

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر د. أحمد إبراهيم حامد

مدرس الإدارة بالمعهد العالى للحاسبات وتكنولوجيا المعلومات - أكاديمية الشروق

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على ظاهرة الفساد الإدارى الذى تعاني منه المنظومة الطبية فى مصر ممثلة فى مستشفيات القطاع العام؛ حيث تتعاضم انتهاكات حقوق المرضى ويتفشى الإهمال لدرجة اللامبالاة بحياة وأرواح هؤلاء المرضى وهو ما يعد قمة الفساد الإدارى والإنسانى أو النتيجة المباشرة له. وركزت الدراسة على العوامل المؤثرة على وجود وانتشار الفساد ومنها نمط القيادة السائد والحالة الاقتصادية كما ناقشت الدراسة واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) بالمنظومة الصحية كأحد أهم الآليات التى تهدف إلى معالجة الفساد الإدارى والقضاء عليه، وحاولت التعرف على فروق دراسة ذلك الواقع وإمكانية التطبيق وفقاً لبعض المتغيرات ومنها مدى وعى وإدراك القيادات بماهية إعادة هندسة العمليات وواقع السياسات الإدارية السائدة وواقع تدريب وتنمية مهارات العاملين.

وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة طردية قوية بين كلاً من نمط القيادة السائد بالمستشفيات الحكومية والحالة الاقتصادية السيئة لمعظم العاملين فى هذا القطاع الحيوى وبين وجود وانتشار الفساد الإدارى والمالى بتلك المستشفيات. ووجود علاقة طردية قوية بين وعى وإدراك القيادات الإدارية بماهية إعادة الهندسة وتكنولوجياها، وواقع السياسات الإدارية السائدة وتدريب وتنمية مهارات العاملين وبين القدرة على تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية بمستشفيات وزارة الصحة بنجاح.

وقدمت الدراسة حالة دراسية عن تطبيق آلية إعادة الهندسة على أقسام العيادات الخارجية والطوارئ بالمستشفيات الحكومية. واقترحت الدراسة مجموعة من التوصيات التى تساعد على تحسين أداء قطاع الصحة فى مصر كان من أهمها تقديم خطة زمنية مقترحة متوسطة المدى (24 شهر) لتحسين الرعاية الطبية الأولية والثانوية، والقضاء على الإهمال وعدم المهنية والفساد الإدارى والمالى بالمستشفيات الحكومية من خلال استخدام آلية إعادة هندسة. وقد شملت الخطة خطوات للقضاء على العوامل المؤثرة على انتشار الفساد بالمستشفيات العامة، وتعزيز للعوامل التى تساعد على نجاح تطبيق آلية إعادة الهندسة بها.

المبحث الأول حدود البحث وإطار المعالجة

1-1 المقدمة

تتضمن العدالة الاجتماعية فى طبيعتها مسؤولية وكفالة الدولة للعلاج المجانى للمواطنين- وخاصة الفقراء منهم – بطريقة تحفظ لهم أداميتهم وتحافظ على أرواحهم. وتحتاج وزارة الصحة إلى مجهود هائل لتحقيق ذلك, فى ظل ما نلمسه من إهمال طبي جسيم, وعدم مهنية, وفوضى إدارية, ونقص فى الإمكانيات وفى القوة البشرية, وغياب النظام. ويأتى ذلك إما بسبب ضعف الإمكانيات أو بسبب سوء الإدارة وانتشار الفساد واقتتاد القيم أو كنتيجة لتلك الأسباب مجتمعة.

وقد قام الباحث بعمل دراسة استطلاعية (مكتبية) للوقوف على حقيقة وواقع انتشار الفساد فى قطاع الصحة بصفة عامة وفى المستشفيات الحكومية بصفة خاصة, وكذلك للتعرف على واقع ونتائج محاولات الإصلاح الإدارى فى هذا القطاع الحيوى لتحديد الفجوة البحثية, وذلك بالاعتماد على الكتب والمراجع والدراسات السابقة, والتقارير الرسمية العربية والأجنبية, بالإضافة إلى الاضطلاع على التقارير الواردة فى وسائل الإعلام والمواقع الالكترونية المختلفة. ولقد تبين أن قطاع الصحة فى مصر قد مرّ عبر العقود السابقة بمحاولات كثيرة لإصلاحه والقضاء على مشاكله المزمنة, ولكن جميع تلك المحاولات لم تأتى بالنتائج المطلوبة⁽¹⁾. فعلى الرغم من أن قطاع الصحة يعتبر من أكثر القطاعات التى تلقى اهتمام ودعم الحكومات المصرية المتعاقبة جنباً إلى جنب مع اهتمام ودعم الدول المانحة وعلى رأسها الاتحاد الأوروبى والولايات المتحدة والمنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية, إلا أن النتائج حتى الآن لا ترقى بأى صورة إلى مستوى هذا الدعم. ولم تنمّر الاتفاقيات التى تمّ عقدها مع الحكومات المصرية إلى انتشار هذا القطاع من براثن الضعف والفساد. فعلى سبيل المثال وليس الحصر تمّ توقيع اتفاقية مع الدول المانحة فى 30 فبراير 2002 ونُشرت بنودها فى الجريدة الرسمية (العدد 30 فى 24 يوليو 2002), وأكدت نصوص تلك الاتفاقية فى توصيفها لمشاكل القطاع الصحى على سوء برامج وخدمات الرعاية الصحية, وعدم فاعلية الأجهزة والأنظمة القائمة عليها, وتباين فى الحالة الصحية وخاصة التى تصيب المجموعات الضعيفة صحياً من السكان وغيرها من مشاكل.

(1) Ayman Sabae, 'Citizen- Conceived Health Care System Re-structuring for Post Revolution Egypt, Master of Arts, Management Center EnnsBRCK, 2012, P.11.

وفي مارس 2006 تم عقد اتفاقية أخرى تحت مسمى " البند الثالث لاتفاقية منحة الهدف الاستراتيجي لتحسين خدمات قطاع الصحة وتنظيم الأسرة", بإجمالي 138 مليون دولار أمريكي والتي تم نشرها أيضاً بالجريدة الرسمية (العدد 11 بتاريخ 16 مارس 2006). وجاء توصيف بنود تلك الاتفاقية لمشاكل القطاع الصحي متطابقاً مع التوصيف السابق ذكره في اتفاقية 2002⁽²⁾, مما يؤكد أن المشكلة لا تكمن في الإمكانيات المادية فقط. " فعندما تم إنشاء 125 مستشفى مركزي في عواصم المراكز والمحافظات في مصر في الستينيات بالإضافة إلى أكثر من ألف وحدة ريفية، اعتبرت منظمة الصحة العالمية هذا الإنجاز ثورة خطيرة ونموذج محترم ومثير للتأمل. وفي عام 1982 أشارت دراسة لصندوق النقد الدولي إلى أن لدى مصر جهازاً صحياً ممتازاً (تسريحياً) ومنهراً (وظيفياً)"⁽³⁾

وقد نظم التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد (أمل) ومنتدى الإصلاح العربي بمكتبة الاسكندرية ورشة عمل حول الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة بتاريخ 14 أغسطس 2006, حيث تم مناقشة انخفاض مستوى الرعاية الصحية بسبب غياب الرقابة وضعف أخلاقيات وأداب المهنة, وموضوع الفساد والهدر في الإنفاق العام وما يخص المعونات والمنح الأجنبية في قطاع الصحة. وكانت أهم نتائج الورشة عن الأسباب المحتملة لهذا الفساد أن التدفقات المالية الكبيرة لدعم قطاع الصحة طالما ما تكون هدفاً جذاباً لسوء الاستغلال ويحدث ذلك على مستوى دول العالم المتقدمة والنامية على حد سواء. كما أن تنوع الأنظمة الصحية في مصر, وتعدد الأطراف المعنية, وندرة حفظ السجلات في كثير من الأحيان, وتعقيدات وصعوبات التمييز بين الفساد وعدم الكفاءة والأخطاء غير المقصودة تعبر كلها عن الأمور التي تجعل تحديد التكاليف الإجمالية للفساد في هذا القطاع مهمة صعبة.⁽⁴⁾

وتوصلت إحدى الدراسات السابقة إلى أن الوضع الاقتصادي والتنشئة الاجتماعية السيئة تلعب دوراً أساسياً في وجود الفساد الإداري وأن عدم وضوح القوانين والسياسات الإدارية تدعم وجود وانتشار هذا الفساد, وعلى وجه الخصوص عندما تغيب الرقابة والمساءلة والأساليب الفعالة لعلاج الفساد.⁽⁵⁾, وناقشت دراسة أخرى تأثير عوامل الفساد

(2) تقرير حالة الفساد في جمهورية مصر العربية, منظمة برلمانيون عرب ضد الفساد, 2007, ص.ص 42-43.

(3) التقرير السابق

(4) مكتبة الاسكندرية, ورشة عمل بعنوان " الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة" 14 أغسطس 2006, على

الرابط الإلكتروني: http://www.bibalex.org/Search/searchresults_AR.aspx

(5) يوسف عطية بحر, الفساد الإداري - المسببات والعلاج: دراسة تطبيقية على المستشفيات الكبرى في قطاع غزة, مجلة جامعة الأزهر بغزة, سلسلة العلوم الانسانية, 2011, المجلد 13 العدد 2.

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

على الوصول للرعاية الصحية الفعالة وركزت على معرفة العلاقة بين الفساد والعوامل المؤثرة ومنها الإدارة والعوامل الاقتصادية ودرجة الشفافية والإفصاح.

وخلصت تلك الدراسة إلى أنّ مشكلة الفساد فى المستشفيات مشكلة معقدة وتهدد سلامة الرعاية الصحية والوصول إليها, ويجب التعرض لها بكل حزم بعد التعرف على الأسباب الحقيقية وراء الفساد فى القطاع الصحى.(6)

وعلى مستوى معاناة المواطنين من الفساد فى قطاع الصحة أظهر أحد المؤشرات* والذى يصدره مركز معلومات مجلس الوزراء لتقييم مستوى إدراك الفساد ومدى انتشاره فى المؤسسات العامة من وجهة نظر المواطنين, أنّ قطاع الصحة يأتى فى مقدمة قطاعات الدولة التى ينتشر فيها الفساد وتحديداً بعد كلاً من قطاع التعليم وقطاع المحليات, حيث سجل 45.1 نقطة خلال عام 2010/2009.(7)

لقد كان القضاء على الفساد أهم مطالب ثورة 25 يناير 2011 والذى استشرى فى عهد النظام الأسبق, حيث أظهر تقرير صادر عام 2009 عن منظمة الشفافية الدولية, أنّ مصر تحتل المركز 115 فى مستوى انتشار الفساد على مستوى 180 دولة فى العالم.(8)

فالفاسد الإدارى والمالى موجود ومستشرى بمعظم قطاعات الدولة بصفة عامة وبقطاع الصحة ومستشفياته الحكومية بصفة خاصة. ويبدأ الفساد بالتسبب فى العمل والإهمال الطبى الناتج عن التعمد أو الجهل وعدم الكفاءة, بالإضافة إلى عدم المهنية فى أداء الأعمال وعدم احترام آداب المهنة وعدم التمسك بالقيم الإنسانية والدينية, ويصل إلى الفساد المالى بصوره المختلفة من رشوة وسرقة واختلاس وإهدار للمال العام وغيرها. وترى الدراسة أنّ القضاء على الفساد لن يتأتى بإجراءات نمطية ومسكنات تعالج عوارض المشكلات, فيزول أثرها سريعاً وتظل المشاكل قائمة كما هي. وكذلك لن يتم إصلاح المنظومة الصحية والقضاء على الإهمال وتدنى مستوى الخدمات بكثرة المنح والمساعدات فقط, إنّما يحتاج الأمر إلى إجراءات راديكالية تعمل على تحسين الأداء وتضمن القضاء على الفساد الإدارى والمالى فى المستشفيات العامة من جذوره. وتقرح الدراسة استخدام آلية إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل للإصلاح الشامل والقضاء

(6) Vian T, Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions, 2007.

(* مؤشر تقييم مستوى إدراك الفساد وانتشاره فى المؤسسات العامة: قيمة المؤشر من صفر (لا يوجد فساد) إلى 100 (أقصى درجات الفساد)

(7) تقرير مركز معلومات مجلس الوزراء على الرابط الإلكتروني:

http://www.transparency.org/regional_pages/africa_middle_east/current_projects/mabda/focus_countries/egyp

على الفساد حتى تتمكن تلك المستشفيات وجميع العاملين فيها من تقديم خدمة طبية تحقق العدالة الاجتماعية للمواطنين.

2-1 الإشكالية البحثية

على الرغم من المحاولات العديدة لإصلاح القطاع الصحى بمصر وعلى الرغم من الدعم المادى والفنى الذى يتلقاه هذا القطاع بانتظام على المستوى المحلى والدولى، مازالت المشاكل التى يعانى منها قطاع الصحة بمصر كما هي. ولاتزال مخرجات ذلك القطاع بصفة عامة والمستشفيات الحكومية بصفة خاصة بعيدة تماماً عن المستويات المتوقعة والمأمولة. فيمثل تعاظم انتهاكات حقوق المرضى وتفشى الإهمال لدرجة اللامبالاة بحياة وأرواح هؤلاء المرضى رغم كل محاولات الإصلاح السابقة تأكيداً على وجود عوامل أخرى تؤثر على وجود الفساد وانتشاره. بالإضافة إلى أن الحلول المعتمدة على الدعم المادى والإصلاحات الجزئية لم تعد كافية للقضاء على المشاكل الصحية بمصر وأصبح الإصلاح الشامل هو السبيل الوحيد للقضاء على تلك المشاكل. وتتمثل إشكالية الدراسة فى التعرف على العلاقة بين هذا الفساد وتلك العوامل ومنها نمط الإدارة السائد فى تلك المستشفيات والحالة الاقتصادية للعاملين بها من جهة، ومدى تأثير وعى القيادات الإدارية بتلك المستشفيات بماهية إعادة هندسة العمليات الإدارية كآلية للإصلاح الشامل، وواقع السياسات الإدارية المتبعة ومستوى تدريب وتنمية مهارات العاملين على نجاح تطبيق تلك الآلية من الجهة الأخرى.

التساؤلات البحثية وأهمها:

1-2-1 ما هى الأسباب الحقيقية وراء انتشار الفساد الإدارى فى المستشفيات الحكومية بمصر؟

1-2-2 ما هو واقع تطبيق آلية إعادة هندسة العمليات بالمنظومة الصحية بمصر وما هى أهم معوقات التطبيق؟

3-1 فرضيات البحث:

ويدور البحث حول إثبات صحة بعض الفرضيات من عدمه وهى كالتالى:

1-3-1 الفرضية الأولى: هناك علاقة معنوية طردية بين نمط القيادة فى المستشفيات الحكومية وبين انتشار الفساد الإدارى بها.

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

1-3-2 الفرضية الثانية: هناك علاقة معنوية طردية بين انخفاض الحالة الاقتصادية (ضعف مراتب العاملين فى المستشفيات الحكومية وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة) وبين انتشار الفساد الإدارى بها.

1-3-3 الفرضية الثالثة: هناك علاقة معنوية طردية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها.

1-3-4 الفرضية الرابعة: هناك علاقة معنوية طردية بين السياسات الإدارية بالمستشفيات الحكومية وبين قدرة تلك المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها.

1-3-4 الفرضية الخامسة: هناك علاقة معنوية طردية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات الحكومية على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها.

1-4 متغيرات الدراسة:

وتمثلت متغيرات الدراسة فى المتغيرات الآتية:

- المتغير التابع الأول: انتشار الفساد الإدارى.

- المتغير المستقل:

• نمط القيادة السائد.

• الحالة الاقتصادية.

- المتغير التابع الثانى: واقع وإمكانية إعادة هندسة العمليات الإدارية.

- المتغير المستقل:

• وعى وإدراك القيادة بمفاهيم إعادة هندسة العمليات.

• واقع السياسات الإدارية.

• واقع التدريب وتنمية المهارات الإدارية.

1-5 أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى زيادة انتشار ظاهرة الفساد الإدارى فى المنظومة الطبية فى مصر بصفة عامة وفى مستشفياتها الحكومية بصفة خاصة مما أصبح يهدد

صحة حياة معظم المصريين وخاصة الطبقات الفقيرة التي لا تستطيع العلاج بالمستشفيات الخاصة. فمن الناحية النظرية تظهر أهمية الدراسة في إلقاء الضوء على ظاهرة الفساد الإداري وكشف أغوارها وتوضيح النواحي المختلفة للمتغيرات التي تشملها الدراسة ومن الناحية العملية تظهر أهمية الدراسة في تناول أحد أهم مؤسسات المجتمع على الإطلاق وهي المؤسسة الصحية التي إن صلحت صلح معها أهم مدخلات العملية الإنتاجية وهو المورد البشري، وإن فسدت تأثرت باقي مؤسسات المجتمع وضعف إنتاجها وكفاءتها.

وتظهر أيضاً أهمية الجانب العملي في الدراسة من خلال التركيز على مدى إمكانية استخدام آلية إعادة هندسة العمليات الإدارية بعد أن فشلت سبل الإصلاح الجزئية في معالجة الفساد الإداري في المنظومة الصحية والقضاء على مسبباته.

6-1 تقسيم الدراسة:

تم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة مباحث وخاتمة. يناقش المبحث الأول حدود البحث واطر المعالجة حيث يستعرض أهمية الدراسة والإشكالية البحثية ومتغيرات وفرضيات الدراسة وتقسيمها. ويناقش المبحث الثاني تعريف الفساد وأسباب انتشاره وكيفية مواجهته والتعرف على أسلوب إعادة الهندسة ومبادئه وأهدافه وعوامل نجاحه كأحد أهم الأساليب للقضاء على الفساد الإداري. كما يقدم المبحث دراسة حالة على إعادة هندسة الإجراءات المتبعة في العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية. ويتضمن المبحث الثالث الإطار العملي للدراسة ويشمل منهجية الدراسة وأدوات التحليل، وتحليل نتائج البحث. وتستعرض الخاتمة ما توصلت إليه الدراسة من استنتاجات وتوصيات مع اقتراح خطة عمل متوسطة المدى لتفعيل توصيات الدراسة.

المبحث الثانى

إعادة الهندسة كمدخل للقضاء على الفساد الإدارى بالمستشفيات الحكومية

أولاً: الفساد الإدارى

1-2 تعريف الفساد الإدارى:

يعرف الفساد الإدارى بأنه: استغلال الموظف العام لموقع عمله وصلاحياته للحصول على كسب غير مشروع أو منافع شخصية يتعذر تحقيقها بطريقة مشروعة. كما عرّفه صندوق النقد الدولى بأنه استغلال السلطة لأغراض شخصية خاصة سواءً الاتجار بالوظيفة، ابتزاز، محاباة، أو إهدار للمال العام⁽⁹⁾.

2-2 خصائص الفساد الإدارى:

يمثل أى عمل من أعمال الفساد انتهاك لأنماط الواجب والمسؤولية، وللفساد الإدارى خصائص تميزه، فيشترك أكثر من شخص من نفس المستوى الإدارى أو على مستويات إدارية متعددة فى الفساد وهو ما يشار إليه فى الحالة الأخيرة بالفساد المستشري، حيث تقوم علاقة بين هؤلاء الأشخاص على أساس المصلحة المتبادلة. ويتصف انغماس هؤلاء الأشخاص فى أعمال الفساد بالسرية التامة والتمويه على الأنشطة التى يقومون بها⁽¹⁰⁾ وتتطوى تلك الأعمال والأنشطة على الخديعة والتحايل على القوانين ومحاولة استغلال الثغرات الموجودة بهذه القوانين والسياسات الإدارية المتضاربة وغير الواضحة.

3-2 مظاهر الفساد الإدارى:

ترتبط مظاهر الفساد الإدارى بطبيعة الفساد القائم. ففى معظم المستشفيات الحكومية والعامّة تتعدد مظاهر الفساد بوضوح وتفوق فى حجمها ما قد يحدث فى المؤسسات العامّة الأخرى، فالفساد فى المؤسسات العامّة – إن وجد- فهو يراهن على مصلحة المواطن، أمّا فساد المستشفيات فيراهن على صحته وحياته. ويبدأ الفساد بغياب النظام والسيطرة، فعلى سبيل المثال تمّ الإعلان فى وسائل الإعلام عدة مرات عن انتحال بعض الأشخاص صفة أطباء بعد تمكنهم من دخول المستشفيات الحكومية والعامّة وقيامهم بإجراء كشف على المرضى وفى بعض الأحوال قام بعض منهم بإجراء عمليات جراحية بسيطة، بينما لم تحدث حالة مماثلة واحدة حتى الآن فى أى

(9) عماد الدين اسماعيل مصطفى نجم، ظاهرة الفساد الإدارى فى الأجهزة الحكومية بالتركيز على الرشوة مع دراسة تطبيقية، ظاهرة الفساد الإدارى فى الأجهزة الحكومية بالتركيز على الرشوة مع دراسة تطبيقية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2003، ص24.
(10) د. عطية حسين أفندي، الإدارة العامّة: إطار نظرى – مداخل للتطوير وقضايا هامة فى الممارسة، 2002، المؤلف نفسه، ص207.

مستشفى خاصة. إن تكرار ذلك الموقف داخل بعض المستشفيات العامة يعنى انفلات وغياب تام للنظام والسيطرة وعدم وجود قيادة إدارية فعالة. وتفقر معظم المستشفيات العامة للنظافة فالطبيعي أن تجد المخلفات الطبية والقمامة فى أروقة المستشفيات وفى الغرف مع عدم الاهتمام بنظافة المفارش وأغطية الأسرة, وحتى فى النظافة الشخصية للممرضات والعاملين بالمستشفى. ويمتد الإهمال وعدم النظافة إلى المعامل وغرف الأشعة وغرف الغسيل والمطابخ وحتى فى غرف العناية المركزة. كما يعتبر عدم وجود أبسط الإمكانيات بالمستشفى ومطالبة المرضى بتوفير تلك الإمكانيات السمة الغالبة على المستشفيات الحكومية بمصر.

ويتعدى الفساد فى المستشفيات الحكومية والعامة فساد الأنظمة والإهمال واللامبالاة ويصل إلى الفساد الأخلاقي. فحالات التحرش والاعتصاب بدأت كحالات فردية متكررة من بعض العاملين الفاسدين فى بعض المستشفيات, وهى لا ترقى إلى الآن أن يطلق عليها ظواهر متفشية, إلا أن خطورتها تلفت النظر إلى ضرورة محاربة الفساد الاخلاقي وباقى أنواع الفساد بكل حزم وشدة.

2-4 الأبعاد المؤثرة على وجود وانتشار الفساد الإدارى بالمستشفيات

2-4-1 الحالة الاقتصادية: تلعب الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتردية دوراً هاماً باعتبارها أحد الدوافع وراء ظهور الفساد الإداري. فسوء الأحوال الاقتصادية بشكل عام وعدم إشباع الحاجات الأساسية للمواطنين وتردى رواتبهم تمثل أهم الأسباب الرئيسية وراء ظهور السلوك المنحرف لكثير من العاملين بالمستشفيات الحكومية (وخصوصاً مع ضعف الإيمان)؛ حيث يؤدي انخفاض رواتب الموظفين لزيادة الإغراء لهم بالتورط في الممارسات الفاسدة. (11) لذا تعتبر الحالة الاقتصادية من أهم العوامل المؤثرة فى وجود وانتشار الفساد الإداري.

2-4-2 نمط القيادة: هناك أنماط متعددة من القيادة الإدارية, ويؤثر نمط القيادة تأثير كبير على ضبط إيقاع العمل وتحفيز العاملين وتوجيههم لتحقيق الأهداف, وبالتالي فنمط القيادة المناسب يساعد فى القضاء على الفساد والإهمال ويؤدى إلى تحقيق التغيير المنشود. فالقيادة الأتوقراطية (الاستبدادية) تؤدى إلى عدم رضا العاملين عن المعاملة والتهميش وعدم السماح لهم بالمشاركة فى اتخاذ القرارات مما يضعف من شعور

(11) وزارة مجلس الوزراء: الأمانة العامة لهيئة المستشارين، الأبعاء، 2011، على الرابط الإلكتروني:

http://www.advisors.gov.sd/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=5

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

العاملين بالولاء للمنظمة ويمكن أن يؤدي ذلك إلى انحراف بعضهم واستغلال الثغرات الموجودة بالقوانين والسياسات الإدارية⁽¹²⁾ والقيادة الديمقراطية رغم كل مميزاتها قد تؤدي إلى استغلال بعض العاملين للمناخ الديمقراطي المتسامح ويصبح عدم الالتزام بالقواعد والقوانين سمة ظاهرة⁽¹³⁾ والقيادة البيروقراطية تقتل الإبداع فى العمل وتؤدي إلى اللامبالاة والإهمال وتضعف أيضاً مستوى الولاء لدى العاملين. والقيادة الحرة (الفوضوية) والتي يترك فيها القائد تسيير جميع الأمور للمرؤوسين ويفوضهم جميع صلاحياته، تؤدي إلى انتشار الفساد وتوغله⁽¹⁴⁾ وهنا يجب الإشارة إلى أن مدراء المستشفيات الحكومية فى حاجة ماسة إلى تبنى القيادة الموقفية (Contingency Leadership)، والتي يكون فيها طبيعة المواقف هى التي تحدد نمط القائد. فيستطيع القائد الموقفي النجاح بنسبة كبيرة من الحد من الفساد والانفلات. فالقائد الموقفي يكون حازماً لدرجة تصل إلى الدكتاتورية فى حالات الأزمات وفى حالات الإهمال والفساد ليجتزه من جذوره، ويكون بيروقراطياً فى تطبيق القواعد والإجراءات والمعايير المطلوب اتباعها وخاصة فى غرف العناية المركزة والمعامل، ويكون ديمقراطياً مع رؤسياه لبيت الثقة فى نفوسهم وتكوين صف ثانى وتحفيز وإقناع جميع العاملين بضرورة التغيير وعدم الخوف من هذا التغيير وهو ما يساعد أيضاً فى نجاح عمليات إعادة الهندسة.

ثانياً: إعادة الهندسة كأحد أساليب معالجة الفساد الإداري:

يرجع الفضل فى ظهور مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية فى بداية التسعينات من هذا القرن إلى كلاً من "مايكل هامر" و"جيمس شامبي" من خلال كتابهما عن إعادة هندسة المنظمات (الهندرة).

وإن كان ذلك المفهوم لا يزال غامض وغير دارج وغريب للكثيرين، إلا أن الهندرة قد أحدثت ثورة حقيقية فى عالم الإدارة الحديثة بما تحمله من أفكار غير تقليدية ودعوة صريحة إلى إعادة النظر وبشكل جذرى فى كافة الأنشطة والإجراءات والاستراتيجيات التي قامت عليها الكثير من المنظمات والشركات العاملة فى عالمنا اليوم.

(12) أ. د. ماجد رضا بطرس، د. أحمد إبراهيم حامد، مبادئ الإدارة العامة، مرجع سبق ذكره، ص 98.

(13) المرجع السابق، ص 99.

(14) ماهر حسن، القيادة: أساسيات ونظريات ومفاهيم، دار الكنز للنشر والتوزيع، ط 1، 2004، ص ص 73-75.

فالهندرة آلية ترى أن هناك خلل في عمليات المنظمة، تتطلب إعادة التفكير في أداء الأعمال وإعادة تصميم العمليات بحيث تتناسب مع الأهداف الجديدة لها.⁽¹⁵⁾

5-2 تعريف إعادة الهندسة:

عرف كلاً من "هامر" و"شامبي" مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية بأنه: "التفكير الجوهري والأساسي وإعادة التصميم الجذري للعمليات الإدارية لتحقيق تحسينات فائقة في معايير الأداء الحالية مثل التكلفة والخدمة والجودة والسرعة". أو هو "وسيلة إدارية تقوم على إعادة البناء التنظيمي من جذوره وتعتمد على إعادة هيكلة وتصميم العمليات الأساسية بهدف تحقيق تطوير جوهري وطموح في أداء المنظمات يكفل سرعة الأداء وتخفيض التكلفة وجودة المنتج"، أو هي "تغير ثوري في طريقة تفكير التنظيم، وبالتالي في أداء الأشياء وبصورة أكثر تحديداً، فإنه يشمل تغيير عمليات، وهياكل تنظيمية بالإضافة إلى نمط الإدارة وسلوكها.⁽¹⁶⁾

أو هو وسيلة إدارية منهجية تقوم على إعادة البناء التنظيمي من جذوره وتعتمد على إعادة هيكلة وتصميم العمليات الأساسية بهدف تحقيق تطوير جوهري وطموح في أداء المنظمات يزيد من سرعة الأداء وتخفيض التكلفة وجودة المنتج.⁽¹⁷⁾

6-2 مبادئ إعادة هندسة العمليات الإدارية:

رغم تعدد تعريفات مفهوم إعادة الهندسة إلا أن جميعها تشير لأربعة مبادئ أساسية لعملية إعادة الهندسة:

1-6-2 أن يكون التفكير والتغيير أساسياً: Fundamental Rethinking

عند تطبيق إعادة الهندسة يجب طرح مجموعة من الأسئلة الأساسية عن المنظمة وطبيعتها والطرق والأساليب الإدارية المستخدمة فيها ولماذا يتم استخدام هذه الطرق والأساليب، والأعمال التي يتم القيام به ولماذا تقوم بتلك الأعمال. مثل هذه الأسئلة الأساسية قد تدفع المسؤولين إلى إعادة النظر في الأسس والفرضيات المحورية.

(15) خالد الثنيان، الهندرة الإدارية، الرياض اليومية، السعودية، العدد (13468)، 9 مايو، 2005، على الرابط الإلكتروني: <http://www.alriyadh.com/2005/05/09/article63039.html>

(16) مازن جهاد إسماعيل الشويكي، العلاقة بين نظم دعم القرار وإعادة الهندسة في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، 2010، صص 38-39.

(17) د. عبد الرحمن بن عبد الله الشقاوي، نحو أداء أفضل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السعودية، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440 هـ: محور الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وزارة التخطيط، المملكة العربية السعودية، أكتوبر 2002، على الرابط الإلكتروني: <http://www.archive.mep.gov.sa/nadwah2020>

2-6-2 أن يكون التصميم جذري: Radical Redesign

إعادة التصميم الجذرى يعنى التغيير من الجذور وليس تحسين وتطوير ما هو موجود بل اقتلاع ما هو موجود من جذوره والتخلص من القديم تماماً وإعادة بناءه بما يتناسب مع متطلبات وأهداف المنظمة الحالية. إلا أنه وفى بعض الحالات يمكن تغيير جزء من الكل إن كانت المشاكل تتركز فى هذا الجزء, وذلك ضغطاً للإنفاق.

2-6-3 أن تكون النتائج جوهرية وفائقة: Dramatic Results

إعادة الهندسة تهدف إلى تحقيق طفرات هائلة وفائقة فى معدلات الأداء، أى تتطلع إلى تحقيق نتائج جوهرية ولا تقتصر على التحسين والتطوير الشكلى فى الأداء والذى غالباً ما يكون تدريجياً.

2-6-4 أن يكون التغيير فى العمليات: Process

إنّ العمليات تعتبر من أهم عناصر تعريف إعادة الهندسة, والعمليات تعنى مجموعة الأنشطة التى تستوعب واحد أو أكثر من المدخلات لتقديم منتج ذو قيمة للعملاء. ويتم التغيير من خلال تحليل وإعادة بناء العمليات الإدارية (18).

2-7 خطوات عملية إعادة الهندسة:

تمر عملية إعادة الهندسة بسبعة خطوات أساسية، ويوضح الشكل رقم (1) الخطوات المتفق عليها بين أغلب الباحثين وهى كما يلي:

2-7-1 وجود حالة تستدعى القيام بعملية إعادة الهندسة: **State a case for reengineering** عملية إعادة الهندسة عملية كبيرة وضخمة تستلزم مجهود ووقت وتكاليف كبيرة ولذا يجب أن تكون هناك حاجة وضرورة ملحة لاختيار المنظمة إعادة هندسة عملياتها.

2-7-2 تحديد الهدف من عملية إعادة الهندسة: **Establish Process objectives** يجب أن تبدأ المنظمة أولى خطواتها فى إعادة الهندسة بتحديد هدف تبينها لتلك العملية ويجب أن تعلن هذا الهدف على جميع أعضائها، وهنا يجب أن يكون الهدف محدد وواضح لجميع العاملين وموقوت وقابل للقياس ومتفق عليه ويتمثل فى زيادة الإنتاجية

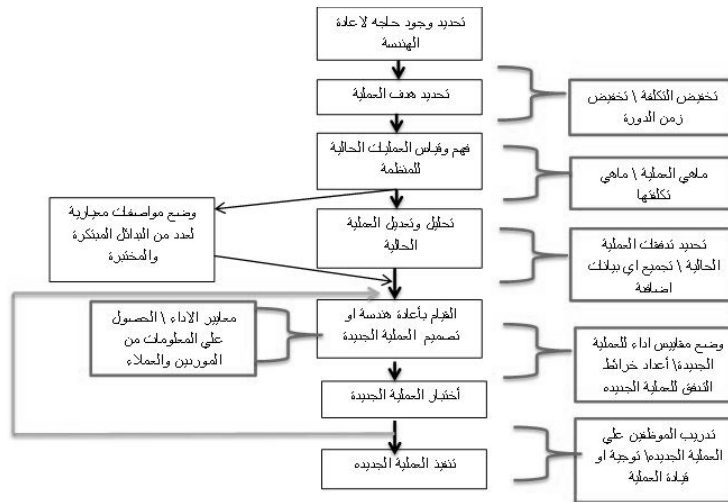
(18) حبيبة طلعت مازن، إعادة الهندسة كمدخل لتطوير المنظمات العامة ومتطلبات التطبيق فى الحالة المصرية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2007، ص ص41-42.

عن طريق تدفق العمل وتخفيض التكلفة وضمان السرعة وزيادة الجودة وإعادة الهيكلة لإلغاء المناصب الإدارية غير اللازمة وإشباع رغبات العملاء.

3-7-2 فهم وقياس العمليات الحالية للمنظمة: Understand and measure the current process ويتم خلالها دراسة وفهم العمليات الحالية للمنظمة والعمليات السابقة للمنظمة.

4-7-2 تحليل وتعديل العملية الحالية (التحليل الداخلي): Analyzing and modifying current process: يجب أن تُحدد العمليات الرئيسية التي سيتم إعادة هندستها، مع مراعاة ألا يتم إعادة هندسة العمليات برمتها في الوقت نفسه. ويتم خلال هذه المرحلة الإجابة على عدة أسئلة مثل أي من هذه العمليات يتم إعادة هندستها أولاً؟ وما تكاليف تلك العملية؟

شكل (1): خطوات عملية إعادة الهندسة



المصدر: بتصريف، غول فرحات، دور إعادة الهندسة كأسلوب للتغيير التنظيمي في ظل الأوضاع البيئية الراهنة، الملتقى العلمي الدولي حول " الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة : دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب، الجزائر، في الفترة من 18-19 مايو 2011 ص 13

وهنا يتم تحديد التعديلات والتغييرات المطلوبة واللازمة للعملية أو العمليات الحالية والتي تمّ دراستها في الخطوة السابقة. ويؤدي ذلك إلى تحقيق أهداف التغيير المنشودة والتي تظهر من خلال زيادة سرعة العمليات من خلال اختصار الخطوات للعملية الواحدة واستبعاد الخطوات غير الهامة والتي تزيد من وقت اجراء العملية وتكلفتها. (19)

(19) المرجع السابق. ص.14

5-7-2 إعادة هندسة وتصميم عمليات جديدة Design and create a new process: ويتم ذلك من خلال وضع التصميم والعمليات اللازمة للقيام بعملية إعادة الهندسة والتي يجب ألا تخالف هدف الإدارة ولا تكون خيالية ولا يكون لها تأثير على إحدى العمليات الإدارية مثل رفع التكلفة أو زيادة الفترة الزمنية المقررة، واستخدام التكنولوجيا الحديثة لضمان نجاح العملية.

6-7-2 اختبار العمليات الجديدة Test the new process: ويتم خلالها اختبار العملية التي تم اختيارها للتأكد من مدى ملاءمتها.

7-7-2 تنفيذ عملية إعادة الهندسة Implement the reengineered process: وهنا يتم بدء التنفيذ الفعلى للعملية التي تم اختبارها بعد التأكد من فاعليتها وتحديد الوقت والموارد المادية والبشرية اللازمة للتنفيذ الفعلى ومراقبة التطبيق وتحديد العوائق التي قد تواجه عملية التنفيذ والتي من أهمها ضرورة فهم القائمين على العملية والعاملين كافة لتلك العملية. (20)

8-2 العقبات التي تواجه عملية إعادة هندسة العمليات:

هناك عدة أخطاء تقع فيها الإدارة عند تطبيق برنامج إعادة الهندسة ومن أهمها ما يلي:

1-8-2 عدم وضوح وتداخل المفاهيم بين كلاً من إعادة الهندسة وغيره من المفاهيم والمصطلحات الإدارية الأخرى التي يمكن استخدامها لرفع كفاءة المنظمة مثل إعادة التصميم وإعادة التنظيم وإعادة الهيكلة.

2-8-2 عدم التخطيط الجيد لعملية إعادة الهندسة بدءاً من التأكد من وجود الفرص المتاحة اللازمة لبدء البرنامج، واختيار الهدف أو الأهداف المناسبة الواضحة والواقعية، وتحديد جميع البدائل المتاحة واختيار البديل الأنسب وتطبيقه ومتابعة التطبيق بطريقة مهنية مستمرة.

3-8-2 عدم وجود قناعة تامة من قيادة المنظمة بأهمية التغيير الجذرى أو خوفاً من نتائجه مما ينعكس فى صورة عدم وجود دعم مادى ومعنوى كافى لنجاح برنامج إعادة الهندسة.

(20) R.Radakrishnan. Balasubramanian. Business Process Reengineering: Text and Cases, New Delhi, PHI Learning Pvt.Ltd, 2008, P.P.61-62.

2-8-4 عدم توفير الوقت الزمني اللازم لعملية إعادة الهندسة وعدم توفر المعلومات اللازمة وهو ما يؤدي لفشل العملية قبل أن تبدأ.

2-8-5 عدم تحديد أدوار واضحة ومناسبة لإمكانات الموظفين في برنامج إعادة الهندسة.

2-8-6 الخوف من التغيير الجذري والتركيز على التطوير والتحسين التدريجي للعمليات الحالية كبديل.

2-8-8 عدم القدرة على التخلص من القواعد الإدارية والمفاهيم القديمة. (21)

2-9 الأبعاد المؤثرة على نجاح إعادة هندسة العمليات:

2-9-1 وعى القيادة: القيادة هي فن التأثير على الآخرين لتحقيق الأهداف المرغوبة، وهي بذلك تتطوى على بعدين أساسيين هما الإيمان بقدرة القائد ومهارته على دفع الآخرين لإنجاز مهامهم، واستجابة مرؤوسيه لأوامره بدافع ثقتهم في أنها ستحقق آمالهم. (22) لذا يتوقف نجاح إعادة هندسة العمليات على مدى التزام وقناعة القيادة في المنظمة بضرورة الحاجة إلى التغيير وإلى تبني برنامج جذري لتحقيق هذا التغيير. تلك القناعة يجب أن تترجم في شكل دعم ومؤازرة فعالة من خلال توضيح الرؤية وإيصالها لجميع العاملين في المنظمة من خلال توضيح مزايا المنهج الجديد وأثاره الإيجابية عليهم وعلى المنظمة. (23) أي أنه كلما زاد وعى القائد بتلك العملية كلما تمّ ضمان نجاح تطبيقها.

2-9-2 السياسات الإدارية: تعرف السياسة الإدارية بأنها مجموعة من القواعد والتوجيهات التي تصدرها الإدارة العليا لترشد العاملين في أداء وظائفهم، وتتخذ كأساس ومعيار في اتخاذ القرارات. وللسياسات الإدارية عدة مزايا، أهمها:

أ. "مرشد عام للمرؤوسين بالأنشطة التي لا بد من القيام بها لتحقيق الأهداف المنشودة.

ب. توحيد سلوك متخذي القرار تجاه القضايا المماثلة والتي تتطلب حل مناسب." (24)

لذا تمثل السياسات الإدارية محورا هاما في نجاح عملية إعادة الهندسة ومن هذا المنطلق لا بد من التعرف على مدى وجود ووضوح تلك السياسات في المستشفيات ومدى

(21) مازن جهاد إسماعيل الشوبكي، العلاقة بين نظم دعم القرار وإعادة الهندسة في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، ص73.
(22) علي محمد منصور، مبادئ الإدارة، الجماهيرية الليبية، مجموعة النيل العربية، د.ت، ص 211.
(23) أيمن جمال عبدالهادي السر، واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية في وزارة الداخلية والأمن الوطني في قطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية - غزة، 2008، ص61.
(24) المرجع السابق، ص ص 72-73.

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

إرشادها للعاملين فى أداء وظائفهم، ومدى مساهمتها فى مساعدة القادة فى الوصول لقرارات أكثر عقلانية ورشاده.

2-9-3 التدريب وتنمية الموظفين: تسعى إعادة هندسة العمليات فى المقام الأول إلى تغيير أسلوب أو طريقة أداء الأعمال، وهو ما يعنى ضرورة تأثر العاملين بشكل مباشر عند تبنى هذه الفلسفة الجديدة، وهو ما يتطلب منهم اكتساب مهارات جديدة، لذا يعتبر التدريب عنصر استراتيجى وهام لنجاح إعادة الهندسة، حيث تحتاج الإدارة العليا إلى دعم البرامج التدريبية الموجهة للعاملين، وذلك من خلال الاهتمام بتدريبهم سواءً كان ذلك على عمليات جديدة أو لتدعيم استخدام تكنولوجيا معين، أو للعمل فى فرق عمل، أو لممارسة سلطة أكبر فى اتخاذ القرارات.⁽²⁵⁾

2-10-10 حاله دراسية : تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات على العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية

2-10-10-1 تطوير العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية

تم عمل دراسة ميدانية لحالة العيادات الخارجية فى بعض المستشفيات الحكومية، للوقوف على الإجراءات المتبعة والمشاكل الموجودة بتلك العيادات، وتم تقديم مقترح لإعادة هندسة العمليات بها للقضاء على تلك المشاكل . (ملحق رقم 1)

2-10-10-2 تطوير أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية:

تم عمل دراسة ميدانية فى أقسام الطوارئ فى المستشفيات السابقة للوقوف على الإجراءات المتبعة والمشاكل الموجودة، وتم تقديم مقترح لإعادة هندسة عمليات أقسام الطوارئ للتخلص من المشاكل الموجودة (ملحق رقم1).

(25) المرجع السابق، ص 78.

المبحث الثالث الإطار العملي للدراسة

المقدمة:

يتناول هذا البحث إعادة هندسة العمليات كمدخل للقضاء على الفساد الإداري في وزارة الصحة المصرية وقد ركزت الدراسة على المستشفيات الحكومية التابعة للوزارة, حيث تمثل تلك المستشفيات الجانب الأكبر من المستشفيات المصرية والتي تقوم بخدمة الشق الاعظم من الشعب المصري. ويتكون الجانب العملي للدراسة من النقاط التالية:

1-3 أسلوب الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي والذي يحاول وصف وتحليل ظاهرة الفساد الإداري بالمستشفيات الحكومية, وتقييم " واقع وإمكانية إعادة هندسة العمليات الإدارية بها, وذلك للتوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد المعرفة عن الموضوع. وقد استخدم الباحث مصدرين أساسيين للمعلومات:

المصدر الأول: المصادر الثانوية:

حيث اتجه الباحث في معالجة الإطار النظري للبحث إلى مصادر البيانات الثانوية والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة بالإضافة إلى الاضطلاع على البحوث والتقارير الخاصة بالوزارة وخطط التطوير الخاصة بها وأسباب الانحرافات العلاجية والسلوكية.

المصدر الثاني: المصادر الأولية:

لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث لجأ الباحث إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسية للبحث، والتي صممت خصيصاً لهذا الغرض، ووزعت على الفئات المختلفة بالمستشفيات الحكومية، وقد تم إجراء الدراسة الميدانية على مستويين:

المستوى الأول: المدراء ما بين مدراء المستشفيات ومدراء الشؤون الإدارية والطبية ورؤساء الأقسام الطبية ورؤساء أفرع التمريض ورؤساء الأقسام التخصصية كنظم المعلومات والأشعة والتحليل والعناية المركزة.

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

المستوى الثانى : الموظفين من الأطباء والعاملين والفنيين بالمستشفيات الحكومية.

2-3 مجتمع البحث وعينة الدراسة:

مجتمع البحث: يتكون مجتمع البحث من جميع الموظفين ذكوراً وإناثاً العاملين فى أقسام وتخصصات المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة (المدراء – الأطباء – الفنيين والإداريين) والمقدر عددهم بحوالى (209600) موظف وهم مقسمون كما يلى فى جدول رقم (1):

جدول(1): أعداد العاملين فى المستشفيات الحكومية فى مصر

النوع	العدد
أعضاء الإدارة العليا فى المستشفيات الحكومية	6600
الأطباء	53000
الفنيين والإداريين	150000
الإجمالى	209600

المصدر: تم الإعداد بواسطة الباحث من بيانات وزارة الصحة المصرية، على الرابط الإلكتروني:

<http://www.mohip.gov.eg/about/orgchart/default.aspx>

ب- عينة الدراسة: وبحسب قانون حجم العينة لتقدير الوسط الحسابى الذى يُعطى بالعلاقة التالية:

$$n = \frac{N \times \left(\sigma \times \frac{\alpha Z}{2} \right)^2}{\left(\sigma \times \frac{\alpha Z}{2} \right)^2 + (N-1) d^2}$$

حيث أن:

N	حجم المجتمع
$\frac{\alpha Z}{2}$	الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 وتساوى 1.96
D	نسبة الخطأ فى التقدير وتساوى 0.05
σ	الانحراف المعيارى للمجتمع
N	حجم العينة

وبحسب مستويات الدراسة السالفة الذكر سوف يكون لدينا عينتين:

العينة الأولى: يتم سحبها من المدراء ما بين مدراء المستشفيات ومدراء الشؤون الإدارية والطبية ورؤساء الأقسام الطبية ورؤساء أفرع التمريض ورؤساء الأقسام التخصصية كنظم المعلومات والأشعة والتحليل والعناية المركزة. وبالرجوع إلى جدول (1) وباعتبار أن الانحراف المعياري للمجتمع يساوي 0.62 وقد تمّ حسابه على أساس المقياس المستخدم في استمارة الاستقصاء وهو مقياس ليكرت الخماسي يكون حجم العينة الأولى.

$$n_1 = \frac{6600 \times (0.62 \times 1.96)^2}{(0.62 \times 1.96)^2 + (6600-1) \times 0.05^2} = 543$$

العينة الثانية: يتم سحبها من الأطباء والعاملين والفنيين بالمستشفيات الحكومية. وبالرجوع إلى جدول (1) وباعتبار أن الانحراف المعياري للمجتمع يساوي 0.62 وقد تمّ حسابه على أساس المقياس المستخدم في استمارة الاستقصاء وهو مقياس ليكرت الخماسي يكون حجم العينة الثانية.

$$n_2 = \frac{203000 \times (0.62 \times 1.96)^2}{(0.62 \times 1.96)^2 + (203000-1) \times 0.05^2} = 589$$

ويتم توزيع العينة الثانية كالتالي:

$$\text{عدد الأطباء} = 53000 \div 203000 \times 589 = 154$$

$$\text{عدد الفنيين والإداريين} = 150000 \div 203000 \times 589 = 435$$

استمارة الاستبيان الأولى (ملحق رقم 2)

استمارة الاستبيان الثانية (ملحق رقم 3)

وقد تمّ استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس الاستبيان المبين حسب جدول رقم (2).

جدول (2): مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة
الدرجة					

ولقد تمّ إعداد استمارتي الاستقصاء على النحو التالي:

- إعداد استمارة استقصاء أولية من أجل استخدامها في جمع البيانات والمعلومات.

- تمّ عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد وتعديل وحذف ما يلزم.

- إجراء دراسة اختباريه ميدانية أولية للاستبانة وتعديله حسب ما يناسبه.

- توزيع الاستبانة على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة.

3-3 أسلوب جمع البيانات وتحليلها:

- قام الباحث بجمع البيانات الأولية عن موظفى ومديرى المستشفيات بالمقابلة الشخصية وقام بتبويب البيانات يدوياً وتحويلها إلى الشكل الرقمى وقد استخدم الحاسب الآلى فى تشغيل البيانات وتحليلها.

3-4 صدق وثبات استمارتى الاستقصاء:

يقصد بصدق الاستبانة التأكد من أن الاستبانة سوف تقيس ما أعدت لقياسه. وقد تم التأكد من صدق أداتى الدراسة والمحتوى وثبات بنودها على مرحلتين:

أ- صدق المحكمين:

لقد تمّ عرض استمارتى الاستقصاء فى صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين فى علوم الإدارة والإحصاء. وقد طلب من المحكمين إبداء آرائهم فى مدى ملاءمة العبارات لقياس ما وضعت لأجله، ومدى وضوح صياغة العبارات ومدى مناسبة كل عبارة للمحور الذى ينتمى إليه، ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة الأساسية واقتراح التعديلات اللازمة من تعديل صياغة العبارات أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة لأداة الدراسة، وكذلك إبداء آرائهم فى ما يتعلق بالبيانات الأولية (الخصائص الشخصية للمبحوثين). وتركزت توجيهات المحكمين على انتقاد طول الاستبانة حيث كانت تحتوى على بعض العبارات المتكررة، كما أن أحد المحكمين نصح بضرورة تقليص بعض العبارات من بعض المحاور وإضافة بعض العبارات إلى محاور أخرى، وقد تم إجراء التعديلات التى اتفق عليها معظم المحكمين، حيث تمّ تعديل صياغة العبارات وحذف أو إضافة البعض الآخر منها حتى خرجت بصورتها النهائية.

ب- صدق الاتساق الداخلى لفقرات الاستبيان:

قام الباحث بدراسة الاتساق الداخلى لفقرات الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من 50 مفردة لكل استمارة وبحساب معاملات الارتباط لبيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية

للمجال التابع له وذلك بدرجة ثقة 95%، و تبين أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل مجال والدرجة الكلية لفقراته معنويه حيث كانت قيم مستوى المعنوية Sig. أقل من 0.05 وذلك لكل فقرة من فقرات استمارتى الاستقصاء وجدول (3)، وجدول (4) يوضحان ذلك:

جدول (3) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستمارة الأولى والدرجة الكلية لكل مجال

م	نمط القيادة السائد	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
1	يحتفظ القائد فى المستشفى لنفسه بجميع الصلاحيات.	0.78	0.005
2	يستطيع القائد فى المستشفى كسب ثقة الموظفين والتأثير فيهم.	0.82	0.002
3	يعطى القائد الحرية والاستقلالية للموظفين فى ممارسة أعمالهم.	0.72	0.008
4	يأخذ القائد فى المستشفى بعين الاعتبار وجهات نظر رؤوسيه عند حل المشكلات.	0.63	0.011
5	يخطط القائد فى المستشفى لأعماله ويهتم بتفصيلات العمل.	0.70	0.009
6	يتجه القائد فى المستشفى إلى إعطاء الموظفين أكبر قدر من الحرية فى إصدار القرارات.	0.61	0.014

جدول (4) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستمارة الثانية والدرجة الكلية لكل مجال

م	السياسات الإدارية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
1	توجد فى المستشفى سياسات إدارية واضحة ومفهومة.	0.85	0.000
2	السياسات الإدارية فى المستشفى ترشد العاملين فى أداء وظائفهم.	0.85	0.000
3	السياسات الإدارية تساعد القادة للوصول إلى قرارات أكثر عقلانية وجودة.	0.79	0.002
4	السياسات الإدارية الموجودة تولد الثقة لدى الموظفين وتخفف من حالات الشك والحيرة.	0.84	0.001
5	السياسات الإدارية الموجودة تكسب القادة عند ممارستها الخبرات والمعارف.	0.72	0.006
6	السياسات الإدارية تخفف الكثير من الأعباء الإدارية خاصة تلك المتشابهة والمتكررة.	0.70	0.008
7	السياسات الإدارية تعمل على توجيه عملية صنع واتخاذ القرارات نحو تطوير الأداء.	0.69	0.01

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

م	تدريب وتنمية مهارات العاملين	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
8	توجد خطة موضوعة لتطوير وتنمية العاملين فى المستشفى.	0.72	0.006
9	تعمل المستشفى على تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين بها باستمرار.	0.70	0.008
10	تخصص المستشفى جزء من ميزانيتها لتطوير العاملين بها مهنيًا.	0.70	0.009
11	تراعى المستشفى التطورات التكنولوجية الحديثة عند وضع خطط التدريب.	0.61	0.014
12	تعمل المستشفى على التنوع فى اساليب التدريب.	0.79	0.005
13	تعمل المستشفى على تدريب المدراء على تشكيل فرق العمل من أجل تحسين الاداء.	0.65	0.01
14	تخصص المستشفى الوقت اللازم للتأكد من ان خطط التطوير يتم تنفيذها من قبل العاملين.	0.75	0.009
15	برامج تنمية وتطوير العاملين فى المستشفى تساعد على إعادة بناء العمليات الادارية.	0.70	0.009
16	تقوم المستشفى بتقييم البرامج التدريبية المتخصصة لتطوير العاملين باستمرار.	0.61	0.014
17	تخصص المستشفى الدعم اللازم للتأكد من أن خطط التطوير يتم تنفيذها من قبل العاملين.	0.68	0.020
م	الحالة الاقتصادية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
18	المرتبات والمكافآت التى تصرف للقيادات الاداريه بالمستشفى تعتبر مجزيه.	0.80	0.001
19	المرتبات والمكافآت التى تصرف للعاملين بالمستشفى تعتبر مجزيه.	0.77	0.021
20	المرتبات والمكافآت التى تصرف للأطباء والعاملين بالوحدات التابعة للوزارة تعتبر مجزيه.	0.79	0.025
21	يعتبر ضعف المرتبات وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة سبباً رئيسياً فى ضعف الخدمات المقدمة وعدم الاهتمام بالمرضى.	0.65	0.036
22	يعتبر ضعف المرتبات وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة سبباً رئيسياً فى انتشار بعض مظاهر الفساد الإدارى فى وزارة الصحة والوحدات التابعة.	0.75	0.009

ج- ثبات الاستبانة:

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطى هذه الاستبانة نفس النتيجة لو تم إعادة توزيعها أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعنى الاستقرار فى نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فى ما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة.

وقد تحقق الباحث من ثبات أداتى الدراسة من خلال طريقة معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient حيث تم إعادة توزيع أدتى الدراسة على العينتين الاستطلاعتين السابقتين بعد أسبوعين من المرة الأولى فكانت النتائج كما فى جدول (5)، و جدول (6):

جدول (5)

نتائج اختبار معامل ألفا كرونباخ لثبات الاستمارة الأولى

المحاور	عدد العبارات	معامل كرونباخ ألفا	الصدق
إجمالى عبارات قائمة الاستقصاء.	6	0.828	0.909

جدول (6)

نتائج اختبار معامل ألفا كرونباخ لثبات الاستمارة الثانية

المحاور	عدد العبارات	معامل كرونباخ ألفا	الصدق
إجمالى عبارات قائمة الاستقصاء.	22	0.857	0.911

3-5 اختبار فرضيات الدراسة:

معايير تحديد كفاءة النموذج: هناك معايير كثيرة يمكن استخدامها لتحديد ملائمة الانحدار التقديرى فى تمثيل الظاهرة قيد التحليل بدلالة المتغيرات المفسرة. يتم استخدام اختبار (F) لقياس معنوية معلومات النموذج فى آن واحد إذ يعتبر الفرضية

$$H_0: B_1=B_2=\dots=B_M=0$$

$$H_1: B_1=B_2=\dots=B_M \neq 0$$

لتحديد ما اذا كانت هناك علاقة معنوية بين المتغير المعتمد (Y_i) والمتغيرات المفسرة

$$X_1, X_2, \dots, X_m$$

$$F = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{Y}_i - Y)^2 / m}{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y}_i) / (n - m - 1)} = \frac{M.S.R(X_1, X_2, \dots, X_m)}{M.S.R} \quad \text{حيث تستخرج قيمة } F$$

حيث أن:

$M.S.R(X_1, X_2, \dots, X_m)$ تمثل متوسطات مربعات الانحدار العائد الى (X_1, X_2, \dots, X_m) والذى يساوى مجموع مربعات الانحدار العائد الى (X_1, X_2, \dots, X_m) مقسومة على درجة الحرية n . $M.S.R$ تمثل متوسطات مربعات الاخطاء والتي تمثل مجموع مربعات الاخطاء (SS error) مقسومة على درجة الحرية $(n - m - 1)$. وتقرن هذه القيمة بقيمة F الجدولية بدرجتى حرية $(n - m - 1)$ و (m) .

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

معامل التحديد لقياس التفسيرية للنموذج: وهو نسبة مجموع مربعات الانحرافات الذى يعزى إلى التأثير الخطى للمتغيرات المفسرة على إجمالى مجموع مربعات الانحرافات الكلى أى أنه يبين مساهمة معادلة الانحدار فى وصف الاختلافات الكلية للمتغير المعتمد وبالتالى يبين نسبة الاختلافات الكلية الحاصلة للمتغير المعتمد (Y) من قبل المتغيرات المفسرة.

$$R^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (\hat{Y}_i - Y)^2}{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2} = \frac{SSR(X_1 \dots X_m)}{SSTotalcorrct}$$

ولأخذ بعين الاعتبار عدد المتغيرات المفسرة يتم حساب معامل التحديد المصحح كما يلي:

$$R^2 = 1 - \frac{(n - 1)}{(n - m - 1)} (1 - R^2)$$

إن R2 معامل يستخدم لمعرفة جودة التوفيق لخط الانحدار المقدر للمتغير التابع على المتغير المستقل وبما أن مربع معامل الارتباط فإن قيمته تكون محصورة بين الصفر والواحد وهو يقيس نسبة التغير فى المتغير التابع نتيجة تغير المتغير المستقل أى انه

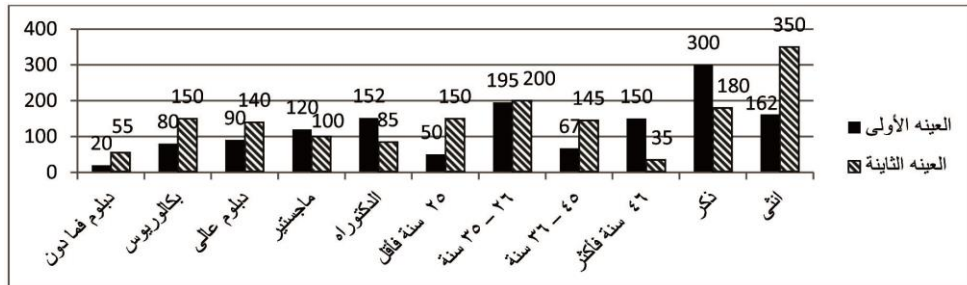
يوضح نسبة مساهمة المتغير المستقل فى التغير الحاصل فى المتغير التابع. يكون التقدير جيد كلما اقتربت قيمة R2 من الواحد وهو يعنى أنه توجد علاقة خطية تامة بين المتغير التابع والمتغير المستقل.

6-3 نتائج الدراسة الميدانية "اختبار الفرضيات ومناقشتها"

تم إجراء تحليلاً تفصيلياً للبيانات وعرض للنتائج من خلال الدراسة التى أجريت على عينتى البحث ومن ثم سيتم اختيار الفروض. وقد قسم هذا الجزء إلى قسمين كالآتى:

أ- الوصف الإحصائى لعينتى الدراسة

ب- شكل رقم (2) : الوصف الإحصائى لعينتى الدراسة:



جدول رقم (7) الخصائص الإحصائية لكل فقرة من فقرات الاستمارة الأولى والدرجة الكلية لكل مجال:

الدرجة	الوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة
متوسطة	3.621	80	176	182	9	5	يحتفظ القائد في المستشفى لنفسه بجميع الصلاحيات.
مرتفعه	4.07	218	125	66	39	14	يستطيع القائد في المستشفى كسب ثقة الموظفين والتأثير فيهم.
مرتفعه	3.75	25	312	111	6	8	يعطي القائد الحرية والاستقلالية للموظفين في ممارسة أعمالهم.
متوسطة	3.31	17	161	242	31	11	يأخذ القائد في المستشفى بعين الاعتبار وجهات نظر مروضيه عند حل المشكلات.
مرتفعه	4.02	106	263	90	2	1	يخطط القائد في المستشفى لأعماله ويهتم بتفصيلات العمل.
متوسطة	2.78	12	109	177	93	71	يتجه القائد في المستشفى إلى إعطاء الموظفين أكبر قدر من الحرية في إصدار القرارات.

جدول رقم (8) الخصائص الإحصائية لكل فقرة من فقرات الاستمارة الثانية والدرجة الكلية لكل مجال

الدرجة	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة
مرتفع	4.24	192	293	29	14	2	توجد في المستشفى سياسات إدارية واضحة ومفهومة.
متوسط	3.54	137	181	87	76	49	السياسات الإدارية في المستشفى ترشد العاملين في أداء وظائفهم.
مرتفع	4.42	300	190	11	19	10	السياسات الإدارية تساعد القادة للوصول إلى قرارات أكثر عقلانية وجودة.
متوسط	3.6	196	93	123	67	51	السياسات الإدارية الموجودة تولد الثقة لدى الموظفين وتخفف من حالات الشك والحيرة.
متوسط	2.73	71	89	99	165	106	السياسات الإدارية الموجودة تكسب القادة عند ممارستها الخبرات والمعارف.
مرتفع	4.02	210	195	75	21	29	السياسات الإدارية تخفف الكثير من الأعباء الإدارية خاصة تلك المتشابهة والمتكررة.
متوسط	3.47	140	106	182	62	40	السياسات الإدارية تعمل على توجيه عملية صنع واتخاذ القرارات نحو تطوير الأداء.
مرتفع	3.94	165	238	75	34	18	توجد خطة موضوعة لتطوير وتنمية العاملين في المستشفى.

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

مرتفع	3.91	201	185	66	47	31	تعمل المستشفى على تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين بها باستمرار.
متوسط	2.94	78	102	159	90	101	تخصص المستشفى جزء من ميزانيتها لتطوير العاملين بها مهنيًا.
مرتفع	4	157	263	69	30	11	تراعى المستشفى التطورات التكنولوجية الحديثة عند وضع خطط التدريب.
مرتفع	3.84	172	199	77	62	20	تعمل المستشفى على التنوع فى اساليب التدريب.
مرتفع	4.03	260	142	50	37	41	تعمل المستشفى على تدريب المدراء على تشكيل فرق العمل من أجل تحسين الاداء.
مرتفع	4.38	343	108	32	28	19	تخصص المستشفى الوقت اللازم للتأكد من ان خطط التطوير يتم تنفيذها من قبل العاملين.
مرتفع	4.13	214	201	89	17	9	برامج تنمية وتطوير العاملين فى المستشفى تساعد على إعادة بناء العمليات الادارية.
متوسط	2.79	45	85	186	137	77	تقوم المستشفى بتقييم البرامج التدريبية المتخصصة لتطوير العاملين باستمرار.
متوسط	2.88	89	103	100	129	109	تخصص المستشفى الدعم اللازم للتأكد من أن خطط التطوير يتم تنفيذها من قبل العاملين.
متوسط	3.33	29	219	190	80	12	المرتبات والمكافآت التى تصرف للقيادات الادارية بالمستشفى تعتبر مجزية.
متوسط	2.5	13	76	201	113	127	المرتبات والمكافآت التى تصرف للعاملين بالمستشفى تعتبر مجزية.
ضعيف	1.97	11	19	135	143	222	المرتبات والمكافآت التى تصرف للأطباء والعاملين بالوحدات التابعة للوزارة تعتبر مجزية.
مرتفع	4.87	477	39	11	3	0	يعتبر ضعف المرتبات وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة سبباً رئيسياً فى ضعف الخدمات المقدمة وعدم الاهتمام بالمرضى.
مرتفع	4.92	500	20	7	2	1	يعتبر ضعف المرتبات وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة سبباً رئيسياً فى انتشار بعض مظاهر الفساد الإدارى فى وزارة الصحة والوحدات التابعة.

أ- نتائج اختبارات الفروض:

- **اختبار الفرضية الأولى:** هناك علاقة معنوية طردية بين نمط القيادة في المستشفيات الحكومية وبين انتشار الفساد الإداري بها. لاختبار فرضية وجود علاقة معنوية بين نمط القيادة في المستشفيات الحكومية (المتغير المستقل) وبين انتشار الفساد الإداري (المتغير التابع) يتم استخدام اختبار بيرسون Person Correlation لإثبات نوعية العلاقة بين المتغيرين (طردية أم عكسة) كالتالي: حيث أن معامل الارتباط بين نمط القيادة وانتشار الفساد الإداري = 0.917 (طردى قوى)، والفرضية الصفرية: لا يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين نمط القيادة وانتشار الفساد $\rho = 0$. والفرضية البديلة: يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين نمط القيادة وانتشار الفساد $\rho \neq 0$. وقيمة الاحتمال (sig): 0.04. و بما أن قيمة sig أقل من 0.05 إذن نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية. إذن يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين نمط القيادة وانتشار الفساد ومن الجدول التالي يتضح أن قيمة الكبيرة (F) قد بلغت (18.9)، ويمكن حساب معامل التحديد للنموذج (R2) والذي بلغ (0.841). وبذلك فإن النموذج يفسر أن 84.1% من قيم المتغير التابع مما يعنى أنه توجد علاقة خطية قوية بين نمط القيادة في وزارة الصحة وبين انتشار الفساد الإداري. بينما نلاحظ أن مدى تشتت الخطأ العشوائى حول خط الانحدار وهى القيمة (MSE) قد بلغت (4.14) وهى صغيرة تعنى تركيز البيانات حول خط الانحدار وهو ما يعنى قبول الفرض البديل حيث يؤكد وجود لفرضية أن هناك علاقة معنوية طردية بين نمط القيادة فى وزارة الصحة ومؤسساتها التابعة وبين انتشار الفساد الإداري.

Sig	F	R ²	R	MSE
0.04	18.9	0.841	0.917	4.14

- **اختبار الفرضية الثانية:** هناك علاقة معنوية بين الحالة الاقتصادية (ضعف مرتبات العاملين فى وزارة الصحة وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة) وبين انتشار الفساد الإداري. لاختبار فرضية وجود علاقة معنوية بين انخفاض الحالة الاقتصادية (ضعف مرتبات العاملين فى وزارة الصحة وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة) وهو المتغير المستقل وبين انتشار الفساد الإداري وهو المتغير التابع، يتم استخدام اختبار بيرسون لإثبات نوعية العلاقة بين المتغيرين (طردية أم عكسية) كالتالى: حيث أن معامل الارتباط بين انخفاض الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإداري = 0.949 (طردى قوى). والفرضية الصفرية: لا يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين انخفاض

الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى $\rho = 0$. والفرضية البديلة: يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين انخفاض الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى $\rho \neq 0$. وقيمة الاحتمال (sig): 0.02, وبما أن قيمة sig أقل من 0.05, إذن نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية. إذن يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية طردية بين انخفاض الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى. ومن الجدول التالي يتضح أن قيمة الكبيرة (F) قد بلغت (31.28), ويمكن حساب معامل التحديد للنموذج (R2) والذي بلغ (0.9) وبذلك فإن النموذج يفسر أن 90% من قيم المتغير التابع, مما يعنى أنه توجد علاقة خطية قوية بين انخفاض الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى. بينما نلاحظ أن مدى تشتت الخطأ العشوائى حول خط الانحدار وهى القيمة (MSE) قد بلغت (1.84) وهى صغيرة وتعنى تركيز البيانات حول خط الانحدار وهو ما يعنى قبول الفرض البديل حيث يؤكد وجود الفرضية أن هناك علاقة معنوية بين انخفاض الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى.

Sig	F	R2	R	MSE
0.02	31.28	0.9006	0.949	1.84

- اختبار الفرضية الثالثة: هناك علاقة معنوية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. لاختبار فرضية أن هناك علاقة معنوية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة (المتغير المستقل) وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها (المتغير التابع), يتم استخدام اختبار بيرسون لإثبات نوعية العلاقة بين المتغيرين (طردية أم عكسية) كالتالى: حيث أن معامل الارتباط بين المتغيرين = 0.879 (طردى جداً). والفرضية الصفرية: لا يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها $\rho = 0$. والفرضية البديلة: يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها $\rho \neq 0$. وقيمة الاحتمال (sig): 0.034. وبما أن قيمة sig أقل من 0.05, إذن نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية وبالتالي فإنه يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. ومن الجدول التالي يتضح أن قيمة الكبيرة (F) قد بلغت (13.36). ويمكن حساب معامل التحديد

للمنموذج (R2) والذي بلغ (0.773) وبذلك فإن النموذج يفسر أن 77.3% من قيم المتغير التابع , مما يعنى أنه توجد علاقة خطية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها . بينما نلاحظ أن مدى تشتت الخطأ العشوائى حول خط الانحدار وهى القيمة (MSE) قد بلغت (5.21) وهى صغيرة وتعنى تركيز البيانات حول خط الانحدار وهو ما يعنى قبول الفرض البديل, حيث يؤكد وجود لفرضية أن هناك علاقة معنوية بين وعى القيادة بالمستشفيات الحكومية بماهية إعادة الهندسة وبين قدرة هذه المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها.

MSE	R	R2	F	Sig
5.21	0.879	0.773	13.36	0.034

- اختبار الفرضية الرابعة: هناك علاقة معنوية طردية بين السياسات الإدارية بالمستشفيات الحكومية وبين قدرة تلك المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. لاختبار فرضية أن هناك علاقة معنوية بين السياسات الإدارية بالمستشفيات الحكومية (المتغير المستقل) وبين قدرة تلك المستشفيات على إعادة هندسة العمليات الإدارية (المتغير التابع). يتم استخدام اختبار بيرسون لإثبات نوعية العلاقة بين المتغيرين (طردية أم عكسة) كالتالى: بما أن معامل الارتباط بين السياسات الإدارية بالمستشفيات الحكومية وبين قدرتها على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها = 0.879 (طردى جداً). والفرضية الصفرية: لا يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى $\rho = 0$. والفرضية البديلة: يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين الحالة الاقتصادية وبين انتشار الفساد الإدارى $\rho \neq 0$. وقيمة الاحتمال (sig). وبما أن قيمة sig أقل من 0.05 إذن نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية, مما يعنى وجود ارتباط ذو دلالة معنوية بين السياسات الإدارية بوزارة الصحة ومؤسساتها المختلفة وبين قدرة وزارة الصحة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها . ومن الجدول التالي يتضح أن قيمة الكبيرة (F) قد بلغت (13.36). ويمكن حساب معامل التحديد للنموذج (R2) والذي بلغ (0.773) وبذلك فإن النموذج يفسر أن 77.3% من قيم المتغير التابع , مما يعنى أنه توجد علاقة خطية بين السياسات الإدارية بالمستشفيات الحكومية وبين قدرتها على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. بينما نلاحظ أن مدى تشتت الخطأ العشوائى حول خط الانحدار وهى القيمة (MSE) قد بلغت (5.21) وهى صغيرة تعنى تركيز البيانات حول خط الانحدار وهو ما يعنى قبول الفرض

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

البديل , حيث يؤكد وجود لفرضية أن هناك علاقة معنوية بين السياسات الإدارية بالمستشفيات الحكومية وبين قدرتها على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها.

Sig	F	R2	R	MSE
0.034	13.36	0.773	0.879	5.21

- **اختبار الفرضية الخامسة:** هناك علاقة معنوية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. لاختبار فرضية أنّ هناك علاقة معنوية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين (المتغير المستقل) , وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها (المتغير التابع), يتم استخدام اختبار بيرسون لإثبات نوعية العلاقة بين المتغيرين (طردية ام عكسية) كالتالى: نرى أنّ معامل الارتباط بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها =0.908 (طردى جدا). والفرضية الصفرية : لا يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها $\rho = 0$. والفرضية البديلة : يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها $\rho \neq 0$. وقيمة الاحتمال (sig) :0.022 . و بما أنّ قيمة sig أقل من 0.05 إذن نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية. إذن يوجد ارتباط ذو دلالة معنوية بين سياسات التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات الحكومية على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. و من الجدول التالي يتضح أنّ قيمة الكبيرة (F) قد بلغت (26.6). ويمكن حساب معامل التحديد للنموذج (R2) والذي بلغ (0.8244) وبذلك فإنّ النموذج يفسر أنّ 82.4% من قيم المتغير التابع , مما يعنى أنّه توجد علاقة خطية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. بينما نلاحظ ان مدى تشتت الخطأ العشوائى حول خط الانحدار وهى القيمة (MSE) قد بلغت (2.1) وهى صغيرة وتعنى تركيز البيانات حول خط الانحدار وهو ما يعنى قبول الفرض البديل, حيث يؤكد وجود لفرضية أن هناك علاقة معنوية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المستشفيات التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها.

Sig	F	R2	R	MSE
0.022	26.6	0.8244	0.908	2.1

الخاتمة النتائج والتوصيات

أولاً: نتائج الدراسة:

- 1- أصبح التغيير التنظيمي عاملاً أساسياً وهاماً لتحسين سير العمليات وتنفيذها داخل المؤسسات المختلفة، مما يسمح بتحقيق الأهداف وتحسين الأداء من خلال التغيير في السلوك التنظيمي للمؤسسة. وتهدف المؤسسة من وراء التغيير التنظيمي إلى زيادة قدرتها على التكيف مع المستجدات البيئية ومحاولة تحسين أداءها وقدرتها التنافسية.
- 2- تعتبر إعادة الهندسة أحد الآليات المهمة في عملية التغيير التنظيمي، من خلال إحداث تغيير جذري في تأدية نشاطات المنظمة وعملياتها، وابتكار طرق جديدة تحقق السرعة في الإنجاز والتكلفة الأقل واحلالها محل الطرق التقليدية التي لا جدوى منها.
- 3- يتوقف نجاح عملية إعادة الهندسة على مدى وجود دافعية وتحفيز لدى المسؤولين والمرؤوسين للقيام بعملية التغيير ومعرفة الجدوى من وراء ذلك، والالتزام بمبادئ التغيير ومتطلباته، مع تكوين فرق عمل مدربة في مجالات وظيفية متعددة.
- 4- تشير الدراسة (على عكس نتائج اختبار الفرضيات) أنّ هناك علاقة معنوية بين نمط القيادة السائد وانتشار الفساد في قطاع الصحة بمصر وهي علاقه بديهية، على الرغم من أنّ أكثر من 60% من مفردات العينة رفضت وجود هذه العلاقة، وقد يرجع هذا الرفض من جانب بعض القيادات بالمنظومة الصحية حتى لا يكون اعتراف بالتقصير والتسبب في الفساد وحرصاً على مناصبهم أو لإحساسهم أنّ الفساد مستشري بالمجتمع وله أسباب كثيرة وأنهم كقيادات يبذلون أكثر من الجهد المطلوب.
- 5- تشير الدراسة ونتائج اختبار الفرضيات إلى أنّ هناك علاقة معنوية بين وعى القيادة بوزارة الصحة والمستشفيات الحكومية التابعة بمفهوم إعادة هندسة العمليات وقدرة وزارة الصحة على إعادة هندسة العمليات الاداريه بها فقد أفاد حوالى 80% من مفردات العينة بوجود هذه العلاقة. فإعادة الهندسة تتضمن تغيرات جذرية في مضامين العمل ولن تنجح أى محاولات لذلك إلا فى ظل وعى القيادات بمفهوم ومتطلبات إعادة الهندسة.
- 6- تشير الدراسة ونتائج اختبار الفرضيات إلى أنّ لوضوح السياسات الإدارية تأثير وعلاقة فى نجاح عملية إعادة هندسة المستشفيات الحكومية فى مصر، كونها تساعد فى الوصول إلى القرارات المناسبة بدون تخبط وبدون إحداث نوع من التشوش لدى المرؤوسين كما أنّ لوضوح السياسات الإدارية أهمية كبرى لمنع الفساد الإدارى والمالى حيث يُنفذ نوى النفوذ

- الضعيفة من الثغرات الموجودة بالسياسات لتحقيق المصالح الخاصة وغير المشروعة. وقد أفاد أكثر من 65% من مفردات العينة بوجود هذه العلاقة.
- 7- تشير الدراسة ونتائج اختبار الفرضيات أنّ هناك علاقة معنوية بين الحالة الاقتصادية (ضعف مرتبات العاملين فى وزارة الصحة وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة) وبين انتشار الفساد الإداري، وقد أفاد ما يقرب من 90% من مفردات العينة أنّ هناك علاقة قوية بينهما.
- 8- تشير الدراسة ونتائج اختبار الفرضيات إلى أنّ هناك علاقة معنوية بين التدريب وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة والمستشفيات الحكومية التابعة على إعادة هندسة العمليات الإدارية بها. وقد أفاد 85% من مفردات العينة بوجود هذه العلاقة.
- ثانياً: توصيات الدراسة:**

- يقترح الباحث مجموعة من التوصيات من خلال تنفيذ خطة عمل (شكل رقم 3) تهدف إلى تحسين أداء الخدمات الطبية (الأولية والثانوية) بالمستشفيات العامة فى مصر على المدى المتوسط وتفضى على الفساد الإدارى بها، وتتمثل أهم التوصيات فى الآتى:
1. تعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية من خلال إنشاء وتخصيص أماكن فى الأحياء والمراكز والقرى كعيادات خارجية أولية (لتخفيف الاكتظاظ السكانى فى طلب خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمستشفيات الحكومية). على أن تتناسب مساحتها وتجهيزاتها وعدد العاملين بها حسب الكثافة السكانية لكل منطقة، وبحيث تتبع كل منها إدارياً وتنظيماً أقرب مستشفى حكومية لها. ويتم الاستفادة من الأطباء حديثى التخرج (ممارس عام) والتوسع فى استخدام الأطباء المتخصصين فى طب الأسرة بتلك العيادات.
 2. تقوم تلك العيادات بتقديم الرعاية الطبية الأولية والإسعافات اللازمة والتطعيمات، وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية للوقاية من الأمراض غير المعدية، والمساهمة فى تعزيز رصد الأمراض المعدية، والعمل على رفع الوعى الصحى للسكان بالحقى أو المنطقة السكنية مثل تقديم برامج ومبادرات مكافحة التدخين وتعزيز النشاط البدنى وتنظيم الأسرة مع القطاعات المعنية لنشر ثقافته الصحية افضل، مع إنشاء قواعد بيانات صحية للأسر بتلك المناطق.
 3. تحسين فرص الوصول إلى مرافق وزارة الصحة لتلقى الرعاية الطبية الثانوية والتخصيصية عن طريق زيادة عربات الإسعاف التابعة لهيئة الإسعاف المصرية وتقليل زمن الاستجابة لسيارات الإسعاف عن طريق تزويدها بالخرائط الالكترونية للشوارع والمناطق، وتطوير استخدام الإسعاف النهري والإسعاف الطائر بنهاية عام 2015.
 4. تشكيل لجان معاونة فنية من وزارة الصحة والخبراء والمتخصصين لتحديد أوجه القصور الفنى والمهنى والتنظيمى والسلوكى والمالى بالمستشفيات الحكومية ومراجعة السياسات

- الإدارية وتقديم تصور عن العمليات والإجراءات التي يجب إلغاؤها أو دمجها أو زيادتها لتحسين دورات العمل.
5. تعديل الهياكل التنظيمية بالمستشفيات الحكومية بإضافة إدارة متخصصة فى تطوير الأداء والتحسين المستمر وإدارة الجودة الشاملة والحوكمة , وإدارة أزمات وكوارث. البدء بتطبيق برامج الحوكمة وإدارة الجودة الشاملة وإلزام المستشفيات الحكومية بتبنى هذه البرامج من خلال الإدارات المعنية التى تم إضافتها للهياكل التنظيمية.
 6. عمل توصيف وظيفى واضح ومكتوب لجميع العاملين بالعيادات الخارجية الأولية والمستشفيات الحكومية وعمل أدلة عمل تفصيلية لجميع الأقسام والتخصصات.
 7. إعادة هندسة الإجراءات والعمليات فى الأقسام الهامة والحيوية بالمستشفيات الحكومية وللقضاء على الإهمال والفساد الإداري. والتي يمكن أن تضم أقسام العيادات الخارجية والطوارئ والعمليات والتمريض والمختبرات وهى من أكثر الأقسام التى تحتاج لتغيير جذرى بالمستشفيات الحكومية.
 8. إعادة هيكلة الأجور والحوافز لجميع العاملين بقطاع الصحة والإسراع بتنفيذ الكادر وزيادة الحوافز مقابل الأداء والبحث عن نموذج جديد لتمويل القطاع الصحى كعمل طابع خاص بالصحة تخصص حصيلته لتمويل القطاع الصحى وكفرض ضرائب على الملاهى والمتنزهات لصالح قطاع الصحة.
 9. تهيئة المستويات الإدارية المختلفة بالمستشفيات الحكومية وتنقيفهم من خلال المؤتمرات والندوات بضرورة وأهمية وضوابط التغيير المطلوب للقضاء على التسبب والإهمال والفساد من جهة وللارتقاء بالمستوى الفنى والمهنى والسلوكى لجميع العاملين تحت قيادتهم من الجهة الأخرى.
 10. عمل برامج تدريبية إدارية وفنية ومهنية جادة وإلزام جميع العاملين حسب تخصصاتهم بحضور تلك الدورات وتقييم أدائهم بعد أداء تلك الدورات.
 11. الاستمرار فى دعم الإدارات العليا بالمستشفيات الحكومية فى عملية التحسين المستمر من خلال لجنة دائمة لتطوير الأداء على مستوى وزارة الصحة وإدارات تطوير الأداء التى تم إضافتها للهياكل التنظيمية بالمستشفيات.
- الدراسات المستقبلية :** استخدام الستة سيكما فى تحسين اداء العمليات الادارية بالمستشفيات الحكومية - استخدام بطاقة الاداء المتوازن فى تقويم اداء المستشفيات الحكومية - حوكمة المستشفيات الحكومية بين النظرية والتطبيق

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإداري بالمنظومة الصحية في مصر

شكل رقم (3) خطة مقترحة لإعادة هندسة العمليات والاجراءات بالمستشفيات الحكومية لتطوير الرعاية الطبية الأولية والثانوية وللقضاء على الإهمال والفساد الإداري

الفترة الزمنية (ربيع سنوي)		المسئول عن النشاط	الموارد المطلوبة	النشاط الفرعي	النشاط الرئيسي	المرحلة
٢٠١١	٢٠١٢					
٤	٣					مرحلة التأسيس
		إدارة التخطيط بوزارة الصحة	إمكانات بشرية	عمل SWOT & PEAST Analysis للمستشفيات الحكومية	دراسة البنية الداخلية والخارجية	
		إدارة التخطيط بوزارة الصحة	إمكانات بشرية	اختيار وتشكيل لجان تقييم ومعاينة فنية من وزارة الصحة والخبراء	دراسة ميدانية متكاملة عن أوجه القصور الفنية والإدارية والسلوكية والمالية بالمستشفيات الحكومية.	
		اختيار المتخصصين والخبراء في التخصصات الطبية والمعاينة من وزارة الصحة ووحداتها التابعة.	٣٠ ميكروبيس لانتقالات اللجان في المحافظات لمدة ٦ أشهر	فجوات الأداء والتأكد على حجم التغيرات المطلوبة (عدد ٣٠ لجنة بواقع لجنة لكل محافظة، ٢ لجنة للمحافظات المرادحة)		
		وزارة الصحة ووحداتها التابعة.	تكاليف جارية: ١٠٠ ألف ج	عمل خطة مرور، وورش عمل تنظيمية لأعضاء تلك اللجان لتنظيم وتوحيد طريقة العمل وطريقة التقييم		
		لجان فنية متخصصة تشكل كل منها من عدد ١٢ من الخبراء والمتخصصين في المجالات الطبية والإدارية والمالية والجودة والهندسة الإنشائية بالإضافة إلى سكرتارية.	تكاليف ثابتة: ٧٥٠ ألف ج تكاليف جارية: ٢,٣ مليون جنيها	بدء عمل اللجان السبئية بمجرد التصديق على خطة المرور وانتهاء ورش العمل التنظيمية، والتي تقوم بالتالي: التفتيش على المستشفيات العامة واستقصاء آراء المرضى والعاملين عن مشاكل تقديم الخدمات الطبية	قيام اللجان السابقة بتحديد فجوات الأداء وتحديد العمليات والإجراءات والمسارات المطلوب إعادة هندستها	
		إدارة التنظيم بوزارة الصحة - الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة. تشكيل لجنة مشتركة تتكون من ٣٥ فرد أطباء من المستشفيات العاملة وخبراء التنظيم والإدارة وسكرتارية.	تكاليف جارية: ٢٥٠ مليون ج	دراسة التصميمات الإنشائية الحالية ومدى مناسبتها لإعادة الهندسة		
		الإدارة الهندسية بوزارة الصحة - وزارة الإدارة المحلية - وزارة الإسكان	تكاليف جارية: ٢٠٠ مليون ج	يتم إضافة إدارة تطوير الأداء وإدارة الجودة الشاملة والحوكمة، وإدارة مواجهة الأزمات وعمل ألية عمل والتوصيف الوظيفي لكل منهم.	تحليل الهياكل التنظيمية للمستشفيات وعمل وصف وظيفي وأدلة عمل.	
		وزارة الصحة - وزارة القوى العاملة	تكاليف ثابتة: ٢٠٠ مليون ج تكاليف جارية: مصر ووقت التشغيل	بناء عيادات خارجية وإدارة عيادات خارجية أولية تتبع تنظيميا وإداريا أقرب مستشفى حكومي لتقديم رعاية طبية أولية.	إنشاء عيادات خارجية أولية (ع خ أ) بالأحياء والمراكز والقوى	
		وزارة الصحة - وزارة القوى العاملة	إمكانات بشرية	تعيين أطعم طبية (أطباء ممارسين - طب أسرة - تمريض - عمالة فنية) في العيادات الخارجية الأولية بالتناسب مع الكفاءة السكانية لكل منطقة	توفير الأطقم الطبية المناسبة للعيادات الخارجية الأولية	
		وزارة الصحة - وزارة المالية	تكاليف جارية: مبررات	الإسراع بتطبيق الكادر والحد الأدنى مع استحداث أليات جديدة للتمويل	إعادة هيكلة الأجر والحوافز	
		لجنة مكونة من ٢٥ فرد من الأطباء والمحاسبين والسكرتارية	إمكانات بشرية			

المرحلة		النشاط الرئيسي	النشاط الفرعي	الموارد المطلوبة	المسئول عن النشاط	التقويم	الفترة الزمنية (ربع سنوي)
المرحلة	النشاط الرئيسي						
مرحلة التهيئة	تهيئة الإدارة العليا. تهيئة الإدارة الوسطى، ونشر مفهوم تطوير الأداء داخل المستشفى.	تتفق مدراء المستشفيات ورؤساء الأقسام بأهمية التغيير الجذري وآليات أداة الهندسة والقضاء على الفساد الإداري من خلال المؤتمرات والنشرات وورش العمل- تتفق المعلمين بأهمية التغيير وأخلاقيات المهنة	تكاليف بشرية تكاليف جارية: ٢٥٠ الف ج	خبراء في أداة الهندسة وإدارة التغيير وأخلاقيات المهنة			
مرحلة الإعداد	تدريب فني ومهني وإداري وسلكي للمدراء وجميع العاملين في المستشفى على تطوير الأداء. تشكيل فرق العمل.	عمل دورات تدريبية متخصصة في إعلده هندسة العمليات ومهارات القيادة والاتصال وإدارة التغيير والجودة والحكمة لمديري المستشفيات ورؤساء الأقسام وعمل دورات تدريبية للمعلمين في التخصصات المختلفة بالإضافة إلى دورات عن أهمية التغيير وأخلاقيات المهنة تشكيل فرق عمل من الإدارات والأقسام المختلفة للقيام بأداة الهندسة	تكاليف جارية ٢٥ مليون ج	إدارة التدريب بوزارة الصحة مع الاستعانة بخبراء في المجالات المختلفة (بواقع ١٠٠ مدرب وخبير تدريب إداري وفني ومهني)			
مرحلة التنفيذ	تحديد معيار الأداء ومؤشرات النجاح القيام بأعباء هندسة العمليات التي تم تحديدها في مرحلة التأسيس الاختبار والتقييم وإجراء التعديلات	تحديد معيار الأداء ومؤشرات النجاح وقياس تكلفه تطوير الأداء وتحليلها. إعادة تصميم العمليات والإجراءات والمسارات المطلوب إعادة هندستها اختبار العمليات التي تم إعادة هندستها وتقييم الأداء والتعديل إذا لزم توثيق نظام تطوير الأداء.	إمكانات بشرية	لجان التفتيش والمعاونة الفنية التي تم تشكيلها في مرحلة التأسيس.			
مرحلة المتابعة	الاستمرار في عمليات التحسين المستمر.	الاستمرار في دعم ومسئلة الإدارة العليا لعمليات التحسين المستمر. تقييم النتائج ومتابعتها.	إمكانات بشرية	وزارة الصحة			

المراجع

أ. الكتب والمجلات

1. أفندى، عطية (2002)، الإدارة العامة: إطار نظرى – مداخل للتطوير وقضايا هامة فى الممارسة.
2. بطرس، م، حامد، أ (2001)، مبادئ الإدارة العامة، الرحمة، القاهرة.
3. الجمالى، ر، العتيبي، س، إعادة الهندسة العمليات فى القطاع العام: عوامل النجاح الحاسمة، المؤتمر الوطنى الأول للجودة : السعى نحو الإقتان والتميز – الواقع والطموح، كلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، 15-17 مايو 2004.
4. حسن، ماهر (2004)، القيادة: أساسيات ونظريات ومفاهيم، دار الكنارى للنشر والتوزيع، ط1.

5. عامر، سعيد (1998) الإدارة وآفاق المستقبل، المطبعة العثمانية الحديثة، القاهرة، مصر.
6. منصور، علي، مبادئ الإدارة، مجموعة النيل العربية، الجماهيرية الليبية، د.ت.

ب. الرسائل العلمية والأبحاث والمؤتمرات

1. السر، أيمن (2008)، واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية فى وزارة الداخلية والأمن الوطنى فى قطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التجارة، جامعة غزة الإسلامية، غزة.
2. الشهراني، سعد (2001)، إعادة تصميم عمليات وحدة إشراف الإدارة المدرسية فى منطقة عسير التعليمية فى ظل مفهوم الهندرة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.
3. الشوبكي، مازن (2010)، "العلاقة بين نظم دعم القرار وإعادة الهندسة فى الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة"، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
4. الطنجي، سالم (2008)، نموذج مقترح لتطوير أداء العاملين فى وزارة التعليم العالى، والبحث العلمى فى دولة الإمارات العربية المتحدة، فى ضوء منهجية إعادة هندسة العمليات الإدارية، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
5. فرحات، غول (2011)، دور إعادة الهندسة كأسلوب للتغيير التنظيمى فى ظل الأوضاع البيئية الراهنة، الملتقى العلمى الدولى حول "الإبداع والتغيير التنظيمى فى المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية".
6. مازن، حبيبة (2007) " بعنوان "إعادة الهندسة كمدخل لتطوير المنظمات العامة ومتطلبات التطبيق فى الحالة المصرية"، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، مصر.
7. نجم، عماد الدين (2003)، ظاهرة الفساد الإدارى فى الأجهزة الحكومية بالتركيز على الرشوة مع دراسة تطبيقية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، مصر.

ت. المواقع الإلكترونية:

1. خالد الثنيان، الهندرة الإدارية، الرياض اليومية، السعودية، العدد (13468)، 9 مايو، 2005، على الرابط الإلكتروني:
<http://www.alriyadh.com/2005/05/09/article63039.html>
2. رحاب حسين جواد كاظم، مبادئ إعادة هندسة عمليات الأعمال، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة بابل، العراق، على الرابط الإلكتروني:
<http://www.uobabylon.edu.iq/uobcoleges/lecture.aspx>
3. الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة المصرية، على الرابط الإلكتروني:
http://www.mohp.gov.eg/primary_care/strategy.aspx
4. الرعاية العاجلة، وزارة الصحة المصرية، على الرابط الإلكتروني:
http://www.mohp.gov.eg/services/he/he_MedHealth/default_Sub3.aspx
5. الصحة الوقائية، وزارة الصحة المصرية، على الرابط الإلكتروني:
<http://www.mohp.gov.eg/sites/minister/health/default.aspx>
6. عبد الرحمن بن عبد الله الشقاوي، نحو أداء أفضل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السعودية، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440 هـ: محور الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وزارة التخطيط، الرياض، المملكة العربية السعودية، أكتوبر 2002، على الموقع: http://archive.mep.gov.sa/nadwah2020/...، على الرابط الإلكتروني:
<http://www.mohp.gov.eg/sites/minister/Laws/DocLib/.pdf>
7. لائحة آداب المهنة، وزارة الصحة، على الرابط الإلكتروني:
<http://www.mohp.gov.eg/sites/minister/Publications/Dis2.aspx>
8. مشروع تطوير المستشفيات، وزارة الصحة، على الرابط الإلكتروني:
<http://www.cipe-egypt.org/articles/art0900.htm>
9. مصطفى الفقي، الفساد الإداري والمالي بين السياسات والإجراءات، يونيو 2003، على الرابط الإلكتروني:
http://www.advisors.gov.sd/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=5
10. وزارة مجلس الوزراء: الأمانة العامة لهيئة المستشارين، الأربعاء، 2011، على الرابط الإلكتروني:
<http://annabaa.org/nbhome/nba80/010.htm>
11. ياسر خالد بركات الوائلي، الفساد الإداري.. مفهومه ومظاهره وأسبابه: مع إشارة إلى تجربة العراق في الفساد، مجلة النبأ، العدد 80، يناير 2006، على الرابط الإلكتروني:
<http://annabaa.org/nbhome/nba80/010.htm>

ثانياً: المراجع الأجنبية

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

1. Anticorruption in Transition (2000): A contribution to the policy debate, A world free of Poverty, World Bank Publication.
2. Blanctt, S, L.FLAREY, D (1995) Reengineering Nursing and Health Care: The Handbook for Organizational Transformation, USA, Jones & Bartlett Learning.
3. P.Smith, S, L.Flarey, D (1999), Process- Centered health care Organizations, USA, Aspen Publishers,.
4. RADHAKRISHNAN, R, Balasubramanian,S (2008), Business Process Reengineering: Text and Cases, New Delhi, PHI Learning PVt.Ltd.
5. T.Belasen, Alan (2000), Leading the Learning Organization: ommunication and Competencies for managing Change, New York, SUNY Press.
6. T.Vian,(2007) Review of Corruption in The Health Sector: Theory, Methods and Intervintions.
7. World Health Organization Report, Volume 89, Number 2, February 2011,.
On the web page: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/en/index.html>

الملاحق

ملحق رقم 1: حاله دراسية : تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات على العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية
أولاً: تطوير العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية

أ- الخطوات الحالية لتقديم الخدمة بالعيادة الخارجية بالمستشفيات الحكومية : تقوم العيادات الخارجية بدور كبير في الرعاية الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي. وبالرجوع إلى الأطباء المتخصصين ببعض العيادات الخارجية للمستشفيات الحكومية وُجد أنّ العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية تُشكل دورة عمل مبسطة (شكل رقم 1) كما يلي:

(1) يصل المريض إلى شبك التذاكر ويقوم بدفع ثمن تذكرة الدخول، ثم يتم توجيهه المريض، حسب طلبه إلى العيادة التخصصية التي تناسب حالته (عيادة الباطنة - عيادة الصدر - عيادة القلب وغيرها من العيادات التخصصية)، وفي حالة عدم معرفة المريض لنوع مرضه أو سبب شكواه يتم توجيهه لعيادة الممارس العام الذي يقوم بدوره بالكشف عليه ثم توجيهه إلى العيادة التخصصية المناسبة لحالته.

(2) في العيادات التخصصية يتم الكشف على المريض بمعرفة الاستشاري الذي يقوم - إن كانت الحالة المرضية غير مطابقة للتخصص - بإعادة توجيه المريض للعيادة التخصصية المطابقة لحالته (مما يستنزف وقت الطبيب والمريض على حد سواء)، ويحدث ذلك كثيراً وخاصة في المناطق الشعبية والريفية. وإن كانت الحالة مطابقة للتخصص وكانت حالة المريض عادية فيتم توقيع الكشف عليه وكتابة العلاج والخروج بعد أن يقوم بصرف الدواء من الصيدلية.

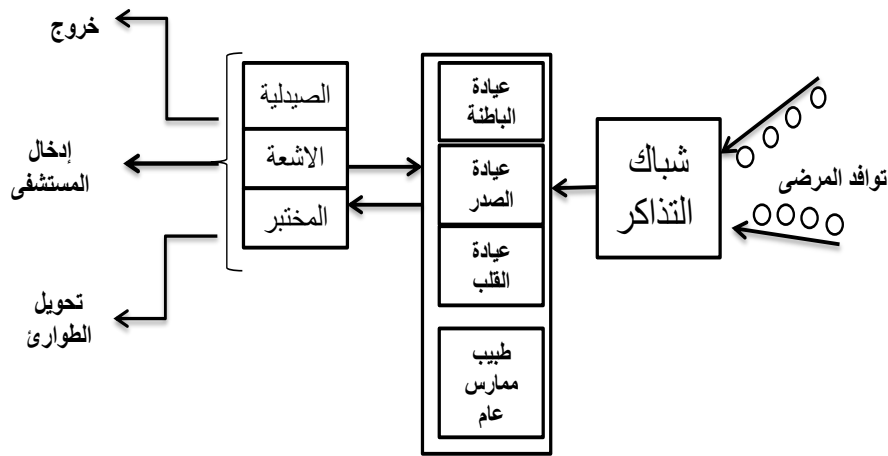
(3) إن كانت الحالة تستدعي عمل مزيداً من التحاليل أو الأشعة يتم توجيه المريض للمختبر أو قسم الأشعة ثم يعود بالنتائج لنفس الطبيب الذي قد يقرر طبقاً لنتائج التحاليل أو الأشعة كتابة علاج وخروج للمريض، أو يقرر حجزه بالمستشفى أو تحويله لقسم الطوارئ إن كانت حالته تستدعي ذلك.

وتتمثل مشاكل تلك الإجراءات في الأعداد الغفيرة من المواطنين الذين يتوافدون على العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية وعدم تناسب هذا العدد مع عدد الأطباء وأطقم التمريض المتوفرة بتلك المستشفيات. وكنتيجة للازدحام والتكدس يطول انتظار المرضى في العيادات الخارجية ويزداد الموقف تعقيداً مع عدم توفير إضاءة وتهوية وأماكن انتظار مناسبة. ويجد الأطباء الاستشاريين بالعيادات التخصصية أنفسهم مطالبين بالكشف على عدد من المرضى يتراوح بين 50-70 مريضاً أو يزيد لكل طبيب منهم خلال فترة المناوبة، وهو ما يعنى عدم قدرة الطبيب على الإصغاء التام لشكوى المرضى وعدم تكريس الوقت الكافي للكشف عليهم أو التسرع في إصدار الحكم الطبي مما يؤدي

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

لنتائج عكسية تنعكس على صحة المرضى وتهدد حياتهم. وهناك أيضاً مشكلة فى عدم تسجيل بيانات المرضى وعدم إنشاء سجلات طبية لهم مما يعنى إمكانية تكرار صرف الدواء نفسه عدة مرات أو تكرار التحاليل أو الأشعة.

شكل رقم (1): الإجراءات الحالية التى تتم فى العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية



المصدر : د. مصطفى محمد عبد المجيد - مستشفى الطور العام, مقابله شخصية

ب- إعادة هندسة الإجراءات فى العيادات الخارجية للتغلب على المشاكل السابقة:

(1) التأكد من وجود حالة تستدعى القيام بعملية إعادة الهندسة: بدراسة الإجراءات المتبعة فى تقديم الخدمة الطبية بالعيادات الخارجية, وجد أنّ الزحام بالعيادات الخارجية وعدم وجود أطقم طبية كافية من أهم المشاكل التى تواجه المرضى بتلك العيادات وتؤثر سلباً على الخدمة الطبية المقدمة, بالإضافة إلى ترك المريض يقرر العيادة التخصصية التى يحتاجها (فى حالات كثيرة يكون حكم المريض غير صائب ولا يتناسب مع حالته المرضية مما يتسبب فى إطالة زمن مناظرة المريض داخل العيادات الخارجية). وكذلك فإنّ عدم إنشاء سجلات طبية للمرضى مما يمكن بعض المرضى من صرف الأدوية أكثر من مرة من خلال زيارات متكررة دون الحاجة إلى ذلك, مما يعنى رفع كلفة العلاج دون مردود واضح على مستوى أداء الخدمات المقدمة. ولذا فهناك حاجة إلى إعادة هندسة تلك الإجراءات.

(2) **تحديد الهدف من عملية إعادة الهندسة:** تمّ تحديد الهدف من عملية إعادة هندسة الإجراءات بالعيادات الخارجية في تقليل زمن انتظار المرضى وتخفيف الضغط على الأطباء حتى يتمكنوا من تقديم خدمة طبية جيدة للمرضى, وذلك من خلال القضاء على الخلل الناتج من ترك المريض يقرر العيادة التخصصية التي يريد مراجعتها, مع تقديم الخدمات الطبية السريعة والفورية للمرضى الذين لا تحتاج حالتهم مراجعة الاستشاريين المتخصصين دون الحاجة إلى تحويلهم للعيادات التخصصية. وكذلك إنشاء سجلات طبية للمرضى تمهيداً لبناء قواعد بيانات عن الحالة المرضية للمتريدين على المستشفيات الحكومية.

(3) **فهم وقياس العمليات الحالية للمنظمة وتحليلها وتعديلها:** بناءً على دراسة الإجراءات الحالية المتبعة في العيادات الخارجية للمستشفيات الحكومية وتحديد نقاط الضعف والخلل بها كما تمّ توضيحه بعاليه, يقترح الباحث إجراء تعديل يتضمن إنشاء عيادات خارجية أولية, (شكل رقم 2) يُنشدب للعمل بها الأطباء حديثي التخرج (ممارس عام) والمتخصصين في طب الأسرة, وتهدف هذه العيادات الأولية إلى عمل الإسعافات الأولية وقياس المؤشرات الحيوية وتقديم الخدمات الطبية الفورية للحالات المرضية العادية والتي لا تحتاج إلى رعاية طبية متخصصة, حيث تتم المعالجة وصرف الدواء وخروج المرضى بعد إنشاء سجلات مرضية لهم. كما تساهم تلك العيادات في نشر الوعي الصحى وعمل حملات التطعيم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية للوقاية من الأمراض غير المعدية, والمساهمة في تعزيز ورصد الأمراض المعدية. وعلى الجانب الآخر تقوم تلك العيادات بتحويل جميع الحالات المرضية التي تحتاج إلى رعاية طبية تخصصية (مع تحديد نوع التخصص الذى يتم تحويل المريض إليه), إلى العيادات الخارجية التخصصية بالمستشفيات العامة بعد إتمام إنشاء سجلات طبية الكترونية للمرضى بالعيادات الخارجية الأولية, وعمل بطاقة متابعة صحية (تكتب باليد ويحتفظ بها المريض وتجدد سنوياً ولايتم صرف أى أدوية أو عمل تحاليل أو أشعات بدونها).

(4) **إعادة هندسة وتصميم عمليات جديدة:** يعتمد اقتراح الباحث لتعديل الإجراءات المتبعة في العيادات الخارجية بالمستشفيات الحكومية على المحاور التالية:

- يتم التعاون بين الوحدات المحلية ووزارة الصحة لتخصيص أماكن فى كل حى تعمل كعيادة خارجية أولية (مركز طبى أولي) بحيث تتبع كل منها إدارياً وتنظيمياً أقرب مستشفى حكومى للحى أو للمنطقة التى تتواجد بها العيادة الخارجية الأولية.
- يتم تعيين أطباء حديثى التخرج (ممارس عام) وأطباء متخصصين فى طب الأسرة وأطعم تمريض وعماله فنية فى كل عيادة خارجية أولية بأعداد تتناسب مع الكثافة السكانية للحى أو للمنطقة. ويتم تجهيز العيادات الخارجية الأولية بالمعدات والأدوات والأدوية والأمصال اللازمة لتقديم الإسعافات الأولية وتقديم الخدمات الطبية السريعة والفورية للحالات المرضية العادية والتى لا تحتاج إلى خدمات طبية تخصصية، مع تزويد كل منها بحاسب آلى وطابعة بالإضافة إلى مطبوعات (بطاقة متابعة مريض تصلح للمتابعة لمدة عام).
- يتم الإعلان بطريقة مناسبة عن إنشاء وجود تلك العيادات لسكان الحى أو المنطقة والتنبيه على ضرورة التوجه لاستشارة تلك العيادات قبل التوجه للمستشفى العام.
- مع حضور المريض إلى العيادة الخارجية الأولية لأول مرة يتم الكشف عليه وتقديم الخدمات الطبية الفورية اللازمة مع إنشاء سجل مرضى له على قاعدة بيانات الحاسب الآلى الموجود بالعيادة، بالإضافة إلى عمل بطاقة متابعة مريض يتم فيها تسجيل يدوى مختصر للحالة المرضية والقياسات الحيوية للمريض والتشخيص والعلاج التى تسلم له والتأكيد على إحضارها فى كل مرة يتردد فيها على العيادة الخارجية الأولية أو العيادة الخارجية التخصصية.
- يتم خروج الحالات العادية والتى لا يلزم تحويلها إلى العيادات الخارجية التخصصية فور تلقى العلاج المناسب.
- بالنسبة للحالات المرضية التى تحتاج لرعاية طبية متخصصة، يتم تحويلها إلى العيادة الخارجية التخصصية بالمستشفى العام، حيث يتوجه المريض للعيادة المعنية والتى تتابع الحالة من خلال بطاقة المتابعة المسلمة للمريض. ولا يتم إدخال المريض لتلك العيادة بدون البطاقة إلا فى الحالات الاستثنائية التى لا تقبل التأخير (إن التقيد بهذا الإجراء سوف يشكل قيم وقناعات والتزام المواطنين مستقبلاً). وتقوم العيادة الخارجية المتخصصة بالمستشفى الحكومى بالإجراءات اللازمة لتقديم الرعاية الطبية اللازمة من كشف وإجراء تحاليل أو عمل الأشعة اللازمة حسب الحالة المرضية وصرف الدواء وخروج المريض بعد إنشاء سجل مرضى له على الحاسب الآلى

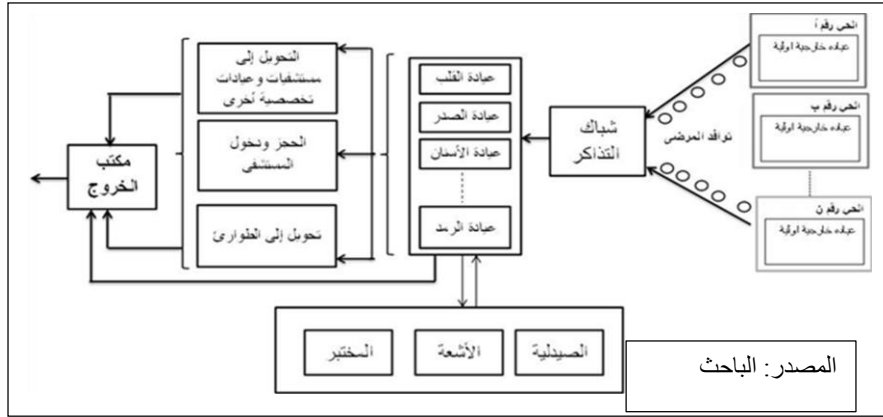
الموجود بكل عيادة (أو بمكتب الخروج) من واقع الإجراءات التي تمت مع تسجيل مختصر للإجراءات التي تمت يدوياً في بطاقة المتابعة للمريض.

- في الحالات التي تستدعي وجود استشاري لمراجعة الحالة يتم استدعاء الاستشاري المتخصص من المستشفى إلى العيادة التخصصية لمراجعة المريض أو تحويل وحجز المريض بالمستشفى أو تحويله إلى مستشفى متخصص آخر (كتحويل بعض المرضى إلى مستشفيات الحميات - الصدر - القلب وخلافه).

- يتم مستقبلاً عمل تشبيك لقواعد البيانات (ربط قواعد البيانات عن طريق شبكات الحاسب الآلي) بين العيادات الخارجية الأولية في الأحياء والمناطق السكنية وقواعد بيانات المستشفيات العامة ووزارة الصحة وذلك عند توافر إمكانيات مادية وتكنولوجية للقيام بذلك, مما يساعد في اختصار وقت إدخال البيانات بصورة منفردة في كل جهة ويقلل من أخطاء إدخال البيانات ويساعد في وجود قاعدة بيانات صحية على مستوى الجمهورية. تساعد الإجراءات السابقة في تخفيف الضغط والازدحام المكثف على العيادات الخارجية التخصصية بالمستشفيات العامة, حيث تقوم العيادات الخارجية الأولية في الأحياء والمناطق بعمل فرز وتصنيف للحالات المرضية المختلفة وتقوم بتقديم الرعاية الطبية الأولية للحالات التي لا تحتاج التحويل للمستشفيات العامة. كما تقوم بنشر الوعي الصحي بين المواطنين وبإجراء التطعيمات المختلفة ويقتصر تحويل المرضى للمستشفيات العامة على الحالات التي تستدعي رعاية تخصصية مما يخفف الضغط والازدحام على تلك المستشفيات ويسمح بتحسين كفاءة الخدمة الطبية المقدمة. وتساعد أيضاً تلك الإجراءات على تقليل الإنفاق على صرف الأدوية وعمل التحاليل والأشعة بالإضافة إلى وضع نواة لقاعدة بيانات صحية على مستوى الدولة.

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

شكل رقم (2) مقترح لإعادة هندسة الإجراءات بالعيادات الخارجية للمستشفيات الحكومية

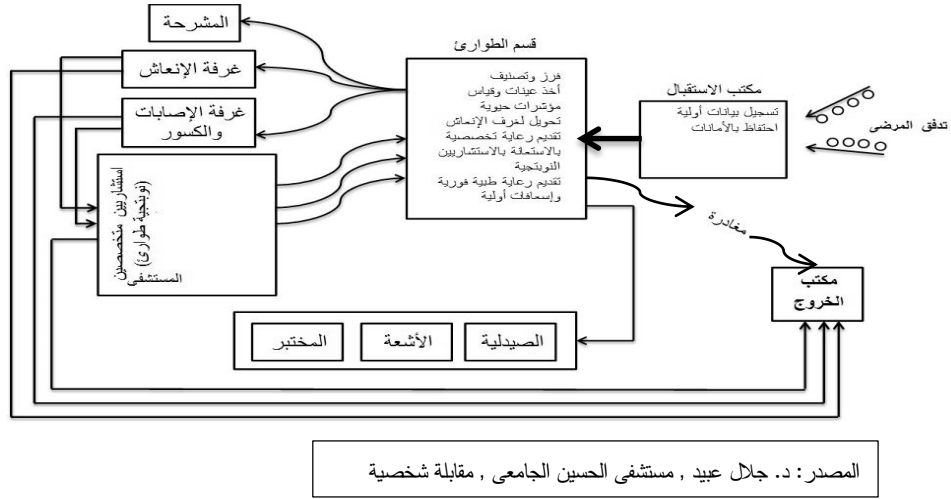


ثانياً: تطوير أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية:

أ- **الخطوات الحالية لتقديم الخدمة بأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية:** يتميز مريض الاستقبال بأنه لا يخضع لدور أو انتظار. وبالرجوع إلى الأطباء المتخصصين ببعض أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية تبين أن عمل أقسام الطوارئ يبدأ من خارج تلك الأقسام من خلال عربات الإسعاف والتي تتواصل مع أطباء الطوارئ لاسلكياً لشرح الحالة وتقديم الإسعافات الضرورية لهذه الحالات فى مكان وقوع الإصابة والعناية بها فى أثناء نقلها إلى قسم الطوارئ. وتبدأ المرحلة الثانية (شكل رقم 3) بمجرد وصول الحالة إلى القسم حيث يقوم كاتب الاستقبال بتدوين البيانات الأولية للمصاب وتسليم الأمانات الشخصية الخاصة به إلى المرافقين له أو حفظها فى المكان المخصص، وبذلك يكون المصاب أو المريض جهازاً للتصنيف من خلال طبيب الطوارئ الذى يقوم بفرز الحالات التى ترد للقسم لتحديد نوعية الرعاية التى تلزم كل حالة وتحديد أولويات تقديم الرعاية لها طبقاً لمدى خطورة كل حالة منها، مع تقديم العناية الفورية والعاجلة لجميع الحالات الحرجة والخطرة التى ترد لقسم الطوارئ، وتحويل المرضى إلى غرف الإنعاش أو غرف الإصابات والكسور أو فى حالة الوفاة وطبقاً لقرارات النيابة يتم إدخاله إلى المشرحة أو إلى ثلاجة الوفيات.

الشكل رقم (3)

الإجراءات الحالية لتقديم الخدمة الطبية بأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية



وبالنسبة للحالات غير الخطيرة والتي تحتاج علاج متخصص يتم استدعاء الاستشاري المتخصص (وهو أحد أطباء المستشفى والمعين عن القسم كـنوتجى طوارئ عن اليوم) أو في حالة الاحتياج لمزيد من الرعاية الطبية المتخصصة يتم إدخال المريض إلى المستشفى. وهناك أيضاً من يحضر إلى الطوارئ على قدميه ويعانى من أعراض مرضية بسيطة (بسبب انتهاء مواعيد العيادات الخارجية مثلاً) وهو ما يتم تصنيفه داخل الطوارئ على أنه حالة عادية، ويتم تقديم الإسعافات الأولية اللازمة له ويغادر قسم الطوارئ دون الحاجة إلى الانتظار أو الحجز تحت الملاحظة. وفي جميع الحالات السابقة يمكن أن يتم استخدام خدمات الأشعة والمختبر والصيدلية حسب احتياج كل حالة على حدة. وعلى الرغم من أن قسم الطوارئ في أى مستشفى يعتبر من أهم الأقسام على الإطلاق وهو بحق يعكس مدى كفاءة وفاعلية تلك المستشفى من خلال الإمكانيات المادية والكفاءات البشرية التي يجب أن تتلاقى في إنقاذ حياة المرضى والمصابين، إلا أن أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية بمصر تحتاج إلى تغيير، وإعادة تنظيم لزيادة فاعلية الخدمات الطبية المقدمة. حيث يزيد الضغط على الطوارئ خاصة مع انتهاء مواعيد العيادات الخارجية، فيرد على الطوارئ جميع الحالات المرضية العارضة والبسيطة بالإضافة إلى الحوادث والحالات المرضية الخطيرة. مما يشكل ضغط كبير على فريق

الطوارئ ويؤدى إلى ضعف جودة الخدمات المقدمة وتعريض حياة المرضى إلى خطر الموت.

ب- إعادة هندسة الإجراءات فى أقسام الطوارئ للتغلب على المشاكل السابقة:

الخطوات المقترحة لإعادة هندسة إجراءات الخدمة بأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية:

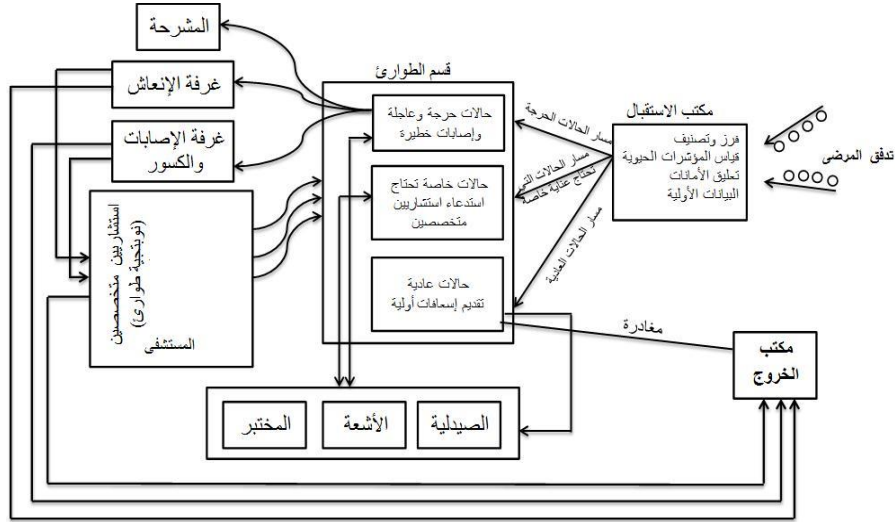
(1) **التأكد من وجود حالة تستدعى القيام بعملية إعادة الهندسة:** بدراسة الإجراءات المتبعة فى تقديم الخدمة الطبية بأقسام الطوارئ، وجد أن جميع الحالات بدأ من الإصابات الخطرة والحوادث المميتة، ووصولاً إلى الحالات المرضية التى تحتاج رعاية تخصصية، وانتهاءً بالحالات المرضية العادية التى تحتاج إسعافات أولية بسيطة وكتابة بعض الأدوية ثم المغادرة، تتكدس جميعها داخل أقسام الطوارئ وخاصة مع انتهاء مواعيد العيادات الخارجية بالمستشفى. ويقوم أطباء الطوارئ بمراجعة جميع تلك الحالات، وتصنيفها واختيار أولويات تقديم الإسعافات والعلاج والتعامل. ومع عدم وجود أطقم طبية كافية وخصوصاً فى المواعيد المسائية تزداد المشكلة ويؤثر ذلك على تركيز واستعداد الأطقم الطبية فى سرعة وجودة التعامل مع الحالات الحرجة والإصابات الخطيرة، ويعرض بعض تلك الحالات إلى التقاوم أو الوفاة، مما يستلزم إعادة هندسة تلك الإجراءات.

(2) **تحديد الهدف من عملية إعادة الهندسة:** تمّ تحديد الهدف من عملية إعادة هندسة الإجراءات بأقسام الطوارئ فى تقليل زمن انتظار المرضى والمصابين والاستعداد الدائم للتعامل مع الحالات الخطيرة، وتخفيف الضغط على الأطباء حتى يتمكنوا من تقديم خدمة طبية جيدة للمرضى والمصابين.

(3) **فهم وقياس العمليات الحالية للمنظمة وتحليلها وتعديلها:** يفرغ النظام المتبع حالياً بأقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية مفهوم الطوارئ من محتواه الأساسى ويقلل من جاهزية واستعداد الأطباء فى أقسام الطوارئ للتعامل مع الحالات الحرجة والحوادث الخطيرة مما يعرض حالات الكثيرين لخطر التقاوم أو فقد الحياة. لذا يلزم تخفيف الضغط على أطباء الطوارئ وتخصيصهم فقط للتعامل مع الحالات الجادة والحوادث الخطيرة، وإسناد مهام الفرز والتصنيف والكشف وعلاج الحالات العادية لأطباء ممارسين.

(4) **إعادة هندسة وتصميم عمليات جديدة:** يقترح الباحث (شكل رقم 4) تزويد مكتب الاستقبال بأطباء حديثى التخرج (ممارس عام)، يقومون بعمل فرز وتصنيف سريع لحالات المرضى والمصابين (بدلاً من القيام بذلك فى قسم الطوارئ).

شكل رقم (4) مقترح تطوير إجراءات أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية



المصدر: الباحث

ويقتصر عمل مكتب الاستقبال في هذه الحالة على الفرز والتصنيف والقيام باستكمال الإجراءات القانونية - إن وجد - وتدوين بيانات المصاب إن أمكن، وحفظ المتعلقات الشخصية التي تسلم فيما بعد إلى مكتب الخروج. ويقوم مكتب الاستقبال بتصنيف الحالات إلى ثلاثة حالات يمكن تمييزها بعلامات (شرائط ملونة) وهي الحالات الحرجة والعاجلة والإصابات الخطيرة وتأخذ اللون الأحمر، والحالات التي تحتاج إسعافات فورية ورعاية طبية متخصصة وتأخذ اللون الأصفر والحالات العادية وغير الخطيرة والتي تحتاج إلى إسعافات أولية تمهيداً لخروجها بعد تلك الإسعافات وتأخذ اللون الأخضر. ويتم بناءً على ذلك توجيه المريض إلى قسم الطوارئ الذي يتم تقسيمه بالتالي إلى ثلاثة مسارات (بدلاً من مسار واحد) وهي المسار الأحمر والمسار الأصفر والمسار الأخضر على أن يتم تخصيص مجموعة من الأطباء المتخصصين في الطوارئ (المسار الأحمر) للتعامل مع الحالات الحرجة والحوادث مما يحسن من كفاءة أقسام الطوارئ ويزيد من فرص إنقاذ حياة المرضى. ويتم الاستعانة بأطباء تخصص الباطنة والجراحة لتقديم الرعاية المتخصصة المناسبة التي يحتاجها مريض المسار الأصفر، مع تقديم الإسعافات الأولية السريعة التي يحتاجها مريض المسار الأخضر (ويمكن الاستعانة بأطباء حديثي التخرج للتعامل مع الحالات العادية التي يتم إدخالها في المسار الأخضر).

ملحق رقم 2: جدول (1): الاستمارة الأولى

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

الإجابة		شخصية عن المستجيب بيانات			م
		الجنس			1
		العمر			2
		المؤهل العلمى			3
		طبيعة العمل			4
		المسمى الوظيفى			5
		عدد الدورات التدريبية الإدارية التى تم الحصول عليها			6
		عدد سنوات الخدمة			7
موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	م
					8
					9
					1
					0
					1
					1
					1
					2
					1
					3
موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	م
					1
					4
					1
					5
					1
					6
					1
					7
					1
					8
					1
					9

ملحق رقم 3: جدول(2): الاستمارة الثانية

الإجابة					شخصية عن المستجيب بيانات	م
					الجنس.	1
					العمر.	2
					المؤهل العلمي.	3
					المسمى الوظيفي.	4
					عدد الدورات التدريبية التي تم الحصول عليها.	5
					عدد سنوات الخدمة.	6
موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	السياسات الإدارية	م
					توجد في المستشفى سياسات إدارية واضحة ومفهومة.	7
					السياسات الإدارية في المستشفى ترشد العاملين في أداء وظائفهم.	8
					السياسات الإدارية تساعد القادة للوصول إلى قرارات أكثر عقلانية وجودة.	9
					السياسات الإدارية الموجودة تولد الثقة لدى الموظفين وتخفف من حالات الشك والحيرة.	10
					السياسات الإدارية الموجودة تكسب القادة عند ممارستها الخبرات والمعارف.	11
					السياسات الإدارية تخفف الكثير من الأعباء الإدارية خاصة تلك المتشابهة والمتكررة.	12
					السياسات الإدارية تعمل على توجيه عملية صنع واتخاذ القرارات نحو تطوير الأداء.	13
موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	تدريب وتنمية مهارات العاملين	م
					توجد خطة موضوعة لتطوير وتنمية العاملين في المستشفى.	14
					تعمل المستشفى على تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين بها باستمرار.	15
					تخصص المستشفى جزء من ميزانيتها لتطوير العاملين بها مهنيًا.	16
					تراعى المستشفى التطورات التكنولوجية الحديثة عند وضع خطط التدريب.	17
					تعمل المستشفى على التنوع في أساليب التدريب.	18
					تعمل المستشفى على تدريب المدراء على تشكيل	19

إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل لمعالجة الفساد الإدارى بالمنظومة الصحية فى مصر

فرق العمل من أجل تحسين الاداء.					
				20	تخصص المستشفى الوقت اللازم للتأكد من ان خطط التطوير يتم تنفيذها من قبل العاملين.
				21	برامج تنمية وتطوير العاملين فى المستشفى تساعد على إعادة بناء العمليات الادارية.
				22	تقوم المستشفى بتقييم البرامج التدريبية المتخصصة لتطوير العاملين باستمرار.
				23	تخصص المستشفى الدعم اللازم للتأكد من أن خطط التطوير يتم تنفيذها من قبل العاملين.
				م	الحالة الاقتصادية
موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة	
				24	المرتبات والمكافآت التى تصرف للقيادات الادارية بالمستشفى تعتبر مجزيه.
				25	المرتبات والمكافآت التى تصرف للعاملين بالمستشفى تعتبر مجزيه.
				26	المرتبات والمكافآت التى تصرف للأطباء والعاملين بالوحدات التابعة للوزارة تعتبر مجزيه.
				27	يعتبر ضعف المرتبات وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة سبباً رئيسياً فى ضعف الخدمات المقدمة وعدم الاهتمام بالمرضى.
				28	يعتبر ضعف المرتبات وعدم تناسبها مع غلاء المعيشة ومتطلبات الحياة سبباً رئيسياً فى انتشار بعض مظاهر الفساد الإدارى فى وزارة الصحة والوحدات التابعة.