع حسب المعايير المعتمدة محليا وعالميا وتقديم التوصيات المناسبة.
- ندرة الأبحاث في هذا المجال في وطننا والإقليم بشكل عام، حيث سيكون بمثابة النواة لبحوث أعمق وأشمل في هذا المجال.

- رقد مكتبة الجامعة بمثل هذه الأبحاث الميدانية في مجال إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي حتى يتمكن طلاب الإدارة الطبية.

5-1- أهداف البحث:

- التعرف على مفهوم الوظائف الإدارية في المؤسسات الطبية.
- معرفة مستوى تطبيق الوظائف الإدارية في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي.
- التعرف على التحديات والصعوبات والمعوقات التي تحول دون تطبيق الوظائف الإدارية في إدارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت الجامعي.

6-1- منهجية البحث :

بناء على طبيعة الدراسة والاهداف التي تسعى لتحقيقها فقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الحالة كما هي في الواقع وتوصيفها التوصيف الدقيق والتعبير عنها كفيها وكما للوصول الى النتائج وذلك من خلال جمع المعلومات اللازمة عبر أداة البحث المصممة لذلك.

7-1- أدوات البحث :

تم الاعتماد على جمع المعلومات والبيانات من خلال المقابلات الشخصية، وكذا الملاحظات أثناء الزيارات الميدانية لمستشفى الكويت الجامعي، بالإضافة إلى قوائم الاستبيان المصممة لهذا الغرض.

8-1- حدود البحث:

وتتمثل حدود البحث في:

الحدود الزمانية: تم البدء في الفترة ما بين يناير إلى أكتوبر 2020م.

الحدود المكانية: مستشفى الكويت الجامعي - صنعاء - اليمن.

9-1: الدراسات السابقة:

دراسة 2004 (Al-adham) بعنوان: تقييم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية (نموذج لأداء الإدارة الصحية الجيدة).

هدفت الدراسة الى إمكانية تقصي تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، بالإضافة الى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات لمعايير الجودة.

طبقت هذه الدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة نابلس وكان عددها ستة مستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من المرضى والعاملين فيها وكان عددهم 351 شخصاً. أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات ذات قيم إحصائية هامة فيما يتعلق بتقييم كل من العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية والى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، كما أظهرت النتائج بأن: معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا. وقدمت الدراسة نموذجاً مقترحاً لإدارة جودة الخدمات الصحية.

دراسة (عدمان مريزق، 2008م): واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة.

هدفت الدراسة الى معرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

- المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها، في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.
- ان أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، بالإضافة إلى عدم وضوح المهام وضعف التأطير.
- تتمثل العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

كما ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، ومما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في معالجة أسباب تدني مستوى الجودة والأداء في هذه المؤسسات، إضافة إلى أنها تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

(دراسة الاحمدي 2009) بعنوان: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، واجريت هذه الدراسة في مجتمع مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المراكز والمستشفيات في جميع محافظات المملكة، حيث استندت الدراسة في تقييم المستشفيات استخدام أسلوب تحليل ملف البيانات.

توصلت الدراسة إلى ان متوسط الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية هو (83.5%) وبلغ متوسط الكفاءة النسبية لجميع المستشفيات الحكومية (89.9%)، مما يشير إلى أن هذه المستشفيات يمكنها خفض مدخلاتها الحالية بنسبة (10.1%) وتقديم المستوى نفسه من الخدمات (المخرجات) أو زيادة خدماتها للمستفيدين بنسبة (10.1%) باستخدام مستويات

المدخلات الحالية. واهم توصيات الدراسة إعادة توزيع الموارد الصحية والتي من أهمها القوى البشرية في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية ذات الكفاءة الانتاجية المنخفضة عن المراكز والمستشفيات ذات الكفاءة الانتاجية المرتفعة.

دراسة (اسامة الفراج، 2009م) بعنوان: تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى (نموذج لقياس رضا المرضى).

هدفت الدراسة الى كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى، وخرجت بالعديد من النتائج أهمها:

- لا تقف المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المشفى حائلاً أمام خيار المريض للمشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عالٍ لخدماته.
- تعتمد المشفى في خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يمكنهم في المشفى للعلاج لمدة زمنية طويلة نسبياً إذا ما تم مقارنتها بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخارجية في المشفى.
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المشفى نفسه التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية.
- تشكل سرعة استجابة المشفى لاحتياجات المريض عاملاً مهماً في خلق رضا عالٍ لدى المريض.
- يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقاً لتوقعات المرضى، لأن هذا يعد حجر الزاوية في تطوير الخدمات المتوافقة مع آمال المرضى ورغباتهم.

دراسة (هادي الجزائري، غباش محمد، شتيت، 2011م) بعنوان : قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام- البصرة).

هدفت دراسة البحث في مستوى جودة الخدمات عامة، والخدمات الصحية خاصة، يقوم على أسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة SERVQUAL، المكون من خمسة إبعاد رئيسية هي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة،

التوكيد، التعاطف، فضلا عن استمارة الاستبانة المكونة من 22 متغير فرعي ترتبط بالأبعاد الرئيسية المشار اليها والتي تترجم مظاهر جودة الخدمة، وذلك لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الفيحاء العام.

وأستنتجت الدراسة الى ان هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث المتغيرة من المتغيرات الرئيسية.

دراسة (دبون عبد القادر، 2012م) بعنوان : دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة).

هدفت هذه الدراسة لتعرف على الخدمة الصحية وتقويم الأداء في المؤسسة الصحية الذي يعتبر حلقة جوهرية لاهم وظائف الإدارة في المؤسسات الصحية .

وأستنتجت هذه الدراسة الى وجود عراقيل تسمح بتحسين الخدمة الصحية والمتمثلة في:

- ضعف الاعتمادات المالية للمؤسسة
- الضعف المستمر في خدمات المؤسسة مع وجود بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة ككل، كنقص الاطارات الطبية
- عدم الحرية في اتخاذ القرارات الرئيسية للمؤسسة وذلك لوجود مديرية وصية ومن بعدها وزارة تقوم بتدخل في هذه القرارات.

1-10: منهجية البحث:

سيتم تناول البحث من خلال أربعة فصول كما يلي:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري:

المبحث الأول: الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: التخطيط.

المبحث الثالث: التنظيم.

المبحث الرابع: الرقابة.

المبحث الخامس: اتخاذ القرار.

الفصل الثالث: الدراسة العملية:

المبحث الأول: نبذة مختصرة عن إدارة مستشفى الكويت الجامعي.

المبحث الثاني: خصائص عينة الدراسة.

المبحث الثالث: التحليل الاستنتاجي للبيانات واختبار فرضيات الدراسة.

الفصل الرابع: النتائج والتوصيات.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول

الخدمات الصحية مفهومها وخصائصها

الخدمات الصحية:

تمثل الخدمات الصحية أهمية بالغة بالنسبة للدولة أو المجتمع بصورة عامة وبالنسبة للفرد بصورة خاصة، وذلك لما لها من تأثير على حياة الفرد وعافيته، وسنحاول من خلال هذا المبحث أن نبين أهم المفاهيم المرتبطة بمجال الخدمات الصحية.

1- مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية:

1-1- مفهوم الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية مظهرا من مظاهر التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي بلد من البلدان لأنها تساهم في بناء إنسان قادر على الأداء والعطاء، وإلى جانب خصوصيتها الإنسانية تتميز الخدمات الصحية بخصوصية اجتماعية، اقتصادية وأخلاقية تزيد من أهميتها وقيمتها. فخصوصيتها الاجتماعية تتمثل في تكوين مجتمع سليم جسمانيا وعقليا، مجتمع واعي يحافظ على حالته الصحية وقادر على المعالجة والشفاء من الأمراض التي قد تصيبه، وعن خصوصيتها الاقتصادية فتتمثل في الحفاظ على صحة الإنسان القائم بالعملية الانتاجية والمنفذ لبرامج التنمية الاقتصادية. أما خصوصيتها الأخلاقية فتتمثل في التخفيف من الألم الإنسان وخلق روح الأمل فيه بإمكانية الشفاء مما يفتك به من أمراض تهدده وتذهب صحته.

1-2- مفهوم الخدمة والصحة:

إن الحديث عن مختلف الخدمات ومنها الخدمات الصحية يعني أننا نتعامل مع أشياء غير ملموسة لا يمكن تملكها أو حيازتها عند شرائها، بل يمكن الحصول على منافعها وفوائدها، وفي هذا المعنى اختلفت وجهات النظر هناك حول تعريف الخدمة، ومن بين التعاريف نذكر ما يلي:

عرفت الخدمة على أنها " أنشطة أو فعاليات غير ملموسة، ونسبية سريعة الزوال، أو أنها نشاط وأداء يحدث من خلال عملية تفاعل يهدف لتلبية توقعات العملاء وارضائهم مع عدم نقل الملكية"¹.

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

كما يمكن تعريف الخدمات بأنها: " عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء، كما ان تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس"².

ما يميز هذا التعريف عن سابقه هو إضافة خاصية جديدة للخدمة، وهي كونها لا تمتلك ماديًا من قبل مشتريها.

وتعرف أيضا الخدمة بأنها: " كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة إيجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل"³.

وعلى هذا الأساس يمكن استعراض خصائص الخدمات فيما يلي:⁴

1. اللاملموسية: تتصف الخدمات بكونها غير ملموسة أي لا يستطيع المشتري استخدام حواسه لإدراكها قبل شرائها.
2. غير قابلة للفصل: ويقصد بذلك درجة الارتباط بين الخدمة والشخص الذي يتولى تقديمها أو المستفيد منها، فالخدمة الصحية لا تظهر مثلا إلا بوجود المريض.
3. الملكية: وتعني عدم انتقال ملكية الخدمات عند شرائها حيث أن المستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون امكانية تملك الخدمة ذاتها وهذا يمثل الفارق بين السلعة والخدمة.

¹ سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، 2008، ص. 40.

² عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص. 48.

³ Jochen Wiertz ert auter: Markting de service, Geme edition, Peason education, France, 2009, P 12.

⁴ تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص. 23.

حتى تحقق المؤسسة تميزا وتحسينا في مستوى الخدمات التي تقدمها، وجب عليها ضمان مجموعة من العناصر، نوجز أهمها فيما يلي:¹

- التميز في أداء الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة الخدمية.
- توفير المكان الملائم لأداء الخدمة.
- إعلام الجمهور ومحاولة توعيتهم بمحتوى الخدمة، أهدافها ومختلف الجوانب المتعلقة بها.
- تجهيز مرافق وأماكن تقديم الخدمة بما يضمن سهولة وصولها وسلاستها.
- مواكبة التكنولوجيا والتزود بالأنظمة المعلوماتية والبرامج التي تمكن من توفير الدقة، ربح الوقت وتوفير الجهد البشري.
- توفير الأجهزة الفنية المساعدة لاحتياجات العمل وقربها من أماكن تأدية الخدمة.
- توفير آليات تمكن من التعامل الإيجابي مع شكاوي مراجعي الخدمة.
- تجنب الإجراءات البيروقراطية.

وبالنسبة للصحة، فإنها تعرف على أنها: "قدرة الأعضاء الجسمانية والعقلية للفرد من أداء الدور المنوط بها"². ومن هذا التعريف يتضح أنه من الخطأ أن ينظر للخدمات الصحية على أنها خدمات للمرضى تعمل على شفائهم فقط، فالصحة الجيدة تعني حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليست مجرد غياب وعدم الاتزان. وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة³: بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن³.

كما يعرف البنك الدولي أن كلاً من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 42.

² تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 27.

³ طلعت الدمرداش إبراهيم، "إقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس الزقازيق، مصر، الطبعة الثانية، 2006، ص. 17.

في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير "1.

3-1- مفهوم الخدمات الصحية:

الخدمات الصحية مطلب أساسي لكل إنسان، تسعى جميع المجتمعات إلى توفيرها مهما اختلفت أنظمتها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول التزود بالإمكانات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء تعلق الأمر بالموارد البشرية أو التقنية أو المالية، وهذا للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.

وتعرف الخدمات الصحية على أنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"2.

كما تعرف الخدمات الصحية بأنها: "العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول أو انتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"3.

وتعرف أيضاً بأنها: "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب"4.

1 إبراهيم طلعت، "التحليل والاستثمار في المجالات الطبية"، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009، ص. 11.

2 محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983، ص. 23.

3 محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص. 24.

4 ألاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقنية المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمات الصحية (حالة دراسة في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011، ص. 281.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الخدمات الصحية هي تلك الخدمات التي يوفرها القطاع الصحي للمجتمع بأسره، سواء كانت هذه الخدمات وقائية توجيهية أو علاجية استشفائية عامة أو متخصصة بهدف حماية الوضعية الصحية وتحسينها للفرد والمجتمع.

ويجب علينا هنا الإشارة الى ضرورة التفرقة بين مصطلحين يندرجان ضمن الخدمات الصحية وهما الرعاية الطبية والرعاية الصحية، بحيث: ¹ الرعاية الطبية: ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يتعلق بالخدمات الطبية المتخصصة والخدمات الطبية المكملة كالفحوص المختبرية والتحاليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الإسعاف التمريض، الخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها.

أما الرعاية الصحية فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره بهدف توفير الصحة للجميع كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية ورعاية المسنين وغيرها.

2- التطور التاريخي للخدمات الصحية:

إن الطب كعلم ومهنة هو ممارسة قديمة تاريخيا، ويمكن أن نشير هنا إلى أولى الممارسات التاريخية المسجلة في مجال الطب كمهنة مقننة والتي تعود إلى حوالي 4000 سنة جنوب غرب آسيا في بلاد الرافدين ما بين نهري الدجلة والفرات من خلال القوانين التي وضعها "حمورابي" (1686-1727 قبل الميلاد) والتي أسست لقواعد ممارسة مهنة الطب، ومنذ ذلك التاريخ تطورت هذه المهنة النبيلة وتطورت أسس وأساليب ممارستها، وفيما يلي عرض لمختلف الحقبات التاريخية التي عرفت بها المهنة:²

¹ تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 24.

² سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 32.

1-2- **العصر اليوناني** : كان المرضى في اليونان القديمة يعتمدون على السحرة والمشعوذون في معالجة اصابتهم وأمراضهم المختلفة، إلا أن المستوى الحضاري والثقافي والعلمي الذي عرفه العصر اليوناني جعل هذا الواقع التاريخي والإيديولوجي يتغير بالتخلي التدريجي عن الخرافات والسحر والتوجه نحو تشخيص الأمراض ومعالجتها وفق الأساليب العقلانية والمعرفية المعتمدة على التشريح البشري والعلوم الطبية والنفسية¹. وبالتعرض للطب في العصر اليوناني يستوجب علينا الإشارة لـ "أبقراط" (370-460 قبل الميلاد) "Hippocrates" أو كما يعرف "أبو الطب" وصاحب "القسم" الذي لا يزال إلى غاية يومنا هذا يحمل اسمه ويستعمل في مختلف بقاع العالم عند الحصول على اجازة ممارسة الطب قانونيا، وقد نادى "أبقراط" بفصل الطب عن الدين والفلسفة، والتوجه به نحو المنطق، العقل والعلم والتخلي عن كل ما هو إيتيولوجي².

2-2- **العصر الهندي** : تعد الهند من بين أوائل الحضارات التي عرفت المؤسسة الصحية، حتى وإن كانت بدائية في ذلك الوقت فإنها كانت في عصرها تعتبر ابداعا عظيما من الناحية الحضارية والاجتماعية، وقد تميزت فترة حكم الملك (273-232 Aska قبل الميلاد) تطورا ملحوظا في هذه النماذج الاستشفائية من جهة وفي نوع الخدمات التي تقدمها خاصة فيما يتعلق بمعالجة الأم والطفل من جهة أخرى³.

2-3- **العصر الروماني** : عملت الحضارة الرومانية بشكل كبير على نشر استعمال المستشفيات في كامل المناطق التي كانت تابعة لها، كما أنها عملت على تطوير منظومتها الصحية وتوفير موارد مادية تساعد على ممارسة عملها، فباعتبار روما إمبراطورية توسعية تخوض العديد من الحروب وجب عليها معالجة جرحاها ومصابيها من الجيوش، وقد عرفت المنظمة الصحية في العصر الروماني ازدهارا كبيرا في مختلف مستويات الخدمة التي تقدمها سواء الاستشفائية البسيطة أو حتى الجراحية منها⁴.

¹ سعيد الدجاني، لحم هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الأندلس للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص. 23.

² سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 34.

³ محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص. 26.

⁴ سعيد الدجاني، لحم هدية، مرجع سابق، ص. 24.

4-2- **العصر الإسلامي:** في القرن السابع ميلادي ظهر العصر الإسلامي وظهر معه نوع جديد وأكثر تطورا من المستشفيات انتشرت في بغداد ودمشق ومناطق أخرى، وكانت هذه الأخيرة تحوي مختبرات وغرف للعلاج والعناية بالمرضى، فضلا عن مدارس متخصصة في مجال الطب البشري والعلوم الأخرى المرتبطة به.

وقد ذكر "Laclar" في كتاب بعنوان "تاريخ الطب العربي" أن العالم الإسلامي في القرن الحادي عشر أصبح يحصي أطباء ومختصين في مجال الصحة أكثر من أي منطقة أخرى في العالم، مما جعل لأطباء هذه المنطقة الأثر البالغ في تطور الممارسة الصحية، ولعل أحد الحجج لذلك الصورتان المعلقتان بالقاعة الرئيسية لكلية الطب بباريس لكل من "ابن سينا" و"الرازي".¹

5-2- **العصور الوسطى:** تنحصر العصور الوسطى في الفترة الممتدة من القرن الرابع عشر إلى الخامس عشر ميلادي وقد عرفت المنظمة الصحية المتمثلة في المستشفى آن ذاك والخدمة التي تقدمها تطورا ملحوظا وهذا راجع إلى سببين هما²: السبب الديني: والمتمثل في دعوة البابا الثالث سنة 1198 إلى بناء مستشفى في كل مدينة تدين بالمسيحية، والسبب المادي: والمتمثل في زيادة الموارد المالية نتيجة اتساع المبادلات التجارية مع مختلف الدول المجاورة.

6-2- **عصر النهضة :** ونقسمه إلى الحقبات التاريخية التالية:³

أ. القرن 17: بداية الثورة الحقيقية في مجال الطب وعمل المستشفيات والاختراعات في مجال الخدمة الصحية، ومن أبرز اختراعات تلك الفترة "الميكروسكوب".

ب. القرن 18: شهدت أوروبا عامة وإنجلترا خاصة خلال هذه الفترة اتساعا كبيرا في بناء المستشفيات التي بلغ مجموعها آن ذاك (115 مستشفى)، بالإضافة إلى التوصل إلى مجموعة

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 35.

² محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص. 27.

³ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 37.

من الاكتشافات الجوهرية في ميدان الطب والتي أثرت بشكل بالغ على مجرى حياة الإنسانية ومنها اكتشاف اللقاح ضد "الجدري".

ج. القرن 19: تعد هذه الفترة العماد الذي يركز عليه الطب الحديث الذي يأخذ أشكالاً متعددة في هيكله وصيغ أداء المنظمات الصحية والطبية لعملها، فضلاً عن بداية الاهتمام المتزايدة بميدان التمريض، مع اكتشاف "البكتيريا" التي تعد السبب الرئيسي في العديد من الأمراض، وقد فتح هذا الاكتشاف المجال أمام إزالة الغموض عن الكثير من مسببات المرض ومن ثم إيجاد العلاجات اللازمة لأمراض عانى منها البشر ولفترات زمنية طويلة.

3- خصائص الخدمات الصحية:

لا تختلف هذه الخصائص عن الخصائص السابقة للخدمات حيث تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية إلى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى المستفيدين، ويمكن تحديد الخصائص بالآتي:

3-1- عدم ملموسية الخدمات الصحية:

في المؤسسات الصحية لا يتضح تماماً ما الذي دفع المريض قيمته، فأولاً بما أن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت، وتنبلور آراء المرضى حول جودة الرعاية التي تلقوها طوال هذا الوقت، وثانياً لا يمكن اختبار الرعاية قبل الاقتناع بتلقيها.

3-2- التلازم (تزامن الانتاج والاستهلاك):

كون هذه المؤسسات قطاعاً خدمياً فإنها تنتج الخدمة وتستهلك في آن واحد ويعكس هذا أن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن في الإنتاج والاستهلاك التحدي الذي يشكله ضبط الجودة، أو ضمان فعالية الخدمة، وبسبب خاصية التزامن

أيضا لا يمكن استرجاع خدمة قدمت بجودة متدنية واستبدالها حتى لو تم تصحيح العملية التي أنتجتها و قدمت بجودة عالية لمرضى آخرين.

3-3- عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين:

تصمم المؤسسات الصحية خدماتها لتقدمها بقدرة وامكانية معينة في فترة زمنية محددة وإذا لم تستخدم هذه الطاقة في فترة محددة ستهدر هذه الخدمة.

3-4- مشاركة المريض في إجراءات الخدمة:

يعد المرضى الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاًم بعد التشخيص والعلاج فهي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية.¹

3-5- الاختلاف والتباين:

تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وأداء سلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المريض له، فالمريض يختلف أيضا من حيث والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل.

تعد الخصائص السابقة خصائص مشتركة بين الخدمات الصحية وباقي الخدمات، لكن هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمات الصحية عن باقي الخدمات هي:²

- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة، تهدف لتحقيق منفعة عامة موجهة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها، سواء كانوا أفرادا أو منظمات أو هيئات أخرى.

- الخدمات الصحية لا ترتبط بشيء مادي يمكن تعويضه أو إعادة شراؤه بل هي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه لذلك فهي تستوجب أن تكون على درجة عالية من الجودة.

¹ يشار أوزجان: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص-ص: 30-31.

² محمود جاسم الصميدعي و ردينة عثمان يوسف: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص101.

- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها ونوع الخدمات التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.

- في منظمات الأعمال بشكل عام تكون سلطة اتخاذ القرار لدى شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة هرم الإدارة العليا للمنظمة، بينما في المنظمات الصحية تكون سلطة اتخاذ القرار موزعة بين مجموعتين إلى حد ما هما: المجموعة الإدارية ومجموعة الأطباء.

- معظم المبالغ التي تتفق من إدارات المستشفيات وخاصة ما هو متعلق بالخدمات الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين أو مؤسسات خيرية...) وبالتالي فإن ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، وهذا ما يجعله أقل حساسية اتجاه الأسعار التي يدفعها مثل ما هو الحال في الخدمات الأخرى.

- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمات الصحية، إذ أن الخدمات الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه (هناك حالات استثنائية مثل الطب عن بعد).

- نظرا لكون الخدمات الصحية مرتبطة بعافية الإنسان وحياته، فإنه يكون من الصعب في كثير من الأحيان على إدارة المستشفى أن تعتمد المعايير نفسها وخاصة الاقتصادية المطبقة على غير الخدمة الصحية، لأن ذلك يتعارض مع رسالة المنظمة الصحية.

- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمات الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، بهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو التعذر عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك خطر على حياة الجمهور وإخفاق في مهمة المنظمة الإنسانية.

4- أنواع الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أنواع حسب معايير مختلفة مثل طبيعة الجهة القائمة على تقديم الخدمات الصحية أو طبيعة المتلقي لهذه الخدمات، وفيما يلي سنحاول إيجاز أهم أنواع الخدمات الصحية:

4-1- الخدمات الصحية التعليمية:

ويقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، إذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخص سليماً يتمثل في طلبة الكليات والجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب، أو التكوين الشبه طبي ويمكن حتى إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المرافق الصحية. فضلاً عن التكوين العلمي البيداغوجي يمكننا إضافة التكوينات المهنية والدورية، الإشكالات والتربصات التي يخضع لها عمال وموظفو القطاع بغض النظر عن مهامهم ووظائفهم وذلك بغرض تنمية المهارات والخبرات واكتساب تقنيات جديدة تتوافق مع مستجدات المهنة مما يؤدي في الأخير إلى تحسين الأداء وتقديم خدمات صحية بمستوى مقبول من الجودة.¹

4-2- الخدمات الصحية المهنية:

وهي الخدمات الصحية الموجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل، وفي إطار هذا النوع من الخدمات الصحية قد تلجأ بعض المنظمات سواء كانت خاصة أو عمومية إلى إنشاء مراكز أو أقسام صحية تابعة لها للتكفل بوضعية موظفيها وذويهم أو أنها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية موجودة ومستقلة بغية تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة.²

¹ سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، الشلف، الجزائر، 2011، ص. 289-304.

² حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009، ص. 57.

4-3- الخدمات الصحية الصيدلانية:

ويتعلق هذا المستوى باستقبال المريض وتوفير الدواء اللازم لحالته المرضية، ويكون ذلك من طرف طبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى، توعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء. وتخضع هذه الخدمة دوماً رغم الانتشار الواضح للقطاع الخاص فيها إلى وصاية ورقابة الدولة من خلال هيئاتها التي تنوب عنها مثل مديرية الصحة.¹

4-4- خدمات التأهيل والرعاية الصحية:

وتتمثل في الخدمات الصحية الموجهة لتأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث، ويشرف على هذا النوع من الخدمات الصحية أقسام متواجدة على مستوى المنظمات الصحية، حتى أننا نجد بعض المنظمات الصحية المختصة في تقديم هذا النوع من الخدمات الصحية دون سواه.²

4-5- خدمات الصحة الرياضية:

ويقصد بها الخدمات الصحية الموجهة للرياضيين، وقد يشمل هذا النوع من الخدمات الصحية خدمات علاجية من مختلف الإصابات الناجمة عن ممارسة النشاط الرياضي كما يشمل أيضاً مختلف برامج الحميات، تحديد الغذاء، مراقبة نشاط الأعضاء الجسمانية أو الوقاية والامتناع عن العادات الممنوعة والضارة كالمنشطات، التدخين والإدمان.³

5- الطب عن بعد (الطب الإلكتروني):

نظراً لحدثة هذا النوع من الخدمات الصحية، ونظراً لما يمكن أن يقدمه هذا من مزايا في سبيل تحسين الوضعية العامة لصحة المجتمع ارتأينا أن نتناوله بقدر من الإسهام من خلال هذا الفرع. انطلقت فكرة الطب الاتصالي في الستينات عندما بدأت وكالة الفضاء الأمريكية (ناسا) بدراسة التغيرات الفسيولوجية لرواد الفضاء خلال رحلاتهم الفضائية، وقد أثبت العلماء العاملون في هذه الوكالة إمكانية مراقبة الوظائف الفسيولوجية كضغط الدم وسرعة ضربات القلب وحرارة الجسم بواسطة الأطباء على الأرض كما أظهرت بعض التجارب المبكرة الأخرى إمكانية إجراء

¹ كامل وديع، المرشد في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية، مصر، 2001، ص. 66.

² حسين ذنون علي البياتي، مرجع سابق، ص. 60.

³ كامل وديع، مرجع سابق، ص. 66.

التشخيص عن بعد ونقل البيانات الطبية مع الحفاظ على النوعية والتفاصيل.¹ ويشير مصطلح ممارسة الطب عن بعد إلى استخدام تقنيات الاتصال عن بعد لإجراء التشخيصات الطبية ومعالجة المرضى ورعايتهم.

ومن هنا يمكن تعريف الطب عن بعد (Telemedecine) على أنه: "ممارسة الطب عن بعد بواسطة وسائل الاتصال الحديثة".²

وقد اتسع الاهتمام بهذا النمط من الخدمات الصحية نظرا لأهميته البالغة في تحسين النظام الصحي بصورة عامة ومستوى الخدمات الصحية وطريقة تقديمها بصورة خاصة، وعلى العموم يمكن إيجاز أهمية الطب الإلكتروني في النقاط التالية:

- 1- تزيد من تحسين الرعاية الصحية.
 - 2- تخفيض التكلفة.
 - 3- تعزيز التعاون الطبي في تقاسم المعلومات والخبرات المتخصصة.
 - 4- تسهل الاستعانة بمختصين أجانب.
 - 5- يجمع بين السرعة وسهولة الاستخدام وفعالية التقنيات اللاسلكية وأنظمة الاتصال.
- وقد اعتمدت العديد من المنظمات الصحية الطب عن بعد والصحة الإلكترونية بهدف تحقيق النقاط السابق ذكرها بالإضافة إلى تحسين الاتصالات بين المراكز الصحية البعيدة والمستشفيات الواقعة في المناطق الحضرية والنائية، وعلى العموم فإن هذا المستوى المتقدم من الخدمات الصحية يهدف إلى:³

- (1) تحسين التقنية والخبرة الصحية.
- (2) مساعدة الأطباء قليلين الخبرة في عملية التشخيص.

¹ الدجاني سعيد، لحام هدية، مرجع سابق، ص. 52.

² Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation institut économique de Montréal, collection santé, les notes économiques, septembre 2010, p. 3

³ الدجاني سعيد، لحام هدية، مرجع سابق، ص. 55.

3) توفير مرفق للتدريب للمجموعة الطبية في المناطق البعيدة أو الدول التي تكون قليلة الخبرة في الطب.

4) توفير خدمة طبية متقدمة في حالات الطوارئ.

5) الحد من تكاليف الخدمات الصحية عن طريق تحسين عملية توجيه المريض.

6) تخفيض تكاليف نقل المرضى إلى أطباء استشاريين في أوروبا مثلاً.

7) زيادة استخدام خدمات الاستشارة.

8) تيسير التعاون بين المستشفيات في مجال توفير الرعاية الطبية.

9) الحد من عزلة العاملين الطبيين في المناطق المختلفة والبعيدة.

10) تبادل الخبرة وما وصلت إليه الدراسات والبحوث الطبية والصيدلانية.

11) تقديم دورات تدريبية للعاملين التقنيين والعاملين في المجال الطبي وشبه الطبي.

وتتمثل أهم أنواع الخدمات الصحية التي يقدمها الطب عن بعد في التشخيص التليفوني، العيادات الافتراضية والخدمات الطبية عن بعد.

6- مستويات الخدمات الصحية:

من خلال ماهية الخدمات الصحية نستخلص أن هذه الأخيرة تشمل عدة مستويات، فهي موجهة لعلاج الحالة المرضية الفردية من جهة ورعاية الحالة الصحية للمجتمع ككل من جهة أخرى، وهذا ما سنوضحه في هذا المطلب.

6-1- الخدمات الصحية الأولية:

ونقصد بها الخدمات الصحية التي يتلقاها الفرد المعافى (غير المريض)، إذ $\bar{e}$ هدف هذه الخدمات إلى تجنب الحالة المرضية وتقادي الوقوع فيها، وتقسم الخدمات الصحية الأولية إلى مجموعة من الأنواع نذكر منها:

- خدمات مراقبة الأغذية وصلاحياتها للاستهلاك البشري وفحص المشتغلين بالأغذية للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية وإصدار شهادات بذلك.
- خدمات إصدار الموافقات الصحية على طلبات مصانع الأغذية والمطاعم ومحال بيع المواد الغذائية وغيرها من المتاجر التي قد تشكل خطرا على صحة الفرد أو على الأقل تلك التي تكون على علاقة بها.
- خدمات مكافحة الأمراض المتوطنة في البلد أو في مناطق جغرافيا معينة منه كمكافحة البلهارسيا والطفيليات المعوية عن طريق فحص وعلاج المواطنين.
- خدمات الحملات التطعيمية والفحص الدوري للتلاميذ بالمدارس، بالإضافة إلى برامج تطعيم السيدات الحوامل والمسافرين للخارج والحجاج والمعتمرين.
- خدمات صحية متمثلة في أخذ عينات دورية عشوائية من المواطنين للتأكد من خلوهم من الطفيليات المسببة للأمراض.
- خدمات مكافحة الحشرات الطائرة والزاحفة الناقلة للأمراض وكذلك مكافحة القوارض لمنع انتشار الأمراض الطفيلية التي تنقلها.
- خدمات مكافحة الأمراض المعدية من خلال مراقبة القادمين من الخارج خاصة البلدان الموبوءة بأمراض معدية.
- خدمات تنفيذ برامج التوعية الصحية للوقاية من الأمراض المعدية وكثيرة الانتشار.
- خدمات فحص عينات من الصرف الصحي للاستكشاف والوقاية.
- خدمات مكافحة العدوى في جميع المنشآت الصحية العامة والخاصة وتدريب جميع العاملين على إجراءاتها.

- خدمات صحية تهتم بتنظيم الأسرة: وذلك بالعمل على التوعية الصحية المستمرة عن الصحة الإنجابية والتخطيط الأمثل للأسرة والفترات المثلى للمباعدة بين حمل وآخر والوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة.

2-6- الخدمات الصحية الثانوية (الصحية العلاجية):

وتشتمل على جميع الخدمات الصحية العلاجية الطبية والتي يتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ووحدات الصحية الجوارية، ويكون متلقي هذا المستوى من الخدمة الصحية هو فرد مريض بحاجة إلى العلاج بغض النظر عن طبيعة المرض أو العلاج اللازم، ويشمل أيضا هذا المستوى تقديم الخدمة

المتكاملة في المناطق البعيدة عن منافذ تقديم الخدمة من خلال عيادات متنقلة ومجهزة.¹

وبالتالي يمكن القول أن هذا المستوى من الخدمات الصحية يشمل أغلب أنواع الخدمة الصحية باستثناء البعض منها مثل الخدمات الوقائية أو خدمات الطب عن بعد. وفي إطار خدمات الصحة الثانوية يمكن أن نذكر بعض خصائص كل من خدمة صحة الأم والطفل وخدمة الإسعاف.

1- خدمات صحة الأم والطفل: وهي الخدمات الصحية التي تتم بالحالة الصحية للأم الحامل باعتبارها حالة تتطلب رعاية صحية وذلك خلال مرحلة الحمل والإنجاب وما بعد الإنجاب، وأيضا العناية بالحالة الصحية للجنين، المولود والطفل. ويمكن هنا التمييز بين:² رعاية الحامل، متابعة الأطفال الأصحاء، إعداد الإحصائيات المتعلقة بصحة الأم والطفل، برامج الرعاية المتكاملة للطفل المريض أو خدمات صحية تهتم بالأطفال دون مأوى.

2- خدمات الإسعاف: وهي الخدمات الموجهة للأفراد الذين يكونون في حالة مستعصية تتطلب نقلهم بسرعة إلى مكان العلاج أو توفير إسعافات أولية لهم في عين المكان، ونميز هنا بين ما يلي:³ خدمة توفير سيارة إسعاف عادية، خدمة توفير سيارة عناية مركزية، خدمة توفير

¹ مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص. 77.

² الدجاني سعيد، لحام هدية، مرجع سابق، ص. 44.

³ مضر زهران، مرجع سابق، ص. 79.

سيارة العمليات الجراحية، خدمة توفير أسطوانة أكسجين، خدمة توفير الدم أو خدمة العيادات الطبية المتنقلة.

3-6- الخدمات الصحية الثالثة أو التخصصية (المرجعية):

وهي الرعاية الصحية التي يتم تقديمها من قبل مستشفيات متخصصة في أمراض معينة، وتتطلب تجهيزات متقدمة، وأطباء ذوي تخصصات عالية ولديهم الخبرة والمهارة الكافية.

7- جودة الخدمات الصحية:

تختلف الجودة حسب دور كل فرد في المؤسسة الصحية فبالنسبة للفنيين من أطباء وممرضين ومهنيين تكون الجودة هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية أما للإداريين فهي تقديم أفضل مستوى من الخدمات الإدارية ومن هنا يأتي دور إدارة الجودة وهو تحقيق أقصى توازن ممكن بين الفنيين والإداريين بما يصب في صالح الخدمات العلاجية للمريض.

1-7- مفهوم جودة الخدمات الصحية:

يبين "خسروف" بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتفيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب "القرم" وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة الى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات.¹

ويؤكد "نصيرات" على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصلحتها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر

¹ مؤيد عبد الحسين الفضل، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص. 256.

المادي الى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب. وبصدد مفهوم جودة الخدمات الصحية يبين (Whitngton and Ellis) بأن جودة الخدمة الصحية تعني مجموعة الإجراءات الموضوعة للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرتادين إلى المنظمات الصحية.

أوضح (Armstrong and Kotler) بأن جودة الخدمة الصحية هي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشاركة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات. وأشار (Nakijima) إلى أن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر.

وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها "التماسي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية".¹

إذ يعتبر العمل على ضمان جودة الخدمة الصحية أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم.

وأكد "دونا بيديان" بأن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.

كما تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها: "مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة ومستلميها".²

¹ طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004، ص. 11.

² سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص. 233.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير أليه للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية. وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي، يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم .

7-2- أشكال جودة الخدمات الصحية:

يمكن تقديم جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاث أشكال؛ وهي:¹

7-2-1- الجودة التي يمكن قياسها (quality Measurable) : وتتمثل في:

- أ. الجودة التي تتطابق مع المعايير التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية.
- ب. التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.
- ج. المعايير المطبقة في هذا المجال هي الأدلة على التفوق.

7-2-2- الجودة التي يمكن تقديرها (Appreciative quality):

- أ. إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس.
- ب. تتطلب الحكم من ذوي المهارات والخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام.

¹ طاهر حسين، مرجع سابق، ص. 13.

ج. أن نعتد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة أم لا.

3-2-7- الجودة التي يمكن إدراكها (quality Perceptive) ويمكن إيجازها في:

- أ. درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية.
- ب. تكون مبنية بدرجة أكثر على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والمرضى وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا.

3-7- أهداف جودة الخدمات الصحية:

لجودة الخدمة الصحية مجموعة من الأهداف نذكر منها ما يلي:¹

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.

¹ مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 268.

7. كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.

8- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

4-7- أبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتفق عدد من الباحثين في مجال جودة الخدمة الصحية على أن أبعادها هي:¹ الاستجابة، والاعتمادية، والضمان، والملموسية، والتعاطف.

1-4-7- بعد الاستجابة Responsive Ness:

الاستجابة يرى " Lovelock " بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. وذكر " al.et, Ming " أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة. فالاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها. وبين " Shaikh " أن الاستجابة 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، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.²

وتشمل الاستجابة في الخدمات الصحية مجموعة من المتغيرات منها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال،

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص. 147.

² مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 270.

الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.

ومن خلال هذه المتغيرات يمكننا استخلاص معايير تقييم بعد الاستجابة كالآتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم. وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم. عند احتياجهم لها.

2-4-7- بعد الاعتمادية: Reliability

يرى "Tylor & Cronin" بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلا عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. وأوضح "Loveloock" بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. وأكد "Goncalves" بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ويرى "al.et,Slack" بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلا عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، أما "Stevenson" فيرى بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية.¹

ولتقييم الاعتمادية في المنظمة الصحية نستخدم عدة معايير منها: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية؛ وذكر "Shaikh" أن الاعتمادية في

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 152.

مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة.

وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج.

3-4-7- بعد الضمان Assurance:

أشار "Shaikh" بأن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكوادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم؛ كما أكد بأن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين (مقدمي الخدمة) وقابليتهم لنشر روح الثقة والصدق، وأيضا تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن.

وبين "Rabbani & Shaikh" بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكياسة واللف.¹

ومن هنا يمكن القول بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة. أو أن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به: "تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين

¹ طاهير حسين، مرجع سابق، ص. 16.

(أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد نجد: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.

4-4-7- بعد الملموسية Tangibles:

ذكر "al.et, Ming-Chia" أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال. وأشار "Britner and Zeithmal" إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وقنوات المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.¹

وأوضح "Shahril" أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات. كما بين "Shaikh" أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيرا الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى. ومن هنا يمكن القول بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثة وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة، والأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة.²

بالإضافة إلى أن "Shaikh" أوضح بأن بعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الآتية: مكاتب الأطباء نظيفة، العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية، والوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 155.

² مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 276.

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

وبالتالي نجد أن الملموسية تشير إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

5-4-7- بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy:

عرف "Shahril" التعاطف بأنه: الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها. وأوضح "Shaikh" أن بعد التعاطف (الجوانب النفسية) يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى. أما "Maher" فيرى بأن التعاطف يشير إلى: «الانتباه والرعاية لشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنهم. ومنه فالتعاطف يعني: "درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد"

وبين "Ming-Chia" بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة إلى الزبائن. وأشار "Zeithaml" بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.

ويشير التعاطف إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، الاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

إذ يرى "Parasuraman" بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية: اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماما شخسيا، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية باحتياجاتهم.¹

كما أوضح "Rabbani and Shaikh" بأن عناصر التعاطف هي: العاملين في المستشفى يتمتعون باللف واللفاء واللفاء، الفلف بفناف المرفف بافمه، إعفاء الانفباء الشففى للمرفف. ومن معافف الفففم لهذا البفء الآف: اافمام شففى بالمرفف، الإفصفاء الكامل لشكوى المرفف، فلبفة اافاء المرفف بروف من الوف واللف.

وفف ضوف ما ففم فمكن الفول أن بفء الفعافف فشفف إلى الفلاقة والففاعل بفف مرافف المنظمة الفففة وأعفاء الفرفق الفف والففى والإفارف والمافبى ففها. وففصف بف وفوف الففة والاففرام واللفافة واللفف واللفاء والسرفة والفففم والإصفاء والفواصل بفف مففمى الففمة الفففة والمفففففف منها (المرففى)، إذ ففهم الفلاقة الفففة بفف الفرفف إلى إفاف الففمة الفففة واسفابة المرففى للفلفماف الفففة، فضلا عن أن الفعافف فضع مصلفة المرففى فف مففمة اافماماف الإفارة والعاملف فف المنظمة الفففة والإصفاء لشكوى المرفف وفلبفة ااففاففه بروف من الوف واللف.

¹. K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris, P. 10

المبحث الثاني

وظيفة التخطيط

1- التخطيط

1-1- مفهوم التخطيط:

التخطيط هو تحديد الاحتياج لتحقيق هدف معين وهو عمل يسبق التنفيذ، ويمثل إحدى وظائف المدير.

1-2- أهمية التخطيط:

يجنب المنظمة من المفاجآت. يحدد ويوضح أهداف المنظمة يضمن الاستخدام الأمثل للموارد.. يعتبر أساس لقياس مدى نجاح المنظمة في التطبيق. يقلل من اتخاذ قرارات خاطئة أو شخصية يوفر الأمن النفسي للعاملين. أساس لبقية الوظائف.

1-3- مراحل التخطيط:

1-3-1- الخطوة الأولى: أن نبدأ بدراسة العوامل المحيطة بالمنظمة مثل العوامل الاقتصادية، والسياسية، والاجتماعية وكذلك ظروف البيئة الداخلية مثل نوع الخبرات والكفاءات لدى الأفراد ونوع الآلات والمعدات

1-3-2- الخطوة الثانية: على ضوء تحديد ظروف البيئة نستطيع أن نحدد أهدافنا بشكل واضح مثل هدف تحقيق عائد على الاستثمار بواقع 10% في السنة، أو هدف زيادة عدد طلبة كلية الإدارة بنسبة 5% عن السنة الماضية.

1-3-3- الخطوة الثالثة: على ضوء تحديد الهدف نحدد البدائل التي من خلالها تستطيع تحقيق هذا الهدف فإذا كان هدفنا هو زيادة العائد على الاستثمار بواقع 10% فقد تكون البدائل أمامنا هي أن نتوسع في خط الإنتاج القائم أو نبني خطاً جديداً لمنتج جديد أو نستثمر المبلغ في شراء أسهم أو سندات من السوق المالية.

1-3-4- الخطوة الرابعة: بعد وضع عدد البدائل التي نسعى من خلالها إلى تحقيق الهدف نبدأ بتقييم كل بديل من خلال معرفة وتحديد مدى تحقيق كل بديل للهدف وكلما كان البديل أقرب إلى تحقيق الهدف النهائي (10% عائد) كلما كان مرغوباً به أكثر.

5-3-1 الخطوة الخامسة : تبدأ بمرحلة الاختيار أي تحديد البديل الأفضل، وفي هذه الحالة فإن المنظمة تختار البديل الذي يحقق هدفها وينسجم مع سياساتها وتكون مخاطرة قليلة.

6-3-1- الخطوة السادسة: في ضوء البديل الذي يتم اختياره يقوم المخطط بتحديد الأنشطة والأعمال التي يجب القيام بها لوضع البديل المختار موضع التنفيذ وتكون الأنشطة على شكل: سياسات، إجراءات، قواعد، برامج، ميزانيات. يجب الالتزام بها حيث بدونها لا يمكن ضمان حسن التنفيذ.

4-1- أنواع التخطيط :

تستخدم المنظمات أنواعاً مختلفة من التخطيط وفقاً لأغراضها المختلفة. ويمكن تصنيف التخطيط وفقاً لذلك على ضوء عدة معايير أهمها:

1-4-1- التخطيط حسب مدى تأثيره ويشمل:

- **التخطيط الاستراتيجي (Strategic Planning) :** وهو التخطيط الذي يكون مهماً ويحدث تغيير نوعي في المنظمة وتمارسه الإدارة العليا وتأثيره بعيد المدى ومن أمثلته، التخطيط لإضافة خط إنتاجي جديد أو التخطيط لفتح سوق جديدة.

- **التخطيط التكتيكي (Tactical Planning) :** وتمارسه الإدارة الوسطى والعليا وتأثيره متوسط المدى، ويوضع لمساعدة التخطيط الاستراتيجي ومن أمثلته تقدير حجم الطلب على سلعة معينة في السوق.

- **التخطيط التشغيلي (Operational Planning) :** وتمارسه الإدارة الوسطى وتأثيره متوسط المدى، ويوضح عادة التخطيط التكتيكي ومن أمثلته تحديد احتياجات إدارة الإنتاج من المواد وقطع الغيار.

2-4-1- التخطيط حسب المدى الزمني :

- **التخطيط طويل المدى (Long - range Planning) :** وهو الذي يغطي فترة زمنية طويلة، ويمكن القول نسبياً أن الفترة خمس سنوات فما فوق هي فترة تخطيط طويل المدى.

التخطيط متوسط المدى (Medium - range Planning) : وهو التخطيط الذي يغطي فترة زمنية ليست بطويلة وليست بقصيرة.. ويغطي في الغالب فترة تزيد عن سنة وتقل عن خمسة سنوات.

التخطيط قصير المدى (Short - Term Planning) : وهو التخطيط الذي يغطي فترة زمنية تقل عن السنة.

3-4-1- التخطيط حسب الوظيفة (Planning by Functions) :

تخطيط الإنتاج (Production Planning) : ويركز على المواضيع المتعلقة بالإنتاج مثل تدفق المواد الخام والعاملين في إدارة الإنتاج ومراقبة جودة الإنتاج.

تخطيط التسويق (Marketing Planning) : ويركز على المواضيع المتعلقة بالتسويق مثل تقييم المنتج، والتسويق والترويج، والتوزيع

التخطيط المالي (Financial Planning) : ويركز على القضايا المتعلقة بالجوانب المالية مثل كيفية الحصول على الأموال وكيفية إنفاقها تخطيط القوى العاملة - Human resources planning ويركز على كل ما يتعلق بالقوى العاملة مثل: الاحتياجات، والاستقطاب، والتدريب، والتطوير.. الخ. • تخطيط الشراء والتخزين & Purchasing storage planning ويركز على تخطيط الشراء والتخزين من حيث الحجم الاقتصادي للشراء والتخزين، ظروف التخزين ...

4-4-1- التخطيط الجيد أو الفعال :

هناك صفات معينة تجعل من التخطيط تخطيطاً فعالاً إلى حد كبير ومن أهمها:

- أن يكون التخطيط مرناً ويتقبل الاستجابة لأي متغيرات.
- أن يتمتع بالواقعية فلا يبالغ في التقديرات ولا يتشائم أكثر من الحد المعقول.
- أن يكون واضحاً وبعيداً عن العموميات.
- أن يشمل كل جوانب المنظمة بمعنى أن يشمل الجوانب الإنتاجية والمالية.. الخ.

- أن يغطي فترة زمنية معقولة.

2- تخطيط المستشفيات

2-1- مبادئ تخطيط المستشفى :

- الواقعية: إعداد الخطة وفق الامكانيات المتاحة.
- الشمولية: شاملة لجميع الأنشطة والمستويات والتخصصات طبية، تمريضية، ادارية وهندسية.
- الالتزام: جميع الافراد في المستشفى يلتزم بتنفيذ الخطة ولا مجال للاجتهاد.
- المرونة: قابلية تحديث الخطة وتعديلها وفق المستجدات في المتغيرات البيئية المستقبلية.
- الاستمرارية: عملية التخطيط لا تنتهي بمجرد وضع الخطة وتحديد الأهداف.
- التكامل: يجب ان يكون هناك تكامل ما بين المديات الزمنية لنتاج عملية التخطيط.

2-2- أسس التخطيط الصحي في المستشفيات:

- تحديد رسالة المستشفى.
- تحديد اهداف المستشفى.
- تحديد استراتيجية المستشفى.
- تحليل البيئة المحيطة بالمستشفى.
- إشراك العاملين في المستشفى بعملية التخطيط.
- تحديد المدى الزمني لخطة المستشفى.
- متابعة الخطة وتقويم نتائجها.

تستمد المستشفى رسالتها من حدود: علاقتها مع البيئة التي تتعامل معها وسواء كان ذلك على الامد القصير او الطويل. رسالة المستشفى تعني السبب الحقيقي من وجودها وتسير الى نطاق عملها واتجاهها وتمثل المرشد لعمل جميع الافراد العاملين في المستشفى بمختلف فئاتهم.

أمثلة على الرؤيا والرسالة : الرسالة إن رسالة الهيئة الطبية للمستشفى هي توفير أعلى مستويات الرعاية الصحية للمرضى القاطنين في مدينة الجبيل الصناعية وما جاورها من خلال الاستفادة القصوى من كافة الموارد المتاحة ويسعى المستشفى دائماً إلى تحسين نوعية الرعاية الصحية وتوفير نطاق واسع من الخدمات الطبية من خلال متخصصين يحملون مؤهلات عالية حسب معايير اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية ووزارة الصحة.

رؤية المستشفى يسعى المستشفى إلى تطوير خدماته بشكل مستمر لمواكبة التطورات المتسارعة في مجال الطب وتطعيمه باستمرار بكوادر طبية مؤهلة تأهيلاً عالياً مدعومة بجهاز إداري لخدمة كافة الفئات العمرية من سكان مدينة العاصمة صنعاء.

3-2- معوقات عملية التخطيط في المستشفى:

1- البيئة المعقدة المحيطة بالمستشفى (خصوصاً المتغيرات الاستثنائية).

2- غموض الاهداف ضعف أنظمة المعلومات.

3- مقاومة التغيير.

4- الوقت والكلفة.

3- التخطيط المالي وخطواته وأدواته – الميزانيات التقديرية في المراكز الصحية:1

شرح مفهوم التخطيط وشرح مفهوم التخطيط المالي وأهميته ومكونات الخطة المالية ومزايا التخطيط المالي ومراحله وخطواته وأدواته، الميزانيات التقديرية كأدوات في التخطيط المالي وأهدافها والموقف منها والفترة التي تغطيها، شرح مفصل للميزانية النقدية التقديرية أو كشف التدفق النقدي، وقائمة الدخل التقديرية والميزانية العمومية التقديرية وطرق إعداد كل منها بالأمثلة التطبيقية العملية.

3-1- ما هو التخطيط المالي:

¹ <http://www.mdrscenter.com> تم الاطلاع عليه بتاريخ 2020/12/2.

التخطيط بشكل عام هو عمل ذهني موضوعه الترتيبات التي يفكر فيها الإنسان في حاضره من أجل أن يواجه بها ظروفًا مستقبلية، ويهدف التخطيط في محصلته إلى تطويع المستقبل للإنسان، وإلى التقليل من حالة عدم التأكد التي تحيط بهذا المستقبل، بالإضافة إلى الحد من عوامل المصادفات والخطر في تشكيل الحياة التي يتطلع إليها الإنسان.

وتنظر المؤسسات التجارية للتخطيط على أنه عملية إدارية تتضمن قيام المؤسسة بوضع أهداف مستقبلية لعملها في ضوء الموارد المتاحة لها، وفي ضوء تقييمها للعوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية السائدة في البيئة التي تتواجد فيها والتي من الممكن أن تؤثر على هذا الأداء، كما تتضمن وضع خطة عمل مناسبة لتنفيذ الأهداف الموضوعية.

ولمزايا التخطيط العديدة لقيت فكرته قبولا واسعا في جميع مناحي الحياة بما فيها المؤسسات التجارية والصناعية ومؤسسات الخدمات، وذلك لإدراك الجميع لأهمية التخطيط في عملية اتخاذ القرارات بشأن الخطط المستقبلية والطرق التي ستسلكها المؤسسات في توجيهها المستقبلي، هذا وقد قيل بأن المؤسسة التي لا تخطط لمستقبلها قد لا يكون لها مستقبل.

2-3- أهمية التخطيط المالي:

هناك قول مشهور مفاده أن "الجمال يشبه حيواناً تم تصميمه من قبل لجنة"، وقد ينطبق مثل هذا الحال على الأمور المالية للمؤسسة إذا ما اتخذت القرارات المالية المتعلقة بها إفرادياً ودون نظرة شمولية، حيث ستنتهي إلى ما يُطلق عليه باللغة الإنجليزية (CAMEL FINANCIAL)، ومن هذا المنطلق، تسعى الإدارات المالية الحريصة إلى تقييم جميع القرارات المالية والاستثمارية من منظور شامل، ويسمى هذا المنظور الشامل بـ التخطيط المالي (بالإنجليزية: PLANNING FINANCIAL) الذي تقوم فكرته الأساسية على تعريف أين كانت المستشفى، وأين هي الآن، وأين ستكون في المستقبل.

ولوضع التخطيط المالي ضمن إطاره الصحيح في المستشفى، لابد من القول بأن التخطيط المالي لا يسعى إلى تقليل المخاطر (بالإنجليزية: (RISKS MINIMIZE) بل هو عملية لتعريف أي من المخاطر يمكن القبول بها، وأي منها الذي يتوجب رفضه، وكذلك فإن التخطيط المالي لا يعني التنبؤ (بالإنجليزية: (FORECASTING) فحسب، لأن التنبؤ يعني التركيز على أكثر الحالات احتمالاً للحدوث، ويعني أيضاً الاهتمام بالأحداث المتوقعة والأحداث غير المتوقعة.

3-3- ما هو التخطيط المالي:

الخطة المالية هي عبارة عن وثيقة تحدد ما يجب القيام به خلال فترة مستقبلية محددة، وانطلاقاً من هذا التعريف للخطة. فإن عملية التخطيط المالي تتضمن ما يلي:

- تحليل أثر الخيارات المالية والاستثمارية المتاحة للمستشفى.
- توقع النتائج المستقبلية للقرارات الحالية تجنباً للمفاجآت ولتفهم الروابط بين الحاضر والمستقبل.
- التقرير بشأن اختيار أحد البدائل المتاحة.
- قياس النتائج في ضوء الخطة الموضوعية.
- مجالات التحليل في التخطيط المالي.

3-4- يتضمن التخطيط المالي مجالين أساسيين للتحليل هما:

1. العوامل الخارجية:

ويقيّم المخطط، في ضوءها، المستوى المتوقع لأداء الاقتصاد القومي، والظروف التي ستعمل فيها المستشفى، وهل هي ظروف رواج أم ظروف كساد.

2. العوامل الداخلية:

وتعني أن هناك عدد من العوامل التي تخضع لسيطرة المستشفى، مثل مستويات المخزون، والحسابات المدينة، وحجم الاستثمار في الموجودات الثابتة، وكل هذه تعتبر عوامل تشغيل داخل المنظمة.

5-3- مكونات الخطة المالية:

تُعتبر الخطة وثيقة هامة تتضمن العديد من العناصر، مثل التوجه الاستراتيجي للمستشفى، أهدافها على المدى القصير والطويل.

وبشكل عام، تتضمن الخطة المالية المناسبة العناصر التالية:

- أ- تحديد واضح لأهداف المستشفى الاستراتيجية والتشغيلية والمالية.
 - ب- تحديد واضح للفرضيات الاقتصادية وغير الاقتصادية التي بُنيت عليها الخطة.
 - ت- تحديد واضح لاستراتيجيات الأنشطة التي تمارسها المستشفى.
 - ث- ملخص للبرنامج الرأسمالي المتوقع والزمن الذي سيتم فيه الإنفاق.
 - ج- ملخص لبرنامج التمويل المتوقع مع تحديد مصادر وموعد الحصول على كل منها.
 - ح- قوائم مالية تقديرية (ميزانية عمومية، قائمة دخل وكشف تدفق نقدي).
 - خ- توضيح الفرضيات التي بُنيت عليها القوائم المالية التقديرية، وبشكل خاص كيفية الوصول إلى المبيعات التقديرية.
- وبمساعدة هذه العناصر، يتمكن المخطط المالي من تحليل التفاعل بين رأس المال المستثمر، وتركيبه رأس المال، وسياسة توزيع الأرباح، والسيولة، والتمويل، وإدارة المطلوبات، ومختلف الخيارات لتركيب هذه العناصر.

- مزايا التخطيط المالي:

يمكن التخطيط المالي للمستشفى من تقييم آثار القرارات الاستثمارية والمالية ومدى أثرها في مستقبل المستشفى، وبهذه الصفة يحقق التخطيط المالي للمستشفى مجموعة من المزايا التي يصعب، أو حتى يستحيل، الحصول عليها بوسائل أخرى، وأهم هذه المزايا:

- (1) تحديد الاحتياجات المستقبلية.
- (2) تقييم السياسات والمقترحات المقدمة.
- (3) المساعدة في تركيز الضوء على الأهداف.

- (4) تحفيز العاملين وتشجيع التفكير المستقبلي.
- (5) تجنب الإدارة المفاجآت وإعدادها للتعامل مع المتوقَّع منها.
- (6) التنسيق بين قرارات التمويل والاستثمار.
- (7) وضع الإدارة في موقف المستعد لمواجهة الاحتمالات المستقبلية.
- (8) تجنب الإدارة المفاجآت الكاملة.
- (9) تسهيل عملية الاتصال.
- (10) تقديم معايير لقياس الأداء.

6-3- مراحل وخطوات عملية التخطيط المالي:

تمر عملية التخطيط المالي بثلاث مراحل هي:

- (1) مرحلة وضع الأهداف التي تتطلع إليها المستشفى.
 - (2) مرحلة التنفيذ الفعلي للأهداف المستقبلية.
 - (3) مرحلة المقارنة بين الأداء الفعلي والمتوقَّع.
- وبشكل أكثر تفصيلاً، تتم عملية التخطيط المالي حسب الخطوات الرئيسية التالية:

- تحديد مجموعة من الأهداف المالية للمستشفى.
- تحديد حجم النشاط المتوقع، والخيارات المتاحة لهذا الحجم.
- تحديد كمية الاستثمار، ومصادر التمويل للخيارات الخاصة بحجم النشاط.
- تقرير أي من الخيارات المتاحة هو الأنسب للمستشفى.
- قياس النتائج المتوقعة لحجم النشاط الذي تم اختياره.

7-3- الميزانيات التقديرية:

الميزانيات التقديرية (بالإنجليزية: STATEMENTS PROFORMA) هي من أدوات التخطيط المالي ذات التوجه المستقبلي تهدف المؤسسات من خلالها إلى التنبؤ بمستوى النشاط الممكن تحقيقه، والنتائج المالية الممكن الوصول إليها عند مستوى النشاط المستقبلي المتوقع.

وتُعتبر الميزانيات التقديرية من أدوات التخطيط المالي الكميّة، وهي عبارة عن تعبيرات رقمية عن خطط إدارة المستشفى.

وانطلاقاً من هذه النظرة الكميّة، يمكن تعريف الميزانيات التقديرية بأنها: "تنبؤ بإجمالي الإنتاج والمبيعات والاستثمار والتمويل وتوزيع الأرباح لفترة مستقبلية محددة".

ويُقصد بالتنبؤ أنه (عملية استكشاف للمستقبل وتقدير مسبق لأحداثه وأرقامه بالاعتماد على تحليل البيانات الخاصة بالمحيط الذي تعمل فيه المستشفى).

1-7-3- أهداف الميزانيات التقديرية كأدوات في التخطيط المالي:

يهدف إعداد الميزانيات التقديرية كأدوات في التخطيط المالي إلى تحقيق الغايات التالية:

- استخدام أصول المستشفى بكفاية وربحية.
- إجبار إدارة المستشفى على التوجه المستقبلي في تفكيرها، وتوقع ما قد يتم في المستقبل.
- التعاون على خلق روح الفريق في العمل من خلال ما تطلبه الميزانية من تعاون فئات متعددة في إنجازها.
- تحديد الاحتياجات التمويلية المستقبلية للمستشفى.
- إيجاد معايير محددة ومعقولة لأجل الحكم على الأداء المتوقع بدلا من الاعتماد على المعلومات التاريخية التي قد تكون أساساً غير مناسب للحكم على الكفاية.
- وضع التخطيط المالي في مكانه الصحيح، أي في مقدمة أذهان مسؤولي الإدارة العليا.
- التوجه المبكر نحو التعامل مع الأحداث المتوقعة.
- إعلام كل من في المؤسسة بالمطلوب منه تحقيقه.
- وضع الأسس لأخذ الإجراءات التصحيحية في حالة انحراف النتائج عن المتوقع.

ولا ينقص من مجموعة الأهداف هذه ويعيبها الانتقادات التي يوجهها الكثيرون نحو التخطيط المالي كقيامه على كثير من الفرضيات، ولوجود الكثير من عدم التأكد بشأن ما سيتم مستقبلاً، الأمر الذي قد يجعل النتائج الفعلية في كثير من الحالات بعيدة عن الواقع الفعلي. وبالرغم من صعوبة إنكار مثل هذه الاتهامات إلا أن التخطيط المالي يبقى أداة هامة تساعد المؤسسة في تحديد توجهها، ويساعدها في التعرف على الانحراف عن الأهداف. وبالإضافة لكون الميزانيات التقديرية من أدوات التخطيط المالي التي تهدف إلى رسم صورة لموقف المستشفى المالي في نهاية الفترة المعدة عنها الخطة، فإنها أيضاً أداة رقابة تساعد إدارة المستشفى في الأمور التالية:

- التعرف على الوضع المالي في نهاية الفترة المغطاة بالميزانيات التقديرية.
- تقييم السياسات التي أدت إلى الوضع المالي المعين.
- تقييم الموقف المالي المتوقع من حيث السيولة والربحية والنشاط والمديونية.
- تقييم كفاية التخطيط المالي.
- تقدير الاحتياجات المالية والمصادر الأنسب لها.

2-7-3- الموقف من الميزانيات التقديرية:

اتخذت إدارات المؤسسات ثلاثة مواقف من الميزانيات التقديرية، تراوحت بين الإيجابية المطلقة والسلبية المطلقة، ويمكن تلخيص هذه المواقف بما يلي:

- ① **الموقف السلبي:** ويرى أصحاب هذا الموقف أن الميزانية التقديرية ليست إلا تصوراً نظرياً غير قابل للالتزام به وتنفيذه، فلا جدوى إذن من استخدامه أو الأخذ به.
- ② **الموقف الحيادي:** ويرى أصحاب هذا الموقف أن الميزانية التقديرية ليست إلا تقليدًا للمؤسسات الأخرى التي تستخدم مثل هذه الأداة التي لا تضر ولا تنفع، ولكن لابد من استعمالها طالما أن المنافسين يستعملونها.

① **الموقف الإيجابي:** ويرى أصحاب هذا الموقف أن الميزانية التقديرية أداة هامة في التخطيط المالي والتنفيذ والرقابة والمتابعة، لذا لا بد من الاستفادة من هذه الأداة.

3-7-3- الفترة التي تغطيها الميزانية التقديرية:

لا توجد هناك قاعدة محددة بخصوص طول الفترة التي تُعد عنها الميزانية التقديرية، لكن هناك ضابطين عامين مستعملين في تحديد طول هذه الفترات وهما:

1. أن تكون الفترة من الطول لإظهار آثار السياسات الإدارية المُطبقة.

2. أن تكون الفترة من القصر بحيث يمكن إعداد التقديرات المستقبلية بدقة معقولة.

هذا وقد جرت العادة أن تُعد الميزانيات التقديرية لمدة سنة واحدة، حيث تُعتبر فترة السنة قصيرة. وضمناً للوصول إلى رقابة فعّالة، قد يكون من الأنسب تقسيم الفترة الكلية للميزانية التقديرية إلى فترات جزئية مثل شهر، أو ثلاث أشهر، أو أربعة ليتزامن موعد إعدادها مع ذروة الدورة التجارية، إذ تزيد الاستفادة من الميزانيات التقديرية كلما كان موعد إعدادها يتطابق مع موعد النشاط الأقصى للمؤسسة.

ويقوم إعداد الميزانية التقديرية بدرجة كبيرة على التنبؤ بالمستقبل، مستنداً إلى افتراضات عديدة بخصوص حجم النشاط الاقتصادي وقدرات المستشفى، لذا يتوجب مراجعتها دورياً، وتعديلها وفق المتغيرات التي تُستجد على المستشفى نفسها، أو على المحيط العام الذي تعمل فيه.

3-7-4- التنبؤ بالمبيعات:

الخطوة الأهم والأكثر أثراً في دقة الميزانيات التقديرية كأداة في التخطيط المالي هي التوصل إلى تقدير دقيق إلى أقصى حد ممكن للمبيعات المتوقعة بالإنجليزية: FORECAST (SALES) خلال الفترة التي تُعد عنها الميزانية التقديرية، خاصة أن لدقة هذا التنبؤ والتقدير أثراً مباشراً في مختلف أنشطة المستشفى والتقديرات المرتبطة بهذه الأنشطة.

هذا ولا بد للتنبؤ والتقدير الدقيق للمبيعات من أن يعكس الأمور التالية:

- الطاقة الإنتاجية للمستشفى باعتبارها المحدد الأول لحجم المبيعات المتوقعة.
- الظروف الاقتصادية العامة وقدرة المستشفى على التسويق والمنافسة مع المنتجين الآخرين.
- الاتجاهات التي سادت أداء المستشفى في الماضي، وما يُتوقع أن يسود في المستقبل.
- قيمة أي متغير يمكن أن يكون له الأثر في الاتجاه في أداء المستشفى.
- مع الأخذ بعين الاعتبار الطاقة الإنتاجية المتاحة باعتبارها محددًا أساسيًا لحجم المبيعات المتوقع.

1-4-7-3- يتم تقدير المبيعات استنادًا إلى مدخلين:

1. المدخل الداخلي:

وبموجب هذا المدخل، يُعهد إلى مسؤولي المبيعات إعداد تقديراتهم للمبيعات المتوقعة للفترة التي ستُعد عنها الميزانية التقديرية، ثم تُدقق هذه التقديرات من قِبل الإدارة لتقييم دقتها. ويُؤخذ على هذا المدخل القصور في التصور لتجاهله كثيرًا من العوامل التي تؤثر في الصناعة والاقتصاد القومي بشكل عام، ولكن يمكن استكمال هذا النقص بالاستعانة بالتحليل الخارجي وتعديل هذه التقديرات استنادًا إليه.

2. المدخل الخارجي:

يتم بموجب هذا المدخل التنبؤ بالمبيعات استنادًا إلى تحليل العوامل الاقتصادية العامة، لذا يُعهد إلى المحللين الاقتصاديين بإعداد توقعاتهم للاقتصاد القومي للتوصل إلى معدلات النمو المتوقعة، وعلى ضوء ذلك يتم تقدير ما ستحققه الصناعة التي تنتمي إليها المستشفى من مبيعات، ثم تقدير حصة المؤسسة من السوق وحجم مبيعاتها المتوقع.

ويتأثر تقدير حصة المستشفى المعينة من المبيعات بالطاقة الإنتاجية المتاحة، وبالتغيرات المتوقعة في السعر، والجودة، والتصميم، والجهود البيعية، وكذلك قوة المنافسين وأوضاعهم،

هذا ويجب أن يكون التقدير النهائي لرقم المبيعات هو الرقم الذي يمكن تحقيقه استناداً إلى أكثر التوقعات احتمالاً.

وإذا اختلفت التوقعات الخارجية للمبيعات عن التوقعات الداخلية لها، وهذا غالباً ما يحدث، فإن الإدارة تتولى التوفيق العقلاني بين التقديرين استناداً إلى خبرتها الماضية القائمة على المدخلين الداخلي والخارجي.

2-4-7-3- طرق تقدير المبيعات:

يمكن الاستعانة بالطرق الثلاث التالية لتقدير رقم المبيعات:

- أ- التخمين الشخصي المُستنير بالمعلومات التاريخية، وتتميز هذه الطريقة بانخفاض كلفتها وكونها مقبولة في الحالات التي تتصف فيها المبيعات بالاستقرار.
- ب- مسح السوق من خلال عينة إحصائية وتستعمل هذه الطريقة عندما تتطلع المستشفى إلى نتائج أدق في التنبؤ بالمبيعات.
- ت- النماذج القياسية التي تقوم على أساس التحليل الإحصائي للعلاقة بين المبيعات التاريخية وعدد من المتغيرات المستقلة.

3-4-7-3- العوامل المؤثرة في التنبؤ بالمبيعات:

تتأثر عملية التنبؤ بالمبيعات بعدة عوامل أبرزها:

- تطور المبيعات في الماضي.
- توقعات رجال المبيعات.
- الظروف الاقتصادية العامة وظروف المنافسة.
- مدى الارتباط بين المبيعات والمؤشرات الاقتصادية العامة كالدخل القومي والإنتاج القطاعي.
- التغير في الأسعار.
- اتجاهات السوق.

- حملات الدعاية والترويج.
- الطاقة الإنتاجية المتاحة.

ولاستكمال صورة الميزانيات التقديرية وما يرتبط بها، سوف يتم بعد قليل تناول ما يلي:

- الميزانيات النقدية وكيفية إعدادها.
- قوائم الدخل التقديرية وكيفية إعدادها.
- الميزانيات العمومية التقديرية وكيفية إعدادها.
- الميزانيات التقديرية كأداة رقابية.

يمكن الاستفادة من القوائم المالية التقديرية لغايات الرقابة على أداء المستشفيات، ويساعد على تحقيق هذه الغاية إعداد قوائم تقديرية شهرية، والقيام بمقارنة النتائج الفعلية المُحققة مع تلك التي كانت متوقعة حسب الخطط المالية. وتتمثل ميزة هذا النوع من الرقابة في إيجاده لنظام تحذير مبكر بالإنجليزية: (EARLY WARNING SYSTEM) للتعرف على المشاكل المالية قبل حدوثها.

يمكن قراءة المزيد حول القوائم المالية: قائمة الدخل وقائمة الميزانية العمومية أو المركز المالي.

1-5-7-3- الميزانية النقدية التقديرية كأداة في التخطيط المالي:

لأن النقد يُشكل قيدًا رئيسيًا على أنشطة المستشفى ويحد من إمكانية أو عدم إمكانية تنفيذها لأهدافها، فقد اهتمت المستشفيات بهذا العنصر وعملت على إعداد الميزانيات النقدية التقديرية بالإنجليزية: (CASH BUDGET) وذلك بهدف الوقوف على أدق وأوفى المعلومات عن العوامل التي تحكم سلوك دخول وخروج النقد من وإلى المستشفى.

هذا ويؤدي التخطيط النقدي الفعّال إلى التعرف على مشكلات التدفق النقدي قبل وقت مناسب من حصولها حيث يكون وقت معالجتها أنسب. والميزانية النقدية التقديرية (أو التدفق النقدي) عبارة عن أداة من أدوات التخطيط المالي التي تهدف إلى التوقع المبني على أسس سليمة ومنطقية لكمية ومواعيد المقبوضات والمدفوعات النقدية المتوقعة للمستشفى خلال فترة زمنية مستقبلية

معينة، وبهذا يُعطي كشف التدفق النقدي الإدارة المالية للمؤسسة فكرة عن مواعيد دخول النقد للمستشفى ومواعيد خروجه منها خلال الفترة الزمنية موضع الدراسة، كما يوفر لها معلومات ليس عن كمية التمويل التي تحتاج إليها المستشفى وحسب، وإنما أيضا عن نوعية هذا التمويل. وبعبارة أخرى، يساعد التدفق النقدي إدارة المستشفى في التعرف على كمية الأموال التي تحتاجها، ومواعيد تلك الاحتياجات، ونوع التمويل الأنسب لتلبية هذه الاحتياجات، كما يمكنها من الرقابة الفعّالة على الموجود لديها وكذلك مراقبة سيولتها بشيء من التفصيل لا يتيح أية أداة أخرى.

2-5-7-3- مميزات كشف التدفق النقدي كأداة في التخطيط المالي:

يشترك التدفق النقدي مع الميزانيات التقديرية وقائمة الدخل التقديرية في كونها جميعا من أدوات التخطيط المالي إلا أن كشف التدفق النقدي يتميز ويفترق عن هاتين القائمتين الماليتين بما يلي: أنه يتميز عن قائمة المركز المالي التقديرية في كونه أداة أنسب وأفضل تعبيراً عن الاحتياجات المالية للمقترض على المدى القصير وكذلك الاحتياجات الموسمية، لأن قائمة المركز المالي تعجز عن التعرف على هذه الاحتياجات وذلك بحكم كونها من أدوات التخطيط المالي لفترات طويلة نسبياً قد تتضمن أكثر من دورة تجارية للمقترض، أو قد يتزامن موعد إعدادها مع موعد الحد الأدنى لنشاطه، الأمر الذي يجعلها غير قادرة على عكس الاحتياجات الفعلية من الأموال خلال الفترة التي تغطيها.

بالرغم من قيام كل من كشف التدفق النقدي وقائمة الدخل على البُعد الزمني حيث يبيّنان النشاطات التي تمت خلال فترة زمنية معينة، إلا أنهما يفترقان في أن كشف التدفق النقدي يقتصر على تناول زمن خروج ودخول النقد إلى المستشفى، في حين تقوم قائمة الدخل على مبدأ الاستحقاق في المقارنة بين إيرادات الفترة والنفقات التي ساهمت في تحقيقها، بغض النظر عن موعد قبض الدخل أو دفع النفقة. أما كشف التدفق النقدي، فيتم إعدادُه على أساس تسجيل المقبوضات و المدفوعات النقدية طبقاً لمواعيد دخولها أو خروجها من المستشفى بغض النظر عن كونها تعود للفترة من الناحية المحاسبية أو لا تعود لها، أو كونها عنصراً في قائمة الدخل أو لا تدخل في

إعداد هذه القائمة، لذا لا تتضمن قائمة التدفق النقدي عناصر الاستهلاك والمبيعات الآجلة، على حين تشمل جميع المقبوضات النقدية حتى تلك التي لا يمكن أن تدخل في قائمة الدخل، لأنها ليست دخلاً ولا نفقة من وجهة النظر المحاسبية مثل شراء الأصول، وتحصيل الديون، وبيع الأسهم والسندات، وتسديد الالتزامات.

3-7-5-3- أهداف التدفق النقدي في التخطيط المالي للمستقبل:

ليس من أهداف التدفق النقدي التعرف على ربحية المستشفى أو خسارتها، كما أنه ليس من أهدافه التطرق إلى أية عملية مالية لا يترتب عليها دخول للنقد إلى المؤسسة أو خروج له منها وذلك ضمن المدة التي يُعد عنها التدفق النقدي مهما كانت أهمية هذا العنصر وقيمتها المالية، بل إن كشف التدفق النقدي يُعد لأجل تحقيق الغايات التالية:

- ٢ قياس السيولة على المدى القصير بشكل موثوق.
- ٢ التخطيط المالي للمستقبل، وبذلك يتم استبعاد أية تقديرات جُرافية للاحتياجات المالية للمستشفى.
- ٢ يخلق معياراً محدداً للقياس عليه وللحكم على مدى كفاية التخطيط المالي في المستشفى.
- ٢ يساعد الإدارة مساعدة فعالة في التعرف على أوقات حدوث العجز النقدي، وأوقات حدوث الفائض النقدي، ويعطيها الوقت الكافي لمعالجة الموقف المتوقع بالطريقة الأنسب.
- ٢ يساعد الإدارة على وضع برنامج التسديد المناسب لما تقتضيه من أموال وما ستدفعه من أرباح للمساهمين.
- ٢ يساعد في التعرف على كمية ومواعيد ونوعية الأموال التي تحتاج إليها المستشفى خاصة إذا ما تم اختيار الفترات الجزئية التي ينظم لها الكشف بعناية ليعكس الاحتياجات القصوى للمقترض التي تتزامن عادة وموعد الذروة في النشاط في الدورة التجارية.
- ٢ ينبّه الإدارة في الوقت المناسب للانحرافات الحاصلة في تدفقاتها النقدية.

٢ يساعد الإدارة المالية في اتخاذ القرارات الخاصة بإضافة أو حذف منتج معين، وكذلك في قرارات الشراء أو الإنتاج والاستئجار والشراء والاستثمار، وذلك من خلال التعرف على الفروقات في التدفق النقدي نتيجة اتخاذ كل من هذه القرارات أو عدم اتخاذها.

٢ يساعد في تحسين العائد على الاستثمار بسبب مساعدته في الاقتصاد باستعمال النقد المتاح المستشفى.

٢ تحسين نوعية القرار، لأن إعداد كشف التدفق النقدي يتطلب تحليلاً مسبقاً لجميع العناصر التي تؤثر في مختلف بنوده، وأولها المبيعات والتكاليف المرتبطة بها.

4-5-7-3- استعمل كشف التدفق النقدي من قبل البنوك:

تم تطوير كشف التدفق النقدي كأحد أدوات التخطيط المالي بالدرجة الأولى وذلك لمساعدة الإدارة في تحقيق أهدافها، ونظراً لأهمية هذا الكشف واستخداماته كأداة تحليل أيضاً، تقوم البنوك التجارية باستعماله للتعرف على احتياجات عملائها من القروض، ومدى قدرتهم على التسديد، هذا وتؤدي المقارنة بين التدفقات النقدية الفعلية والمتوقعة دور جهاز الإنذار المبكر الذي ينبّه البنك إلى التصرف في الوقت المناسب.

وتتوقف ثقة البنك في كشوفات التدفق النقدي المقدّمة على مدى دقة الكشف المقدمة سابقاً ومدى سلامة الفرضيات التي قامت عليها، ولكن لا بد من قيام البنك باختيار هذه الكشف للتأكد من سلامة فرضياتها وواقعيتها.

5-5-7-3- إعداد كشف التدفق النقدي:

ينطلق إعداد كشف التدفق النقدي من فرضيات أساسية تتعلق بحجم المبيعات المتوقعة وسياسات البيع والتحصيل، وكذلك سياسات الشراء والإنتاج ومواعيد تسديد الالتزامات بالإضافة إلى القرارات الخاصة بالاستثمارات.

ويمكن تحديد تدفقات الاستثمارات الرأسمالية والالتزامات القائمة بمنتهى الدقة إذا توافرت لنا المعلومات عن خطط الإدارة في هذا الصدد، أما بالنسبة لتخطيط المبيعات وتحصيل الذمم فيحتاج

أمرها إلى عناية كبيرة في التوقع، خاصة أن التدفقات النقدية الداخلة تتوقف على حجم المبيعات وانتظامها ونسبة المبيعات النقدية وشروط البيع وكفاية جهاز التحصيل. وترتبط المشتريات وتكاليف الإنتاج إلى حد كبير بحجم المبيعات، أما المصروفات الإدارية فغالبًا ما تتصف بالثبات إلى حد ما. وبشكل عام، يمكن اتباع الخطوات التالية في إعداد كشف التدفق النقدي وهي:

1. تحديد الفترة الكلية التي سيُعد عنها الكشف ثم الفترات الجزئية التي تنقسم إليها الفترة الكلية:

ويمكن إعداد الميزانيات النقدية لأية فترة زمنية سواء أكانت يومية أو أسبوعية أو شهرية أو فصلية، ولكن يُفضل إعدادها للفترات الزمنية القصيرة على أساس شهري، لأن إعدادها بهذا الشكل قد يُفسح المجال لإظهار التغيرات الموسمية في التدفق النقدي، أما إذا كانت هناك ذبذبات شديدة يمكن التنبؤ بها، فلا بد من إعداد الميزانيات النقدية لعدد أكبر من الفترات، وذلك للتعرف على الحد الأقصى للاحتياجات النقدية. وأما إذا كانت التدفقات النقدية تتصف بالثبات فإنه يمكن إعداد الميزانيات النقدية لفترات أطول كربع سنة أو نصف سنة، أو حتى لسنة؛ لكن يكون ذلك على حساب دقة التدفق النقدي المُعد، لأنه كلما طالت الفترة التي يُعد عنها كان أقل دقة، وذلك لأن العوامل التي تؤثر في التدفقات النقدية الداخلة والخارجة معقدة، ولا يمكن تقديرها بدرجة عالية من الدقة على المدى الطويل.

وبشكل عام، يجب أن تكون المدة التي يُعد عنها كشف التدفق النقدي قصيرة بالدرجة التي تجعل بالإمكان إعطاء الإدارة معلومات دقيقة وتفصيلية قدر الإمكان؛ ومن ناحية أخرى، يجب أن تكون المدة طويلة لدرجة تسمح بإعطاء الإدارة أبعاد المستقبل بالنسبة لاحتياجات التمويل المتوقعة، وعلى العموم فإن مدة السنة ستعمل عادة مع تفصيلات شهرية أو ربع سنوية

2. تقدير المبيعات:

ومن المناسب أن نشير هنا إلى أن الثقة في كشف التدفق النقدي تعتمد إلى حد كبير جدًا على مدى دقة المبيعات المُقدّرة، لأن الثقة في دقة كشف التدفق (باستثناء التدفقات الناتجة عن الاقتراض أو الاستثمار) لا يمكن أن تكون أكثر من الثقة في المبيعات المقدرة نفسها.

هذا ويستند التنبؤ بالمبيعات إلى ما يلي:

- 1) الاتجاه الذي اتخذته المبيعات في الماضي.
- 2) حصة المؤسسة من السوق.
- 3) قياس السوق التي تنتمي إليها المستشفى.
- 4) الوضع الاقتصادي العام.
- 5) الطاقة الإنتاجية للمستشفى.
- 6) عوامل المنافسة

3. تحديد معدل الإنتاج:

ويمكن أن يحدد الإنتاج إما على أساس ثابت حيث يستمر ذلك على مدار العام، وقد يكون على أساس الطلب الفعلي (لكل من هاتين الطريقتين فوائدها وعيوبها التي لا مجال لبحثها الآن)، ومن السهل تحديد كمية الإنتاج والتكاليف المرتبطة إذا ما تحددت سياسة الإنتاج التي ستتبعها المستشفى.

٤. تحديد سياسة المشتريات وشروط الدفع:

وهذا الأمر يرتبط بعدة أمور، منها مصادر الحصول على المواد الخام محلية كانت أم خارجية، وطبيعة هذه المواد من حيث إمكانيات شحنها وتخزينها، وأسواق هذه المواد من حيث كونها مستقرة أو متقلبة، وكذلك علاقة المستشفى مع الموردين وسهولة الحصول على الخصومات وتسهيلات الدفع.

٥. تحديد النفقات الصناعية:

ومصروفات البيع والتوزيع والمصروفات الإدارية ونفقات التمويل.

جانبا كشف التدفق النقدي

يتكون كشف التدفق النقدي من جانبين فقط هما جانبا المقبوضات والمدفوعات، والعناصر المكونة لكل من هذين الجانبين هي كما يلي:

- المقبوضات

وتتكون من جميع العناصر التي تُشكل مصدرًا للنقد الداخل للمؤسسة، مثل:

المبيعات: وهي أهم عناصر كشف التدفق النقدي، حيث يتوقف على حجمها كمية المقبوضات والمدفوعات النقدية، لذا يتطلب إعدادها كل العناية الفائقة. ويتضمن التعرف على المبيعات المتوقعة، إلى جانب ذلك، التعرف على نسبة البيع النقدي الذي يمثل تدفقًا فوريًا للنقد داخل المستشفى، وكذلك نسبة البيع الآجل والمواعيد المتوقعة لتحصيله، إذ أن البيع الآجل لا يُشكل تدفقًا نقديًا إلا بعد أن يتم التحصيل من المدينين.

تحصيل المبيعات الآجلة: يتوقف التحصيل على سياسة البيع التي تتبعها الشركة وكفاية جهاز التحصيل ونوعية المدينين ومدى متابعتهم، وعند إعداد كشف التدفق النقدي يجب أن تتوافر لدينا المعلومات التاريخية عن معدلات التحصيل في المواعيد المحددة ومعدلات التأخير عن هذه المواعيد ومقدار التأخير، حيث يُعاد توزيع المبيعات الآجلة بشكل نسبي استنادًا إلى هذه المعلومات على الفترات المتوقعة للتحصيل من المدينين.

المقبوضات النقدية الأخرى: بالرغم من أن المبيعات النقدية وتحصيل الذمم تُمثلان من الناحية العملية أهم مصادر النقد الداخل، إلا أننا يجب ألاّ نهمل أية مصادر أخرى قد تؤدي إلى تدفق النقد إلى داخل المستشفى، ومن ذلك: بيع أحد الأصول بسبب الاستغناء عنه وعدم الحاجة إليه، الاقتراض من مصادر التمويل المختلفة والحصول على قيمة القرض نقدًا، قبض عوائد الاستثمارات نقدًا، زيادة رأس المال.

- المدفوعات النقدية

وتتكون من العناصر التي تُشكل استعمالًا للنقد الداخل للمستشفى وهي:

شراء المواد الخام: تحدد المشتريات ويرسم برنامج طلبها في ضوء حجم ومواعيد المبيعات المتوقعة وسياسات التخزين المتعلقة بالمواد الجاهزة والمواد الخام وطول فترة التصنيع، وذلك لكون هذه العناصر هي المحدد النهائي لكمية المشتريات من المواد الخام، كما هي الحال بالنسبة

المبيعات الآجلة، إذ أن هناك أيضًا احتمالًا بالشراء الآجل من الموردين، لذا يؤخذ الموعد بين استلام المواد الخام والتاريخ الفعلي لدفع قيمتها بعين الاعتبار عند تحديد مواعيد تسديد الموردين على كشف التدفق النقدي.

أجور العمال: وتشمل في مجموع ما سيدفع لعمال الإنتاج من رواتب ومكافآت وعمولات.

المصروفات الإدارية والعمومية ومصروفات البيع والتوزيع والمصروفات الصناعية.

مصروفات أخرى مثل الفوائد، وتوزيع الأرباح، والتأمينات والضرائب.

سداد القروض أو الأوراق المالية الصادرة عن المستشفى.

شراء الموجودات الثابتة وزيادة الاستثمار فيها.

وبعد أن يؤخذ بعين الاعتبار جميع التدفقات النقدية المتوقعة دخولها الشركة (مجموع 1 في المثال اللاحق)، والتدفقات النقدية المتوقعة خروجها منها خلال الفترة الزمنية موضع التحليل (مجموع 2 في نفس المثال)، تجري مقارنة بين مجموع النفقات الداخلة ومجموع التدفقات الخارجة (مجموع 3 في المثال) للوصول إلى صافي هذه التدفقات التي إما أن تكون فائضًا إذا زادت التدفقات الداخلة عن الخارجة أو (عجزًا) إذا زادت التدفقات الخارجة عن الداخلة.

الخطوة الأخيرة :

والخطوة الأخيرة في إعداد كشف التدفق النقدي هي تعرّف صافي الاحتياجات أو الفوائض في نهاية كل فترة من الفترات التي يُعد فيها الكشف، وهذا يتطلب إضافة رصيد النقد في بداية الفترة (مجموع 4 في المثال) إلى رصيد التدفق النقدي للفترة نفسها، لنخرج برصيد نهاية الفترة (مجموع 5 في المثال) الذي يُعتبر رصيداً لبداية الفترة الثانية وهكذا. وتُشكل أرصدة نهاية الفترة الرصيد التراكمي للتدفق المالي (مجموع 5 في المثال) قبل الاقتراض أو التسديد، هذا وللوصول إلى ما إذا كان هناك فائض أو عجز، علينا أن نطرح الرصيد النقدي المتراكم نهاية كل فترة

(مجموعة 5 في المثال) الحد النقدي الأدنى (مجموعة 6 في المثال) الذي يجب على المستشفى الاحتفاظ به لنخرج في النهاية بمقدار العجز تمويله أو الفائض المتاح.

مثال عملي على الميزانيات النقدية التقديرية (أو كشف التدفق النقدي)

توافرت لنا المعلومات التالية عن شركة أ ب ج (جميع الأرقام بالجنيه):

المبيعات: 15000، 15000، 30000، 45000، 60000، 30000، 30000
15000، 15000 جنيه للأشهر من 1 إلى 9 بالترتيب.

20٪ من المبيعات تُحصَل نقدًا في نفس الشهر الذي يتم فيه البيع. 70٪ من المبيعات تُحصَل نقدًا خلال الشهر الذي يلي شهر البيع. 10٪ من المبيعات تُحصَل نقدًا خلال الشهر الثالث للبيع. تُمثل المواد الخام المُشتراة 70٪ من قيمة المبيعات، وتُشترى قبل الشهر الذي يتم فيه البيع، وتُدفع قيمتها بعد شهر من تاريخ الشراء.

الرواتب والأجور الصناعية: 2250، 3000، 3750، 2250، 2250، 1500 جنيه للأشهر (من 3 إلى 8) على التوالي.

الأجرة: 750، 750، 750، 750، 750، 750 جنيه للأشهر (من 3 إلى 8) على التوالي.

مصرفات أخرى: 300، 450، 600، 300، 300، 150 جنيه للأشهر (من 3 إلى 8) على التوالي.

أقساط قروض: 1200، 1500 جنيه تُدفع في الشهر الرابع والخامس.

الحد الأدنى للنقد في الصندوق: 7500 جنيه.

رصيد النقد في أول المدة: 9000 جنيه.

سيتم بيع آليات مستعملة بمبلغ 1000 جنيه في الشهر الثامن.

سيتم شراء آليات بمبلغ 3000 جنيه في الشهر الثامن.

الفترة الزمنية لكشف التدفق النقدي: الأشهر 3، 4، 5، 6، 7، 8.

المطلوب:

إعداد الميزانية النقدية التقديرية (كشف التدفق النقدي) :

1) تحديد نتيجة الفترات الجزئية من فائض أو عجز مع إهمال رصيد أول المدة والحد الأدنى للنقد.

2) تحديد الفائض أو العجز المتراكم.

3) تحديد حاجات الاقتراض.

4) ترتيب برنامج التسديد المتوقع.

الحل:

1. كشف التدفق النقدي

البيان / الشهر	3	4	5	6	7	8
إجمالي المبيعات	30000	45000	6000	30000	30000	15000

المقبوضات:

مبيعات نقدية (20% من مبيعات الشهر)	3	4	5	6	7	8
مبيعات آجلة (70% من مبيعات الشهر الماضي)	10500	21000	31500	42000	21000	21000
تحصيل مبيعات آجلة (10% من مبيعات الشهر الماضي)	1500	1500	3000	4500	6000	3000

مبيعات الشهر قبل الماضي						
1000	—	—	—	—	—	مبيع آليات
28000	33000	52500	46500	31500	18000	مجموع النقد الداخل (1)
						المدفوعات:
10500	21000	21000	42000	31500	21000	مشتريات مواد أدوية
1500	2250	2250	3750	3000	2250	رواتب وأجور
750	750	750	750	750	750	الأجرة
150	300	300	600	450	300	مصاريف أخرى
—	—	—	15000	12000	—	أقساط قروض
3000	—	—	—	—	—	شراء آليات جديدة
15900	24300	24300	62100	47700	24300	مجموع النقد الخارج (2)
12100	8700	28200	(159600)	(16200)	(6300)	الفائض (أو العجز) (3=2-1)
7800	(900)	(29100)	(13500)	2700	9000	رصيد أول المدة (4)

19900	7800	(900)	(29100)	(13500)	2700	رصيد آخر الفترة (5)
-------	------	-------	---------	---------	------	------------------------

(7500)	(7500)	(7500)	(7500)	(7500)	(7500)	الحد الأدنى من النقد (6)
--------	--------	--------	--------	--------	--------	-----------------------------

12400	300	(8400)	(36600)	(21000)	(4800)	الموقف النهائي: النقدي فائض/ عجز (7)
-------	-----	--------	---------	---------	--------	--

—	—	8400	36600	2100	4800	التمويل
---	---	------	-------	------	------	---------

—	8400	28200	—	—	—	تسديد
---	------	-------	---	---	---	-------

كشف التدفق النقدي

وبإنجاز الكشف السابق نكون قد أجبنا عن الجزء (1) من المثال، أما الإجابة عن بقية الأجزاء فهي كما يلي:

2. نتيجة الفترات الجزئية من الفائض أو العجز (مع إهمال رصيد أول المدة والحد الأدنى من النقد):

الفترة	الفائض (أو العجز)
--------	-------------------

3	(6300)
---	--------

4	(16200)
---	---------

5	(15600)
---	---------

6	28200
---	-------

7	8700
---	------

8	12100
---	-------

نتيجة الفترات الجزئية من الفائض أو العجز (مع إهمال رصيد أول المدة والحد الأدنى من النقد)

3. نجد الفائض أو العجز المتراكم (مع أخذ رصيد أول المدة والحد الأدنى بعين الاعتبار)

الفترة الفائض (أو العجز) المتراكم

3 (4800)

4 (21000)

5 (36600)

6 (8400)

7 300

8 12400

الفائض أو العجز المتراكم (مع أخذ رصيد أول المدة والحد الأدنى بعين الاعتبار)

أما إذا أردنا إيجاد الفائض أو العجز المتراكم مع إهمال رصيد أول المدة والحد الأدنى للنقد، فإن الإجابة هي الجمع الجبري للفائض والعجز الوارد في البند (1)، وهو كما يلي:

الفترة الفائض (أو العجز) المتراكم (مع إهمال)

3 (6300)

4 (22500)

5 (38100)

6 (9900)

7 1200

8 10900

الفائض أو العجز المتراكم مع إهمال رصيد أول المدة والحد الأدنى للنقد

4. تحديد حاجات الاقتراض

بالعودة لكشف التدفق النقدي المُعد، وبالرجوع إلى الموقف النهائي للتدفق النقدي (بند رقم 7)، نستطيع تحديد الاقتراض التي تعادل مقدار العجز المشار إليه في هذا البند وهي:

الفترة رصيد الاقتراض = مقدار العجز المتراكم

3 4800

4 21000

5 36600

حاجات الاقتراض

5. برنامج التسديد

يتم التسديد عادة من تحقق الفوائض، ولما كانت الفترات 6، 7، 8 ستشهد فوائض نقدية مقدارها 28200، 8700، 12100 جنيه، على التوالي، فإن بالإمكان استعمال هذه الفوائض لتسديد المبالغ المُقترضة على دفعات كل منها في تاريخ تحقق الفائض كما يلي:

الفترة المبالغ الممكن تسديدها

6 28200

7 8400

التسديد

ويوضح هذا المثال إذا أهمية كشف التدفق النقدي حيث لاحظنا أن هذا الكشف قد قدم معلومات عن كمية الأموال المتوقع دخولها للمستشفى خلال الفترة الزمنية الممتدة ما بين الشهر الثالث

والشهر الثامن، وكذلك كمية الأموال المتوقع خروجها خلال نفس الفترة بالإضافة إلى تحديد دقيق للأوقات التي سيختل فيها التوازن بين النقد الداخل والخارج، واحتياج الشركة للاقتراض (كأحد الخيارات) لمواجهة العجز المتوقع حصوله بين النقد الخارج والنقد الداخل خلال الأشهر 3، 4، 5 وكمية هذا الاقتراض اللازمة في كل شهر، وهي $15600 + 16200 + 4800 = 36600$ جنيه.

ليس هذا فحسب، بل وضح كشف التدفق النقدي أيضاً المواعيد المتوقع أن تتمكن الشركة فيها من تحقيق فوائض نقدية تُمكنها من تسديد ما اقترضته، إذ أنه خلال شهري 6، 7 سيكون باستطاعتها تسديد (28200) جنيه و(8400) جنيه على التوالي.

عناصر الفائدة المدفوعة والمقبوضة

لقد أسقطنا في المثال السابق عنصري الفائدة المدفوعة والمقبوضة لغرض التبسيط فقط، ولكن أهمية هذين العنصرين خاصة في الحالات التي يكون فيها العجز أو الفائض ملحوظاً تستوجب بيان أثرهما، لذا يجب أن نضيف للتدفق النقدي الخارج مقدار الفوائد المتوقع دفعها على الاقتراض خلال الفترة التي ستستمر بها، وأن نضيف للتدفق النقدي الداخل مقدار الفوائد المتوقع الحصول عليها من استثمار الفوائض عند احتساب الفوائد على العجز، وقد يكون من المُبالغ فيه أخذ عجز نهاية الفترة واحتساب الفائدة عليه بكامل الفترة، لأن العجز قد يبدأ بالظهور تدريجياً ويتراكم حتى يصل إلى أقصاه في نهاية الفترة، بمعنى أن العجز الفعلي الذي ستُدفع عليه فوائد سيكون عبارة عن المعدل الحسابي لعجز بداية الفترة ونهايتها.

فلو كنا، مثلاً، نُعد كشف تدفق نقدي لمدة ستة أشهر مقسمة لفترات جزئية كل منها شهر، وكان العجز في نهاية الشهر الأول (50)، وتراكم تدريجياً ليصل إلى (150) في نهاية الشهر الثاني، فإن المبلغ الذي ستُحتسب عليه الفائدة خلال الشهر التالي هو:

$$100 = 2 \div (150 + 50) \text{ جنيه فقط}$$

الاستهلاك

ويعتبر الاستهلاك من الموضوعات التي تُثير الجدل عند الحديث عن التدفق النقدي. وسبب هذا الجدل هو إضافة الاستهلاك للربح إلى القيمة التقريبية للنقد المتحقق من العمليات، الأمر الذي حدا ببعض الكتاب إلى اعتبار الاستهلاك مصدرًا للنقد ويُعتقد أن الرأي الذي ذهب إليه المجموعة التي تقول بأن الاستهلاك هو مصدر للنقد هو مذهب غير سليم، لأن الاستهلاك نفسه ليس إلا قيدًا محاسبيًا تُحمّل به إيرادات الفترة للوصول إلى الدخل. ويرجع سبب إضافة الاستهلاك إلى صافي الدخل للوصول إلى قيمة النقد المتحقق من العمليات إلى أن قيد الاستهلاك على حساب الدخل أدى إلى حجز مبلغ من النقد الداخل للمستشفى يعادل قيمة هذا الاستهلاك، ومنعت المستشفى من التصرف به لأنه ليس ربحًا قابلاً للاستعمال في أوجه استعمال الربح المتعارف عليها.

6-7-3- محددات استعمال كشف التدفق النقدي:

هناك من يضع ثقة مطلقة في كشوفات التدفق النقدي لمجرد كونها كشوفًا رقمية، لكن من الممكن نكت نظر تلك الفئة التي تتأثر إيجابيًا بمدلولات أي رقم إلى حقيقة مفادها أن جودة أي رقم مهما كان لا تزيد بأي حال من الأحوال على جودة الفرضية التي بُني عليها، ولما كانت هذه الكشوفات هي عبارة عن تقديرات للموقف النقدي في المستقبل، لذا فهي وارثة لجميع العيوب التي تراثها التقديرات المستقبلية مثل:

1- الأخطاء في التقديرات:

إذ يعتمد كشف التدفق النقدي اعتمادًا رئيسيًا على مدى دقة تقدير المبيعات بحكم كونها العنصر الأهم في تدفق النقد الداخل للمؤسسة، فالخطأ في تقدير المبيعات سوف يؤثر في جميع مكونات كشف التدفق النقدي من نقد داخل وتحصيل الذمم ومدفوعات للموردين.

2- الخطأ في اختيار الفترة الجزئية للكشف

لأن الاختيار المناسب للفترة الجزئية هو الذي يجعلها تتزامن والدورة الموسمية، ليكون بالإمكان إظهار الاحتياجات القصوى للتمويل، وبالعكس ذلك فإن الاختيار غير المناسب للفترة لن يعطي صورة صحيحة للاحتياجات الفعلية.

3- عدم التزامن بين دخول الأموال وخروجها ضمن الفترة الجزئية

إذ تتوزع الدفعات – عادة – على مدى الشهر، في حين تكون المقبوضات في بعض الأحيان في نهايته.

والإجراء الأنسب لمقابلة هذه المحددات ولمقابلة مشكلات الانحراف عن الأهداف الموضوعية هي القيام بإعداد أكثر من كشف نقدي لنفس الفترة، ولكن تحت فرضيات مختلفة تتراوح بين التفاؤل والتشاؤم، والاحتمال الراجح (بالإنجليزية: MOST LIKELY OPTIMISTIC, (PESSIMISTIC) واستمرار مراجعتها وتعديلها عندما تحصل الانحرافات عن المتوقع.

وخلاصة القول إن كشف التدفق النقدي هو الأداة الأفضل من بين أدوات التحليل الائتماني حينما يتعلق الأمر بتعرف كمية ومواعيد الاحتياجات المالية للمقترض، وتلك لما تُوصف به هذه الأداة من قدرة على تحديد كمية الأموال المتوقعة دخولها وخروجها من المستشفى دون أن تترث عيوب قائمة الدخل وعيوب قائمة المركز المالي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن كشف التدفق النقدي هو الأداة الأنسب حينما يحتاج الأمر إلى إجابة دقيقة لثلاثة أسئلة رئيسية تدور حول:

○ كمية الأموال التي يحتاج إليها المقترض.

○ والغرض الذي تُستعمل هذه الأموال من أجله.

○ وكذلك المواعيد المتوقعة للتسديد.

○ الانحراف عن التدفقات النقدية المتوقعة

هناك من يضع الكثير من الثقة في الميزانيات التقديرية بسبب طبيعتها الرقمية، وفي هذا الصدد لا بد من الإشارة إلى أن كشف التدفق النقدي ليس إلا للتدفقات النقدية المستقبلية، وتتوقف دقة هذه التقديرات على العناية المبذولة في إعداد هذه التقديرات وعلى مدى قابلية نشاط المستشفى

للتأثر بالمتغيرات المحيطة بها. وفي ضوء عدم التأكد هذا، لا بد من إعداد أكثر من سيناريو للتدفق النقدي استناداً إلى فرضيات متفائلة ومتشائمة، ثم الحالة الأكثر احتمالاً حيث أن الاعتماد على حالة واحدة قد يؤدي إلى نتائج خاطئة عن تصورنا للمستقبل.

3-8- قائمة الدخل التقديرية كأداة في التخطيط المالي

قائمة الدخل هي عبارة عن كشف بالدخل المحقق خلال فترة مالية معينة وبالتكاليف التي تحملتها المؤسسة خلال تلك الفترة لتحقيق ذلك الدخل. وتُعد هذه القائمة لأجل التعرف على إجمالي الدخل المُحقق والتعرف على كمية كل عنصر من عناصر التكاليف المرتبطة بهذا الدخل من مواد خام وعماله، ومصروفات تشغيل، ومصروفات إدارية وعمومية، ومصروفات بيع وتوزيع، والربح الصافي الناتج عن الفرق بين الدخل والتكاليف. أما قائمة الدخل التقديرية (بالإنجليزية: PROFORMA INCOME STATEMENT) فهي عبارة عن توقع الدخل والمصروفات المرتبطة به لفترة مستقبلية محددة.

3-8-1- ويحقق إعداد قائمة الدخل التقديرية الغايات التالية:

- ✓ تقدير الأرباح المتوقعة خلال الفترة المالية القادمة.
- ✓ التعرف على إمكانية القدرة الذاتية للتمويل وذلك من خلال حجم الأرباح المُتوقع تحقيقها.
- ✓ التعرف على الإيرادات والمصروفات.
- ✓ التعرف على كيفية التصرف بالدخل.
- ✓ متطلبات إعداد قائمة الدخل التقديرية

3-8-2- يتطلب إعداد قائمة الدخل التقديرية ما يلي:

1. تقدير صافي المبيعات المُتوقع خلال الفترة التي سَتُعد عنها القائمة، ويعتبر هذا الأمر عنصراً رئيسياً لإعداد قوائم الدخل التقديرية حيث يكون:

صافي المبيعات = إجمالي المبيعات – مردودات المبيعات – الخصم المسموح به

2. تقدير تكلفة البضاعة المباعة:

يمكن تقدير كُلفة المبيعات باستعمال نسبة التكاليف إلى المبيعات في الماضي، أو باستعمال المعادلة التالية:

كلفة البضاعة المبّعة = بضاعة أول المدة + المشتريات - بضاعة آخر المدة

3. تقرير مُجمل ربح العمليات وهو الفرق بين المبيعات وتكلفتها.

4. تقدير المصروفات الإدارية والعمومية ومصروفات البيع، وغالبًا ما تكون هذه المصروفات ثابتة على المدى القصير.

5. تقدير صافي ربح العمليات قبل الضرائب والفوائد، وهو يساوي صافي المبيعات مطروحًا منه كلفة المبيعات والمصاريف الإدارية والعمومية.

6. تقدير صافي الربح قبل الضرائب، ويتضمن ذلك تقدير الفوائد المدفوعة والدخول والمصروفات الأخرى غير المتعلقة بالعمليات وطرحها من حصيلة البند السابق رقم (5).

7. تقدير صافي الربح بعد الضرائب وتحديد كيفية التصرف بالأرباح. حصيلة البند رقم (٦)، وتحديد كيفية التصرف بالأرباح.

3-8-3- إعداد قائمة الدخل التقديرية

يمكن إعداد قائمة الدخل التقديرية بأسلوبين:

(1) الأسلوب الأول:

ويقوم هذا الأسلوب على أساس العلاقة النسبية بين المبيعات ومختلف بنود قائمة الدخل.

(2) الأسلوب الثاني:

ويقوم هذا الأسلوب على أساس التقدير التفصيلي لجميع بنود قائمة الدخل.

وسنقصر حديثنا هنا على إعداد قائمة الدخل باستعمال طريقة النسب.

إعداد قائمة الدخل التقديرية باستعمال طريقة النسب

يستند إعداد قائمة الدخل التقديرية حسب طريقة النسب إلى وجود علاقة ثابتة نسبياً، على المدى القصير، بين صافي المبيعات وبين مختلف بنود قائمة الدخل باستثناء البنود التالية:

- الفائدة المدفوعة:

ويتم تقدير الفائدة المدفوعة استناداً إلى حجم قروض المستشفى ومعدلات فوائدها، وتُساعد في هذا المجال كثيرًا قائمة التدفق النقدي.

- الإيرادات الأخرى:

يصعب التنبؤ بالإيرادات الأخرى إذا كانت غير متكررة أو إذا لم يكن لها نمط معين يمكن الاستناد إليه في عملية التنبؤ أو التقدير بالقياس، ما لم تكن هناك معلومات أخرى خلاف ذلك.

- المصروفات الأخرى:

وينطبق عليها ما ينطبق على الإيرادات الأخرى.

- الضرائب:

وتُحدد قيمتها في ضوء نسب الضرائب التي تخضع لها أرباح المستشفى موضع البحث.

- الأرباح الموزعة:

تُحدد الأرباح الموزعة عادة بقرار من إدارة المؤسسة في ضوء العديد من الاعتبارات التي منها توافر النقد، وتوفير قدر من التمويل الذاتي للمؤسسة، ودفع عائد مناسب للمستثمرين.

4-8-3- متطلبات إعداد قائمة الدخل التقديرية

معروف أن إعداد الميزانية التقديرية بالنسب يقوم أساساً على افتراض أن العلاقة التي كانت في الماضي بين المبيعات وبين بنود قائمة الدخل سوف تستمر في المستقبل، لذا فإن هذا الإعداد يتطلب ما يلي:

★ تقدير المبيعات للفترة التي ستُعد عنها قائمة الدخل التقديرية.

★ التعرف على العلاقة التاريخية القائمة بين المبيعات وبين مختلف بنود قائمة الدخل للمستشفى ، إما استنادًا إلى قائمة حديثة، أو استنادًا إلى معدلات لمجموعة من القوائم لفترات سابقة بعد التعرف على العلاقات النسبية بين المبيعات وبنود قائمة الدخل، والتعرف على حجم المبيعات المتوقعة الفترة القادمة، تُضرب المبيعات المتوقعة في النسب المختلفة للبنود المشكّلة لقائمة الدخل، لنخرج بعد ذلك بأرقام لقائمة الدخل التقديرية باستثناء البنود المتعلقة بالفوائد والإيرادات والمصروفات الأخرى والضرائب والأرباح المتوقعة توزيعها.

★ الحصول على المعلومات المساعدة لتحديد حجم الفائدة المدفوعة (أو المقبوضة إن وجدت)، والإيرادات والمصروفات الأخرى، والضرائب، والأرباح وكيفية التصرف بها.

المثال التالي يوضح هذه الخطوات:

مثال على إعداد قائمة الدخل التقديرية

توافر لدينا قائمة الدخل التالية الخاصة بشركة أ ب ج للفترة المنتهية في 2019/12/31:

500000	المبيعات
(300000)	كافة المبيعات
200000	مجمّل ربح العمليات
(100000)	مصرفات إدارية وعمومية
100000	صافي ربح العمليات
(10000)	فوائد مدفوعة
35000	إيرادات أخرى

(15000)	مصروفات أخرى
110000	صافي الربح قبل الضريبة
44000	ضريبة
66000	صافي الربح بعد الضريبة
50000	أرباح موزعة
16000	الأرباح المحتفظ بها

قائمة الدخل الخاصة بإحدى الشركات
المطلوب:

إعداد قائمة الدخل التقديرية لسنة 2020 في ظل الفرضيات التالية:

المبيعات المتوقعة = 800000 جنيه.

يُتوقع أن تكون الفوائد المدفوعة = 15000 جنيه.

تُقدر الإيرادات الأخرى بمبلغ = 20000 جنيه

تُقدر المصروفات الأخرى بمبلغ = 15000 جنيه.

تخضع الشركة لضريبة دخل معدلها 40%.

ستوزع الشركة 70% من الأرباح المُحقَّقة.

خطوات الحل

1. نقوم بإيجاد نسبة كل بند من بنود قائمة الدخل إلى المبيعات، علمًا بأننا لن نقوم بذلك في مجال بنود الفوائد المدفوعة، والإيرادات الأخرى، والمصروفات الأخرى والضريبة.

النسبة	جنيه	
100%	500000	المبيعات
60%	(300000)	كافة المبيعات

مجمّل ربح العمليات	200000	%40
مصروفات إدارية	(100000)	%20
صافي ربح العمليات	100000	%20
فوائد مدفوعة	(10000)	لا يوجد علاقة نسبية ثابتة
إيرادات أخرى	35000	—
مصروفات أخرى	(15000)	—
صافي الربح قبل الضريبة	110000	—
ضريبة %40	(44000)	—
صافي الربح بعد الضريبة	66000	—
أرباح موزعة	50000	
الأرباح المحتفظ بها	16000	

جدول نسبة كل بند من بنود قائمة الدخل إلى المبيعات

2. يُقدر ارتفاع المبيعات المتوقعة للفترة لتصل إلى ما مقداره 800 ألف جنيه، كما يُتوقع أن تكون الفوائد المدفوعة 15 ألف جنيه، أما الإيرادات الأخرى فستكون 20 ألف جنيه وستكون المصروفات الأخرى 15 ألف جنيه. ولإعداد قائمة الدخل التقديرية، نعود إلى العلاقات النسبية بين المبيعات وبنود قائمة الدخل ونضرب بعضها في بعض، ونخرج بالأرقام التقديرية لبعض بنود القائمة، أما بقية البنود التي لا توجد علاقة نسبية مستقرة بينها وبين المبيعات، فيتم استخراج قيمتها استنادًا إلى المعلومات المتوافرة في الفرضيات:

العلاقة النسبية المتوقع عند 800 ألف جنيه

المبيعات	100%	
كافة المبيعات	60%	
مجمّل ربح العمليات	40%	
مصروفات إدارية	20%	
صافي ربح العمليات	20%	
فوائد مدفوعة	—	(15000)
إيرادات أخرى	—	20000
مصروفات أخرى	—	(15000)
صافي الربح قبل الضريبة	—	150000
ضريبة 40%	—	(60000)
صافي الربح بعد الضريبة		90000
أرباح موزعة		63000
الأرباح المحتفظ بها		27000

الأرقام التقديرية لبعض بنود القائمة والأرقام المحددة بالمعطيات للبنود الأخرى

9-3- الميزانية العمومية التقديرية كأداة في التخطيط المالي:

يُعتبر إعداد الميزانية العمومية التقديرية بالإنجليزية: PROFORMA BALANCE (SHEET) الخطوة الأخيرة في عملية التخطيط المالي حيث لا يتم إعداد هذه القائمة عادة إلا

بعد إعداد قائمة الدخل التقديرية والميزانية التقديرية، وذلك لضرورة معلومات هاتين القائمتين لإعداد الميزانية العمومية التقديرية.

وتتميز الميزانية العمومية التقديرية عن الميزانية العمومية العادية في كون الأولى خطة مالية وأداة للرقابة، في حين تحتوي الثانية على معلومات تاريخية عن فترة سابقة.

ويهدف إعداد الميزانية العمومية التقديرية إلى التعرف على قيمة كل بند من بنود الموجودات والمطلوبات، وكذلك الصورة الكلية للموقف المالي المتوقع عند مستوى نشاط معين، خاصة أن مثل هذه الصورة ستساعد الإدارة المالية في التعرف على أثر مختلف السياسات التي ستسير عليها المؤسسة في وضعها المالي المستقبلي، كما ستمكّنها من تقييم سيولة وربحية وكفاءة المؤسسة ومديونيتها عند مستوى هذا النشاط.

1-9-3- انتقادات الميزانية التقديرية:

ويؤخذ على الميزانيات التقديرية إظهارها لصور ساكنة لمراكز المستشفيات التي تمثلها في نهاية الفترة التي تُعد عنها، فهي لا تُظهر إلاّ الأرصدة، ولا تهتم بحركات العناصر الناتجة عن التقلبات الموسمية أو عن طبيعة العمل، لذا فقد تكون مُضللة في حالة المؤسسات ذات النشاط الموسمي، خاصة التي تصادف نهاية موسمها فترة إعداد الميزانية. ولهذا فإن هناك من يرى ضرورة إعداد ميزانيات تتزامن وفترة الذروة في النشاط الموسمي لتكون الميزانية أكثر تمثيلاً للواقع.

ويمكن إعداد الميزانية العمومية التقديرية إما باستعمال طريقة النسب، أو بالقيام بتقدير جميع عناصر الموجودات والمطلوبات وحقوق المالكين بشكل منفرد، هذا وسنتناول هنا إعداد الميزانية التقديرية بطريقة النسب فقط.

ولا بد من الإشارة إلى عدم إمكانية استعمال النسب عند إعداد الميزانيات التقديرية لمرحلة التأسيس وذلك لعدم وجود علاقات تاريخية بين المبيعات والموجودات، إذ يتم في هذه المرحلة تقدير الاستثمار في الموجودات استناداً إلى حجم المشروع والإنتاج المتوقع. أما فيما يتعلق

بالمصادر، فيتم ترتيبها في ضوء المصادر الذاتية لأصحاب المشروع وإمكانات الاقتراض سواء من المصارف أو من الموردين أو مصادر التمويل الأخرى بمختلف أنواعها.

2-9-3- تعريف الميزانية العمومية التقديرية

يمكن تعريف الميزانية العمومية التقديرية بأنها التعبير الكمي للخطة المستقبلية بصورة نقدية، فهي تُبين الدخل المخطط والمصاريف المخططة خلال فترة مستقبلية محددة. هذا ويتطلب إعداد الميزانية العمومية التقديرية اشتراك كل من الإدارة وقسم المحاسبة في الشركة.

3-9-3- الدور الإداري في إعداد الميزانية العمومية التقديرية:

يتمثل دور الإدارة في إعداد الميزانية العمومية التقديرية في تحديد معدلات الأداء من ناحية الكم والكيف، حيث تقوم الإدارة غالبًا بتحديد معدلات كمية لحجم المبيعات وحجم الإنتاج والمخزون والمشتريات، بالإضافة إلى تحديد معدلات كفاءة الأداء ومعدلات السماح التي يجب ألا تتعدها عناصر الإنتاج والتكاليف والخدمات للمشروع.

4-9-3- الدور المحاسبي في إعداد الميزانية العمومية التقديرية:

بعد أن تنتهي الإدارة من تحديد معدلات الأداء من ناحية الكم والكيف، يقوم المحاسب بترجمة تلك المعدلات الكمية إلى صورة مالية، وهذا التعبير يكون في شكل الميزانيات العمومية التقديرية لأوجه نشاط المنشأة المختلفة.

5-9-3- أهداف الميزانية العمومية التقديرية كأداة في التخطيط المالي

تُحقق الميزانية العمومية التقديرية عدة أهداف منها هدف التخطيط المالي ومثال ذلك الميزانية التقديرية النقدية، وهدف الرقابة المالية ومثال ذلك عملية مقارنة النتائج الفعلية مع المخططة.

ومن الجدير بالذكر أن على المنشأة تحديد أهدافها طويلة الأجل، ثم إعداد الميزانية العمومية التقديرية قصيرة الأجل التي تساهم في الخطة الاستراتيجية طويلة الأجل، ويمكن التعبير عن الأهداف قصيرة الأجل بصور مختلفة منها:

- معدل العائد على رأس المال المستثمر.
- نسبة صافي الربح إلى المبيعات.
- معدل دوران رأس المال.
- معدل نمو المبيعات.
- إجراءات إعداد الميزانية العمومية التقديرية

يتم إعداد الميزانية التقديرية لمرحلة التأسيس حسب الخطوات التالية:

- 1- تقدير الاستثمارات في الموجودات الثابتة وبقية الموجودات (أرض، بناء، آلات ومعدات).
- 2- تقدير مصاريف التأسيس.
- 3- تحديد حجم المبيعات المتوقعة وسياسات البيع والشراء والتكاليف المرتبطة بالمبيعات المباشرة منها وغير المباشرة.
- 4- إعداد كشف التدفق النقدي لأجل بيان مصادر النقد واستخدامه، وبيان الرصيد النقدي الذي سيظهر في الميزانية.
- 5- إعداد قائمة الدخل وحساب التوزيع لأجل التعرف على التكاليف والأرباح وكيفية التصرف بها، وما سيتم الاحتفاظ به داخل المؤسسة لأجل التعرف على المصادر الذاتية وحقوق المالكين في نهاية الفترة المالية.
- 6- إعداد كشف رأس المال العامل لأجل التعرف على أرصدة المدينين والمواد الخام والبضاعة تحت التصنيع والبضاعة الجاهزة، وكذلك أرصدة الموردين الذين يبيعون للمؤسسة بيع آجلا.
- 7- إعداد كشف الاستهلاك السنوي للموجودات الثابتة وقيمة الموجودات الثابتة الأصلية والإضافات عليها لأجل التعرف على رصيد الموجودات الثابتة في نهاية الفترة المالية.
- 8- تقدير فوائد وأرصدة القروض ويكون ذلك بالاستناد إلى حجم القروض.

وبعد استكمال هذه المعلومات، تكون قد توافرت جميع المعلومات اللازمة لإعداد الميزانية العمومية التقديرية عند نهاية مرحلة التأسيس.

6-9-3- إعداد الميزانية العمومية التقديرية بطريقة النسب:

يتم إعداد الميزانية العمومية التقديرية بطريقة النسب على النحو التالي:

1- الحصول على المبيعات الصافية الفعلية لآخر فترة مالية للمؤسسة التي ستُعد لها الميزانية العمومية التقديرية.

2- الحصول على آخر ميزانية فعلية للمؤسسة.

3- إيجاد العلاقة النسبية بين كل بند من بنود الميزانية العمومية وبين المبيعات، مع الأخذ بعين الاعتبار ضعف الارتباط بين المبيعات وبعض بنود الميزانية، مثل الموجودات الثابتة، والديون طويلة الأجل، والأرباح غير الموزعة، ورأس المال؛ لذا يتم تجاهل العلاقة النسبية بين هذه البنود وبين المبيعات. وكبديل لذلك، يتم البحث عن المعلومات التي تؤثر في هذه البنود لتحديد قيمتها في نهاية الفترة التي تُعد عنها الميزانية العمومية التقديرية كأن يتم التعرف على النفقات الرأسمالية والاستهلاكات والأرباح الموزعة لتحديد رقمي الموجودات الثابتة والأرباح المحتفظ بها.

4- تقدير صافي المبيعات المتوقعة للفترة التي ستُعد عنها الميزانية العمومية التقديرية، ويتم ذلك حسب طرق التقدير المتعارف عليها في هذا الصدد.

5- استعمال النسب التي تم الحصول عليها في البند الثالث بالمبيعات المتوقعة المشار إليها في البند الرابع، لأجل الوصول إلى القيمة المطلقة لبنود الموجودات ذات الارتباط بالمبيعات.

6- البحث عن المعلومات التي تؤثر في البنود ذات الارتباط الضعيف بالمبيعات لتحديد قيمتها.

7- تتم مقارنة جانبي الميزانية لأجل تحديد الاحتياجات المالية والعمل على مواجهتها من خلال الاقتراض، أو الأرباح غير الموزعة، أو زيادة رأس المال. وإذا كان جانب

الموجودات أكبر في قيمته من جانب المطلوبات، يكون الفارق بين الجانبين ممثلاً للتمويل الذي تحتاجه المؤسسة.

مثال عملي على إعداد الموازنة التقديرية

توافرت لنا المعلومات التالية عن شركة أ ب ج:

الميزانية العمومية للشركة للسنة المنتهية في 2019/12/31، كما هي مبينة بالجدول أدناه.
بلغت مبيعات سنة 2019 ما مقداره (500) ألف جنيه، أما المبيعات المتوقعة لسنة 2020 فهي (800) ألف جنيه.

الاستهلاك السنوي للموجودات الثابتة (25) ألف جنيه.

ستشتري الشركة موجودات ثابتة جديدة قيمتها في حدود (75) ألف جنيه.

تُحقق المؤسسة أرباحاً قبل الضرائب مقدارها 20% من المبيعات.

توزع أرباحاً مقدارها 10% من رأس المال، وتخصص 10% من الأرباح لمجلس الإدارة، في حين يتم الاحتفاظ بالباقي داخل المؤسسة.

معدل الضرائب الذي تدفعه على صافي الأرباح 40%.

ستتخفيض المدفوعات المقدمة إلى النصف، كما سيتم تصفية نصف الاستثمارات خلال سنة 2020.

سيتم تسديد (50) ألف من أصل الديون الطويلة الأجل.

المطلوب:

إعداد الميزانية العمومية التقديرية للسنة المنتهية في 2020/12/31.

تقدير الاحتياجات التمويلية اللازمة.

الحل:

أولاً: إعداد الميزانية العمومية التقديرية لسنة 2020:

(1)	(2)	(3)	(4)
الميزانية العمومية في 2019/12/13	البنود التي: لها علاقة بالمبيعات (×) ليس لها علاقة (-)	نسبة البنود إلى المبيعات (1÷المبيعات)	الميزانية العمومية في /2020/12/31 مبيعات (800 ألف جنيه) (عمود 3 × المبيعات المتوقعة)
نقد	×	%6	48000
استثمارات	—	—	10000
مدينون	×	%10	80000
بضاعة	×	%50	400000
مدفوعات مقدمة	—	—	5000
موجوع الموجودات المتداولة	—	—	543000
صافي الموجودات الثابتة	—	—	390000
المجموع			933000
دائنون تجارين	×	%10	80000

أوراق دفع	100000	×	%20	160000
ضريبة دخل	50000	—	—	64000
قروض طويلة الأجل	100000	—	—	50000
رأسمال	350000	—	—	350000
أرباح غير موزعة	50000	—	—	101400
المجموع	700000			805400

مثال عملي على إعداد الميزانية العمومية التقديرية

خطوات الحل

الخطوة الأولى

تم تحديد البنود التي لها علاقة بالمبيعات وتمييزها بالعلامة (x)، والبنود التي لا علاقة لها بالمبيعات وتمييزها بالعلامة (-).

الخطوة الثانية

نُسبت البنود التي لها علاقة بالمبيعات إلى المبيعات، وأُظهرت النسب في العمود الثالث، بحيث:

نُسبت البنود التي لها علاقة بالمبيعات إلى المبيعات، وأُظهرت النسب في العمود الثالث، بحيث:

$$\text{نسبة النقد إلى المبيعات المتوقعة} = 300000 \div 500000 \times 100\% = 6\%$$

وهكذا بالنسبة إلى بقية البنود.

الخطوة الثالثة

العمود الرابع يتضمن القيم التقديرية لمختلف بنود الميزانية، ويتم تحديد هذه القيم على النحو التالي:

الخطوة الرابعة

البندود التي لها علاقة قوية مع المبيعات المُشار إليها بعلامة (x) يتم إيجاد قيمتها من خلال ضرب النسبة المُبيّنة في العمود (3) في قيمة المبيعات المتوقعة، وفيما يلي توضيح ذلك:

النقد = $800000 \times 6\% = 48000$ جنيه.

وهكذا بالنسبة لبقية البنود.

البنود الأخرى تُحدد قيمتها استنادًا إلى المعلومات المتاحة عنها، كما يتضح مما يلي:

الاستثمارات: ستتخفض إلى النصف، أي ستصبح = 1000 بدلا من 20000 جنيه.

المدفوعات المقدمة: ستخفض إلى النصف أي ستصبح 5000 جنيه بدلا من 10000 جنيه.

القروض الطويلة الأجل: ستخفض إلى 50 ألف جنيهه بدلا من 100 ألف جنيهه.

رأس المال سببى كما هو.

الموجودات الثابتة ستصبح (بالجنيه) كما يلي:

340000	الموجودات الثابتة في 2019/12/31
75000	+ إضافات
25000	- الاستهلاك
390000	صافي الموجودات الثابتة في 2020/12/31

الموجودات الثابتة

الخطوة الخامسة

بإضافة البنود المُشار إليها أعلاه إلى العمود (4)، نلاحظ اكتمال جانب الموجودات من الميزانية، ويصبح مجموعها (933) ألف جنيه.

الخطوة السادسة

الأرباح قبل الضريبة $800000 \times 20\%$ 160000

ضريبة 40% 64000

صافي الربح بعد الضريبة 96000

أرباح موزعة (10% من رأس المال) 350000

أعضاء مجلس الإدارة 10% من الأرباح 9600

الأرباح غير الموزعة 51400

تحديد الأرباح الموزعة

الخطوة السابعة

بعد إضافة البنود أعلاه إلى جانبي الميزانية، تظهر الصورة المبينة في العمود الرابع، وبذلك تكتمل عناصر جانب الموجودات وجانب المطلوبات من الميزانية لكن دون أن يتوازنا.

الخطوة الثامنة

يُلاحظ أن مجموع الجانب الأيمن للميزانية التقديرية هو 933 ألف جنيه، أي بزيادة مقدارها 233 ألف جنيه عن الفترة السابقة، وهذا المبلغ يُمثل الزيادة المتوقعة في الاستثمار في مختلف بنود الميزانية العمومية التقديرية إذا ما توقعت الشركة الوصول بمبيعاتها إلى 800 ألف جنيه.

الخطوة التاسعة:

يُلاحظ أن مجموع الجانب الأيسر من الميزانية 805400 جنيه، في حين كان من المفروض أن يتوازن مع الجانب الأيمن، وعدم التوازن يعني أن المصادر المتاحة للتمويل أقل بمقدار 127600 جنيه، وعلى المؤسسة أن تعمل على تدبيرها.

ثانيًا: تقدير الاحتياجات التمويلية:

جنيه	
700000	موجودات الشركة في 2019/12/31
933000	موجودات الشركة المتوقعة في 2020/12/31 على افتراض وصول المبيعات إلى 800 ألف جنيه
233000	الاحتياجات التمويلية الصافية
	مصادر التمويل:
105400	الزيادة الصافية في المطلوبات وحقوق المساهمين من 700000 جنيه إلى 805400 جنيه
127600	اقتراض مطلوب تدبيره
233000	إجمالي مصادر التمويل

4- تخطيط الاحتياجات للموارد البشرية¹

4-1- مفهوم تخطيط الموارد البشرية:

لوضع تعريف محدد لتخطيط الموارد البشرية يمكن تعريفها بأنها " العملية التي تسعى المنظمة من خلالها إلى الحصول وفي الوقت المناسب على احتياجاتها من العاملين القادرين والمؤهلين على تنفيذ المهام الموكلة إليهم لتحقيق أهداف المنظمة بمعنى انه تقدير الاحتياجات المستقبلية من القوى العاملة من حيث العدد والمهارات لكل منظمة أو قطاع كلاً حسب تخصصه في فتره زمنية معينه من ذلك لابد أن نلاحظ أن تخطيط الموارد البشرية يطلق عليه أحياناً

¹ <http://www.thaqfya.com> اطلع عليه بتاريخ 2020/12/2.

تخطيط للقوى العاملة حيث يعبر عن قوة العمل المستهدفة للمستقبل من خلال وضع أسس لاختيار هذه القوى وتطويرها خلال فترة التخطيط سواء كانت خطه قصيرة المدى أو متوسطة أو حتى طويلة المدى كل منظمة حسب سياستها المتبعة في عمليات التخطيط و لكن المهم هو خدمة العنصر البشري مستقبلا من جهة وتحديد الاختصاصات المطلوبة بالكميات المحددة من جهة أخرى في فترة زمنية معينة.

4-2- أهمية تخطيط الموارد البشرية:

نستطيع أن نقول إن كلما كان للتخطيط الموارد أسس صحيحة ازدادت أهميته ومن أهم ما تتميز به تخطيط الموارد البشرية ما يأتي:

1. يساعد تخطيط الموارد البشرية على منع ارتباكات فجائية في حالة الطوارئ والتنفيذ الخاص بالمشروع.
2. يساعد تخطيط الموارد البشرية في التخلص من الفائض وسد العجز.
3. يتم تخطيط الموارد البشرية قبل الكثير من وظائف إدارة الأفراد.
4. يساعد تخطيط الموارد البشرية على تخطيط المستقبل الوظيفي للعاملين حيث يتضمن ذلك تحديد أنشطة التدريب والنقل والترفيه.
5. يساعد تحليل قوة العمل المتاحة على معرفة أسباب تركهم للخدمة أو بقائهم فيها ومدى رضائهم عن العمل.
6. تقدير إمكانيات المنظمة كلما تغيرت الظروف الداخلية والخارجية في أي وقت من الأوقات.
7. الحصول على أفضل الكفاءات بالكمية المطلوبة فعلا والتخلص من البطالة المقنعة حيث توضح كمية العمالة الفائضة عن حاجة المنظمة ومن الممكن انجاز العمل بدونها.
8. ترابط أنظمة ووظائف الموارد البشرية حيث تبين علاقات الوظائف من خلال تخطيط الوصف الوظيفي ومعرفة تشابه وارتباط الوظائف من خلاله.
9. تحديد احتياجات سوق العمل مستقبلا وتوجيه المؤسسات التعليمية وفق حاجات المستشفى مستقبلا.

10. المحافظة على الموارد البشرية الفاعلة من خلال تحليل العمل وكشف مستويات العمالة ومهاراتهم المتوفرة وما يحتاجون مستقبلاً من برامج تدريبية وتطويرية لتنمية مهاراتهم بما يتوافق مع تطورات المستشفى مستقبلاً.
11. تقليل الهدر في الموارد البشرية والمساعدة في تقدير الموارد التي تحتاجها المستشفى مستقبلاً.
12. التزود بالوظائف الشاغرة ومستويات المهارة التي تحتاجها كل وظيفة وفق لطبيعة العمل بها.
13. وضع الخطط المستقبلية لبرامج التدريب والتوظيف وتحليل مدى الاستفادة منها والفائدة المرجوة منها بالنسبة للفرد والمستشفى.

4-3- أهداف تخطيط الاحتياجات البشرية:

1. استيفاء الاحتياجات البشرية في الوقت المناسب نوعاً وكمياً.
2. إعداد ميزانية الموارد البشرية سواء في مجال التوظيف أو التدريب.
3. المحافظة على طاقات المستشفى البشرية وزيادة دافعتها للعمل.
4. مساعدة الإدارة في تحقيق أهدافها (إنتاجية أكبر وتكلفة أقل).
5. تحقيق التكامل بين الخطة الاستراتيجية للمستشفى وبين استراتيجية إدارة الموارد البشرية.
6. الإعداد الجيد لأعمال الاستقطاب والاختيار والتعيين والتدريب.

4-4- خطوات تقدير الاحتياجات البشرية:

1. تحليل الطلب المتوقع من إدارة الموارد البشرية.
2. تحليل العرض المتوقع من إدارة الموارد البشرية.
3. التوفيق بين العرض والطلب.

4-5- مراحل تخطيط الاحتياجات البشرية:

1. التنبؤ بالطلب على المواد البشرية.
 2. تحليل المتاح من الموارد البشرية.
 3. تصميم وتطوير وتقويم البرامج البديلة لموازنة الطلب والعرض.
- حيث تعد كل مرحلة من هذه المراحل عملية إدارة مستقلة لذلك سوف نشرح كلا منها على حدي.

4-5-1- المرحلة الأولى- التنبؤ بالطلب على المواد البشرية: وتعد هذه المرحلة من أهم مراحل التخطيط وهي:

أ. تقدير النشاط المتوقع عمله في المنظمة مستقبلاً بالكمية والقيمة في فترة الخطة وهذه العملية تكون غالباً بحاجة إلى تقدير الخبراء للاحتياجات في إداراتهم وذلك لأن المديرين هم من يقدر احتياجات إداراتهم المتوقعة.

ب. التحليل الإحصائي للمتغيرات في الماضي بناءً على التنبؤ للمستقبل: وفي هذه المرحلة يتم المقارنة بين حالات العرض والطلب داخل وخارج المنظمة.

حيث يتم تحليل الطلب من خلال ما يأتي:

1. عدد الأفراد الذين يحتاجهم العمل في كل أقسام المنظمة.
2. وكذلك العمل المطلوب منهم.
3. وتحليل المهارات المطلوبة من الأفراد.
4. والتكلفة المتوقعة لاجتذابهم.

ومن ثم يتم تحليل العرض: إما داخلي – خارجي:

العرض من داخل المنظمة: هو تقدير احتياجات المنظمة من مخزونها الحالي للموارد البشرية.

أما خطواته فتتضمن التساؤلات الآتية:

1. كم عدد الأفراد الموجودين حالياً في كل تصنيف وظيفي؟
2. كم عدد الأفراد الذين سيستمرون في كل وظيفة؟

3. كم عدد الأفراد الذين سينقلون إلى وظائف أخرى داخل المستشفى؟

4. كم عدد الأفراد الذين سيتركون وظائفهم إلى خارج المستشفى؟

2-5-4- المرحلة الثانية- تحليل المتاح من الموارد البشرية: ويتم التحليل بأكثر من طريقة في

هذه المرحلة ومن أهمها:

1/ طريقة مخزون المهارات:

يتكون من قائمة بأسماء الموظفين الحاليين في المنظمة وتحتوي على معلومات تفصيلية عن كل موظف

(مؤهلاته – خبراته- التدريب – الامتحانات –تطلعاته – رأي مديره المباشر).

2/ خرائط الإحلال: أشكال بيانية توضح للمخططين الوضع القائم لبعض الوظائف الهامة،

والموظفين المتوقع إحلالهم وتحتوي على:

1. عمر الموظف الحالي – مستوى أدائه.

2. عمر المرشح للوظيفة – مستوى أدائه – قدراته مهاراته حيث تمكنا هذه الطريقة من

معرفة التقدير الفعلي للموارد البشرية داخل المستشفى والتي سوف تستغني عنها المستشفى في الفترة القادمة والتي سوف تحافظ عليها وتطورها ولكل مستشفى اختيار طريقة التقدير التي تتناسب مع قدراتها وإمكانياتها وإمكانيات العاملين لديها أما بالنسبة لتقدير العرض الخارجي فهو المختص بما سوف تطلبه المستشفى من الخارج من عمالة وهذا يتوقف على دراسات السوق والتنبؤات بالأوضاع الاقتصادية القادمة ومستويات النمو والتعليم في الدولة.

وبعد تقدير وتحليل العمالة المطلوبة وتقدير العمل المراد انجازه ننتقل للمرحلة الثالثة.

3-5-4- المرحلة الثالثة- تصميم وتطوير وتقويم البرامج البديلة لموازنة الطلب والعرض:

حيث نقارن بين العرض والطلب لتحديد العمالة المطلوبة: ففي حالة زيادة الطلب على العرض: تكون البدائل المتاحة للمستشفى هي:

1. تخفيض الشروط.

2. العمالة المؤقتة.

3. إطالة سن التقاعد.

4. زيادة ساعات العمل.

5. تحسين الأجور والحوافز.

أما في حالة زيادة العرض على الطلب (الفائض): فتكون البدائل المتاحة للمستشفى هي:

1. تخفيض ساعات العمل.

2. تشجيع التقاعد المبكر.

3. تخفيض عمليات التوظيف.

4. العمالة المؤقتة الرخيصة.

5. سياسة إنهاء الخدمة.

ولابد من مطابقة العرض والطلب وتحديد الاحتياجات بصورة دقيقة عليها ومن ثم ننتقل

إلى تطبيق الخطة ومراجعة الخطة من خلال التغذية العكسية.

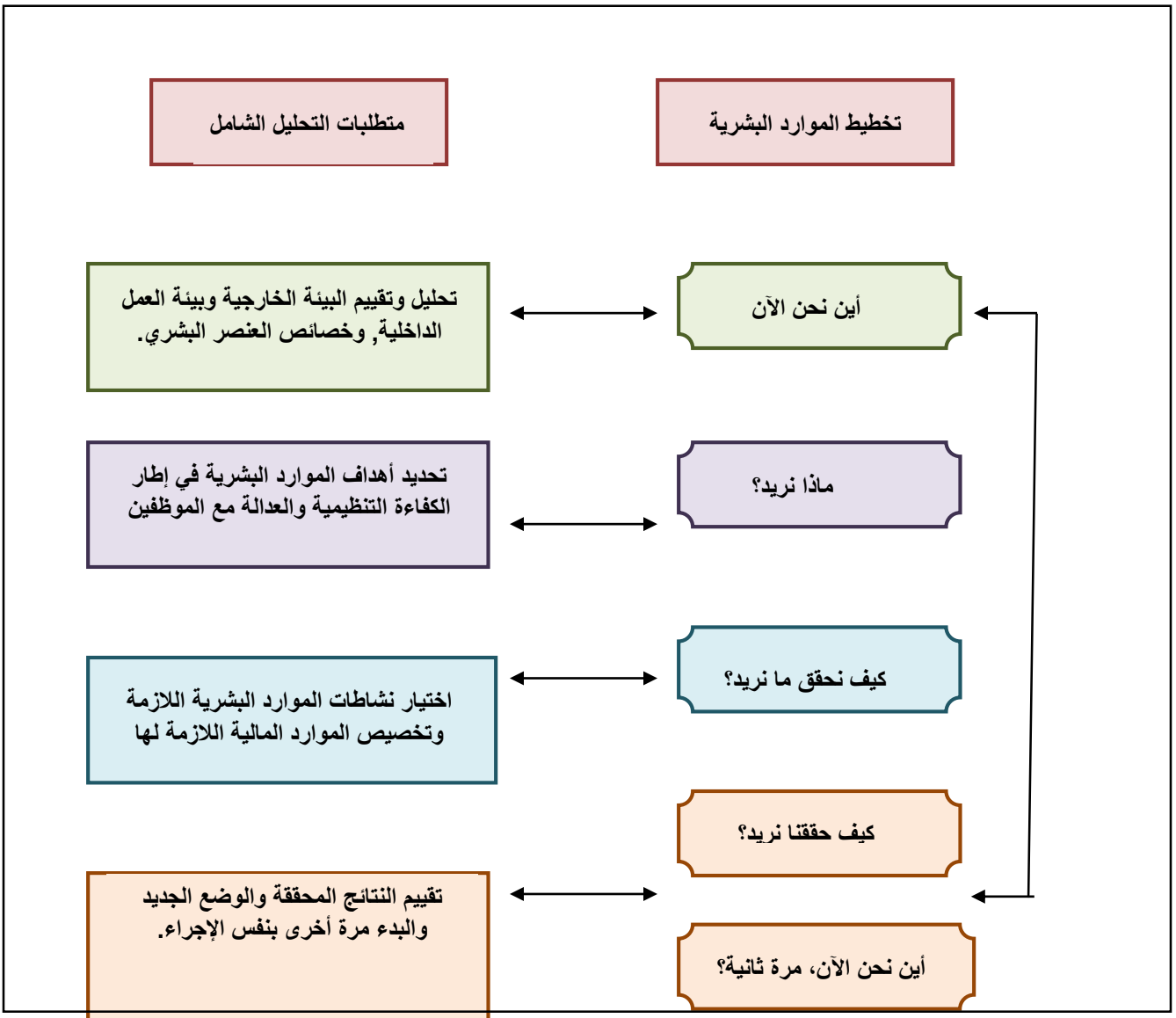
6-4- علاقة تخطيط الموارد البشرية بالتخطيط الاستراتيجي:

1. التخطيط الاستراتيجي هو العملية التي تقوم بمقتضاها المستشفى بتحديد رسالتها وأهدافها البعيدة المدى وأسلوب تحقيق هذه الأهداف.

2. هناك ترابط بين التخطيط الاستراتيجي وتخطيط الموارد البشرية وهذا الترابط ينتج عن أهمية الموارد البشرية في تحقيق أهداف المستشفى وأهداف ورغبات العمالة.

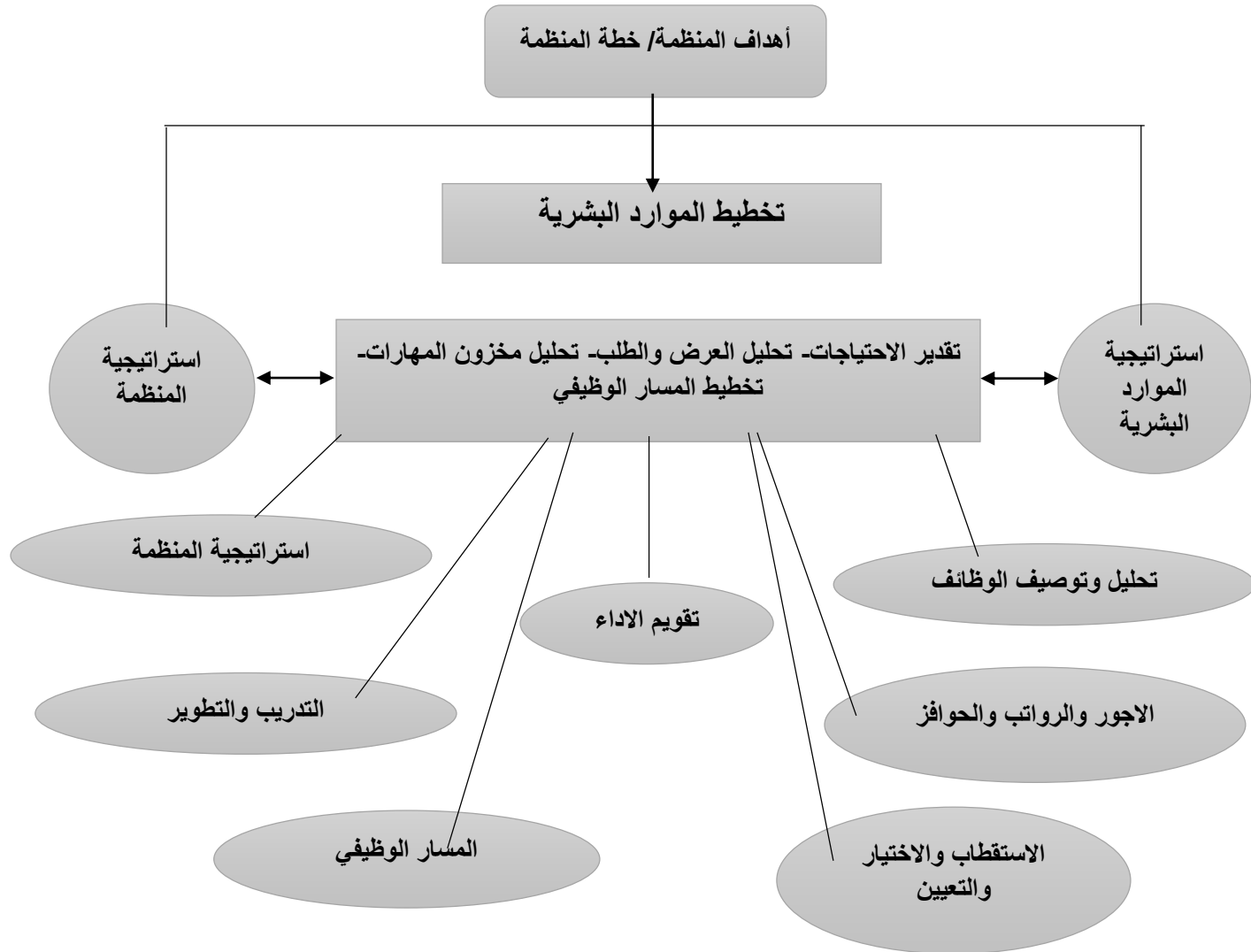
3. فالخطط الاستراتيجية للمستشفى لا يمكن وضعها موضع التنفيذ قبل أن يكون هناك تقييم شامل لأوضاع الموارد البشرية في المستشفى.

الشكل (1-2) العلاقة بين تخطيط الموارد البشرية والتحليل الشامل للمنظمة



7-4- تأثير تخطيط الموارد البشرية على النشاطات الأخرى للمستشفى:

تخطيط الموارد البشرية يرتبط في كل الإدارات الأخرى يؤثر على التسويق والإنتاج والمالية والمخازن والمستودعات، أيضا داخل المنظمة يوجد ارتباط بكل هذه الأمور، ويعبر عنه الشكل الآتي:



الشكل (2-2) تأثير تخطيط الموارد البشرية على النشاطات الأخرى

المبحث الثالث وظيفة التنظيم

وظيفة التنظيم :

1- إطار المفاهيم للتنظيم:

1-1- المحور الأول: التنظيم الإداري:

1-1-1- مفهوم التنظيم الإداري:

عرف (هنري فايول) بأنه (إمداد المنشأة بكل ما يساعدها على تأدية وظيفتها من المواد الأولية والعدد ورأس المال والأفراد ويستلزم وظيفة التنظيم من المدير إقامة العلاقات بين الأفراد ببعضهم البعض وبين الأشياء مع بعضها البعض)¹.

وتتفق معظم التعريفات على أن التنظيم هو:²

١. الترتيب المنسق للأعمال اللازمة لتحقيق الأهداف.

٢. تحديد السلطة والمسؤولية المعهود بها إلى الأفراد الذين يتولون تنفيذ هذه الأعمال.

٣. تحديد الإمكانيات والموارد التي سيستخدمها هؤلاء الأفراد لإنجاز أعمالهم.

1-1-2 أهمية التنظيم الإداري:

للتنظيم قدر كبير من الأهمية لعمل المنظمة وتأتي أهميته من حيث إنه:

يحتوي على التفاصيل المتعلقة بالعمل المطلوب إنجازه لتحقيق الأهداف- يتم فيه تقسيم العمل الكلي للمنظمة إلى أنشطة يمكن أدائها بالدقة المطلوبة بواسطة شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص- فيه يتم الربط بين مهام الأفراد في المنظمة بطريقة منطقية وكفاءة- يضع التنظيم آلية لتنسيق أعمال الأفراد بالمنظمة بحيث تعتبر كلاً موحداً ومنسجماً. يراقب التنظيم فعالية المنظمة ويدخل التعديلات اللازمة والمطلوبة للحفاظ على الفعالية أو زيادتها.³

¹ جميل أحمد توفيق، إدارة الأعمال، مدخل وظيفي (بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 21 1986م)، ص 184.

² <http://www.google.com/search?Faculty.ksu.ed.sa/Dr.Dughaisheme> 19/6/2012.

³ أحمد عثمان المقلي، مبادئ الإدارة، (الخرطوم: شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، 23 2002م)، ص 273.

3-1-1- أهداف التنظيم الإداري:1

لأي تنظيم أهداف يقوم لأجلها لتحقيقها وحدد بعض العلماء هذه الأهداف في الاتي:

١. يهدف إلى تقسيم العمل إلى مجموعات ووظائف محددة وتحديد خطوط الاتصال فيما بينها.
٢. يهدف إلى تحديد المسؤوليات والصلاحيات الضرورية لتحقيق الرقابة.
٣. تحديد الاختصاصات والمسؤوليات بطريقة واضحة بالنسبة للوحدات الإدارية والوظائف التي تتكون منها، فيحدد التنظيم لكل قسم أو إدارة العلاقات المتبادلة داخل المنظمة.
٤. تحقيق التنسيق بين الوحدات الإدارية والأقسام بالمنظمة والموظفين والعاملين بالمنظمة.

4-1-1- أنواع التنظيم الإداري ومبادئه:

يعتبر التنظيم الوظيفية الثانية من الوظائف الإدارية أو المرحلة الثانية من المراحل الإدارية يجب على الإدارة الاهتمام به ومعرفة أنواعه وأسبابه وإيجابياته وسلبياته، ومبادئه.

أولاً: أنواع التنظيم الإداري: يوجد نوعان من التنظيم هما التنظيم الرسمي وهو تنظيم مقصود لذاته ويقام في المنشأة أو المنظمة لتحقيق أهدافها، أما التنظيم الثاني هو التنظيم غير الرسمي وهو غير مقصود لذاته ابتداءً، ولكنه يظهر لاحقاً وهناك أسباب لظهوره.

1- التنظيم الاداري الرسمي The formal organization:

عرف التنظيم الرسمي بأنه هو الذي يهتم بهيكل المنظمة وتحديد العلاقات بين الأفراد فيها وبتقسيم الأعمال وتوزيع الاختصاصات وتحديد السلطات والمسؤوليات في المنظمة، وبين لكل فرد في المنظمة الدور الذي يقوم به والواجبات المطلوب تأديتها

ويسير هذا التنظيم حسب قواعد ومبادئ معينة تعتبر من المقومات الأساسية له مثل

مبدأ تقسيم العمل وتساوى السلطة مع المسؤولية ونطاق الإشراف ووحدة الرئاسة وتفويض السلطة.²

¹ زكي مكي إسماعيل عبد الرحمن، أصول الإدارة والتنظيم (السودان: شركة مطابع السودان المحدودة، 24 الطبعة الثانية، 2009م)، ص152.

² حمد شاكر عصفور، أصول التنظيم والأساليب (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 1999م) ص 130-12.

ويعتمد التنظيم الرسمي على ثلاثة مكونات أساسية هي: هيكل المنظمة، ثم نظم تشغيلها وإجراءات هذه النظم المختلفة بالمنظمة وإداراتها وأقسامها ووحداتها المختلفة والنظم الإدارية التي تطبقها من لوائح وقوانين. أما المكون الأساسي

الثالث للتنظيم يشمل التكنولوجيا بكل محتوياتها وعلى قدرة الكفاءات التنظيمية المختلفة إدارياً وفنياً ومدى تعاونها ومهاراتها في أداء مهامها وتأتي ثمار التنظيم الرسمي بالمنظمة دعماً أو إبطاء في تحقيق أهداف المنظمة.

٢- التنظيم الإداري غير الرسمي: Informal organization

عرف التنظيم غير الرسمي بأنه علاقات شخصية أي أنها تتعلق بالعمل مباشرة ولم تنشأ ابتداءً بموجب القوانين واللوائح ولم تأخذ حيزاً في الهيكل التنظيمي أو الخريطة التنظيمية القانونية وإنما نشأت هذه العلاقات لاحقاً لضرورة ملحة ومشكلات طارئة¹. ولقد ذكر الأستاذ مدني عبد القادر أن من الأسباب التي تؤدي إلى نشوء التنظيم غير الرسمي: العوامل الاجتماعية: وهي تتمثل في الحاجة للإشباع الاجتماعي فكلما كان التنظيم يميل إلى حد كبير إلى الرسمية يشجع ذلك على قيام التنظيم غير الرسمي ويمكن للإدارة أن تستغل التنظيم غير الرسمي لتحقيق الأهداف المطلوبة.

بالإضافة إلى (الضغوط على العاملين - الروتين والتكرار - والبيئة الخاصة بالعمل).

1-2-1- الهيكل التنظيمي أبعاده، وأشكاله:

1-2-1- الهيكل التنظيمي:

يعرف الهيكل التنظيمي بأنه عبارة عن البناء والشكل الذي يحدد التركيب الداخلي للعلاقات السائدة في المنظمة، وذلك مثل الوحدات الرئيسية والفرعية التي تقوم بأنشطة وأعمال المنظمة المطلوبة لتحقيق الأهداف، ويوضح الهيكل التنظيمي للمنظمة أيضاً أشكال وأنماط الاتصالات والعلاقات، وهو وسيلة إدارية لتحقيق أهداف المنشأة وليس هو الغاية في حد ذاته².

1-2-2- أبعاد الهياكل التنظيمية:

تعد أبعاد الهياكل التنظيمية مؤشرات يمكن بواسطتها التعرف على الخصائص الداخلية للمنظمات، وبذلك في الأساس عمليات المقارنة بينهما. وقد اختلفت آراء الباحثين في عدد هذه الأبعاد، والتي مازالت محل النقاش، وهي بشكل عام تشمل (التخصص، الرسمية، المركزية، التعقيد، الشكلية، المعمارية، التقليدية المهنية، نسبة العاملين) فهي التي تحدد نمط ومحتوى

¹ زكي مكي إسماعيل عبد الرحمن، أصول الإدارة والتنظيم، مرجع سابق، ص 27.

² خضير كاظم حمود، السلوك التنظيمي (عمان: دار الصفا للنشر والتوزيع، 2002م)، ص 169.

الهيكل. بالتالي تحدد شكل المنظمة، وتختلف هذه الأبعاد عن العوامل المؤثرة على تصميم الهيكل والتي تشمل (الحجم، التكنولوجيا، البيئة، الاستراتيجية).

3-2-1- أشكال الهيكل التنظيمي:

تقوم الهياكل التنظيمية على عدد من الأشكال المختلفة والتي تسهم في العملية الإدارية ومن بين هذه الهياكل.

١- الهيكل البسيط:

شكل الهيكل البسيط غالباً ما يتجنب استخدام كل الوسائل الرسمية للهيكل كتقسيم العمل واللامركزية، ولديه قليل من الأفراد الفنيين الاستشاريين وبعض الموظفين المساعدين، وله هرم إداري غير متسع ويتم التجميع إلى أقسام أو وحدات على أساس وظيفي والسلطة في هذا الهيكل مركزية.

٢- هيكل بيروقراطية الآلة:

يتميز بأعمال روتينية التشغيل ومرتفعة التخصص وتكاثر النظام والقواعد والاتصالات الرسمية وكما يتميز بوحدات كبيرة الحجم، وسلطة اتخاذ القرار فيه مركزية. ومن أشكال الهيكل التنظيمي كذلك (البيروقراطية المهنية - الشكل التقسيمي ونسبة البيروقراطية - والموقفية)¹

4-2-1- خطوات بناء التنظيم الإداري، وأسس تجميع الأنشطة، وتقييم أداء العاملين:

1-4-2-1- خطوات بناء التنظيم الإداري:

إن بناء التنظيم لمنظمة جديدة أو بناء تنظيم لمنظمة قائمة يمر بالخطوات التالية: (تحديد أهداف المنظمة، تحديد أوجه الأنشطة المختلفة، تحديد العمليات المطلوبة في كل نشاط وتجميعها في وحدات إدارية تحديد الوظائف المطلوبة في كل عملية، تحديد واجبات كل وظيفة والمؤهلات المطلوبة في شاغلها. تعيين الأفراد وتكليفهم لأداء واجباتهم، إعطاء السلطات لهؤلاء الأفراد لأداء واجباتهم، توفير الإمكانيات المطلوبة للعمل مثل المكان والآليات والأدوات والمواد، إعداد الخريطة التنظيمية والدليل التنظيمي، وهي شكل من الأشكال البيانية التي توضح بعض الجوانب الهامة في التنظيم، مثل الإدارات الرئيسية والفرعية وعلاقتها ببعضها، والخريطة التنظيمية تعني إيضاح خطوط السلطة الرسمية في المنظمة)².

¹ جاري ديسلر، تعريب عبد القادر محمد عبد القادر، أساسيات الإدارة المبادئ والتطبيقات الحديثة ص 28.

² جاري ديسلر، أساسيات الإدارة المبادئ والتطبيقات الحديثة، مرجع سابق، ص 208.

2-4-2-1- أسس تجميع الأنشطة:

إن طريقة تجميع الأنشطة التي تُبنى على أسس للتجميع يطلق عليها أحياناً (طريقة بناء المنظمة من أسفل إلى أعلى وبموجبها تبدأ عمليات تجميع الأنشطة والأعمال من القاعدة وتتجه إلى أعلى إلى أن تنتهي في قمة المنظمة). وهناك اختبارات أساسية محددة في تجميع الأنشطة لابد أن تُراعى بواسطة المنظمة حتى تحصل منها على أفضل مزيج تنظيمي وهذه الاعتبارات تتمثل في الاستفادة من التخصص، الحصول على التنسيق وضمان إعطاء الاهتمام الملائم للعمل الهام، تسهيل الرقابة وتخفيض التكاليف.

2-4-3-1- أداء العاملين:

اتجهت كثيراً من التنظيمات في العصر الحالي إلى القيام بتقييم أداء العاملين Appraisal وتوضح دراسة التراث الخاص بإدارة الموارد البشرية مع زيادة الكتابات والأبحاث الخاصة بتقييم الأداء في خلال الآونة الأخيرة. كما أنه يلاحظ تعدد وتنوع الممارسات الإدارية المتعلقة بتقييم الأداء. غير أنه بصفة عامة يمكن القول أن تقييم الأداء يتمثل في مجموعة الإجراءات التنظيمية التي تتطلب تقييمات مكتوبة عن العاملين والتي تعد علي أساس دوري منتظم مفهوم¹.

- أداء العاملين: يعتبر نظام يستخدم لقياس الأداء الوظيفي للعاملين من خلال مقارنة الأداء الفعلي بالمقاييس والمعايير المحددة مسبقاً. ويعتبر تقييم الأداء أحد الركائز الحاكمة والمؤثرة على مجالات التطوير، والتنمية لمختلف المستويات التخطيطية الخاضعة للتقييم (مستوى الفرد- مستوى المنشأة) فتطوير الفرد وتنمية قدراته لن يأتي إلا من خلال متابعة أدائه الفعلي والتأكد من استمراره في تنفيذ حجم الأعمال والواجبات والمهام المسندة إليه².
- محددات الأداء: الأداء الوظيفي، هو الأثر الصافي لجهود الفرد التي تبدأ بالقدرات، وإدراك الدور أو المهام يعني هذا أن الأداء في موقف معين يمكن أن ينظر إليه على أنه ناتج للعلاقة المتداخلة بين كل من: (1) الجهد (2) القدرات (3) إدراك الدور (المهام). ويشير الجهد الناتج من حصول الفرد على التدعيم (الحوافز) إلى الطاقة الجسمية والعقلية التي يبذلها الفرد لأداء مهمته. أما القدرات فهي الخصائص الشخصية المستخدمة لأداء³.
- الوظيفة الغرض من تقييم الأداء: تقوم المنظمات باستخدام أنظمة لتقييم أداء العاملين، وذلك لان هذه الأنظمة توفر معلومات مفيدة للمنظمة وعلى الأخص للإدارة المسؤولة عن الأفراد والموارد البشرية، والتي يمكنها أن تستخدم هذه المعلومات لعدة أغراض أهمها ما يلي: (تقديم معلومات للعاملين أنفسهم عن جودة وكفاءة أدائهم لأعمالهم، وذلك للمعرفة ولتحسين

¹ http://annajah.net/arabic/show_article.thtml?id=83

² نبيل الحسين، وآخرون، إدارة الأفراد والعلاقات الإنسانية (الدقي: الشركة العربية، 1992م)، ص. 45.

³ (راوية حسن، إدارة الموارد البشرية، رؤية مستقبلية (الإسكندرية: الدار الجامعية ٢٠٠٥م)، ص. 210.

الأداء إلى الأفضل - تحديد زيادة الأجر، والمكافآت، والعلاوات التي يمكن أن يحصل عليها الفرد وذلك كنوع من المقابل للأداء - تحديد تناسب الوظيفة الحالية للفرد، وتحديد إمكانية نقله إلى وظيفة أخرى، وربما الاستغناء عنه إن لم يكن ذا كفاءة عالية في وظيفته الحالية¹.
- أهداف عملية تقييم الأداء واستخداماتها المختلفة: لا شك أن لعمليات تقييم الأداء مجموعة من الأهداف التي يجب أن تحققها حتى يكتب لها الفعالية والنجاح في تحقيق ما ترمي إليه من أهداف ومنها ما يلي:

- تهدف إلى تحقيق العدالة والدقة في عمليات تحديد المكافآت - تحديد الأفراد الممكن ترقيةهم - تحديد الاحتياجات التدريبية وذلك على ضوء نتائج تقييم الأداء - المساعدة في تخطيط القوة البشرية من جهة وتخطيط المسار الوظيفي من جهة أخرى - اكتشاف ذوي المواهب والكفاءات العالية من العاملين - مساعدة الإدارة في توجيه كل فرد في الوظيفة التي تتفق مع قدراته الشخصية - معرفة الإدارة للكوادر الجيدة والممتازة بين العاملين².

2- المحور الثاني: التطوير التنظيمي:

2-1- مفهوم التطوير التنظيمي:

ينظر (Richard Beckhard) إلى مفهوم التطوير التنظيمي على أنه: تلك الجهود المخططة على نطاق المنظمة بأكملها والتي تدار من قبل المستويات الإدارية العليا بهدف زيادة الحيوية والفاعلية التنظيمية من خلال التدخلات المخططة في إجراءات وعمليات المنظمة باستخدام العلوم والمعارف السلوكية.

ويرى (Bennis) أن التطوير التنظيمي هو: استراتيجية تعليمية معقدة لإحداث التغيير في المعتقدات والاتجاهات والقيم وفي التركيب الهيكلي للمنظمات حتى تستطيع أن تسير بشكل أفضل التطورات التكنولوجية الجديدة وأحوال السوق والتحديات المحيطة ومعدلات التغيير غير المعقولة³.

كما يرى (Burke) أن التطوير التنظيمي على أنه: عملية إحداث التغيير المخطط في حضارة المنظمة والانتقال بها من مستوى حضاري يتجنب تمحيص وإعادة النظر واختبار الإجراءات

¹ (أحمد ماهر، إدارة الموارد البشرية (الإسكندرية: المطبعة الجامعية، 2007م)، ص 289.

² زكي مكي إسماعيل، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 1.

³ Joan V. Gallos: Organization Development, John Wiley & Sons, Inc., USA, 2006.

وأساليب الأداء والعلاقات وبصفة خاصة في مجال صناعة القرار والتخطي ط ووسائل وطرق الاتصالات إلى مستوى حضاري يقنن ويقبل هذا الاختبار¹.

ويرى كل من (Cummings & Worley) أن التطوير التنظيمي: هو نظام واسع لتطبيق ونقل معارف العلوم السلوكية لتطوير وتحسين وتعزيز الاستراتيجيات والهياكل والعمليات للوصول إلى الفعالية التنظيمية².

ومن وجهة نظر (Smithers et al) التطوير التنظيمي هو: طريقة لتشخيص المنظمات، وحل المشكلات التي تحد من فعالية تلك المنظمات³.

ويرى بعض علماء التربية أن التطوير التنظيمي في المدارس والكليات هو: جهد متماسك، ومخطط له، ومستمر بشكل منظم وثابت؛ بهدف الدراسة والتحسين الذاتي، ويركز على التغيير في الإجراءات الرسمية وغير الرسمية بشكل مباشر، وفي العمليات والأنماط عن طريق استخدام مفاهيم ونظريات وتطبيقات العلوم السلوكية، وتشمل أهدافه تحسين حالة الأفراد وإصلاح العمل والأداء التنظيمي⁴.

وتتضمن مجالات ال تطوير التنظيمي ثلاثة أبعاد هي: الأفراد من خلال تنمية الدوافع والاتجاهات والسلوك والمعارف والمهارات، وجماعات العمل (ثقافة التنظيم) من خلال تنمية العلاقات وعمليات الاتصال والثقافة ال تنظيمية، والتنظيم بما يتضمنه من وظائف وإجراءات وعمليات وهياكل، وفيما يلي عرض لهذه الجوانب:

١- الأفراد: حيث يحتل العنصر البشري موقعا مهما في رفع مستوى المنظمات وكفاءتها، وزيادة درجة الأداء الوظيفي داخلها وخارجها، ومن هنا يلاحظ أن تطوير أي منظمة يكمن في

¹ فؤاد القاضي: استراتيجيات التنمية التنظيمية، بدون دار نشر، الطبعة الخامسة، ٢٠٠٦ م، ص ١١١.

² فؤاد القاضي: استراتيجيات التنمية التنظيمية، مرجع السابق، ص ١١٢

³ Dean, J.Pratt: The Dynamics of School Improvement Team Effectiveness: An Organizational Development Perspective, Unpublished PhD, Michigan State University, 2003, P.25.

⁴ k, Richard A. &Runkel, Philip J.: The Handbook of Organizational Development in Schools and Colleges, Illinois, WavelandPress, INC., Fourth Edition,P 19.

مقدرتها على الاحتفاظ بالعاملين لديها، من خلال إشباع حاجاتهم، وتلبية رغباتهم ؛ ذلك أن مقدرة الإدارة على تنمية روح الولاء والإخلاص والكفاءة عند الأفراد ، والعمل على إيجاد المناخ التنظيمي المناسب، من أجور وحوافز ورضا وظيفي، سيؤدي بصورة حتمية إلى نجاح المنظمة وتحقيق أهدافها¹، وفي الجامعات سواء أكان العنصر البشري طالباً أو إدارياً أو فنياً أو أكاديمياً، فإنه في أدائه الفردي والجماعي يشكل الم ورد الرئيس الذي تقوم عليه أي عمليات تطوير ناجحة ، ويعتمد التطوير التنظيمي في تنمية الأفراد في المؤسسات والمنظمات على تفهم وإدراك احتياجاتهم وأنماط شخصياتهم، ودوافعهم، وقدراتهم، واتجاهاتهم، ومواقفهم، وفرص مشاركتهم في صنع القرارات وحل المشكلات، ومن ثم العمل على تطويرها لتتلاءم مع متطلبات وأدوار المنظمة وكذلك روح العصر ومتغيرات الحياة ، كما يعتمد على سيادة جو من الثقافة التنظيمية، فحينما يسود جو من الثقة بالمنظمة فإن الأفراد يستطيعون الإفصاح عن أفكارهم ومشاعرهم، ويعاون بعضهم بعضاً، ويتعلمون معاً؛ من جانب آخر فإن المنظمات التي تفتقر إلى تلك الثقة، يعوق مثل هذا الافتقار الاتصالات، ويحبط التعاون، ويقلل من الالتزام².

٢- جماعات العمل: ويقصد بجماعات العمل : مجموعة من الأفراد داخل التنظيم يربطهم تحقيق أهداف تنظيمية مشتركة، ويركز التطوير التنظيمي على تنمية جماعات العمل من خلال: (تحقيق التماسك والتفاهم السليم والتعاون المتبادل والهادف) بين أفراد الجماعة الواحدة والجماعات المختلفة داخل التنظيم؛ لكي تقوم هذه الجماعة بأدوارها المطلوبة على أحسن وجه، ويتحقق ذلك عن طريق الاهتمام بقيم ومعايير الجماعة، وتطوير أهدافها وطرق حل النزاعات والخلافات والمشكلات بين أفرادها، وتطوير نظم الاتصال وأساليب صنع القرار³، ومن ثم توثيق الصلة بين أفراد الجماعة وزيادة فاعليتها وتحسين أدائها والتطوير التنظيمي يهتم اهتماماً كبيراً بتطوير جماعات العمل داخل المنظمة، من خلال التعرف على الجوانب التالية⁴:

¹ راتب السعودي: أنماط السلوك الإداري لمديري المدارس الثانوية العامة في الأردن شفوفاً لنظرية رنسس ليكرت (نظام 421-نظام ٤) وعلاقتها بمستوى الولاء التنظيمي لمعلمي مدارسهم، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد ٥، عدد ٢٠٠٩، ص ٣، ص ٢٤٩.

² ناصر محمد العديلي: إدارة السلوك التنظيمي، دار مراير للطباعة الإلكترونية، الرياض، ١٩٩٣، م، ص ٤٥٧-٤٥٦.

³ مازن فارس رشيد: الثقة التنظيمية في الأجهزة الحكومية بالملكة العربية السعودية - بعض المحددات والآثار، مجلة الإدارة العامة، مجلد ٤٣، العدد ٢٠٠٣، ص ٣، ص ٤.

⁴ أحمد إبراهيم أحمد: التطوير التنظيمي للتعليم، بحث مرجعي، ١٩٩٩، ص ١٣-١٢.

(الثقافة التنظيمية، المناخ التنظيمي، الصراع التنظيمي)، وتنميتها، بما يساعد على نجاح جهود التطوير التنظيمي.

٣- التنظيم ذاته: ويتمثل في تطوير هيكل العلاقات والسلطات ، وهيكل الاتصالات والمعلومات، ومجموعة الوظائف التي يشتمل عليها التنظيم، والعمليات الإدارية التي تتم داخل التنظيم، ويسعى التطوير التنظيمي إلى تحسين الأنشطة ومهام العمل والوظائف والأقسام الإدارات والخدمات أو المنتجات، والتقنية المستخدمة، وعلاقات السلطة والاتصالات، والعلاقات بين المنظمة والمنظمات الأخرى، وكذلك إجراءات العمل وأساليبه وفرص التجديد والابتكار للبحوث والتدريب والاستشارات وعندما ننظر إلى التطوير التنظيمي بمنطق النظم باعتباره منظومة شاملة متكاملة¹، فإن عملية التطوير تتضمن : (مدخلات)؛ و تشمل الموارد البشرية والمادية والهيكل البنائي للمنظمة والقوانين والسياسات الإدارية وغيرها ؛ و(عمليات): تتضمن التفاعلات المختلفة المؤدية إلى تحسين الأداء وتجويد المنتج أو الخدمة؛ و(مخرجات): تتمثل في هيكليّة متطورة للمنظمة، وفعالية للأداءات المتطورة وارتفاع في معدلاتها نحو المرغوب، ويهدف التطوير التنظيمي بشكل رئيس إلى تطوير التنظيم بطريقة فعالة وإيجابية، بهدف مساعدة المنظمات على التكيف مع المتغيرات الداخلية والخارجية².

ومن خلال ما سبق يتضح أن التطوير التنظيمي يمثل استراتيجية متكاملة شاملة لجميع جوانب المنظمة (الأفراد، جماعات العمل، التنظيم نفسه)، ويعتمد بشكل أساسي على عمل الفريق والعمل الجماعي والتعاوني ، ويسعى التطوير التنظيمي لتنمية دوافع واتجاهات ومهارات ومعارف أعضاء الهيئتين الأكاديمية والإدارية بالكليات من خلال أساليب الإرشاد والإقناع، والإثابة والتحفيز، وال تنمية السلوكية، والتعليم والتنمية والتدريب المختلفة، ويرتبط هذا ارتباطاً وثيقاً بالتقويم المستمر للأفراد للتعرف على احتياجاتهم المهارية والمعرفية، ويركز التطوير التنظيمي على تنمية جماعات العمل من خلال: (تحقيق التماسك والتفاهم السليم والتعاون المتبادل

¹ مصطفى عبد السميع محمد، عبد الفتاح محمد الفولي: نحو نموذج تطوري للجامعات العربية من منظور التنظيم الرقمي للمؤسسات، مرجع سابق، ص ٦.

² شاكر محمد فتحي أحمد: إدارة المنظمات التعليمية – رؤية معاصرة للأصول العامة، دار المعارف، 47 القاهرة، ١٩٩٦ م، ص ٣١٦.

والهادف) بين أفراد الجماعة الواحدة والجماعات المختلفة داخل التنظيم.

أبرز الآثار المترتبة على التطوير التنظيمي:

إن الاهتمام بدراسة التطوير التنظيمي لم يكن وليد الصدفة وإنما هو اهتمام نابع من النتائج المختلفة التي يمكن أن تنتج عن التزام الأفراد تجاه المنظمات التي يعملون بها، سواء ما يتعلق منها بالنواحي السلوكية المتعددة أو الاتجاهات أو فعالية المنظمات. وقد حظيت دراسة هذه النتائج باهتمام كبير من الباحثين في هذا المجال. وبالرغم من تعدد الدراسات التي تناولت هذه النتائج بالدراسة وتفاوت نتائجها فإنه يمكن حصر هذه النتائج المهمة التي قد تؤدي دوراً يؤثر على قدرة المنظمات على تحقيق أهدافها. وسوف يتم تناول هذه النتائج من زاويتين أساسيتين:

- الأولى: تمثل نتائج التطوير التنظيمي من الناحية النظرية.

- الثانية: تمثل نتائج التطوير التنظيمي من خلال الدراسات التطبيقية والتي تناولت علاقة التطوير التنظيمي بكل من الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي، التأخير، الغياب، معدل دوران العمل.

1) النتائج على المستوى النظري:

يرى موداي وزملاؤه Mowday and Others¹ أن نتائج التطوير التنظيمي يمكن تحديدها من خلال ثلاثة مستويات أساسية وهى: المستوى الفردي، مستوى جماعة العمل والمستوى التنظيمي – أي من خلال المنظمة نفسها – كما يرون أيضاً أن نتائج التطوير التنظيمي ليست إيجابية دائماً لأن هناك في المقابل نتائج سلبية لكل مستوى من المستويات الثلاثة السابق تحديدها.

أ - نتائج التطوير التنظيمي على المستوى الفردي: تؤكد النتائج الإيجابية على أن ارتفاع مستوى التطوير التنظيمي ربما يرتبط بعدد من النتائج أو المخرجات الإيجابية للأفراد مثل: زيادة مشاعر الانتماء، الأمان، التصور الذاتي الإيجابي، القوة، وجود أهداف أو أغراض لحياة الفرد، زيادة

¹ Richard T., Mowday and Others, Op.cit , P. 137.

المكافآت التنظيمية. فالأفراد الملتزمون يجب أن يحصلوا على مكافآت أكثر من الأفراد غير الملتزمين حتى يشجعهم ذلك على بذل مزيد من الجهد.

ب - نتائج التطوير التنظيمي على مستوى جماعة العمل: بالرغم من أن هذا المستوى من الالتزام يؤدي إلى نتائج متعددة سواء على أعمال المجموعة أم فعاليتها إلا أن هذا المجال لم يحظ باهتمام يذكر من جانب الباحثين وتتمثل النتائج الإيجابية للالتزام على جماعات العمل في أنه توجد علاقة ارتباطية بين درجة التطوير التنظيمي لجماعة العمل وبين:

- درجة الثبات والاستقرار والفعالية.

- الاستعداد لبذل جهد أكبر وبالتالي زيادة فعالية مجموعة العمل.

- درجة التماسك بين أفراد جماعة العمل.

(٢): النتائج المرتبطة بالجانب التطبيقي:

أشارت العديد من الدراسات التطبيقية إلى ارتباط الالتزام التنظيمي بعدد من النتائج (المخرجات) التي يمكن أن تترتب عليه وسوف يتم التعرض لأهم هذه النتائج كل على حدة مع توضيح علاقتها بالالتزام على النحو التالي:

- العلاقة بين الالتزام التنظيمي والرضا الوظيفي: تعد إحدى العلاقات التي أثارت جدلاً واسعاً في الدراسات المتعلقة بهذا المجال حتى أنه يمكن القول بأنه ليس هناك أي اتفاق حول طبيعة العلاقة بينهما. وبصفة عامة يمكن تصنيف الدراسات التي تناولت هذه العلاقة كالتالي:

- الرأي الأول: دراسات ترى أن الالتزام يؤدي إلى الرضا وليس العكس وبالتالي فإن الالتزام يمثل محدداً مهماً للرضا أي أنه كلما زاد التزام الفرد زاد رضاه والعكس صحيح¹. أي أنهم يرون أن شعور الفرد بالالتزام ينشأ قبل تكوين اتجاهات الرضا الوظيفي وقبل الالتحاق بالعمل

¹ Batman, Thomas S. & Strosser, Stephen " A Longitudinal Analysis of the Antecedents of Organizational Commitment ", Academy of Management Journal, vol. 27, March 1984, P.P. 95

وتستمر باستمرار عمل الفرد، ومن أهم هذه الدراسات التي أيدت ذلك الرأي دراستا: باتمان وستروسر (O' Raily & Coldwell 1984). 1980 Batman & Strosser كولدويل واوريلي¹.

- الرأي الثاني: الدراسات التي ترى أن الرضا هو الذي يؤدي إلى التطوير وليس العكس. أي أنه كلما زاد رضا الفرد زاد التزامه تجاه المنظمة التي يعمل بها والعكس صحيح، ويبرر أصحاب هذه الدراسات رأيهم بأن التطوير التنظيمي يحدث بعد فترة زمنية نتيجة لشعور الفرد بالرضا الوظيفي ومن هذه الدراسات: مارش ومانري وبرتر وزملاؤه Porter and Others، Marsh & Mannari .

- الرأي الثالث: وتمثله الدراسات التي انتهت إلى وجود علاقة وارتباط بين التطوير والرضا دون تحديد لطبيعة العلاقة السببية بينهما. ومن هذه الدراسات تلك التي قام بها Glisson & Durick وديورك جليسون (٥٢) والتي خلصت إلى أنه على الرغم من وجود علاقة وارتباط بين الالتزام والرضا - دون تحديد لطبيعة هذه العلاقة - فإن كلاً منهما يمثل مفهوماً اتجاهياً مختلفاً ومتميزاً.

¹ Reilly , Charles A. & Coldwell , David , “ Job Choice ‘the Impact of Entrensic and Extrinsic Factors on Subsequent Satisfaction and Commitment ” , Journal of Applied Psychology, vol. 65, August 1980, P.P.559 – 565.

المبحث الرابع

وظيفة التوجيه والرقابة

1-1- وظيفة الرقابة:

لم يتفق الفقه الإداري كعادته فيما يتعلق بموضوعات حقل العلوم الاجتماعية والإنسانية حول تحديد دقيق لمفهوم الرقابة إذ انطلق كل منهم لهذا الغرض من زاوية تعكس أو تعبر عن البيئة الثقافية أو الاجتماعية التي ينتسب إليها فمنهم من نظر إلى الرقابة على أنها تفتيش وتخويف أو تهديد بقوة السلطة والجزاءات الرسمية وهؤلاء يمثلون في الواقع الاتجاه السلبي أو الكلاسيكي للرقابة ذلك الاتجاه الذي يجد أساسه في النظرية التقليدية (الدوجلاس ماكجريجور) والتي روج لها تحت مسمى نظرية (X) حيث كان يرى أن الفرد في المنظمة لا يؤمن على القيام بأمر ما دون متابعة أو إشراف من قبل المسؤولين في تلك المنظمة ، فهو يتسم بكمالية متأصلة للعمل ومن ثم فإنه يجب أن يخضع دائما لرقابة شديدة ودقيقة أثناء مباشرته للعمل المكلف به وأن العقاب أو التهديد به يجب أن يعد من الوسائل الأساسية لإجباره على القيام بهذا العمل خاصة أن هذا الفرد لا يعمل في الواقع حب أو رغبة في العمل وإنما خوف ورهبة من الحرمان والعقاب ومن هنا فقد قيل أن الرقابة هي استخدام السلطة والسطوة أو القوة والنفوذ لإجبار الأفراد على تنفيذ الأوامر والتعليمات ومحاسبتهم وتوقيع العقاب عليهم في حالة خطئهم أو إهمالهم.

وربما يكون لفظ رقابة أكثر المصطلحات التي ينقصها التحديد في اللغة الإنجليزية وذلك لأنه يعبر عن معان كثيرة وهي في ذات الوقت معان متباينة ولقد تعددت بعض المعاني لكلمة الرقابة فهي:

- 1- تحمل معنى مراجعة شيء أو فحصه للتأكد من حسن سيرة أو مقارنة شيء بما ورد في مصدر أو أصل.
- 2- هي تعني تنظيم أو ضبط أو تعديل.
- 3- كذلك تعبر عن المقارنة مع مستوى أو معيار.
- 4- تشير أيضا إلى معنى الكبح أو الضبط أو التقييد.

ومن الاستعراض السابق يتضح جليا وجود ثلاثة اتجاهات متميزة لمعنى الرقابة: -

1- المراجعة أو الفحص أو المقارنة للتأكد من صحة شيء ما أو حسن سيره.

2- التوجيه أو القيادة.

3- الكبح أو الضبط أو التقييد.

ويعبر جانب من الفكر الإداري عن غموض معنى الرقابة بقوله أن الرقابة هي إحدى مكونات العملية الإدارية الهامة ومع ذلك فهي تمثل إحدى النواحي التي يحيطها الكثير من سوء الفهم"، ولقد سئل عدد من المديرين في الحكومة ومشروعات الأعمال عن المقصود بالرقابة على الأداء فلم تتفق الإجابات على موقف معين وتتنوع دائرة هذا الغموض نظرا لأن لفظ "رقابة" يعني أيضا " توجيه" وبتحديد دقيق تشير كلمة رقابة وحدها إلى العملية التي يتم بواسطتها التأكد من أن الأنشطة المختلفة داخل المنظمة تحقق النتائج المرجوة ، فالرقابة بهذا المعنى مقصورة على رقابة نتائج الأنشطة ومراجعة معلومات التغذية العكسية للنتائج وإجراء عملية التصحيح إذا تطلب الأمر وغالبا ما كان ينظر إلى دور الرقابة على الأداء على أنه مرادف للرقابة المالية، في حين ينظر إليها على أنها نوع من المتابعة ويعرفها بأنها متابعة لعمليات التنفيذ.

والرقابة بشكل عام تعبير عن عملية عقلانية مدروسة أو عفوية ترتبط بكل مسعى إنساني ينشد تحقيق هدف أو أهداف معينة عندما يضع المرء لنفسه هدفا محددا ويسعى لتحقيقه فلا بد أن يقوم بصفة دورية بمراجعة تقوده نحو الهدف وإذا وجد انحرافا عن الهدف أو عثر على عقبات في طريق الوصول إليه فإنه يحاول تصحيح اتجاهه وإزالة العقبات المختلفة ليتمكن من متابعة السير في اتجاه الهدف المنشود وبما أن السلوك الإنساني هو بطبيعته سلوك هادف فإن الرقابة بذلك تصبح جزءا لا يتجزأ من هذا السلوك منذ وجد الإنسان.

1-2- المعنى اللغوي لكلمة رقابة: -

أن الكلمة الإنجليزية Control مشتقة من الكلمة الفرنسية Controlee وهي تتكون من مقطعين : المقطع الأول Contra والمقطع الثاني Role أما المقطع الأول فهو مشتق من الكلمة اللاتينية contre وتعني مواجهة أما المقطع الثاني Role ويعني السجل أو القائمة وتطلق كلمة contre-role على السجل أو القائمة التي تضم بعض الأسماء التي يمكن بواسطتها التحقق من سلامة أسماء أخرى أي أن الكلمة تحمل معنى الرقابة ويعرف قاموس Webster كلمة control على أنها " تطبيق السياسات والإجراءات لتوجيه وتنظيم وتنسيق الإنتاج والإدارة وأنشطة المشروع التجاري بطريقة تحقق أهداف المنظمة . كما يعرفها معجم مصطلحات الاقتصاد والمال وإدارة الأعمال بأنها "تعني في الأصل الفحص أو التحقق من مبلغ أو قيد أو شيء من واقع دفتر أو كشف أو سجل حسابي وهكذا فهي تعني في المحاسبة مراقبة وتنظيم حسابات الشركة ومقارنة الأعمال المنفذة مثلاً بالخرائط أو المواصفات أو الميزانية الخاصة بها وتوسعا تعني الكلمة تحليل وتفسير جميع السجلات الحسابية والإحصائية في الشركة لتمكين الإدارة من اتخاذ القرارات المناسبة.

ويسود الإجماع على تعريف الكلمة الإنجليزية controlee بمعنى "الرقابة" ورغم وجود عدة معان أخرى في اللغة العربية لها مثل تحكم وضبط ومراجعة وسيطرة ولعل أقرب هذه المعاني لتعريف الكلمة الإنجليزية هي سيطرة فكلمة رقابة تعني في اللغة العربية حراسة. أما سيطرة ومنها المسيطرة ومعناها المسلط على الشيء ليشرف عليه ويتعهد أحواله ويكتب عمله.

وهي تنطوي على المعنى المقصود من الكلمة الإنجليزية control ويؤيد هذا الاتجاه جانب من الفكر الإداري.

3-1- تعريف الرقابة الإدارية:

لقد كان من نتائج عدم وضوح مفهوم الرقابة على الأداء في الفكر الإداري الحديث حدوث خلط بين مفهوم الرقابة على الأداء كوظيفة من وظائف الإدارة وبين أنشطة الإدارة الأخرى من ناحية ووسائل الرقابة من ناحية أخرى وعناصر الرقابة من ناحية ثالثة.

ويرجع ذلك الخلط إلى مساهمات فروع العلم المختلفة في تناول موضوع الرقابة على الأداء منها : علم الاجتماع وعلم النفس والرياضيات والهندسة والتنظيم والإدارة وغيرها ومع ذلك فإن الصورة ليست قائمة تماما بل أن بدأت تلوح في الأفق ملامح اتفاق على حد أدنى من المبادئ والأسس لعلها تكون نواة لنظرية شاملة للرقابة على الأداء ، وقد عبر كل فريق عن وجهة نظره التي يعتنقها في النظر إلى الرقابة على الأداء فمنهم من يرى أنها نوع من المتابعة لعمليات تنفي الأعمال داخل المنظمة ويعرفها بأنها " عمليات التنفيذ لتبين مدى تحقيق الأهداف المراد إدراكها في وقتها المحدد وتحديد مسؤولية كل ذي سلطة والكشف عن مواطن العيب والخلل حتى يتمكن تفاديها والوصول بالإدارة إلى أكبر كفاءة ممكنة.

كما تعرف أيضا بأنها العملية التي بواسطتها يتولى المدير في الجهاز إدارة ومتابعة أعمال المنظمة محاولا أن يجعل البشر يحققون أهدافها وكذلك بأنها النشاط الذي تقوم به الإدارة لمتابعة تنفيذ السياسات الموضوعة وتقييمها والعمل على إصلاح ما قد يعثرها من ضعف حتى يمكن تحقيق الأهداف المنشودة.

بينما يرى البعض الآخر أن الرقابة على الأداء هي مجرد تنسيق للأعمال ويعرفها على أنها إيجاد الارتباط بين الأعمال وتنسيقها على حساب الخطط الموضوعة لإنجاز أهداف أمنية محددة.

كما تعرف الرقابة الإدارية بأنها مراجعة الإنجاز وفقا للخطط الموضوعة كما تعرف بأنها عملية قياس النتائج الفعلية ومقارنتها بالمعايير أو الخطط الموضوعة ومعرفة أسباب الانحرافات بين النتائج المتحققة والنتائج المطلوب اتخاذ فعل تصحيحي كما تعرف أيضا على أنها عملية قياس الإنجاز المتحقق للأهداف المرسومة ومقارنة ما حصل فعلا مع ما كان متوقعا حدوث. على أن هناك جانب من الفكر الحديث يذهب إلى وضع العديد من التعريفات

التي عالجت بعض أوجه النقص في بعض تعريفات الرقابة فيعرف الرقابة على الأداء بأنه مجهود منظم تقوم به الجهة المسؤولة يشمل الملاحظة المستمرة للأداء وقياس النتائج الفعلية ومقارنتها بالمعايير الموضوعية مقدما لتحديد الانحرافات عن هذه المعايير أو توقع حدوث هذه الانحرافات ومعرفة أسبابها ثم تحديد أنسب التصرفات العلاجية أو التصحيحية التي تحقق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة للتنظيم لتحقيق الأهداف.

ويرى الباحث أن التعريف يجب أن يرسم صورة واضحة وشاملة لعملية الرقابة في الشرطة وأن يشمل على العناصر التالية: -

- 1- أنها عملية ديناميكية مستمرة تبدأ قبل بدء أي نشاط وتستمر حتى بعد انتهاء ذلك النشاط.
 - 2- ارتباطها بالعملية التخطيطية ارتباطا وثيقا فالتخطيط يتضمن تحديد أهداف المنظمة وتوقعاتها وصياغة الخطط في حين تتولى العملية الرقابية ترجمتها إلى مستويات أداء كائنات لقياس الأداء الفعلي لتصحيح أي انحراف عند أهداف المنظمة.
 - 3- يجب أن يبين التعريف عناصر الرقابة الأساسية من وضع معايير أداء وأسبابها وأهميتها لتقرير ما إذا كان الأمر يتطلب إنجاز إجراء تصحيحي
 - 4- كما يجب أن يوضح أيضا أهمية نظام المعلومات في العملية الرقابية.
 - 5- عدم إغفاله للجانب الإنساني في العملية الرقابية.
- ومما تقدم يمكن للباحث أن يعرف الرقابة على أداء الشرطة بأنها: -**

عملية ديناميكية مستمرة وجهد منظم يتم من خلالها ترجمة الخطط الأمنية الموضوعية إلى أعمال وافعال لتحقيق أهداف الشرطة إلى معايير أداء إذ لم توجد ملاحظة للأداء الفعلي للمنظمة لتوفير المعلومات اللازمة لمقارنة الأداء الفعلي بالمعايير المواروة سلفا ورصد أية انحرافات وتحديد أسبابها لاتخاذ الإجراءات التصحيحية إذا تطلب الأمر من أجل تحقيق فاعلية جهاز الشرطة وكفايته.

2- مراحل وانواع عملية الرقابة الإدارية:

2-1- مراحل عملية الرقابة الإدارية:

إذا كانت الرقابة تهدف أساساً إلى تقويم النتائج الفعلية لما تم تنفيذه من أداء أو نشاط فإن من المنطقي أن تكون هناك معايير موضوعية مسبقاً يتم على أساسها هذا التقويم والذي يعني في الواقع مقارنة أو قياس النتائج المذكورة بتلك المعايير الموضوعية للوقوف على ما إذا كانت هناك اختلافات سواء أكانت إيجابية أم سلبية ومعرفة أسبابها وفي هذه الحالة إخطار الجهات المختصة باتخاذ القرارات العلاجية أو الأعمال التصحيحية لمباشرة ما يلزم من إجراءات تضمن تصحيح مسار التنفيذ فالرقابة إذن تمر بخطوات أو مراحل معينة تعتمد كل خطوة أو مرحلة منها على الخطوات أو المراحل السابقة لها. فالرقابة إذا تتضمن مجموعة من العمليات أو عدد من العناصر أو المراحل من أهمها:

أولاً: تحديد الأهداف ووضع المعايير:

يساعد تحديد الهدف بدقة في أية منظمة على وضع المعايير الرقابية الملائمة التي يمكن قياس النتائج الفعلية أو الأداء لما ينبغي أن يتم إنجازه من العمل.

ثانياً: مقارنة النتائج المتحققة مع المعايير المرسومة:

بعد أن يتم التنفيذ تقاس النتائج بواسطة المعايير المحددة حيث تقارن النتائج المحققة بالنتائج المستهدفة التي تم وضعها كغايات يجب الوصول إليها فإذا تطابقت النتائج انتهت عملية الرقابة أما إذا كانت هناك فروق بين النتائج المحققة والأهداف المقررة فتستمر الرقابة في قياس الفروق وتحديد أسبابها وعلاجها وذلك باتخاذ التصحيحات اللازمة حتى يتم القضاء على المشكلات التي اعترضت التنفيذ وعطلت الإنجاز المطلوبة.

ثالثاً: قياس الفروق والتعرف على أسبابها:

عند حصول انحراف أو فروق بين الإنجاز المتحقق والإنجاز المخطط له فإن ذلك يدعو إلى ضرورة التعرف على الفروق التي حدثت وتحديد أحجامها وإبعادها ومعرفة أسبابها

فربما كانت أسباب مالية أو فنية أو تشغيلية أو إنشائية أو تنظيمية وهذه العوامل قد تكون للإدارة سيطرة عليها وقد تعود أسباب الفروق أو الانحرافات إلى عوامل بيئية اجتماعية أو اقتصادية وكلها أبواب خارجة عن سيطرة الإدارة وفي هذه الحالة لابد من اتخاذ قرار أو فعل تصحيحي.

رابعاً: تصحيح الانحرافات ومتابعة سير التنفيذ:

تبدأ الإدارة في دراسة البدائل المختلفة لعلاج الفروق وتصحيح الانحرافات وتقارن هذه البدائل من حيث مزاياها وعيوبها وإمكان تنفيذها ويختار أنسبها بحيث يتم تصحيح الانحرافات والقضاء على المشكلات والمعوقات التي اعترضت التنفيذ وعطلت الإنجاز المطلوب ومنع تكرارها أو حدوثها في المستقبل وعليه فلا يكفي أن تتوصل الإدارة الي تحديد مقدار الانحراف اللازم ولكن يجب أن تضعه موضع التنفيذ تمهيد لتطبيقه وتعد العدة لإنجاحه من حيث توفير الإمكانيات المادية اللازمة أو الحصول على المواد الخام والمعدات المطلوبة أو البحث عن الكفاءات الملائمة التي يطلبها حسن التنفيذ وأخيراً يجب التأكد من أن الحل الذي طبق قد عالج المشكلة فعلاً وصح مسار الخطة وتم بناؤها على أساس سليم.

ويذهب جانب آخر من الفكر الإداري إلى تقسيم مراحل عملية الرقابة الإدارية إلى خمسة مراحل هي:

- 1- درس تمهيدي للمصلحة أو المؤسسة.
- 2- درس القوانين التي ترى سير العمل وكذلك الخطط والأهداف والسياسات والقواعد التي تتبناها.
- 3- فحص وتقييم نظام الرقابة الداخلية للأداء في المصلحة أو المؤسسة.
- 4- فحص دقيق للقطاعات التي تنثر النقد.
- 5- إعداد وطبع التقرير.

ويوضح هذا التقسيم بجلاء طبيعة عملية الرقابة الخاصة التي تميزها عن عملية التخطيط كما تبين أيضا مراحل عملية الرقابة المختلفة وفقا لترتيب حدوثها وتتميز بالدقة والوضوح. إلا أن الجانب الكبير من الفكر الإداري يقسم عملية الرقابة إلى مراحل ثلاثة:-

- 1- وضع معايير للأداء الوظيفي.
- 2- مقارنة النتائج بالمعايير الموضوعية.
- 3- تصحيح الانحرافات التي تكشف عنها هذه المقارنة.

2-2 أنواع الرقابة الإدارية:

إضافة إلى الغرض الرئيسي الذي تقوم الرقابة من أجله وهو قياس الأداء وتصويب الانحرافات فهناك أغراض أخرى تتحقق من خلال العملية الرقابية وأهمها:

- 1- التأكد من أن العمليات تؤدي بطريقة صحيحة حسب التعليمات الصادرة بشأنها.
- 2- التأكد من أن القواعد الأساسية قد طبقت على الوجه الصحيح.
- 3- التأكد من اكتشاف الأخطاء فور وقوعها وقبل تفاقم الوضع.
- 4- التأكد من كفاءة المديرين والمنفذين على كافة المستويات.
- 5- الوقوف على المشاكل والصعوبات التي تواجه التنفيذ.
- 6- التأكد من أن الخطط والأهداف الموضوعية قابلة للتنفيذ وتنسجم مع إمكانيات التنظيم وقدرات العاملين فيه.
- 7- الوقوف على مدى الانسجام بين الإدارات المختلفة

فليس هناك نوع واحد للرقابة وإنما تتعدد أنواعها وتتفاوت نماذجها وفق طبيعة المعايير التي يقاس على أساسها الأداء ووفق موقع عملية الرقابة من الأداء فعلى أساس المعايير الرقابية يمكن تقسيم الرقابة على أساس الإجراءات وعلى أساس النتائج وعلى أساس موقع الرقابة من

الأداء فهناك رقابة سابقة على الأداء أي سابقة على التنفيذ في المنظمات العامة وهناك رقابة لاحقة أي يتم فيها التقويم بعد وقوع التصرفات فعلا.

كما يمكننا التمييز بين نوعين من الرقابة:

الرقابة على الأنشطة الإدارية ككل والرقابة على العمليات والأعمال الفردية أو اليومية وتركز رقابة الأنشطة على النتائج النهائية للجهاز الإداري ومقارنة هذه النتائج بالأهداف المقررة أما الرقابة على العمليات الفردية فتهدف إلى التأكد من قيام الموظفين بالمهام المطلوبة منهم بالشكل الصحيح ، ورغم التمييز بين هذه النوعين يجدر التركيز هنا على أنه ما مرتبطان معا ارتباطا وثيقا ومتكاملا فمثلا إذا كان تصميم الوظائف علميا مبينا على الأهداف المرجو تحقيقها فإن القيام بمهام هذه الوظائف بشكل جيد يمثل الطريق للوصول إلى هذه الأهداف وأن ضمان تحقيق ذلك يمثل مهمة الرقابة بنوعها الأول في الوقت الذي تصبح الرقابة بنوعها الثاني (رقابة العمليات) تتمثل في متابعة السير نحو الأهداف خطوة خطوة من أجل اتخاذ التصحيحات اللازمة على ضوء هذه المتابعة.

كما أن وظيفة الرقابة كغيرها من الوظائف الإدارية الأخرى تتصف ببساطة مكوناتها إلا أنها بنفس الوقت تتطلب البراعة والدقة في التطبيق وقد بينا فيما سبق أن عملية الرقابة تتم في عدد من المراحل وقد بينا أيضا أن عملية الرقابة تتأثر بالعوامل الإنسانية والبيئية ويجب أن تتفق الوسائل الرقابية المستخدمة مع تلك العوامل من أجل تحقيق الهدف المنشود ولهذا يمكن تقسيم الرقابة إلى نوعين – الرقابة المباشرة والرقابة غير المباشرة.

1- الرقابة المباشرة ... يتم هذا النوع من الرقابة عن طريق الملاحظة الشخصية التي تلعب

دورا مهما ومستمر في مراجعة النتائج الفعلية، إذ يقوم المسؤول بشخصه بمراقبة أعمال المرؤوسين والتحدث معهم بغرض التعرف على المعلومات الضرورية وعلى الانعكاسات التي يبدونها هؤلاء الأفراد تجاه طبيعة العمل وظروفه ونظام الأجور وغيرها من الأمور التي لا يجري نقلها في التقارير المكتوبة ، إلا أن للرقابة المباشرة محذورا يستحق الذكر وهي أن الرقابة الشخصية تحتاج إلى وقت طويل ينفقه المسؤول بين

مروؤسيه وقد تلاءم الملاحظة الشخصية بعض المسؤولين في المستويات الإدارية الدنيا أو الوسطى إلا أن ذلك لا يلائم المسؤول في المستويات العليا لما تتطلب من وقت قد لا يستطيع المدير الاستغناء عنه.

2- الرقابة غير المباشرة ... لأسباب عديده فيتعذر على المسؤول القيام بملاحظات شخصية لسير أعمال المشروع (والقسم تحت أمرته) لهذا يلجأ المسؤول إلى الرقابة غير المباشرة وذلك عن طريق التقارير الرقابية وتهدف هذه التقارير الى كشف الأخطاء في سير العمل الا أنها تزداد فعاليتها إذا قدمت بسرعة ودقة حتى يتمكن ال مسؤول من اكتشاف الخطأ في الوقت المناسب واتخاذ الإجراءات الضرورية لتصويبه قبل أن يسبب مشكلة قد تؤثر على سير المشروع بأكمله.

ووفقا لما سبق فإنه يمكن تقسيم الرقابة على الأنواع التالية:

أولاً: الرقابة حسب المعايير:

وتتضمن: رقابة على أساس الإجراءات ورقابة على أساس النتائج:

1- الرقابة على أساس الإجراءات.

تقوم الرقابة على أساس القواعد والإجراءات بقياس التصرفات التي تصدر عن المنظمات العامة ومطابقتها بمجموعة القوانين والقواعد والضوابط والطرق والإجراءات ويركز هذا النوع من الرقابة على التصرفات التي تصدر من وحدات الإدارة العامة ومن العاملين فيها وليس على ما تحققه هذه التصرفات من نتائج نهائية ويكون التركيز هنا على النشاطات التي تمارس من قبل الأجهزة الحكومية وذلك للتحقق من مدى التزامها بالحدود القانونية الموضوعة لها.

2- الرقابة على أساس النتائج:

تقوم الرقابة على أساس النتائج بقياس النتائج النهائية التي تحققها المنظمات العامة وفق معايير يمكن قياسها موضوعيا فهذا النوع من الرقابة لا يتابع ويقوم التصرفات والنشاطات التي تقوم بها المنظمات العامة وإنما يركز فقط على النتائج التي تحققها هذا ال منظّمات فهي إذن ليست رقابة قانونية تقيس مشروعية التصرفات تفصيلا كما هو الحال في الرقابة على أساس الإجراءات كما أن هذا النوع من الرقابة تتعدد معاييرها بالدرجة نفسها التي تكون في الرقابة بالقواعد والإجراءات فضلا عن ذلك إن الرقابة على أساس النتائج تتيح درجة أكبر من حرية التصرف لوحدات الإدارة العامة، عند تلك التي تطيحها الرقابة على أساس الإجراءات.

ثانياً: الرقابة حسب موقعها من الأداء:

وتنقسم إلى نوعين ... رقابة سابقة ورقابة لاحقه والرقابة في النوع الأول سابقة للأداء أي سابقة على حدوث التصرفات التي تقوم بها الإدّارة العامة أما في النوع الثاني فيتم التقويم بعد وقوع التصرفات فعلا.

1- الرقابة السابقة:

وتسمى الرقابة المانعة أو الوقائية وتهدف إلى ضمان حسن الأداء أو التأكد من الالتزام بنصوص القوانين والتعليمات في إصدار القرارات وتنفيذ الإجراءات كما تهدف إلى ترشيد القرارات وتنفيذها بصورة سليمة وفعالة ويتجه البعض إلى قصر الرقابة السابقة على مراقبة إعداد الخطط وتجهيزها قبل البدء في التنفيذ ولكن حتى أثناء التنفيذ يظل مجال الرقابة السابقة واردا بل مرغوبا مثل ما يتطلب النقل من بند إلى آخر داخل الباب نفسه بالموازنة العامة من موافقة الوزير المختص أو ضرورة موافقة مسبقة من وزير المالية قبل نقل الاعتمادات من باب إلى باب آخر بالموازنة وقد تكون الرقابة السابقة على هذا التصرف قاصرة على إقراره وأجازته وقد تمتد إلى أكثر من ذلك فتشمل فحص مستندات وتقويم معلومات بل والقيام بدراسات من قبل جهة الرقابة للتأكد من سلامة التصرف المطلوب أجازته وإقراره ويتضح من ذلك أن هذا النوع من الرقابة يتضمن تقييداً من قبل الجهة الرقابية لحرية تصرف جهة التنفيذ ويعني هذا تدخلا مباشراً في سلطاتها بما يهدف إلى تحقيق الصالح العام للمجتمع.

ورغم الفوائد العديدة للرقابة السابقة المانعة لوقوع الخطأ يرى البعض أنها كثيرة ما تؤدي إلى تأخير الإنجاز بسبب الإجراءات الرقابية والاحتياطية التي تفرضها وتعدد الجهات التي تمارس التدقيق والفحص وإعادة النظر ويؤدي هذا أحيانا إلى ضياع في الوقت وزيادة في التكلفة وإرهاق للمراجعين إضافة إلى ذلك فإن الإفراط فيها غالباً ما يشعر الموظفين بعدم ثقة الإدارة بهم أو قد يؤدي إلى إضعاف روح الابتكار لديهم لهذا تظهر أهمية المتابعة اللاحقة كمتتم للرقابة السابقة.

2- الرقابة اللاحقة:

وتسمى بالرقابة البعدية أو الرقابة المستند به وفي هذا النوع من الرقابة لا يتم تقويم تصرفات وقرارات وإجراءات وحدات الإدارة العامة إلا بعد حدوث هذه التصرفات فعلاً، أن تقويم الأداء بعد أن يكون هذا الأداء قد وقع بالفعل يجعل الرقابة اللاحقة ذات طابع تقويمي أو تصميمي، وفي ظل الرقابة اللاحقة تمارس وحدات الإدارة العامة صلاحيتها وسلطاتها في التصرف قبل التنفيذ وخلالها فهي وأن استرشده بالمعايير والأهداف الموضوعية واستعدت للتقويم الذي سيرد على أدائها بعد قيامه واكتمال حدوثه إلا أن صلاحيات التصرف تظل بيدها وليس بيد الجهة الرقابية الخارجية كما في الرقابة السابقة.

وتلجأ وحدات الإدارة العامة إلى استخدام الرقابة اللاحقة للتأكد من أن طريقة التنفيذ أو التصرف متفقة مع القوانين والتعليمات واللوائح وأن معدلات الإنتاج أو الأداء تتفق مع المعايير والمعدلات الموضوعية ويتحقق ذلك من خلال الاطلاع على السجلات والمستندات القانونية وإعداد التقارير الدورية ومتابعة البيانات الإحصائية والتحقيق في التظلمات والشكاوى ورغم أهمية هذا النوع من الرقابة إلا أنه مما يؤخذ عليها هو عدم ممارستها أحيانا في الوقت المناسب نظرًا لأنها تحدث بعد وقوع الأخطاء أو الانحرافات بمدة مما يحتمل معه تزايد النتائج السلبية الناجمة عن هذه الانحرافات كما يلاحظ أحيانا انعدام الجدوى من هذا النوع من الرقابة إذ تتحول إجراءات المتابعة اللاحقة إلى مجرد عمليات روتينية مكررة وذلك إما لكثرة القرارات والمستندات اللازم مراجعتها وإما لضيق الوقت المتاح أمام الأجهزة الرقابية.

ثالثاً: الرقابة وفقاً لمصادرها:

تنقسم أنواع الرقابة على عمل الجهاز الإداري الحكومي وفقاً لمصادرها ووفقاً لموقع الجهاز الذي يمارسها إلى نوعين، داخلية وخارجية.

1- الرقابة الداخلية:

يقصد بالرقابة الداخلية أنواع الرقابة والتي تمارسها كل منظمة بنفسها على أوجه النشاطات والعمليات التي تؤديها والتي تمتد خلال مستويات التنظيم المختلفة ويطلق عليها الرقابة الرئاسية أو الرقابة التسلسلية حيث يمارس الرئيس في قمة الهرم الإداري وحتى المستويات الدنيا والرقابة على أعمال مرؤوسيه بهدف توجيهه وضمان حسن سير العمل داخل الجهاز الإداري والحكومي.

2- الرقابة الخارجية:

تعد الرقابة الخارجية عملاً متمماً للرقابة الداخلية ذلك لأن إذا كانت الرقابة الداخلية على درجة عالية من الاتقان بما يكفل حسن الأداء فإن ليس ثمة من داع عندئذ إلى الرقابة الخارجية لذلك فإن الرقابة الخارجية في العادة تكون شاملة أي غير تفصيلية كما أنها تمارس بواسطة أجهزة مستقلة متخصصة كل منها يباشر الرقابة على نوع معين من النشاط الحكومي بما يكفل الاطمئنان إلى أن الجهاز الإداري للمنظمة أو المنشأة لا يخالف القوانين ويستخدم المصلحة القومية ويساير الخطط العامة للدولة ويحسن الإدارة بصفة عامة يتوقف وجود أجهزة الرقابة الخارجية على عدة اعتبارات في مقدمتها:

1- نظام الحكم وطبيعة التنظيم الحكومي القائم.

2- الفلسفة التي تقوم عليها الرقابة.

3- مدى توافر أنواع الرقابة الأخرى.

4- طبيعة النشاط.

5- مدى توافر إمكانيات الرقابة وخاصة ما يتعلق منها بالعنصر البشري الكفاء.

6- الاتجاهات السائدة بعدد الرقابة والعمل الحكومي.

وعادة ما تتبع أجهزة الرقابة الخارجية مستوى الإدارة العليا في الدولة وهذا يعطيها مكانة وقوة دفع عالية واستقلا لا يمكنها من حرية العمل وبعدها عن تدخل الأجهزة التنفيذية في أعمالها محاولة التأثير في اتجاهاتها.

3- مصادر الرقابة الادارية وشروطها ووسائلها:

3-1- مصادر الرقابة الإدارية وجهاتها:

إن الغاية من التقسيم والتصنيف هي تسهيل البحث وتوضيح المفاهيم كذلك يجب أن نتذكر أن هذه المصادر جميعها تشكل وحدة متلازمة كل جزء من أجزائها مرتبط ومكمل للأجزاء الأخرى والنتيجة النهائية لعملية الرقابة تتوقف على الأدوار التي يلعبها كل مصدر من هذه المصادر ومدى تكامله مع المصادر الأخرى فهناك عدة جهات تتولى مهمة الرقابة ويمكن تصنيفها كما يلي:

1- الرقابة الذاتية:

ونعني بها الرقابة التي يمارسها الموظف على نفسه وهي تتعلق إذن بمدى اخلاص الموظف وشعوره بالواجب ورغبته في خدمة المصلحة العامة واحترامه وقبوله للأنظمة ومراعاته آداب اللياقة في تصرفاته مع المواطنين والزملاء والرؤساء والمرؤوسين ولكي تنتج الرقابة الذاتية في تحقيق الأداء الجيد لابد أن تتوفر لدى الموظف القدرة والمعرفة اللازمتين لتأدية المهمات المطلوبة وكذلك وضوح الدور الذي يقوم به الموظف في المنظمة.

2- رقابة السلطة العليا في الدولة.

ونعني بالسلطة العليا السلطة التي تتولى وظيفة التشريع وتكون مسؤولة عن وضع السياسات العامة وعن خلق الأجهزة الحكومية المختلفة اللازمة لتنفيذ هذه السياسات وإصدار الأنظمة المختلفة اللازمة لانتظام سير العمل التنفيذي.

3- الرقابة الرئاسية.

ونعني بالرقابة الرئاسية الرقابة التي يمارسها الرئيس على مرؤوسيه في الهرم الإداري ابتداء من الوزير في القمة وانتهاء بالمستويات الدنيا.

4- رقابة أجهزة الرقابة المركزية:

بالإضافة إلى الرقابة ضمن الوحدة الإدارية نفسها توجد عادة أجهزة مركزية خاصة للقيام بالرقابة على ناحية معينة من نواحي العملية الإدارية.

٥- الرقابة القضائية:

يمكن النظر إلى الرقابة القضائية على أنها الرقابة المتاحة للأفراد على الأعمال الإدارية إذ أن هذه الرقابة تختلف عن مصادر الرقابة الأخرى التي بحثناها أعلاه بأنها لا تتحرك تلقائياً أي أن القضاء لا يمارس رقابة مباشرة على الأجهزة المركزية للرقابة فالعملية القضائية لا تتحرك إلا بناءً على طلب شخص طبيعي أو معنوي ويطلب من المحكمة البت في القضية.

٦- الرقابة الخارجية:

ونعني بالرقابة الخارجية التي تمارسها بعض الجهات الحكومية على أعمال الدولة وتبرز هذه الرقابة في أشكال مختلفة فهناك الرقابة والمتابعة التي يمارسها ديوان المراقبة العامة وهيئة الرقابة والتحقيق ووزارة المالية.

2-3- شروط الرقابة الإدارية:

الرقابة مهمة ولكن لتحقيق هدفها لها شروط تمكنها من ذلك وهي

- 1- وجوب علم المدير بهدف النشاط الذي يقوم بمراقبته وإذا تعدد الأهداف يعرف أولوياتها.
- 2- دراية المدير بالمهارات والقدرات الفنية للعمل الذي يراقبه حتى يتمكن من تصويبه والقدرات السياسية للمدير التي تمكنه من الحكم على مدى اتفاق عمل الجهاز مع السياسة العامة ليتمكن من تقويم الانحراف فيه.
- 3- أن تعتمد الرقابة على المسلمات وإطلاع المدير نفسه على سير العمل ميدانياً.

- 4- لا تمارس الرقابة بصورة إرهابية أو التسامح بما يؤدي لعدم الاكتراث.
- 5- عدم التركيز عن الجزئيات والتفاصيل كسبا للوقت.
- 6- الا تتعدد جهات الرقابة فلا يدري العاملون مع من يتجهون والمثل السوداني يقول "ريسين غرقوا المركب".
- 7- الكشف السريع عن الانحرافات والمواجهة السريعة لها لكي لا يشجع التأخير المنحرفين في التماذي ولا يؤدي إلى سخط المتضررين.
- 8- الا يكون هدف الإدارة هو تصيد الأخطاء وتوقيع العقوبات بل تهدف للتصرف على أسباب الأخطاء والانحراف وكيفية معالجته.
- 9- أن تهيأ للعاملين الفرصة الكاملة ليعملوا على نحو واضح محدد في حدود مسؤولية كل منهم حتى لا يفاجؤوا بما تطلبه الرقابة.

3-3- وسائل العملية الرقابية:

- إن تحقيق أهداف النشاط الرقابي يتطلب وجود وسائل معينة يمارس من خلالها ذلك النشاط ويمكن فيما يلي تحديد الوسائل الرقابية الملائمة لبعض أنواع الرقابة فالرقابة الإدارية تمارس من خلال نوعين من الوسائل الرقابية هي:
- أ- السلطة الرئاسية: أي الرقابة الإدارية من خلال التنظيم.
 - ب- الأجهزة الرقابية المتخصصة أو المستقلة.
- ويشتمل كل نوع من هذه الوسائل على وسائل فرعية يمكن تحديدها فيما يلي:
- أولاً: الرقابة الإدارية من خلال السلطة الرئاسية داخل التنظيم والتي يمكن ممارستها باستخدام بعض أو كل من الوسائل التالية:

1- التفتيش الإداري:

ويسعى إلى التحقق من حسن أداء الأعمال ودقة إنجازها وسلامة الإجراءات المتبعة في التنفيذ والتفتيش الإداري ويسعى إلى كشف الأخطاء ومعرفة أسبابها وتحديد مسؤولية من

وقع فيها ويتم التفتيش عادة بإجراء مقابلات مع العاملين يتم فيها فحص أعمالهم ومناقشتهم فيها والوقوف على المشكلات التي تواجههم وإمكانية ترشيد عملية التنفيذ وكشف الأخطاء وتحديد أسبابها والعمل على علاجها.

2- التقارير الإدارية:

وهي تقارير يتم إعدادها ووضعها لمعرفة مدى كفاءة العمل الإداري ومدى سيرة نحو تحقيق الأهداف وتوضح التقارير سلوك الأفراد ومدى التزامهم ببرامج العمل وبذلك فهي تنقل صورة واضحة إلى رئيس الإدارة بحيث يتمكن من اتخاذ القرارات الملائمة كما قد تكشف له أمور يسهل علاجها في الوقت المناسب.

3- الإشراف والملاحظة:

وهي وسيلة يتم من خلالها الاتصال المباشر بالعاملين ونصحهم وتوجيههم كما تتضمن مكافأة المجدين منهم وتحفيزهم وتوقيع العقاب على من يخطئ في أداء عمله أو يهمل في إنجازه وتتم الرقابة عن طريق هذه الوسيلة على مختلف المستويات الإدارية في التنظيم.

4- الشكاوي:

وهي وسيلة يتم استخدامها في كثير من المنظمات حيث تخصص وحدة لاستقبال شكاوى وتظلمات عملائها والمستفيدين من خدماتها ومن ثم تقوم الإدارة بفحص تلك الشكاوى والتحري في مدى صحتها ومعرفة أسبابها تمهيداً لعلاجها.

٥- الميزانيات التقديرية:

وتستخدم كوسيلة للرقابة على تنفيذ الخطط الموضوعة باعتبارها ترجمة رقمية لتلك الخطط والميزانيات التقديرية تمكن من مقارنة الإنجازات خلال فترات زمنية محددة مع ما قد تم رصده في الميزانية العامة.

٦- السجلات والإحصاءات:

وهي وسيلة تساعد على جمع ورصد البيانات والمعلومات عن الأداء الفعلي وتمكن من استرجاعها عند الحاجة لمعرفة مستوى إنجاز الأعمال وتقييمها ومقارنتها بما هو مطلوب

وعملية المقارنة تكشف عن الأخطاء والانحرافات في الأداء والمعلومات تمكن من البحث في مسيبتها ووضع الحلول اللائحة لها.

ثانيا: الرقابة الإدارية من خلال أجهزة مستقلة خارج التنظيم:

وهي وسيلة تمكن من ممارسة النشاط الرقابي في إطار السلطة التنفيذية إلا أن هذه الرقابة لا تتم من داخل التنظيم الإداري وإنما من خلال أجهزة رقابية مستقلة ومتخصصة توجد خارج إطار المنظمة وتمارس نشاطها الرقابي على جميع الأجهزة الإدارية في الدول ومن أمثلة هذه الأجهزة الرقابية يمكننا ذكر ديوان المراقبة العامة.

وهناك وسائل وأدوات أخرى للرقابة الإدارية تتخلص ب الآتي :

الملاحظة الشخصية.

1- التقارير الخاصة.

2- المعدلات والنسب المالية.

3- تحليل التكاليف الثابتة والمتغيرة.

4- مقاييس الكفاءة الإنتاجية وفعالة الأداء.

5- بحوث العمليات.

4- خصائص النظام الرقابي الفعال:

مما لا شك فيه ان مدير المشروع يرغب دائما في وجود نظام رقابي جي د، ويتفق الكتاب على ان نظام الرقابة الجيد يجب ان تتوفر فيه الخصائص التالية:

- ان يكون ملائم لظروف الحالة الراهنة.
- ان يكون اقتصاديا.
- ان يكون قادر على ان ينقل الفروق بسرعه ودقه.

- ان ينظر الى المستقبل ويستعين بالماضي.
 - ان يجدد الفروق المهمة والخطرة بغرض المعالجة السريعة.
 - ان يكون سهل الفهم.
 - ان يشير الى الاخطاء ويحدد مرتكبيها ويبين طرق معالجتها وتصويبها.
 - ان يعكس الهيكل التنظيمي للمشروع.
 - ان يكون موضوعيا.
 - ان يكون مرنا.
- كما يجب كذلك ان تتوفر مجموعه من الخصائص في نظام الرقابة الفعال وهي على النحو التالي:
- ان يساعد في متابعه وضبط الاحداث المستقبلية واتخاذ الموقف التصحيحي اللازم.
 - ان يأخذ في الحسبان تكلفه نظام الرقابة ذاته.
 - ان يتصف بالدقة سواء على مستوى تحديد المعايير او على مستوى معايرتها.
 - ان يقدم نظام الرقابة المعلومات اللازمة عن المدخلات أو العمليات او المخرجات في الوقت المحدد.
 - ان يحقق امكانيه متابعه للأداء بحيث يتم وفقا لما هو مخطط ومتوقع.
 - ان يتصف بالواقعية بشأن ما يجب القيام به وتنفيذه.
 - ان يكون متعدد الابعاد حتى يمكنه اكتشاف معظم العوامل الرئيسية الخاصة بالأداء.
 - ان يكون مقبولا من جانب اعضاء المنظمة المتأثرين به.

المبحث الخامس وظيفة اتخاذ القرار

1- اتخاذ القرار:

ان تصرفات الافراد وجهودهم قد تكون نتيجة التفكير او نتيجة اللاشعور، فإذا كانت تصرفات الافراد قد حدثت بعد تفكير، قيل ان الافراد قد اتخذوا قراراً. اما إذا كانت التصرفات لاشعورية (او بمجرد رد فعل لا شعوري) فانه لا يمكن القول بان الافراد قد اتخذوا قراراً. فالأساس في اتخاذ القرار هو (اختيار) تصرف معين بعد دراسة وتفكير. ونعتقد كما يعتقد الكثيرون من رجال الفكر الاداري – ان أساس اتخاذ القرارات هو وجود بديل.¹

ويعد القرار الإداري أهم مظهر من مظاهر نشاط وامتيازات السلطة التي تتمتع بها الإدارة وتستمدّها من القانون العام، إذ بواسطته تستطيع الإدارة بإرادتها المنفردة على خلاف القواعد العامة في القانون الخاص إنشاء حقوق أو فرض التزامات، ويرجع السبب في ذلك إلى أن الإدارة المصالح العامة والتي يجب تغليبها على المصلحة الفردية الخاصة. ومن الأهمية بمكان تعريف القرار الإداري وتميزه عن غيره من الأعمال القانونية الأخرى، مثل الأعمال المادية والأعمال التشريعية والأعمال القضائية، حيث تتداخل هذه الأعمال القانونية السابقة مع القرارات السابقة مع القرارات الإدارية، فيصعب أحياناً التفرقة بينهما، ومن هنا تكمن أهمية تعريف القرار الإداري، وهي تفرقة لازمة أيضاً لتحديد الأعمال التي تخضع لنطاق الرقابة القضائية عن غيرها.²

1-1- تعريف اتخاذ القرار³ :

اتخاذ القرار لغوياً: تشير معاجم اللغة العربية إلى تعلق مصطلح اتخاذ القرار بالنظم الإدارية؛ إذ تعرفها بأنها شغل المدير ومشغلته، واتخاذ القرار في اللغة هو اختيار نهج، أو طريق، أو آلية للسلوك من بين عدد من البدائل والخيارات الممكنة أو المتاحة، أو يملك اختياره وتصديره.

اتخاذ القرار اصطلاحاً: عملية اتخاذ القرار طبقاً لمن يصنفها بأنها عملية تفكير أو مهارة عقلية عليا تعرف بأنها إحدى عمليات التفكير المركبة والهادفة إلى اختيار البديل الأفضل، أو الحل

¹ الإدارة الذكية، عبد العزيز النجار، ط1، الإسكندرية: المكتب العربي الحديث 2008، ص57.

² القرار الإداري، عاطف عبد الله المكاوي، ط1، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، 2012، ص5.

³ (اتخاذ القرار)، موقع موضوع، اطلع عليه بتاريخ 2-11-2020.

الأمثل والأكثر ملائمة لتحقيق الهدف بما يتناسب مع خصائص الموقف، وتنوع البدائل، كما توصف وفق هذا النمط بأنها عملية مخططة ومنظمة، تعتمد المفاضلة بين جميع البدائل والحلول المطروحة لحل موقف، أو مشكلة، أو حالة من اللاتوازن، لاختيار أنسب الحلول وأنجحها في الوصول إلى الهدف اعتماداً على المعلومات الأولية المدروسة، وانتهاجاً لمهارات التشخيص، واستمطار جميع البدائل الممكنة وتقييمها، ثم تنفيذها بعملية مخططة مستبقاً، ثم تقويم نتائج القرار المنتقى وتقييمه.

اتخاذ القرار إدارياً: وتدرج نحن هذا الباب تعريفات عديدة متقاربة، أهمها ما ذهب إليه الباحثون في تفسير القرار واتخاذ، طبقاً لما يأتي:

- **نيجرو:** عرّفه بأنه عملية اختيار واعٍ لبديل بين البدائل الممكنة في موقف معين.
- **درويش:** البت النهائي والإرادة الواضحة والصريحة لصنع القرار حول ما يجب عليه فعله أو تركه للوصول إلى هدف محدد ونهائي حيال أمر معين.
- **ماكلوري:** عملية متعلقة بالوصول إلى المعلومات ومعالجتها لتحقيق الأهداف الخاصة بموقف معين.

2- عناصر القرار الإداري¹ :

يقوم القرار الإداري على عناصر أساسية إذا لم يستوفها يكون معيباً أو غير مشروع، وقد درج الفقه والقضاء على أنه يلزم أن يتوفر للقرار الإداري باعتباره عملاً قانونياً خمس عناصر لينتج آثاره ويكون صحيحاً هي: الاختصاص، الشكل، السبب، المحل، الغاية.

2-1- الاختصاص:

ان توزيع الاختصاصات بين الجهات الإدارية من الأفكار الأساسية التي يقوم عليها نظام القانون العام ويراعي فيها مصلحة الإدارة التي تستدعي أن يتم تقسيم العمل حتى يتفرغ كل موظف

¹ القرار الإداري، عاطف المكاي، مرجع سابق، ص 50-59.

لأداء المهام المناطة به على أفضل وجه، كما أن قواعد الاختصاص تحقق مصلحة الأفراد من حيث أنه يسهل توجه الأفراد إلى أقسام الإدارة المختلفة ويساهم في تحديد المسؤولية الناتجة عن ممارسة الإدارة لوظيفتها.

ويقصد بالاختصاص القدرة على مباشرة عمل إداري معين أو تحديد مجموعة الأعمال والتصرفات التي يكون للإدارة أن تمارسها قانونياً وعلى وجه يعتد به.

والقواعد القانونية المتعلقة بالاختصاص يمكن حصرها بالعناصر الآتية:

1- قواعد الاختصاص من حيث الأشخاص:

يشترط لصحة القرار الإداري أن يصدر من الشخص أو الهيئة المنوط بها إصداره، فلا يملك هذا الشخص أو تلك الجهة نقل اختصاصها للغير إلا في الأحوال التي يجيزها القانون بناءً على تفويض أو حل قانوني صحيح وإلا كان القرار الصادر مشوباً بعيب عدم الاختصاص.

2- قواعد الاختصاص من حيث الموضوع:

يحدد القانون اختصاص كل موظف أو جهة إدارية بموضوعات معينة فإذا تجاوز هذا الموظف أو الإدارة اختصاصاته تلك فتعدى على اختصاصات جهة أخرى، تحقق عيب عدم الاختصاص.

3- قواعد عدم الاختصاص من حيث المكان:

يتم من خلالها تحديد النطاق المكاني الذي يجوز لرجل الإدارة أن يباشر اختصاصه فيه، فإذا تجاوز هذا النطاق، فإن قراراته تكون مشوبة بعيب عدم الاختصاص، وهذا العيب قليل الحدوث في العمل لأن المشروع كثيراً ما يحدد وبدقة النطاق المكاني الذي يجوز لرجل الإدارة أن يمارس اختصاصه فيه وغالباً ما يتقيد الأخير بحدود هذا الاختصاص ولا يتعداه.

4- قواعد الاختصاص من حيث الزمن:

وذلك بأن يتم تحديد فترة زمنية معينة يكون لرجل الإدارة أن يباشر اختصاصه فيها، فإذا أصدر قرار خارج نطاق الزماني المقرر لممارسته، كما لو أصدر رجل الإدارة قراراً إدارياً قبل صدور قرار تعيينه أو بعد قبول استقالته أو فصله من الوظيفة أو إحالته على التقاعد، كذلك إذا

حدد المشرع مدة معينة لممارسة اختصاص معين أو لإصدار قرار محدد فإن القرار الإداري الصادر بعد انتهاء المدة الزمنية المعينة لإصداره يعد باطلاً ومعيباً بعدم الاختصاص إذا اشترط المشرع ذلك، فإن لم يفعل فقد درج القضاء الإداري في فرنسا ومصر على عدم ترتيب البطلان.

2-2- الشكل:

الشكل هو المظهر الخارجي أو الإجراءات التي تعبر بها الإدارة عن إرادتها الملزمة للأفراد، والأصل أن الإدارة غير ملزمة بأن تعبر عن إرادتها بشكل معين إلا إذا نص القانون على خلاف ذلك، وفي هذه الحالة يجب أن يتخذ القرار الشكلي المقرر لصدوره، كأن يشترط القانون ضرورة أن يكون القرار مكتوباً، أو استشارة جهة متخصصة قبل إصداره أو تسببه إلى غير ذلك من أشكال أخرى.

وعندما يشترط القانون إتباع شكل أو إجراء معين إنما يسعى من جهة إلى تحقيق مصلحة الأفراد وعدم فسخ المجال للإدارة لإصدار قرارات مجحفة بحقوقهم بصورة ارتجالية، ومن جهة أخرى يعمل على تحقيق المصلحة العامة في إلزام الإدارة بإتباع الأصول والتروي وعدم التسرع في اتخاذ قرارات خاطئة.

وقد درج القضاء الإداري على التمييز بين ما إذا كانت المخالفة في الشكل والإجراءات قد تعلقت بالشروط الجوهرية التي تمس مصالح الأفراد وبين ما إذا كانت المخالفة متعلقة بشروط غير جوهرية لا يترتب على إهدارها مساس بمصلحتهم ويترتب البطلان بالنسبة للنوع الأول دون النوع الثاني.

1- الأشكال التي تؤثر في مشروعية القرار الإداري:

لا يمكن أن نحصر الأشكال والإجراءات التي يترتب على مخالفتها بطلان القرار الإداري إلا أن المستقر في الفقه والقضاء الإداري أن أهم هذه الشكليات تتعلق بشكل القرار ذاته، وتسببه والإجراءات التمهيدية السابقة على إصداره، والأشكال المقررة لحماية مصالح المخاطبين بالقرار أو التي تؤثر في الضمانات المقرر للأفراد في مواجهة الإدارة.

2- الأشكال التي لا تؤثر في مشروعية القرار الإداري:

في المستقر في القضاء الإداري أنه لا يترتب البطلان على كل مخالفة للشكليات دون النظر إلى طبيعة هذه المخالفة فقد أطرّد القضاء على التمييز بين الأشكال الجوهرية والأشكال الثانوية أو غير الجوهرية ورتب البطلان على الأولى دون الثانية.

والتمييز بين الأشكال الجوهرية والأشكال غير الجوهرية مسألة تقديرية تتقرر في ضوء النصوص القانونية ورأي المحكمة، وبصورة عامة يكون الإجراء جوهرياً إذا وصفه القانون صراحة بذلك، أو إذا رتب البطلان كجزاء على مخالفته، أما إذا صمت القانون فإن الإجراء يعد جوهرياً إذا كان له أثر حاسم ويعكس ذلك فإنه يعد إجراء ثانوياً ومن ثم فإن تجاهله لا يعد عيباً يؤثر في مشروعية ذلك القرار.

وقد استقر القضاء الإداري على أن الإجراءات الثانوية والتي لا يترتب على مخالفتها بطلان القرار الإداري على نوعين: النوع الأول يتمثل في الأشكال والإجراءات المقررة لمصلحة الإدارة، أما النوع الثاني فيتعلق بالأشكال والإجراءات الثانوية التي لا تؤثر في مضمون القرار كإغفال الإدارة ذكر النصوص القانونية التي كانت الأساس في إصداره.

2-3- السبب:

سبب القرار الإداري هو الحالة أو الواقعية أو القانونية التي تسبق القرار وتدفع الإدارة لإصداره، فالسبب عنصر خارجي موضوعي يبرر للإدارة التدخل بإصدار القرار وليس عنصراً نفسياً داخلياً لدى من أصدر القرار.

فالأصل أن الإدارة غير ملزمة بتسبيب قراراتها استناداً إلى قرينة المشروعية التي تفترض أن قرارات الإدارة تصدر بناءً على سبب مشروع وعلى صاحب الشأن إثبات العكس، أما إذا أفصحت الإدارة عن هذا السبب من تلقاء ذاتها فإنه يجب أن يكون صحيحاً وحقيقياً ما لم تكن الإدارة ملزمة بذكر سبب القرار قانونياً.

وقد استقر القضاء على ضرورة توفر شرطين في سبب القرار الإداري:

1- أن يكون سبب القرار قائماً وموجوداً حتى تاريخ اتخاذ القرار:

ويتفرع من هذا الشرط ضرورتان الأولى أن تكون الحالة الواقعية أو القانونية موجودة فعلاً وإلا كان القرار الإداري معيباً في سببه، والثاني يجب أن يستمر وجودها حتى صدور القرار فإذا وجدت الظروف الموضوعية لإصدار القرار إلا أنها زالت قبل إصداره فإن القرار يكون معيباً في سببه، كذلك لا يعتد بالسبب الذي لم يكن موجوداً قبل إصدار القرار إلا أنه تحقق بعد ذلك، وإن جاز يكون مبرراً لصدور قرار جديد.

2- أن يكون السبب مشروعاً:

وتظهر أهمية هذا الشرط في حالة السلطة المقيدة للإدارة، عندما يحدد المشروع أسباباً معينة يجب أن تستند إليها الإدارة لإصدار بعض قراراتها، فإذا استندت الإدارة في إصدار قرارها إلى أسباب غير تلك التي حددها المشروع فإن قرارها يكون مستحقاً لعدم مشروعية سببه.

بل إن القضاء الإداري درج على أنه حتى في مجال السلطة التقديرية لا يكفي أن يكون السبب موجوداً بل يجب أن يكون صحيحاً ومبرراً لإصدار القرار الإداري.

4-2- المحل:

يقصد بمحل القرار الإداري الأثر الحال والمباشر الذي يحدثه القرار مباشرة سواء بإنشاء مركز أو تعديله أو إنهائه.

ويجب أن يكون محل القرار ممكناً وجائزاً من الناحية القانونية، فإذا كان القرار معيباً في فحواه أو مضمونه بأن كان الأثر القانوني المترتب على القرار غير جائز أو مخالف للقانون أيّاً كان مصدره دستورياً أو تشريعياً أو لائحياً أو عرفاً أو مبادئ عامة للقانون، ففي هذه الحالات يكون غير مشروع ويكون القرار بالتالي باطلاً.

ومخالفة القرار للقواعد القانونية تتخذ صوراً متعددة وهي:

1- المخالفة المباشرة للقاعدة القانونية:

وتتحقق هذه عندما تتجاهل الإدارة القاعدة القانونية وتتصرف كأنها غير موجودة، وقد تكون هذه المخالفة عمدية، كما قد تكون غير عمدية نتيجة عدم علم الإدارة بوجود القاعدة القانونية بسبب تعاقب التشريعات وعدم مواكبة الإدارة للنافذ منها.

2- الخطأ في تفسير القاعدة القانونية:

وتتحقق هذه الحالة عندما تخطأ الإدارة في تفسير القاعدة القانونية فتعطي معنى غير المعنى الذي قصده المشرع.

والخطأ في تفسير القاعدة القانونية أما يكون غير متعمد من جانب الإدارة فيقع بسبب غموض القاعدة القانونية وعدم وضوحها، واحتمال تأويلها إلى معان عدة، وقد يكون متعمداً حين تكون القاعدة القانونية المدعى بمخالفتها من الوضوح بحيث لا تحتل الخطأ في التفسير، ولكن الإدارة تتعمد التفسير الخاطئ فيختلط عيب المحل في هذه الحلة بعيب الغاية.

3- الخطأ في تطبيق القاعدة القانونية:

ويحصل هذا الخطأ في حالة مباشرة الإدارة للسلطة التي منحها القانون إياها، بالنسبة لغير الحالات التي نص عليها القانون أو تتوفر الشروط التي حددها القانون لمباشرتها.

ويتخذ الخطأ في تطبيق القانون صورتين الأولى تتمثل في حالة صدور القرار دون الاستناد إلى وقائع مادية تؤيده، ومثال ذلك أن يصدر الرئيس الإداري جزاءً تأديبياً بمعاقبة أحد الموظفين دون أن يرتكب خطأ يجيز هذا الجزاء.

أما الثانية فتتمثل في حالة عدم تبرير الوقائع للقرار الإداري، وهنا توجد وقائع معينة إلا أنها لا تكفي أو لم تستوف الشروط القانونية اللازمة لاتخاذ هذا القرار كأن تكيف الإدارة جريمة معينة بأنها مرتكبة ضد الإدارة العامة فتصدر قراراً بأنهاء خدمة الموظف ثم يتبين عدم صحة هذا التكيف.

2-5- الغاية:

يقصد بالغاية من القرار الإداري الهدف الذي يسعى هذا القرار إلى تحقيقه، والغاية عنصر نفسي داخلي لدى مصدر القرار، فالهدف من إصدار قرار بتعيين موظف هو لتحقيق استمرار سير العمل في المرفق الذي تم تعيينه فيه والهدف من إصدار قرارات الضبط الإداري هو حماية النظام العام بعناصره الثلاث السكنية العامة، والصحة العامة، والأمن العام.

والأصل أن كل قرار إداري يستهدف تحقيق المصلحة العامة، ويفترض فيه ذلك، وعلى من يدعي خلاف ذلك الإثبات وعيب الانحراف بالسلطة أو الغاية عيب قصدي أو عمدي يتعلق بنية مصدر القرار الذي يجب أن يكون سيء النية يعلم أنه يسعى إلى غاية بعيدة عن المصلحة العامة أو غير تلك التي حددها القانون.

ويمكن تحديد الغاية من القرار الإداري وفقاً لثلاثة اعتبارات:

1- استهداف المصلحة العامة:

السلطة التي تتمتع بها الإدارة ليست غاية في ذاتها إنما هي وسيلة لتحقيق الغاية المتمثلة بالمصلحة العامة، فإذا حادت الإدارة عن هذا الهدف لتحقيق مصالح شخصية لا تمت للمصلحة العامة بصلة كمحاباة الغير أو تحقيق غرض سياسي أو استخدام السلطة بقصد الانتقام فإن قراراتها تكون معيبة وقابلة للإلغاء.

2- احترام قاعدة تخصيص الأهداف:

على الرغم من أن الإدارة تستهدف تحقيق المصلحة العامة دائماً فقد يحدد المشرع للإدارة هدفاً خاصاً يجب أن تسعى قراراتها لتحقيقه وإذا ما خالفت هذا الهدف فإن قراراتها تكون معيبة بإساءة استعمال السلطة ولو تذرعت الإدارة بأنها قد قصدت تحقيق المصلحة العامة، وهذا ما يعرف بمبدأ تخصيص الأهداف ومثال ذلك قرارات الضبط الإداري التي حدد لها القانون أهدافاً ثلاثة لا يجوز للإدارة مخالفتها وهي المحافظة على الأمن العام والسكنية العامة والصحة العامة، فإذا خالفت الإدارة هذه الأهداف في قرارات الضبط الإداري فإن قرارها هذا يكون معيباً وجديراً بالإلغاء.

3- احترام الإجراءات المقررة:

يتعين على الإدارة احترام الإجراءات التي بينها القانون لتحقيق الهدف الذي تسعى إليه، فإذا انحرفت الإدارة في الإجراءات الإدارية اللازمة لإصدار قرار معين بإجراءات أخرى لتحقيق الهدف الذي تسعى إليه فإن تصرفها هذا يكون مشوباً بعيب إساءة استعمال السلطة في صورة الانحراف بالإجراءات.

وتلجأ الإدارة إلى هذا الأسلوب أما لأنها تعتقد أن الإجراء الذي اتبعه لا يؤدي لتحقيق أهدافها أو أنها سعت إلى التهرب من الإجراءات المطولة أو الشكليات المعقدة، ومثل ذلك أن تلجأ الإدارة إلى الاستيلاء المؤقت على العقارات بدلاً من سيرها في طريق إجراءات نزع الملكية للمنفعة العامة تفادياً لطول إجراءات نزع الملكية، وأن تقرر الإدارة ندب موظف وهي تستهدف في الحقيقة معاقبته فتلجأ إلى قرار الندب لتجريده من ضمانات التأديب.

3- مراحل اتخاذ القرار: تتمثل مراحل اتخاذ القرار بالآتي: ¹

3-1- تحديد المشكلة:

إن مرحلة تحديد المشكلة من أهم المراحل الفكرية وأصعبها، فتحديد المشكلة يحدد الاتجاه الفكري الذي يليه، فإذا لم يتم معرفة المشكلة الحقيقية فإن القرار الذي سيتخذ سيكون غير ملائم للمشكلة التي صدر القرار فيها، ومن الضروري التفرقة بين المشكلة السطحية والمشكلة الحقيقية، فالأولى سهلة التمييز أما الثانية إلى قدر كبير من المعرفة والخبرة والذكاء، وتظهر المشاكل أساساً من وجود أشياء أو حالات غير مرغوب فيها، كما تظهر من وجود تعارض واحتكاك سواء بين الأشياء أو الأشخاص... إلخ.

والمشاكل ليست شيء مادي ملموس وإنما يتوقف معرفتها على قدرة الأشخاص وتمييزهم، فقد يرى البعض أن هناك مشكلة معينة في حين أن البعض الآخر لا يشعر بوجودها.

¹ الإدارة الذكية، عبد العزيز النجار، مرجع سابق، ص 58-61.

3-2- تحديد البدائل المختلفة:

مرحلة التفكير المتعلقة بتحديد الحلول المختلفة، مرحلة صعبة وشاقة، فليس من اليسير على شخص واحد ان يكون عالماً بكل الحلول المختلفة للمشكلة، فهو يعتمد في هذا على معلوماته وخبرته، ومعلومات الآخرين وخبراتهم، كما قد يعتمد على الأبحاث التي يقوم بها أو يقوم بها الآخرون، سواء كانت أبحاث ثانوية (دراسة السجلات وقراءة الكتب)، والتفكير في هذه المرحلة غالباً ما يكون ابتكارياً، أي يحاول الفرد بطريقة غير تقليدية الكشف عن حلول جديدة لم تكن معروفة من قبل.

3-3- تحديد مزايا وعيوب كل بديل:

والمرحلة الثالثة هي تحديد عيوب ومزايا كل بديل، وهي مرحلة مهمة وشاقة أيضاً، فمن المستحيل على فرد واحد أن يكون عالماً بكل مزايا وعيوب كل البدائل، فهو يعتمد على معلوماته وخبراته، ومعلومات الآخرين وخبراتهم كما يعتمد على الأبحاث الأولية والثانوية، والسبب في صعوبة هذه المرحلة هو ان المزايا والعيوب لا تظهر فعلاً الا في المستقبل، ومن هنا يكون الشك، وعدم التأكد، والخوف، فليس هناك من شخص يستطيع معرفة المستقبل، وكل ما يستطيعه هو ان (يتنبأ) ما ستكون عليه الأمور في المستقبل، والتنبؤ بالمستقبل شيء، والمستقبل نفسه شيء آخر، ومما يزيد الأمر تعقيداً أن الوقت غالباً ما يكون ضيقاً لا يسمح باكتشاف كل النتائج المتوقعة المتعلقة بكل بديل، فكثيراً ما يتطلب الأمر اتخاذ قرار قبل ان يصبح من الممكن اكتشاف كل النتائج المترتبة على هذا القرار، من هنا تبدو أهمية اتخاذ القرار.

3-4- مرحلة اختيار البديل الأمثل:

إذا كانت المرحلة السابقة لاتخاذ القرار صعبة وشاقة، فإن اختيار البديل الأمثل من أشق الأمور على الانسان الفرد، لأن كل ما وصل إليه الانسان حتى هذه المرحلة الفكرية هو قائمة من المزايا والعيوب لمجموعة من البدائل المختلفة، عندها يجد الانسان نفسه عاجزاً عن الاختيار، لأن الاختيار بطبيعته يعني قطع الموضوع نهائياً بعد القيام بعملية التقويم.

وبالرغم من أن عملية التقويم النهائية صعبة وشاقة، إلا أن هناك بعض الاعتبارات التي يمكن الاسترشاد بها في اختيار البديل الأمثل:

أ- درجة المخاطرة وعلاقتها بالفائدة المنتظرة: فكل بديل يحمل قدراً من المخاطرة ومن الفائدة، والمهم هنا هو تقدير درجة المخاطرة بالنسبة إلى درجة الفائدة، ويتوقف سلامة القرار على هذا التقويم.

ب- درجة الاقتصاد في الجهود والأموال والمواد فكل بديل يتطلب قدراً من الجهود يزيد أو يقل بمقدار البديل ذاته والعبرة بالوصول إلى الأهداف (مع الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية).

ت- إمكانية تنفيذ الحل إذ لا فائدة من قرار لا يمكن تنفيذه.

4- أنواع القرارات: ¹

من الصعب تسجيل أنواع القرارات التي يجب اتخاذها في ميادين الأعمال نظراً لتنوعها، وتعددتها، واختلافها، من زمن إلى زمن، ومن مشروع إلى مشروع ومن مجتمع إلى مجتمع، وبصفة عامة يمكن تقسيم القرارات إلى مجموعات حسب نوع التقسيم:

4-1- حسب طبيعة القرارات:

فاتخاذ القرارات قد يكون متعلقاً بأعمال إدارية ذات سبغة عامة- في التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، كما قد يكون القرار متعلقاً بأحد النشاطات الفنية المختصة بالمشروع: الإنتاج، التسويق، التمويل... إلخ.

4-2- حسب المستويات الإدارية:

قد يكون القرار صادراً عن المستويات الإدارية العليا (رئيس مجلس الإدارة أو المدير العام مثلاً) أو يكون صادراً عن المستويات الإدارية المتوسطة، فالقرارات التي تتخذ في المستويات الإدارية العليا غالباً ما تتعلق بالنهايات أو الأهداف، والطرق الرئيسية التي توصل إلى هذه

¹ الإدارة الذكية، النجار، مرجع سابق، ص 76-77.

الأهداف، أما القرارات التي تتخذ في المستويات الإدارية الوسطى فتتعلق بتجزئة الأهداف إلى أهداف فرعية، وتظهر في هذه المرحلة المشاكل الفنية والاقتصادية والإنسانية المتعلقة بالعمل، أما في المستويات الإدارية السفلى، فتتعلق القرارات بالتنفيذ المباشر للعمل.

3-4- حسب خطورة القرار: وقد يكون القرار خطيراً لأنه يتعلق بصرف أموال عائلة أو

بتقرير مصير مئات من الموظفين والعمال... إلخ، وقد يكون القرار ضئيلاً روتينياً...

4-4- حسب عدد الذين اتخذوا القرار: فهناك قرار من فرد واحد وهناك قرار من مجموعة.

4-5- حسب مصدر القرار: وهناك ثلاثة مصادر للقرارات:

أ- قرارات تكون نتيجة اتصال المدير بمستويات إدارية أعلى منه.

ب- قرارات تكون نتيجة اتصال المدير بمستويات إدارية أقل منه.

ت- قرارات تكون بالمبادأة (بإيعاز من ذات المدير).

5- مبادئ اتخاذ القرار¹ : لاتخاذ القرار مبادئ منها:

1-5- مبدأ اتخاذ القرار: ان جهود الأفراد وتصرفاتهم قد تكون نتيجة التفكير والاختيار، أو

مجرد رد فعل أوتوماتيكي أو نتيجة اللاشعور، فإذا كانت جهود الافراد وتصرفاتهم نتيجة التفكير والاختيار، قيل إن (الافراد اتخذوا قراراً).

2-5- مبدأ تغلغل القرارات: اتخاذ القرارات عملية مستمرة ومتغلغلة في جميع أوجه النشاط

الإداري والفني في أي مشروع أو منظمة.

3-5- مبدأ التفكير المركب: للوصول إلى أعلى مستوى من القرارات الممكنة انسانياً يجب أن

يكون التفكير منطقياً وابتكارياً في نفس الوقت.

4-5- مبدأ التفكير المنطقي: لكي يكون التفكير منطقياً يجب أن يكون خالياً من التناقض

والأغلاط وأن يكون دقيقاً واضحاً.

¹ الإدارة الذكية، عبد العزيز النجار، مرجع سابق، ص 81.

5-5- مبدأ (الانطلاق الفكري): للحصول عل أكبر كمية من الأفكار في أقل وقت ممكن يتطلب الأمر استخدام حلقات الانطلاق الفكري.

5-6- مبدأ الحقائق: تعتبر الحقائق هي المادة الخام التي يتعامل معها متخذ القرار، وبدون (الحقائق) يصبح القرار خاطئاً سقيماً.

الفصل الثالث

الدراسة العملية والنتائج والتوصيات

المبحث الأول
نبذة مختصرة عن مستشفى الكويت الجامعي وتحليل
الاستبيان

1- نبذة عن مستشفى الكويت:

- مؤسسة صحية حكومية ذات طابع تعليمي جامعي.
- تأريخ الانشاء: عام 1971م.
- الموقع الجغرافي: يتوسط العاصمة صنعاء، ويقع بالتحديد ضمن مديرية التحرير في قلب أمانة العاصمة.
- الزمام السكاني: يخدم المستشفى أكثر من 2,000,000 نسمة.
- العنوان: صنعاء شارع الكويت/شارع الزراعة.
- من أهم المستشفيات الحكومية المرجعية في اليمن، ويعتبر مركزاً معتمداً للتعليم الطبي وتأهيل الكوادر الطبية.
- يبعد عن أقرب مستشفى حكومي وخاص براً 30 كم، أي نحو 20 دقيقة بالسيارة.
- تم تأسيسه في البداية كمركز لعلاج الدرن، بدعم من دولة الكويت الشقيقة، في العام 1991م بدعم من إدارة البعثة الكويتية لليمن، وفي العام 1994م تم إلحاقه لتبعية جامعة صنعاء، بقرار رئاسي.
- تقدر مساحة المستشفى بحوالي 2 كم2 وتشكل مساحة المباني الطبية نسبة 35% من إجمالي مساحة المستشفى.
- المباني الطبية – وتتكون من :
 - 1- مبنى الاستقبال والرقود.
 - 2- مبنى العناية المركزة.
 - 3- مبنى الطوارئ والعيادات الخارجية.
 - 4- مبنى مركز القلب.
 - 5- مبنى العيادات الاستشارية.
 - 6- مبنى المختبرات.
 - 7- مبنى قسم اللوكيميا وأمراض الدم.
 - 8- مبنى الصيدلية المركزية.

9- مبنى صيدلية الشهداء.

- المباني غير الطبية: وتتكون من:

1- مبنى الإدارة.

2- مبنى الشؤون الأكاديمية وإدارة الإحصاء.

3- مبنى خدمة توزيع ما بين المخازن وغرفة الصيانة ومصنع الأكسجين وكتب الدخول والخروج.

4- محرقة النفايات.

5- المطبخ والمغسلة.

6- المخبز الآلي.

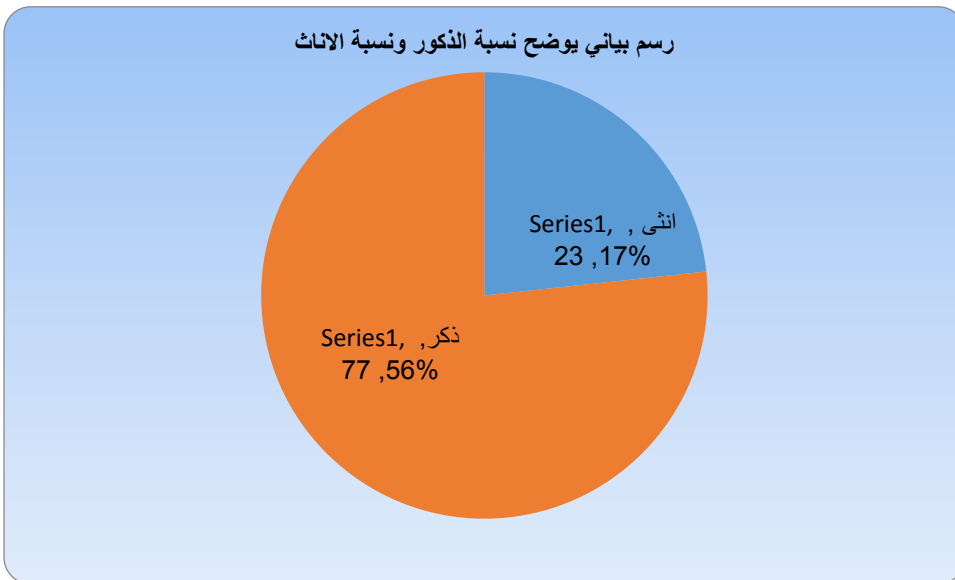
7- سكن الكادر الطبي والتمريض.

- الطاقة الاستيعابية:

-	-	الجراحة رجال	39
-	-	الجراحة نساء	39
-	-	الباطنية رجال	33
-	-	الباطنية نساء	24
-	-	النساء والولادة	24
-	-	غرفة التوليد	5
-	-	العناية المركزة	12
-	-	العناية القلبية	8
-	-	الخدج وحديثي الولادة	15
-	-	الأطفال	27
-	-	اللوكميا وسرطان الدم	18
-	-	الطوارئ العامة والجراحية	23
-	-	طوارئ الأطفال	10
-	-	طوارئ النساء والولادة	4
-	-	العيون	10
-	-	الأنف والأذن والحنجرة	15
-	-	العمليات	5
-	-	العيادات	10

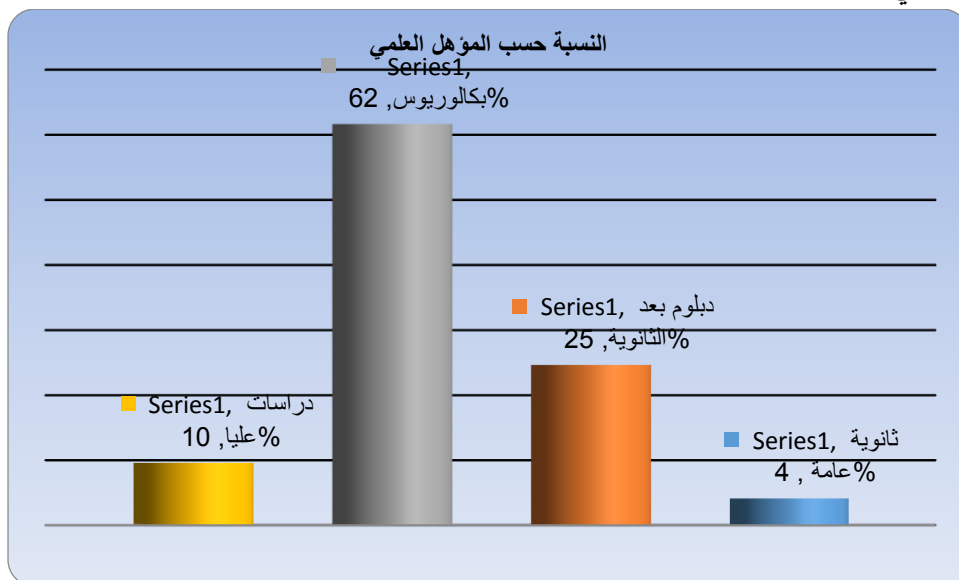
- بلغت القوة البشرية العاملة بالمستشفى من مختلف الفئات حوالي 850 عاملاً وذلك بنهاية العام 2019م.

2- خصائص عينة الدراسة:
- النوع:



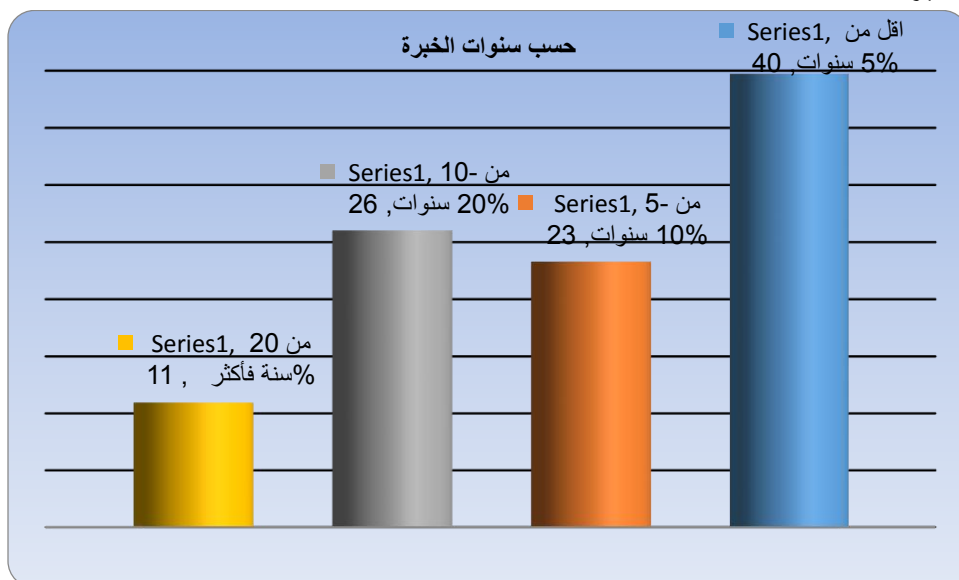
الشكل (1-4)

- المؤهل العملي:



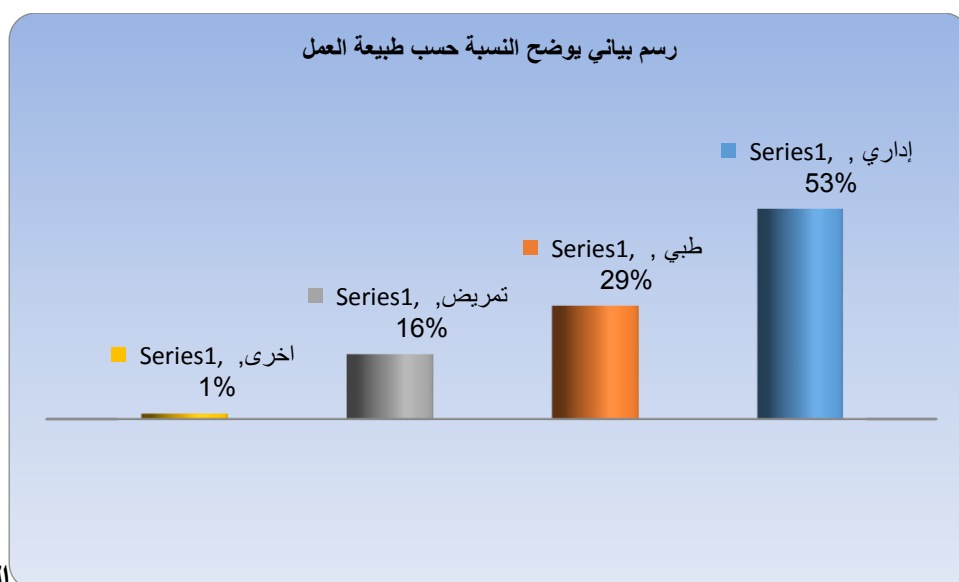
الشكل (2-4)

- سنوات الخبرة:



الشكل (3-4)

- طبيعة العمل:



الشكل (4-4)

3- التحليل الاستنتاجي للبيانات واختبار فرضيات الدراسة :

القسم الأول: توطین الوظائف الادارية في مستشفى الكويت الجامعي وأثرها في تحسين إدارة الخدمات الطبية.

المحور الاول: مدى تطبيق وظيفة التخطيط في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي.

م	العبارات	Mean	Std. Deviation	%
1	لدى مستشفى الكويت رؤيا إستراتيجية واضحة للإسهام في الارتقاء بخدمة التطبيب في اليمن.	2.97	1.142	59%
2	يتم إشراك الإدارات التنفيذية بالمستشفى مدراء وموظفين بعملية إعداد الخطط الاستراتيجية للمستشفى.	2.78	1.044	56%
3	تمتلك مستشفى الكويت خطة إستراتيجية من 3-5 سنوات ويتم تحديثها سنوياً.	2.54	0.903	51%
4	تحتوي الخطة الإستراتيجية للمستشفى على أهداف عامة واضحة وقابلة للتطبيق في الواقع العملي.	2.58	0.927	52%
5	تحتوي الخطة الإستراتيجية للمستشفى على أهداف فرعية قابلة للتطبيق على مستوى كل قسم من أقسام المستشفى.	2.59	0.955	52%
6	يتم ترجمة الأهداف الفرعية في الخطة الإستراتيجية للمستشفى على شكل موازنات تشغيلية (سنوية) وبرامج مزمدة للتنفيذ الفعلي على مستوى كل قسم من أقسام المستشفى حتى يسهل عملية الرقابة والتقييم.	2.51	0.888	50%
7	هل هناك قطاع أو إدارة عامة متخصصة في عملية التخطيط الاستراتيجي للمستشفى.	2.88	0.927	58%
8	هل القائمين على عملية إعداد الخطط والبرامج للمستشفى من ذوي الكفاءات والخبرات المتخصصة في هذا المجال.	2.63	1.087	53%
9	هل يتم مواءمة التخطيط الفني مع التخطيط المالي بالمستشفى لضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة بكفاءة وفاعلية.	2.86	0.899	57%
10	يوجد خطة لإدارة الطوارئ (الحالات الطوارئ) الذي تشمل الأهداف والمنهجية وطرق التقييم).	3.01	1.132	60%
11	توجد خطة لإدارة العيادات الخارجية بالمستشفى منفصلة عن بقية الأقسام.	3.41	0.895	68%

12	هل توجد خطة منفصلة لكل قسم في المستشفى لضمان تقييم هذه الأقسام كلاً على حدى من خلال مقارنة المنفذ بالمخطط وتحديد أي انحراف ومعالجته.	3.23	0.89	65%
13	تضمن إدارة مستشفى الكويت توفير الموارد والتجهيزات اللازمة بحسب نطاق الخدمة والتوجهات الاستراتيجية للمستشفى.	2.73	1.193	55%
14	يتم إدارة مستشفى الكويت من قبل كادر متخصص إدارياً وفنياً.	3.23	0.965	65%
15	الخطة الاستراتيجية لمستشفى الكويت تعكس قدرة الإدارة على التنبؤ بالمشكلات والمعوقات.	2.89	0.98	58%
16	يلتزم الكادر بتنفيذ المهام الموكلة إليهم بكفاءة وفاعلية.	3.45	0.989	69%
17	هل يتم الأخذ في الاعتبار بناء قدرات الكادر العامل لضمان التميز في تقديم الخدمة الطبية بكفاءة عالية، عن طريق عمل دورات وندوات ومؤتمرات لرفع مستوى الكادر والموظفين.	3.21	0.893	64%
18	هل يتم اختيار نشاطات الموارد البشرية اللازمة وتخصيص الموارد المالية اللازمة لها.	2.65	1.11	53%
19	هل يتم إعادة النظر في عملية التخطيط بين كل فترة وأخرى لتلافي أي قصور في عملية وضع الخطط للمستشفى.	2.73	1.068	55%
	المتوسط	2.90	0.10	58%

من خلال الجدول الموضح أعلاه اتضح: إن نسبة تقييم الموظفين في محور مدى تطبيق وظيفة التخطيط في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي بنسبه (58%) ضعيفة وهذه النسبة ضعيفة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في المجال السابق هي يلتزم الكادر بتنفيذ المهام الموكلة إليهم بكفاءة وفاعلية بنسبة (69%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند يتم ترجمة الأهداف الفرعية في الخطة الاستراتيجية للمستشفى على شكل موازنات تشغيلية (سنوية) وبرامج مزمدة للتنفيذ الفعلي على مستوى كل قسم من أقسام المستشفى حتى يسهل عملية الرقابة والتقييم بنسبة (50%).

المحور الثاني: مدى تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي؟

م	البيانات	Mean	Std. Deviation	%
20	يملك مستشفى الكويت هيكل تنظيمي يغطي كافة المهام ويحدد خطوط السلطة والمسؤولية لكل العاملين في المستشفى بوضوح.	3.22	0.651	64%
21	يوجد توصيف وظيفي يوضح مهام ومسؤوليات كل موظف بالقسم ويحدد صلاحياتهم.	2.89	1.048	58%
22	يوجد اليه للتنسيق بين جميع الأقسام في مستشفى الكويت.	3.21	0.745	64%
23	يوجد لوائح مالية تنظم سير العمل المالي بمستشفى الكويت.	2.74	1.088	55%
24	توجد لوائح إدارية تنظم العمل الإداري في مستشفى الكويت.	2.55	1.179	51%
25	يطغى التنظيم الغير الرسمي على التنظيم الرسمي في مستشفى الكويت.	3.01	1.115	60%
26	يوجد قنوات اتصال مفتوحة ودائمة بين الرؤساء والمرووسين.	3.17	0.91	63%
27	يوجد نظام أو معايير مدروسة لاستقطاب والتوظيف الجديد في مستشفى الكويت، لضمان رفدها بكادر نوعية متخصص.	2.67	0.973	53%
28	توجد لائحة للتحفيز في كل قسم في مستشفى الكويت لضمان أفضل أداء للعاملين.	2.46	0.969	49%
29	يوجد توافق بين الكادر الطبي والإداري مما يعزز العمل بروح الفريق الواحد.	3	0.816	60%
	المتوسط	2.89	0.9494	58%

من خلال الجدول الموضح أعلاه اتضح إن نسبة تقييم الموظفين في محور مدى تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي؟ بنسبه (58%) ضعيفة وهذه النسبة ضعيفة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في المجال

السبق هي في البند يمتلك مستشفى الكويت هيكل تنظيمي يغطي كافة المهام ويحدد خطوط السلطة والمسؤولية لكل العاملين في المستشفى بوضوح بنسبة (64%) والبند يوجد اليه للتنسيق بين جميع الأقسام في مستشفى الكويت بنسبة (64%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند توجد لائحة للتحفيز في كل قسم في مستشفى الكويت لضمان أفضل أداء للعاملين. بنسبة (49%).

المحور الثالث: تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي

م	العبارات	Mean	Std. Deviation	%
30	توجد إدارة أو قسم متخصص بعملية الرقابة والمتابعة بالمستشفى سواء المالية أو الإدارية أو الفنية.	2.84	1	57%
31	القائمين على عملية الرقابة والتقييم بالمستشفى متخصصين ولديهم الخبرات الكافية للقيام بوظيفة الرقابة كما يجب.	3.05	0.78	61%
32	يمتلك المستشفى أقسام متخصصة للقيام بالرقابة الفنية على أداء الأطباء والممرضين في جميع أقسام المستشفى.	2.83	0.949	57%
33	يمارس المستشفى رقابة دقيقة على عمل الكوادر (الطبية، الإدارية) فيها.	2.78	0.917	56%
34	يتم تقييم أداء العاملين وفق معايير معلنة ومعتمدة.	2.07	1.282	41%
35	تقارير التقييم والرقابة تحقق الغرض منها.	1.97	1.167	39%
36	تقوم الإدارة بمراجعة تقارير أداء العاملين وتزويد العاملين بتغذية عكسية حول مستوى أدائها.	2.22	1.258	44%
37	يتم رفع تقارير يومية وأسبوعية وشهرية عن أداء الوحدات الفرعية في الأقسام ويتم مناقشتها مع اللجان والإدارات والعاملين المعنيين بها.	2.39	1.304	48%
38	هل هناك معايير واضحة لتقييم أداء موظفي مستشفى الكويت الجامعي من أطباء وفنيين وإداريين ومالين.	2.28	1.302	46%
39	يتم تزويد متخذ القرار بالمعلومات الكافية لاتخاذ القرار المناسب.	2.08	1.207	42%
40	يتم اشراك العاملين من ذوي الاختصاص في اتخاذ القرار.	2.11	1.286	42%

41	يتم التفويض في اتخاذ القرار وفق القوانين المحددة.	2.48	0.915	50%
42	يتم اتباع الطرق العلمية المناسبة لاتخاذ القرار.	2.16	1.225	43%
43	يتم اتخاذ القرارات بما يخدم الهدف العام للمستشفى .	2.45	1.119	49%
	المــــــــــــــــتوسط	2.41	1.12	48%

من خلال الجدول السابق اتضح إن نسبة تقييم الموظفين في محور تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي بنسبة (48%) غير مقبولة وهذه النسبة غير مقبولة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في المجال السابق هي في البند القائمين على عملية الرقابة والتقييم بالمستشفى متخصصين ولديهم الخبرات الكافية للقيام بوظيفة الرقابة كما يجب بنسبة (61%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند تقارير التقييم والرقابة تحقق الغرض منها بنسبة (39%).

3- القسم الثاني: مستوى جودة الخدمات في مستشفى الكويت الجامعي.

م	العمليات	Mean	Std. Deviation	%
44	يدار المستشفى من قبل كادر مؤهل علميا وذو خبرة في مجال العمل الاداري والطبي معا.	2.56	1.462	51%
45	يقدم المستشفى خدماته الطبية للمرضى وفقا لخطة تشغيلية مدروسة شارك في اعدادها العاملين.	2.27	1.309	45%
46	يقدم المستشفى خدماته الطبية من خلال اقسام لكل منها عدد من الوحدات الفرعية لكل منها خدمات تخصصية محددة ومتسلسلة.	2.58	1.39	52%
47	يعمل في المستشفى كواادر طبية وتمريضية وفنية وادارية مؤهلة علميا، وممارسة في مجال تخصصها.	2.49	1.372	50%
48	التصاميم الفنية والهندسية للمستشفى تتناسب مع حجم ونوعية الخدمات المقدمة فيه.	2.81	1.109	56%
49	يقدم المستشفى خدماته الطبية لكل المرضى المترددين عليه على مدار 24 ساعة وطوال العام وبدون تأخير.	2.75	1.547	55%
50	يحصل المستشفى على احتياجاته من الادوية والمستلزمات الطبية ويتدفق منتظم يضمن استمرارية تقديم خدمات صحية وآمنة.	2.99	1.14	60%
51	يتم استغلال المورد المادية والبشرية والمالية للمستشفى بكفاءة وفاعلية، وفقا للائحة المنظمة لذلك.	2.42	1.11	48%
52	يلتزم كل العاملين في المستشفى بتنفيذ المهام الموكلة اليهم بحسب التوصيف الوظيفي وموقعهم في الهيكل التنظيمي.	2.36	1.397	47%
53	يملك المستشفى كل التجهيزات اللازمة لتقديم خدمات طبية آمنة وسريعة للمرضى تتناسب مع حجم ونوع الخدمات المقدمة.	2.89	1.108	58%
54	يتم عمل صيانة دورية للأجهزة والمعدات الموجودة في المستشفى.	2.46	0.969	49%
55	يتم إلزام كل الكوادر (طبية، تمريضية، فنية، ادارية) العاملة في المستشفى بتطبيق السياسات والاجراءات المنظمة للعمل وفق معايير جودة الرعاية الصحية العالمية.	2.36	1.282	47%

43%	1.441	2.15	56 يعمل كل الكادر في المستشفى بروح الفريق الواحد ويلتزم بأخلاقيات المهنة.
54%	1.594	2.72	57 يحرص جميع العاملين على سلامة وامان المريض وتحقيق رضاه.
58%	1.12	2.89	58 يقدم المستشفى خدماته للمرضى بطريقة منظمة وتنسيق عالي وفقا للأنظمة والتشريعات الوطنية ذات العلاقة الطبية.
57%	1.057	2.85	59 توثق كل بيانات المرضى والخدمات المقدمة لهم من خلال نظام معلومات دقيق يضمن سرية وسرعة تداول المعلومات وتقديم التقارير الصحية لكل الجهات المعنية والمخولة بمعرفتها.
53%	0.924	2.64	60 يطبق المستشفى نظام رقابة وتقييم صارم وفقا لمعايير ومؤشرات الجودة الصحية العالمية.
46%	0.959	2.31	61 يحصل العاملين في المستشفى على التدريب والتأهيل بصورة مستمرة.
52%	1.24	2.58	المتوسط

من خلال الجدول السابق اتضح إن نسبة تقييم الموظفين في قسم تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي بنسبه (52%) وهي نسبة ضعيفة وهذه النسبة تعتبر ضعيفة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في القسم السابق هي في البند يحصل المستشفى على احتياجاته من الادوية والمستلزمات الطبية وبتدفق منتظم يضمن استمرارية تقديم خدمات صحية وآمنة بنسبة (60%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند يعمل كل الكادر في المستشفى بروح الفريق الواحد ويلتزم بأخلاقيات المهنة بنسبة (43%).

المبحث الثاني النتائج والتوصيات

النتائج

من خلال تحليل الاستبيان تم التوصل للعديد من النتائج والتي تتمثل بالآتي:

- (1) إن نسبة تقييم الموظفين عينة البحث في محور مدى تطبيق وظيفة التخطيط في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي بنسبه (58%) وهذه النسبة ضعيفة حسب معايير الجودة العالمية حيث كانت أعلى نسيه في المجال السابق هي يلتزم الكادر بتنفيذ المهام الموكلة إليهم بكفاءة وفاعلية بنسبة (69%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند يتم ترجمة الأهداف الفرعية في الخطة الاستراتيجية للمستشفى على شكل موازنات تشغيلية (سنوية) وبرامج مزمدة للتنفيذ الفعلي على مستوى كل قسم من أقسام المستشفى حتى يسهل عملية الرقابة والتقييم بنسبة (50%).
- (2) إن نسبة تقييم الموظفين في محور مدى تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي؟ بنسبه (58%) ضعيفة وهذه النسبة ضعيفة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في المجال السابق هي في البند يمتلك مستشفى الكويت هيكل تنظيمي يغطي كافة المهام ويحدد خطوط السلطة والمسؤولية لكل العاملين في المستشفى بوضوح بنسبة (64%) والبند يوجد اليه للتنسيق بين جميع الأقسام في مستشفى الكويت بنسبة (64%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند توجد للائحة للتحفيز في كل قسم في مستشفى الكويت لضمان أفضل أداء للعاملين. بنسبة (49%).
- (3) إن نسبة تقييم الموظفين في محور تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي بنسبة (48%) غير مقبولة وهذه النسبة غير مقبولة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في المجال السابق هي في البند القائمين على عملية الرقابة والتقييم بالمستشفى متخصصين ولديهم الخبرات الكافية للقيام بوظيفة الرقابة كما يجب بنسبة (61%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند تقارير التقييم والرقابة تحقق الغرض منها بنسبة (39%).

(4) إن نسبة تقييم الموظفين في قسم تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي بنسبه (52%) وهي نسبة ضعيفة وهذه النسبة تعتبر ضعيفة حسب معايير الجودة العالمية حيث كان أعلى نسيه في القسم السابق هي في البند يحصل المستشفى على احتياجاته من الادوية والمستلزمات الطبية ويتدفق منتظم يضمن استمرارية تقديم خدمات صحية وأمنه بنسبة (60%) كما كان اقل نسبة في المجال هو بند يعمل كل الكادر في المستشفى بروح الفريق الواحد ويلتزم بأخلاقيات المهنة بنسبة (43%).

التوصيات

من خلال تحليل الاستبيان والمعلومات التي توصلنا إليها عن طريق المقابلات والملاحظة يوصي الباحثون بالنقاط الآتية:

- 1- اعداد خطة استراتيجية شاملة للمستشفى واشراك العاملين في اعدادها بحسب تخصصاتهم.
- 2- اعداد خطط وموازنات تشغيلية (سنوية).
- 3- الحرص على تدريب وتأهيل الموظفين بصورة دورية وبما يحقق الأهداف العامة للمستشفى.
- 4- اعداد التوصيف الوظيفي والهياكل التنظيمية لكل قسم وتعليقها بحيث يطلع عليها جميع موظفي القسم.
- 5- التقييم المستمر لكل مرافق المستشفى عبر اليه واضحة ومناسبة وبصورة مستمرة.
- 6- الاهتمام بالسلامة المهنية للعاملين في المستشفى والتخلص الامن من النفايات الطبية.
- 7- الصيانة الدورية لجميع الأجهزة في المستشفى واستبدال التالف منها.
- 8- توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية الذي يحتاج اليها المستشفى بالتنسيق مع وزارة الصحة والمنظمات المانحة.
- 9- ضرورة أتمته جميع العمليات عن طريق نظام الكتروني موحد للمستشفى بكل أقسامه وتدريب العاملين على استخدامه.
- 10- التحفيز المناسب للموظفين الملتزمين وتطبيق مبدأ العدالة في الأجور.
- 11- واخيراً نوصي بالقيام بأبحاث متعمقة في إدارة الخدمات الطبية دراسة حالة على مستشفيات يمنية حتى نخرج بنموذج نطبقه لتحسين من عملية اداء المستشفيات الحكومية، كما نوصي بالقيام بالعديد من الدراسات المتعلقة بهذا الجانب.

المراجع والملاحق

قائمة المراجع العربية :

- 1- دراسة 2004 (Al-adham): تقييم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية (نموذج لأداء الإدارة الصحية الجيدة).
- 2- دراسة عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة (2008).
- 3- (دراسة الاحمدي 2009) بعنوان تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.
- 4- دراسة طلال بن عايد الاحمدي: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية (2009).
- 5- دراسة أسامة الفراج (2009): تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى (-نموذج لقياس رضا المرضى-)
- 6- دراسة صفاء محمد هادي الجزائري وعلي غباش محمد وبشرى عبد الله شتيت (2011): قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام- البصرة).
- 7- دراسة دبون عبد القادر (2012): دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة).
- 8- سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، 2008.
- 9- عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999.
- 10- تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- 11- طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس الزقازيق، مصر، الطبعة الثانية، 2006.
- 12- إبراهيم طلعت، "التحليل والاستثمار في المجالات الطبية"، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009.
- 13- محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983.
- 14- ألاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمات الصحية (حالة دراسة في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011.
- 15- سعيد الدجاني، لحام هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الأندلس للطباعة والنشر، بيروت، 1984.

- 16- يشار أوزجان: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.
- 17- محمود جاسم الصميدعي وردينة عثمان يوسف: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.
- 18- سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، الشلف، الجزائر، 2011.
- 19- حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009.
- 20- كامل وديع، المرشد في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الادارية، مصر، 2001.
- 21- مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2013.
- 22- مؤيد عبد الحسين الفضل، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
- 23- طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004.
- 24- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- 25- قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 26- جميل أحمد توفيق، إدارة الأعمال، مدخل وظيفي (بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 21 1986م).
- 27- أحمد عثمان المقلي، مبادئ الإدارة، (الخرطوم: شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، 23 2002م).
- 28- زكي مكي إسماعيل عبد الرحمن، أصول الإدارة والتنظيم (السودان: شركة مطابع السودان المحدودة، 24 الطبعة الثانية، 2009م).
- 29- حمد شاكر عصفور، أصول التنظيم والأساليب (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 1999م).

- 30- خضير كاظم حمود، السلوك التنظيمي (عمان: دار الصفا للنشر والتوزيع، 2002م).
- 31- جاري ديسلر، تعريب عبد القادر محمد عبد القادر، أساسيات الإدارة المبادئ والتطبيقات الحديثة.
- 32- نبيل الحسين، وآخرون، إدارة الأفراد والعلاقات الإنسانية (الدقي: الشركة العربية، 1992م).
- 33- راوية حسن، إدارة الموارد البشرية، رؤية مستقبلية (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2005م).
- 34- (أحمد ماهر، إدارة الموارد البشرية (الإسكندرية: المطبعة الجامعية، 2007م).
- 35- فؤاد القاضي: استراتيجيات التنمية التنظيمية، بدون دار نشر، الطبعة الخامسة، 2006م.
- 36- راتب السعودي: أنماط السلوك الإداري لمديري المدارس الثانوية العامة في الأردن شفوفا لنظرية رنسس ليكرت (نظام 421-نظام 4) وعلاقتها بمستوى الولاء التنظيمي لمعلمي مدارسهم، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 5، عدد 2009م، 3م.
- 37- ناصر محمد العديلي: إدارة السلوك التنظيمي، دار مراير للطباعة الإلكترونية، الرياض، 1993م.
- 38- مازن فارس رشيد: الثقة التنظيمية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية - بعض المحددات والآثار، مجلة الإدارة العامة، مجلد 43، العدد 2003، 3م.
- 39- أحمد إبراهيم أحمد: التطوير التنظيمي للتعليم، بحث مرجعي، 1999.
- 40- شاكر محمد فتحي أحمد: إدارة المنظمات التعليمية - رؤية معاصرة للأصول العامة، دار المعارف، 47 القاهرة، 1996م.
- 41- الإدارة الذكية، عبد العزيز النجار، ط1، الإسكندرية: المكتب العربي الحديث 2008.
- 42- القرار الإداري، عاطف عبد الله المكاوي، ط1، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، 2012.
- 43- (اتخاذ القرار)، موقع موضوع، اطلع عليه بتاريخ 2-11-2020.

قائمة المراجع الإنجليزية :

Jochen Wiertz ert auter: Markting de service, 6eme -44
edition, Peason eduation, France, 2009.

Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine,
améliorer le système de santé par l'innovation institut
économique de Montréal, collection santé, les notes
économiques, septembre 2010

Dean, J.Pratt: The Dynamics of School Improvement -45
Team Effectiveness: An Organizational Development
Perspective, Unpublished PhD, Michigan State University,
2003.

k, Richard A. &Runkel, Philip J.: The Handbook of -46
Organizational Development in Schools and Colleges, Illinois,
WavelandPress, INC., Fourth Edition.

Richard T., Mowday and Others, Op.cit. -47

Batman, Thomas S. & Strosser, Stephen “ A -48
Longitudinal Analysis of the Antecedents of Organizational
Commitment ”, Academy of Management Journal, vol. 27,
.March 1984

the ‘Reilly , Charles A. & Coldwell , David , “ Job Choice -49
Impact of Entrensic and Extrinsic Factors on Subsequent
Satisfaction and Commitment ”, Journal of Applied
Psychology, vol. 65, August 1980.

Joan V. Gallos: Organization Development, John Wiley & Sons,
Inc, -50 USA, 2006.

الملاحق

ملحق 1 : استبانة

الاخ/ ت:
الفاضل/ ة

تحية طيبة وبعد

لان رأيكم يهمنا للارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة في مستشفى الكويت يطيب لنا ان نضع بين ايديكم هذه الاستبانة لجمع البيانات حول واقع ادارة الخدمات الطبية في مستشفى الكويت وآفاق تطويرها وتحسينها للحصول على درجة البكالوريوس، فنرجو التكرم بتعبئة الاستبانة علما بأن البيانات لن تستخدم الا لغرض البحث فقط وبسرية تامة.

وتقبلوا خالص الشكر والتقدير،،،

فريق البحث

- أحمد علي السهماني
- حسام خالد البدري
- علي محسن سلمان
- سامي عبد الجبار

الاستبانة

القسم الاول: البيانات الديموغرافية:

1- النوع:

انثى

ذكر

2- المؤهل العلمي:

ثانوية عامة

بكالوريوس

دبلوم بعد الثانوية

دراسات عليا

3- سنوات الخبرة:

اقل من 5 سنوات

10 - 20 سنة

5-10 سنوات

20 سنة فأكثر

4- طبيعة العمل:

اداري

تمريض

طبي

أخرى

● القسم الثاني: توطين الوظائف الادارية في مستشفى الكويت الجامعي وأثرها في تحسين إدارة الخدمات الطبية.

- المحور الاول: مدى تطبيق وظيفة التخطيط في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي.						
♣						
م	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	لدى مستشفى الكويت رؤية إستراتيجية واضحة للإسهام في الارتقاء بخدمة الطبيب في اليمن.					
2	يتم إشراك الإدارات التنفيذية بالمستشفى مدراء وموظفين بعملية إعداد الخطط الإستراتيجية للمستشفى.					
3	تمتلك مستشفى الكويت خطة استراتيجية من 3-5 سنوات ويتم تحديثها سنوياً.					
4	تحتوي الخطة الإستراتيجية للمستشفى على أهداف عامة واضحة وقابلة للتطبيق في الواقع العملي.					
5	تحتوي الخطة الإستراتيجية للمستشفى على أهداف فرعية قابلة للتطبيق على مستوى كل قسم من أقسام المستشفى.					
6	يتم ترجمة الأهداف الفرعية في الخطة الإستراتيجية للمستشفى على شكل موازنات تشغيلية (سنوية) وبرامج مزمدة للتنفيذ الفعلي على مستوى كل قسم من أقسام المستشفى حتى يسهل عملية الرقابة والتقييم.					
7	هل هناك قطاع أو إدارة عامة متخصصة في عملية التخطيط الإستراتيجية للمستشفى.					
8	هل القائمين على عملية إعداد الخطط والبرامج للمستشفى من ذوي الكفاءات والخبرات المتخصصة في هذا المجال					

					9 هل يتم مواءمة التخطيط الفني مع التخطيط المالي بالمستشفى لضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة بكفاءة وفعالية.
					10 يوجد خطة لإدارة الطوارئ (لحالات الطوارئ الذي تشمل الأهداف والمنهجية وطرق التقييم).
					11 توجد خطة لإدارة العيادات الخارجية بالمستشفى منفصلة عن بقية الأقسام.
					12 هل توجد خطة منفصلة لكل قسم في المستشفى لضمان تقييم هذه الأقسام كلاً على حدى من خلال مقارنة المنفذ بالمخطط وتحديد أي انحراف ومعالجته.
					13 تضمن إدارة مستشفى الكويت توفير الموارد والتجهيزات اللازمة بحسب نطاق الخدمة والتوجهات الاستراتيجية للمستشفى.
					14 يتم إدارة مستشفى الكويت من قبل كادر متخصص إدارياً وفنياً.
					15 الخطة الاستراتيجية لمستشفى الكويت تعكس قدرة الإدارة على التنبؤ بالمشكلات والمعوقات.
					16 يلتزم الكادر بتنفيذ المهام الموكلة إليهم بكفاءة وفعالية.
					17 هل يتم الأخذ في الاعتبار بناء قدرات الكادر العامل لضمان التميز في تقديم الخدمة الطبية بكفاءة عالية، عن طريق عمل دورات وندوات ومؤتمرات لرفع مستوى الكادر والموظفين.
					18 هل يتم اختيار نشاطات الموارد البشرية اللازمة وتخصيص الموارد المالية اللازمة لها.
					19 هل يتم إعادة النظر في عملية التخطيط بين كل فترة وأخرى لتلافي أي قصور في عملية وضع الخطط للمستشفى.

المحور الثاني: مدى تطبيق وظيفة التنظيم والتنسيق في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي؟						
م	العبارات	اوافق بشدة	اوافق	محايد	لا اوافق	لا اوافق بشدة
20	يملك مستشفى الكويت هيكل تنظيمي يغطي كافة المهام ويحدد خطوط السلطة والمسؤولية لكل العاملين في المستشفى بوضوح.					
21	يوجد توصيف وظيفي يوضح مهام ومسؤوليات كل موظف بالقسم ويحدد صلاحيتهم.					
22	يوجد اليه للتنسيق بين جميع الأقسام في مستشفى الكويت.					
23	يوجد لوائح مالية تنظم سير العمل المالي بمستشفى الكويت.					
24	توجد لوائح إدارية تنظم العمل الإداري في مستشفى الكويت.					
25	يطغي التنظيم الغير الرسمي على التنظيم الرسمي في مستشفى الكويت.					
26	يوجد قنوات اتصال مفتوحة ودائمة بين الرؤساء والمرووسين.					
27	يوجد نظام أو معايير مدروسة لاستقطاب والتوظيف الجديد في مستشفى الكويت، لضمان رفدها بكادر نوعية متخصص.					
28	توجد للانحة للتحفيز في كل قسم في مستشفى الكويت لضمان أفضل أداء للعاملين.					
29	يوجد توافق بين الكادر الطبي والاداري مما يعزز العمل بروح الفريق الواحد.					

جـ المحور الثالث: تطبيق وظيفة الرقابة والتقييم واتخاذ القرار في إدارة الخدمات الطبية بمستشفى الكويت الجامعي.						
م	العبارات	وافق بشدة	وافق	محا يد	لا وافق	لا وافق بشدة
30	توجد إدارة أو قسم متخصص بعملية الرقابة والمتابعة بالمستشفى سواء المالية أو الإدارية أو الفنية.					
31	القائمين على عملية الرقابة والتقييم بالمستشفى متخصصين ولديهم الخبرات الكافية للقيام بوظيفة الرقابة كما يجب.					
32	يملك المستشفى أقسام متخصصة للقيام بالرقابة الفنية على أداء الأطباء والممرضين في جميع أقسام المستشفى.					
33	يمارس المستشفى رقابة دقيقة على عمل الكوادر (الطبية، الادارية) فيها.					
34	يتم تقييم اداء العاملين وفق معايير معلنة ومعتمدة.					
35	تقارير التقييم والرقابة تحقق الغرض منها.					
36	تقوم الادارة بمراجعة تقارير اداء العاملين وتزويد العاملين بتغذية عكسية حول مستوى أدائها.					
37	يتم رفع تقارير يومية وأسبوعية وشهرية عن اداء الوحدات الفرعية في الأقسام ويتم مناقشتها مع اللجان والادارات والعاملين المعنيين بها.					
38	هل هناك معايير واضحة لتقييم أداء موظفي مستشفى الكويت الجامعي من أطباء وفنيين وإداريين ومالين.					
39	يتم تزويد متخذ القرار بالمعلومات الكافية لاتخاذ القرار المناسب.					
40	يتم اشراك العاملين من ذوي الاختصاص في اتخاذ القرار.					

41	يتم التفويض في اتخاذ القرار وفق القوانين المحددة.				
42	يتم اتباع الطرق العلمية المناسبة لاتخاذ القرار.				
43	يتم اتخاذ القرارات بما يخدم الهدف العام للمستشفى				

● القسم الثالث: مستوى جودة الخدمات في مستشفى الكويت الجامعي.

م	العبارات	اوافق بشدة	اوافق	محايد	لا اوافق	لا اوافق بشدة
44	يدار المستشفى من قبل كادر مؤهل علميا وذو خبرة في مجال العمل الاداري والطبي معا.					
45	يقدم المستشفى خدماته الطبية للمرضى وفقا لخطة تشغيلية مدروسة شارك في اعدادها العاملين.					
46	يقدم المستشفى خدماته الطبية من خلال اقسام لكل منها عدد من الوحدات الفرعية لكل منها خدمات تخصصية محددة ومتسلسلة					
47	يعمل في المستشفى كواادر طبية وتمريضية وفنية وادارية مؤهلة علميا، وممارسة في مجال تخصصها					
48	التصاميم الفنية والهندسية للمستشفى تتناسب مع حجم ونوعية الخدمات المقدمة فيه.					
49	يقدم المستشفى خدماته الطبية لكل المرضى المترددين عليه على مدار 24 ساعة وطوال العام وبدون تأخير.					
50	يحصل المستشفى على احتياجاته من الادوية والمستلزمات الطبية وبتدفق منتظم يضمن استمرارية تقديم خدمات صحية وآمنة.					
51	يتم استغلال المورد المادية والبشرية والمالية للمستشفى بكفاءة وفاعلية، وفقا للائحة المنظمة لذلك					

					52 يلتزم كل العاملين في المستشفى بتنفيذ المهام الموكلة إليهم بحسب التوصيف الوظيفي وموقعهم في الهيكل التنظيمي.
					53 يمتلك المستشفى كل التجهيزات اللازمة لتقديم خدمات طبية آمنة وسريعة للمرضى تتناسب مع حجم ونوع الخدمات المقدمة.
					54 يتم عمل صيانة دورية للأجهزة والمعدات الموجودة في المستشفى.
					55 يتم إلزام كل الكوادر (طبية، تمريضية، فنية، إدارية) العاملة في المستشفى بتطبيق السياسات والإجراءات المنظمة للعمل وفق معايير جودة الرعاية الصحية العالمية.
					56 يعمل كل الكادر في المستشفى بروح الفريق الواحد ويلتزم بأخلاقيات المهنة.
					57 يحرص جميع العاملين على سلامة وأمان المريض وتحقيق رضاه.
					58 يقدم المستشفى خدماته للمرضى بطريقة منظمة وتنسيق عالي وفقا للأنظمة والتشريعات الوطنية ذات العلاقة الطبية.
					59 توثق كل بيانات المرضى والخدمات المقدمة لهم من خلال نظام معلومات دقيق يضمن سرية وسرعة تداول المعلومات وتقديم التقارير الصحية لكل الجهات المعنية والمخولة بمعرفتها.
					60 يطبق المستشفى نظام رقابة وتقييم صارم وفقا لمعايير ومؤشرات الجودة الصحية العالمية.
					61 يحصل العاملين في المستشفى على التدريب والتأهيل بصورة مستمرة.

- في رأيك ما هي أهم الصعوبات والمعوقات التي تواجه إدارة الخدمات الطبية بالمستشفى وتؤثر على جودتها؟

-1

-2

-3

-4

-5

-6

تَم بِحَمْدِ اللَّهِ