

دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في  
المملكة العربية السعودية

إعداد الطالبة: فاطمة عبدالوهاب السبيعي

الرقم الجامعي/25300043

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید محمد حسن

د. فايز جراد

العام الدراسي

2025/2026

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا»

## الإهداء

الى زوجي الغالي

إلى سندي ورفيق دربي، الذي كان خير معين لي بعد الله، وشريك رحلتي في كل خطوة، أشكرك على صبرك ودعمك وتشجيعك الدائم، وعلى إيمانك بي في الأوقات التي احتجت فيها إلى من يثق بقدرتي على الاستمرار.

هذا الإنجاز لم يكن لي وحدي، بل هو ثمرة محبتك ومساندتك، فلك مني كل الامتنان والتقدير

أهديك هذا العمل بكل فخر ومحبة، وأسأل الله أن يديم بيننا المودة والرحمة، وأن يجعل هذا النجاح بدايةً لنجاحاتٍ أكبر نحققها معاً

إلى والديّ الكريمين، مصدر العطاء والدعاء، وإلى أسرتي التي أحاطتني بالصبر والتشجيع، وإلى كل معلمٍ وزميلٍ وصديقٍ أسهم بكلمة أو موقف في إتمام هذه الرحلة العلمية؛ أهدي هذا العمل المتواضع، سائلة الله أن يجعله علماً نافعاً وخطوة في خد القطاع الصحي والمجتمع

## شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى المشرفين الكريمين د. الفیصل عبد الحمید محمد حسن ود. فايز جراد، لما قدماء من توجيه علمي وملاحظات منهجية أسهمت في تطوير هذه الدراسة. كما أتوجه بالشكر إلى جامعة ميدأوشن وكلية الإدارة، وإلى المحكمين والمتخصصين الذين أسهموا في مراجعة أداة الدراسة، وإلى القيادات والكوادر الصحية والإدارية والمهنية الذين تفضلوا بالمشاركة في الاستبانة، من أطباء وممرضين وصيادلة وفنيين وممارسين صحيين، إلى جانب العاملين في الإدارة والجودة والمخاطر والامتثال، وأشكر أسرتي وزملائي وكل من ساندني طوال مراحل البحث أسأل الله أن يجزي الجميع خير الجزاء وأن يجعل هذا العمل نافعا ومثمرا

## فهرس المحتويات

| الموضوع                                  | الصفحة |
|------------------------------------------|--------|
| بسم الله الرحمن الرحيم                   | I      |
| إهداء                                    | li     |
| شكر وتقدير                               | lii    |
| فهرس المحتويات                           | Iv     |
| قائمة الجداول                            | Ix     |
| فهرس الأشكال                             | Xiii   |
| المستخلص                                 | Xiv    |
| Abstract                                 | Xv     |
| الفصل الأول: الإطار العام للدراسة        | 1      |
| مقدمة الدراسة 1-1                        | 2      |
| مشكلة الدراسة 1-2                        | 5      |
| أهمية الدراسة 1-3                        | 6      |
| أهداف الدراسة 1-4                        | 6      |
| تساؤلات الدراسة 1-5                      | 7      |
| فروض الدراسة 1-6                         | 7      |
| النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث 1-7 | 8      |

## فهرس المحتويات - تابع

| الموضوع                                       | الصفحة |
|-----------------------------------------------|--------|
| نمذج الدراسة ومتغيراتها 1-8                   | 9      |
| حدود الدراسة 1-9                              | 11     |
| مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية 1-10     | 11     |
| المنهجية الأولية المقترحة 1-11                | 12     |
| هيكل الدراسة 1-12                             | 13     |
| خلاصة الفصل 1-13                              | 14     |
| الفصل الثاني: الدراسات السابقة والإطار النظري | 15     |
| مقدمة 2-1                                     | 16     |
| الدراسات السابقة 2-2                          | 16     |
| الإطار النظري 2-3                             | 21     |
| خلاصة الفصل 2-4                               | 38     |
| الفصل الثالث: منهجية الدراسة                  | 40     |
| مقدمة 3-1                                     | 41     |
| المنهجية وطرق البحث 3-2                       | 41     |
| مجتمع البحث 3-3                               | 42     |
| عينة الدراسة وطريقة اختيارها 3-4              | 43     |

## فهرس المحتويات - تابع

| الموضوع                                  | الصفحة |
|------------------------------------------|--------|
| حدود البحث 3-5                           | 45     |
| متغيرات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية 3-6 | 45     |
| أداة الدراسة وبنائها 3-7                 | 46     |
| صدق أداة الدراسة 3-8                     | 48     |
| ثبات أداة الدراسة 3-9                    | 49     |
| الدراسة الاستطلاعية 3-10                 | 50     |
| إجراءات جمع البيانات 3-11                | 50     |
| خطة التحليل الإحصائي 3-12                | 51     |
| اختبار الفرضيات وافتراضات التحليل 3-13   | 53     |
| الاعتبارات الأخلاقية 3-14                | 54     |
| ضبط جودة البيانات وتقليل التحيز 3-15     | 54     |
| حدود المنهجية 3-16                       | 55     |
| خلاصة الفصل 3-17                         | 56     |
| الفصل الرابع: النتائج وتحليل البيانات    | 57     |
| مقدمة 4-1                                | 57     |
| إعداد البيانات وتنظيفها 4-2              | 57     |

## فهرس المحتويات - تابع

| الموضوع                                | الصفحة |
|----------------------------------------|--------|
| خصائص عينة الدراسة 4-3                 | 57     |
| ثبات أداة الدراسة 4-4                  | 60     |
| النتائج الوصفية لمحاور الدراسة 4-5     | 60     |
| تحليل عبارات الدراسة 4-6               | 66     |
| ترتيب تحديات تطبيق الحوكمة 4-7         | 67     |
| العلاقات الاستكشافية بين المتغيرات 4-8 | 68     |
| تحليل الانحدار الاستكشافي 4-9          | 69     |
| اختبار الفرضيات 4-10                   | 69     |
| خلاصة الفصل 4-11                       | 69     |
| الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات | 70     |
| مقدمة 5-1                              | 70     |
| مناقشة مستوى الحوكمة الصحية 5-2        | 70     |
| مناقشة الشفافية المؤسسية 5-3           | 70     |
| مناقشة الكفاءة الإدارية 5-4            | 70     |

## فهرس المحتويات - تابع

| الصفحة | الموضوع                       |
|--------|-------------------------------|
| 5-5    | مناقشة تحديات التطبيق         |
| 5-6    | مناقشة العلاقات بين المتغيرات |
| 5-7    | الاستنتاجات                   |
| 5-8    | التوصيات التنفيذية            |
| 5-9    | حدود الدراسة                  |
| 5-10   | مقترحات الدراسات المستقبلية   |
| 5-11   | خاتمة الدراسة                 |
|        | المراجع العربية والأجنبية     |
|        | الملاحق                       |
|        | ملحق أ: (الاستبانة)           |
| 70     |                               |
| 71     |                               |
| 71     |                               |
| 71     |                               |
| 72     |                               |
| 72     |                               |
| 72     |                               |
| 73     |                               |
| 76     |                               |
| 77     |                               |

## قائمة الجداول

| اسم الجدول                                     | رقم الصفحة |
|------------------------------------------------|------------|
| جدول 1: (النظريات المفسرة للحكمة الصحية )      | 9          |
| جدول 2: (النموذج المفاهيمي للدراسة)            | 10         |
| جدول 3: (متغيرات الدراسة وأبعادها)             | 10         |
| جدول 4: (المنهجية الأولية المقترحة)            | 13         |
| جدول 5: (ملخص تحليلي للدراسات السابقة)         | 20         |
| جدول 6: (التمييز بين الحكمة والإدارة والقيادة) | 24         |
| جدول 7: (مستويات الحكمة الصحية)                | 24         |
| جدول 8: (النظريات المفسرة للحكمة الصحية)       | 26         |
| جدول 9: (مبادئ وأبعاد الحكمة الصحية)           | 27         |
| جدول 10: (نماذج وأطر الحكمة الصحية)            | 29         |
| جدول 11: (أبعاد الشفافية الصحية)               | 30         |
| جدول 12: (أنواع الكفاءة في المؤسسات الصحية)    | 33         |

| اسم الجدول                                                    | رقم الصفحة |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| جدول 13: (الأطراف الرئيسية في منظومة الحوكمة الصحية السعودية) | 36         |
| جدول 14: (النموذج النظري المستخلص)                            | 39         |

## قائمة الجداول - تابع

| اسم الجدول                                      | رقم الصفحة |
|-------------------------------------------------|------------|
| جدول 15 : (وحدة التحليل                         | 43         |
| جدول 16 : (معايير الاشتمال والاستبعاد           | 44         |
| جدول 18 : (تقدير حجم العينة                     | 46         |
| جدول 19 : (متغيرات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية | 47         |
| جدول 20 : (أقسام الاستبانة المقترحة             | 47         |
| جدول 21 : (مقياس الاستجابة والترميز             | 48         |
| جدول 22 : (مقياس الاستجابة والترميز             | 49         |
| جدول 23 : (الصدق التمييزي والتقاربي)            | 50         |
| جدول 24 : (ثبات أداة الدراسة)                   | 51         |
| جدول 25 : (الدراسة الاستطلاعية)                 | 51         |
| جدول 26 : (مستوى الدلالة والبرامج)              | 53         |
| جدول 27 : (فرضيات الدراسة وخطة الاختبار)        | 54         |
| جدول 28 : (فحص افتراضات الانحدار)               | 54         |
| جدول 29 : (الاعتبارات الأخلاقية)                | 55         |

## قائمة الجداول - تابع

| اسم الجدول                                                       | رقم الصفحة |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| جدول 30: (الاستجابات غير الجادة                                  | 56         |
| جدول 31: (ملخص تنظيف البيانات                                    | 59         |
| جدول 32: (توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديموغرافية            | 60         |
| جدول 33: (معاملات الثبات لأداة الدراسة                           | 61         |
| جدول 34: (المتوسطات الكلية لمحاور الدراسة                        | 62         |
| جدول 35: (ترتيب أبعاد الحوكمة الصحية                             | 62         |
| جدول 36-أ: (التحليل التفصيلي لعبارات الحوكمة الصحية              | 63         |
| جدول 36-ب: (التحليل التفصيلي لعبارات الشفافية المؤسسية           | 65         |
| جدول 36-ج: (التحليل التفصيلي لعبارات الكفاءة الإدارية            | 67         |
| جدول 36-د: (التحليل التفصيلي لعبارات تحديات تطبيق الحوكمة الصحية | 69         |
| جدول 36: (أعلى العبارات متوسطاً                                  | 70         |
| جدول 37: (أدنى العبارات متوسطاً                                  | 71         |
| جدول 38: (ترتيب تحديات التطبيق                                   | 71         |
| جدول 39: (معاملات الارتباط الاستكشافية                           | 73         |

## قائمة الجداول - تابع

| اسم الجدول                                              | رقم الصفحة |
|---------------------------------------------------------|------------|
| جدول (40): نماذج الانحدار الاستكشافية                   | 73         |
| جدول (41): ملخص اختبار الفرضيات                         | 73         |
| جدول (42): خطة التوصيات التنفيذية                       | 76         |
| جدول (42): (البيانات الديموغرافية والتنظيمية للاستبانة  | 82         |
| جدول (43): (ثالثاً: محور الحوكمة الصحية                 | 83         |
| جدول (44): (رابعاً: محور الشفافية المؤسسية              | 85         |
| جدول (45): (خامساً: محور الكفاءة الإدارية               | 87         |
| جدول (46): (سادساً: محور تحديات تطبيق الحوكمة الصحية    | 88         |
| جدول (47): (قاموس متغيرات الدراسة وقواعد احتساب الدرجات | 89         |

## فهرس الأشكال

| اسم الشكل                             | رقم الصفحة |
|---------------------------------------|------------|
| شكل 2: (متوسطات محاور الدراسة)        | 62         |
| شكل 3: (متوسطات أبعاد الحوكمة الصحية) | 63         |
| شكل 4: (ترتيب تحديات تطبيق الحوكمة)   | 72         |

# المستخلص

هدفت الدراسة إلى تحليل دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية. واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي والتصميم المقطعي، واستخدمت استبانة إلكترونية وُجّهت إلى فئات مهنية وإدارية متنوعة داخل المؤسسات الصحية، شملت القيادات التنفيذية والإشرافية، ومديري الإدارات ورؤساء الأقسام، والعاملين في الجودة والمخاطر والامتثال، والكوادر السريرية والمساندة مثل الأطباء والمرضى والصيادلة والفنيين والممارسين الصحيين والإداريين ممن تتيح لهم طبيعة أعمالهم معرفة بالإجراءات والقرارات والرقابة وتدفق المعلومات. بلغ عدد الاستجابات المستلمة 397 استجابة، وبعد حذف أربع استجابات مكررة وتنظيف بنية البيانات، اعتمد التحليل على 393 استجابة صالحة. استخدمت التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات والانحرافات المعيارية، ومعامل ألفا كرونباخ، ومعاملات الارتباط والانحدار الاستكشافي. أظهرت النتائج ارتفاع متوسط الحوكمة الصحية (3.84 من 5)، والشفافية المؤسسية (3.91)، والكفاءة الإدارية مع ارتفاع تحديات التطبيق (3.91). (وتصدرت تحديات تداخل الصلاحيات، وضعف تكامل البيانات، وعدم اتساق، (3.89) تطبيق السياسات. كما ظهرت علاقات موجبة بين الحوكمة والشفافية والكفاءة، إلا أن انخفاض الاتساق الداخلي لبعض المحاور، يقتضي تفسير النتائج الاستدلالية بحذر بوصفها نتائج استكشافية. وخلصت الدراسة إلى ضرورة تحديث مصفوفات الصلاحيات وتوحيد السياسات، وتعزيز حوكمة البيانات، وتطوير آليات المساءلة والمتابعة، وبناء قدرات الكوادر في الحوكمة والمخاطر والامتثال.

كلمات مفتاحية: حوكمة الصحة، الشفافية، الكفاءة الإدارية، المؤسسات الصحية، المملكة العربية السعودية.

## **Abstract**

This study examined the role of health governance in enhancing transparency and administrative efficiency in healthcare institutions in the Kingdom of Saudi Arabia. A descriptive-analytical, cross-sectional design was adopted. An electronic questionnaire was distributed to diverse managerial, supervisory, clinical, and support groups, including executives, department heads, quality, risk and compliance personnel, physicians, nurses, pharmacists, technicians, allied health professionals, and administrative staff whose roles provided sufficient knowledge of institutional procedures, decision-making, accountability, and information flows. A total of 397 responses were received; after removing four exact duplicates and cleaning the dataset, 393 valid responses were analyzed. Frequencies, percentages, means, standard deviations, Cronbach's alpha, correlations, and exploratory regression models were used. The findings indicated high perceived levels of health governance ( $M=3.84$ ), institutional transparency ( $M=3.91$ ), and administrative efficiency ( $M=3.89$ ), alongside high implementation challenges ( $M=3.91$ ). Overlapping authorities, weak data integration, and inconsistent policy implementation were the most prominent challenges. Positive associations were observed between governance, transparency, and efficiency; however, the low internal consistency of some scales requires cautious interpretation of inferential results as exploratory. The study recommends updating authority matrices, standardizing policies, strengthening data governance, improving accountability and follow-up mechanisms, and building governance, risk, and compliance capabilities.

**Keywords:** Health governance, transparency, administrative efficiency, healthcare institutions, Saudi Arabia.

## الفصل الأول

### الإطار العام للدراسة

## 1-1 مقدمة الدراسة

تُعد الحوكمة من المفاهيم الإدارية والمؤسسية التي اكتسبت أهمية متزايدة خلال العقود الأخيرة، نظراً لارتباطها بتنظيم السلطة والمسؤولية، وترشيد عملية صنع القرار، وضمان المساءلة، وحماية مصالح أصحاب المصلحة. وتزداد أهمية الحوكمة في القطاع الصحي بسبب الطبيعة المعقدة للمؤسسات الصحية، وتعدد الأطراف المشاركة في تمويل الخدمات وتنظيمها وتقديمها والاستفادة منها، إضافة إلى حساسية القرارات الصحية وتأثيرها المباشر في حياة الأفراد وسلامتهم وجودة حياتهم.

ولا تقتصر الحوكمة الصحية على وجود لوائح أو هياكل تنظيمية مكتوبة، بل تشمل الطريقة التي تُوزع بها الأدوار والصلاحيات، وكيفية اتخاذ القرارات ومتابعة تنفيذها، ومدى إتاحة المعلومات، وآليات الرقابة والمساءلة، ومشاركة أصحاب المصلحة، والالتزام بالقيم المهنية والتنظيمية. وتوضح منظمة الصحة العالمية أن حوكمة النظم الصحية تتعلق بالعمليات والهياكل والمؤسسات المستخدمة للإشراف على النظام الصحي وإدارته، وبالعلاقات بين الجهات الحكومية ومقدمي الرعاية والمرضى والمجتمعات والقطاع الخاص، بما يضمن وجود أطر سياسات استراتيجية ورقابة فعالة وتنظيم مناسب وآليات واضحة للمساءلة (World Health Organization [WHO], n.d).

وفي السياق السعودي، يرتبط موضوع الحوكمة الصحية بعملية التحول الشاملة التي يشهدها القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة 2030 وبرنامج تحول القطاع الصحي، حيث تستهدف الإصلاحات بناء نظام صحي أكثر تكاملاً وفعالية، وتحسين الوصول إلى الخدمات وجودتها وكفاءتها واستدامتها. وتشير وزارة الصحة إلى أن إصلاح حوكمة القطاع يشمل مراجعة ترتيبات الحوكمة الحالية، وإعادة تحديد الأدوار التنظيمية والرقابية، ودعم الانتقال نحو نموذج أكثر وضوحاً في السياسات والتنظيم والمتابعة (وزارة الصحة، 2026).

ومن ثم، فإن بحث دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة الإدارية يمثل موضوعاً ذا أهمية علمية وتطبيقية، لأنه يجمع بين جودة البناء المؤسسي من جهة، ووضوح القرارات والمعلومات من جهة ثانية، وحسن استخدام الموارد وتحقيق النتائج من جهة ثالثة. ويسعى هذا الفصل إلى تحديد الإطار العام للدراسة، وصياغة مشكلتها وأسئلتها وفرضياتها وأهدافها وأهميتها، وتحديد متغيراتها وحدودها ومصطلحاتها والمنهجية الأولية المقترحة لتنفيذها.

### 1-1-1 الحوكمة الصحية بوصفها مدخلاً لإدارة النظم والمؤسسات الصحية

تتسم النظم الصحية بتعدد مستويات القرار وتداخل المسؤوليات بين الجهات المنظمة والممولة والمقدمة للخدمة، كما تتداخل فيها الاعتبارات المهنية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية. ولهذا لا يمكن تقييم نجاح المؤسسة الصحية من خلال حجم الخدمات المقدمة فقط، بل يجب النظر أيضاً إلى جودة القرارات، وعدالة توزيع الموارد، ووضوح المسؤوليات، ودرجة الالتزام بالأنظمة، وقدرة الإدارة على مراقبة الأداء والاستجابة للمخاطر.

وترتبط منظمة الصحة العالمية بين الحوكمة الفعالة وقدرة النظام الصحي على تقديم خدمات متاحة وعادلة وفعالة وميسورة وعالية الجودة، مؤكدة أن ذلك يتطلب تخصيصاً كفوئاً ومنصفاً للموارد، وسياسات ولوائح توجه تقديم الخدمة، وآليات لمراقبة أداء النظام وتقييمه ومراجعته (WHO, n.d). كما تؤكد خطة منظمة الصحة العالمية للحوكمة من أجل التغطية الصحية الشاملة أن القيادة والحوكمة عنصران محوريان في تقوية النظم الصحية وتحقيق خدمات جيدة دون تعريض المستفيدين لمشقة مالية (WHO, 2014).

وقد قدم إطار TAPIC تصوراً تحليلياً للحوكمة الصحية من خلال خمسة مجالات هي: الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، والنزاهة، والقدرة المؤسسية. ويبين الإطار أن الحوكمة تؤثر في احتمال تبني سياسات قابلة للتنفيذ، وفي جودة تنفيذها، وفي قدرتها

على تحقيق النتائج المستهدفة، مع التأكيد على ضرورة مراعاة السياق المؤسسي عند تشخيص مشكلات الحوكمة واختيار أدوات الإصلاح المناسبة (غيرير وآخرون، 2019).

وبناءً على ذلك، يمكن النظر إلى الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية باعتبارها منظومة مترابطة من الأدوار والقواعد والعمليات التي تضبط العمل الإداري والمهني. وتتجسد هذه المنظومة في وضوح الصلاحيات، واستقلالية الرقابة، ووجود قنوات للإفصاح، ومشاركة العاملين وأصحاب المصلحة، وتطبيق معايير النزاهة، وربط القرارات بالبيانات والأدلة، ومتابعة مؤشرات الأداء، وإدارة المخاطر والتعارضات المحتملة.

## 2-1-1 الشفافية في إدارة المؤسسات الصحية

تشير الشفافية المؤسسية إلى وضوح السياسات والإجراءات والمعايير والقرارات، وإتاحة المعلومات ذات الصلة للأطراف المعنية في الوقت المناسب وبالصورة التي تساعد على فهم أسس القرار ونتائجه. وفي المؤسسات الصحية، تشمل الشفافية وضوح معايير توزيع الموارد، وآليات التوظيف والترقية والتعاقد والشراء، وطرق تقييم الأداء، وإعلان الحقوق والمسؤوليات، والتعامل مع الشكاوى، والإفصاح عن مؤشرات الجودة والسلامة، مع المحافظة على خصوصية المرضى وسرية بياناتهم.

ولا تعني الشفافية نشر جميع المعلومات دون ضوابط، بل تعني بناء توازن بين حق أصحاب المصلحة في المعرفة وبين المتطلبات النظامية المتعلقة بالخصوصية والأمن وحماية المعلومات الحساسة. كما أن الشفافية الفعالة لا تتحقق بمجرد نشر البيانات، وإنما تتطلب أن تكون المعلومات صحيحة وقابلة للفهم والمقارنة، وأن ترتبط بآليات تسمح بالاستفسار والتفسير والتظلم والمراجعة. وتُعد الشفافية عنصراً أساسياً لبناء الثقة بين الإدارة والعاملين والمستفيدين، لأنها تقلل الغموض والشائعات، وتوضح منطق القرارات، وتحد من فرص التحيز وتعارض المصالح، وتساعد على اكتشاف الانحرافات في وقت مبكر. وقد جعلت مبادرة حوكمة القطاع الصحي في المملكة تعزيز مستوى الشفافية وآليات المساءلة في تقديم الرعاية الصحية من النتائج المستهدفة لتطوير نموذج الحوكمة (وزارة الصحة، 2026ب).

## 2-1-3 الكفاءة الإدارية في المؤسسات الصحية

تُفهم الكفاءة الإدارية على أنها قدرة المؤسسة على استخدام مواردها البشرية والمالية والتقنية والمادية بصورة تحقق الأهداف بأفضل مستوى ممكن من الجودة والوقت والتكلفة، مع تقليل الهدر والازدواجية والتأخير والأخطاء. وفي القطاع الصحي، لا تُقاس الكفاءة بتخفيض التكلفة فقط، لأن القرارات التي تقلل الإنفاق على حساب السلامة أو الجودة لا تمثل كفاءة حقيقية، وإنما تتحقق الكفاءة عندما تستخدم الموارد بصورة رشيدة لإنتاج خدمات آمنة وعادلة وذات قيمة للمستفيد.

وتتأثر الكفاءة الإدارية بعدد من العوامل، منها وضوح الهيكل التنظيمي، وتحديد المسؤوليات، وجودة نظم المعلومات، وسرعة تدفق البيانات، وقدرة الإدارة على التخطيط والتنسيق، وفعالية الرقابة الداخلية، وكفاءة المشتريات وسلاسل الإمداد، ومرونة الإجراءات، وقدرة العاملين على المشاركة في التحسين. ولذلك يفترض أن تؤدي الحوكمة الجيدة إلى تقليل تضارب الصلاحيات والازدواجية، وتحسين التنسيق، وتسريع القرار، ورفع جودة المتابعة، وربط الموارد بالأولويات والنتائج.

وتتسجم هذه العلاقة مع توجهات التحول الصحي في المملكة، التي تركز على تحسين جودة وكفاءة واستدامة الرعاية الصحية. وقد أوضحت الأدبيات المتعلقة بتحول القطاع السعودي أن الإصلاحات تتجه نحو تطوير نماذج الرعاية، واللامركزية، والشرائط، والتحول الرقمي، ورفع كفاءة تخصيص الموارد، مع بقاء الحاجة إلى معالجة تحديات التنفيذ والقدرات المؤسسية وتكامل البيانات (الأسيري ومحمد، 2022؛ النوخة، 2024؛ الجديع وآخرون، 2026).

#### 1-1-4 الحوكمة الصحية في سياق التحول الصحي السعودي

يشهد القطاع الصحي السعودي إعادة هيكلة واسعة ترتبط ببرنامج تحول القطاع الصحي، وتستهدف تطوير نظام صحي شامل وفعال ومتكامل، وتحسين الوصول إلى الخدمات وجودتها، وتعزيز الوقاية والتحول الرقمي والاستدامة. ويبين التقرير الرسمي لبرنامج تحول القطاع الصحي لعام 2024 استمرار العمل على تمكين وإعادة هيكلة القطاع، وتطوير نموذج الرعاية، وتحسين تجربة المستفيد، وتوسيع الخدمات الرقمية، ورفع كفاءة التشغيل وجودة المخرجات (برنامج تحول القطاع الصحي، 2024).

وتوضح وزارة الصحة أن الإصلاحات المرتبطة بحوكمة القطاع تستهدف تحسين الجودة والكفاءة والسلامة، وأن عملية التحول تتضمن إعادة تعريف دور الوزارة بوصفها جهة لصنع السياسات والتنظيم والإشراف، مع مراجعة ترتيبات الحوكمة بما يدعم هذا الدور (وزارة الصحة، 2026أ). كما تهدف مبادرة الحوكمة إلى تطوير نموذج محدث يحدد الآليات والمسؤوليات والأدوات الممكنة للوزارة والجهات التابعة والمرتبطة، بما يسهم في تعزيز الشفافية والمسؤولية والاستدامة، وتحسين التنسيق بين قطاعات الرعاية الصحية (وزارة الصحة، 2026ب).

وفي المقابل، تشير وزارة الصحة إلى تحديات مؤسسية شملت تداخل المسؤوليات التنظيمية والتشريعية مع المسؤوليات التشغيلية، وضعف هيكل الحوكمة الناتج عن التعارض مع تقديم الخدمة، وضعف التنسيق بين مكونات القطاع في مجالات الإشراف والتنظيم والمتابعة، بما قد ينعكس على اتساق معايير الجودة والسلامة (وزارة الصحة، 2026ج). وتمنح هذه التحديات الدراسة الحالية مبرراً تطبيقياً، إذ تسعى إلى فحص مدى إسهام ممارسات الحوكمة على مستوى المؤسسات الصحية في تحسين الشفافية والكفاءة الإدارية.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن التحول السعودي حقق تقدماً في مجالات متعددة، إلا أن نجاح الإصلاح يتطلب وضوحاً مؤسسياً، وتكاملاً في السياسات والبيانات، وقدرات تنظيمية وتنفيذية، وثقة أصحاب المصلحة. فقد خلصت دراسة النوخة (2024) إلى أن إصلاح النظام الصحي يترتب عليه تغيرات واسعة في أدوار الجهات وأصحاب المصلحة، ويحتاج إلى فهم تحديات التنفيذ وتأثيراته التنظيمية. كما لاحظ الجديع وزملاؤه (2026) أن التقدم في التحول نحو الرعاية القائمة على القيمة يترافق مع تحديات في تكامل الأنظمة الرقمية، والقدرات الفنية، وتجانس تنفيذ السياسات، والأعباء الإدارية، والعدالة والثقة. وهذه الجوانب ترتبط بصورة مباشرة بجودة الحوكمة المؤسسية.

#### 1-2 مشكلة الدراسة

تعمل المؤسسات الصحية في بيئة تتطلب تحقيق توازن دقيق بين جودة الخدمة وسلامة المرضى وسرعة الاستجابة وكفاءة استخدام الموارد والالتزام بالأنظمة. ويؤدي غموض الصلاحيات أو تداخلها، وضعف الرقابة أو المساءلة، وعدم وضوح معايير القرار، ونقص مشاركة العاملين وأصحاب المصلحة إلى زيادة احتمالات التأخير والازدواجية والهدر وضعف الثقة، حتى في المؤسسات التي تمتلك موارد مالية وتقنية جيدة.

وفي المملكة العربية السعودية، جعلت برامج التحول الصحي تطوير الحوكمة ورفع الجودة والكفاءة والاستدامة من المرتكزات المهمة للإصلاح. ومع ذلك، تكشف الوثائق الرسمية عن تحديات تتصل بتداخل الأدوار التنظيمية والتشغيلية، وضعف التنسيق بين مكونات القطاع، وعدم اتساق الإشراف والمعايير في بعض الجوانب (وزارة الصحة، 2026ج). كما تشير الأدبيات الحديثة إلى أن جانباً كبيراً من الدراسات ركز على وصف التحول والسياسات العامة ونماذج الرعاية والخصخصة والرعاية القائمة على القيمة، بينما ما تزال الحاجة قائمة إلى دراسات ميدانية تختبر بصورة مباشرة كيف تنعكس ممارسات الحوكمة داخل المؤسسات الصحية

على الشفافية الإدارية وكفاءة إدارة الموارد والعمليات (الأسيري ومحمد، 2022؛ النوخة، 2024؛ الجديع وآخرون، 2026).

وتتحدد الفجوة البحثية في أن وجود سياسات أو هياكل حوكمة على المستوى الوطني لا يضمن بالضرورة تجسدها بالدرجة نفسها في الممارسات اليومية داخل المؤسسات الصحية. فقد تتفاوت المؤسسات في وضوح المسؤوليات، ومشاركة العاملين، واستقلالية الرقابة، ونظم الإفصاح، وتطبيق النزاهة والامتثال، والقدرة المؤسسية على اتخاذ القرار المبني على البيانات. ويستدعي ذلك قياس مستوى ممارسات الحوكمة كما يدركها العاملون والقيادات، وتحليل علاقتها بمستوى الشفافية والكفاءة الإدارية.

وعليه، تتمثل مشكلة الدراسة في الحاجة إلى الكشف عن دور تطبيق ممارسات الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية، وتحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً، والتحديات التي قد تحد من فاعلية التطبيق، بما يدعم تقديم توصيات عملية قابلة للاستفادة في تطوير الإدارة الصحية.

### 1-3 أهمية الدراسة

#### 1-3-1 الأهمية العلمية

- تتناول الدراسة العلاقة بين ثلاثة مفاهيم مترابطة تمثل جوهر الأداء المؤسسي الصحي، وهي الحوكمة والشفافية والكفاءة الإدارية، بدلاً من دراسة كل مفهوم بصورة منفصلة.
- تسهم في إثراء الأدبيات العربية والسعودية المتعلقة بالحوكمة الصحية على مستوى المؤسسة، في وقت تركز فيه نسبة مهمة من الأدبيات على الإصلاح الوطني أو التحول العام للقطاع.
- تقدم نموذجاً مفاهيمياً يمكن اختباره ميدانياً، ويعالج التداخل المحتمل بين الحوكمة والشفافية من خلال اعتبار الشفافية نتيجة مؤسسية وعدم إدراجها مرة أخرى ضمن أبعاد المتغير المستقل.
- قد توفر أداة قياس قابلة للتطوير والاستفادة في دراسات لاحقة تقارن بين أنواع المؤسسات الصحية أو المناطق أو المستويات الإدارية.

#### 1-3-2 الأهمية التطبيقية

- تزويد القيادات الصحية بمؤشرات تساعد على تقييم وضوح الأدوار والصلاحيات وفاعلية المساءلة والمشاركة والنزاهة والقدرة المؤسسية.
- مساعدة المؤسسات الصحية على تحديد جوانب الضعف التي تؤثر في شفافية القرارات والإجراءات وإتاحة المعلومات.
- دعم جهود رفع الكفاءة من خلال ربط ممارسات الحوكمة بتقليل الازدواجية والهدر والتأخير وتحسين التنسيق واستخدام البيانات.
- تقديم توصيات يمكن الاستفادة منها في تطوير السياسات الداخلية، وأدلة الصلاحيات، ولجان الحوكمة، وإدارة المخاطر، والرقابة الداخلية، وقنوات التواصل والإفصاح.
- دعم مستهدفات التحول الصحي السعودي المتعلقة بالجودة والكفاءة والاستدامة، من خلال نتائج ميدانية تعكس واقع التطبيق داخل المؤسسات.

### 1-3-3 الأهمية الوطنية والمجتمعية

- يتوافق موضوع الدراسة مع توجهات المملكة نحو رفع كفاءة القطاع العام وتعزيز النزاهة والشفافية وتحسين جودة الخدمات.
- يمكن أن يسهم تحسين الحوكمة المؤسسية في تعزيز ثقة المرضى والعاملين وأصحاب المصلحة بالمؤسسات الصحية.
- يساعد الاستخدام الأكثر كفاءة للموارد الصحية في دعم استدامة الخدمات وتوسيع قدرة المؤسسات على الاستجابة للاحتياجات الصحية المتزايدة.

### 1-4 أهداف الدراسة

يتمثل الهدف العام للدراسة في تحليل دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية. ويتفرع منه ما يأتي:

1. تحديد الإطار المفاهيمي للحوكمة الصحية والشفافية المؤسسية والكفاءة الإدارية.
2. قياس مستوى تطبيق ممارسات الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
3. قياس مستوى الشفافية المؤسسية في الإدارة الصحية.
4. قياس مستوى الكفاءة الإدارية في استخدام الموارد وإدارة الإجراءات والعمليات.
5. اختبار أثر ممارسات الحوكمة الصحية في الشفافية المؤسسية.
6. اختبار أثر ممارسات الحوكمة الصحية في الكفاءة الإدارية.
7. تحديد الأبعاد الأكثر إسهاماً في تفسير الشفافية والكفاءة الإدارية.
8. التعرف على التحديات التنظيمية والإدارية التي تحد من فاعلية تطبيق الحوكمة الصحية.
9. الكشف عن الفروق في تقديرات أفراد الدراسة وفق خصائصهم الديموغرافية والوظيفية.
10. تقديم توصيات عملية تساعد المؤسسات الصحية وصناع القرار على تعزيز الحوكمة والشفافية والكفاءة.

### 1-5 تساؤلات الدراسة

تسعى الدراسة إلى الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

- ما دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية؟ ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى تطبيق ممارسات الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية محل الدراسة؟
2. ما مستوى الشفافية المؤسسية في إدارة المؤسسات الصحية محل الدراسة؟
3. ما مستوى الكفاءة الإدارية في المؤسسات الصحية محل الدراسة؟

4. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسات الحوكمة الصحية والشفافية المؤسسية؟
5. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسات الحوكمة الصحية والكفاءة الإدارية؟
6. ما أبعاد الحوكمة الصحية الأكثر تأثيراً في الشفافية المؤسسية؟
7. ما أبعاد الحوكمة الصحية الأكثر تأثيراً في الكفاءة الإدارية؟
8. هل تختلف استجابات أفراد الدراسة باختلاف خصائصهم الديموغرافية والوظيفية، مثل نوع المؤسسة، والمسمى الوظيفي، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة؟
9. ما أبرز التحديات التي تحد من التطبيق الفعال للحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية؟

## 1-6 فروض الدراسة

تُصاغ الفرضيات الآتية بما يتلاءم مع تصميم كمي وصفي تحليلي، ويمكن تعديلها بعد تحديد مجتمع الدراسة بصورة نهائية واعتماد أداة القياس:

- الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لممارسات الحوكمة الصحية بأبعادها مجتمعة في مستوى الشفافية المؤسسية في المؤسسات الصحية بالملكة العربية السعودية.
- الفرضية الرئيسية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لممارسات الحوكمة الصحية بأبعادها مجتمعة في مستوى الكفاءة الإدارية في المؤسسات الصحية بالملكة العربية السعودية.
- الفرضية الرئيسية الثالثة: توجد علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين الشفافية المؤسسية والكفاءة الإدارية في المؤسسات الصحية.
- الفرضية الرئيسية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات أفراد الدراسة لمتغيراتها تعزى إلى بعض المتغيرات الديموغرافية والوظيفية.

وتتفرع من الفرضيتين الأولى والثانية فرضيات تتعلق بأثر كل بعد من أبعاد الحوكمة الصحية المقترحة، وهي: وضوح الأدوار والمسؤوليات، والمساءلة والرقابة، والمشاركة في صنع القرار، والنزاهة والامتثال، والقدرة المؤسسية وإدارة المخاطر. ويُستبعد بُعد الشفافية من مقياس المتغير المستقل تجنباً للتداخل المفاهيمي، لأن الشفافية تمثل أحد المتغيرات التابعة للرئيسة في الدراسة.

## 1-7 النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث

تستند الدراسة إلى تكامل عدد من المنظورات النظرية التي تفسر الحاجة إلى الحوكمة وآليات تأثيرها في الشفافية والكفاءة. ويأتي في مقدمتها نظرية الوكالة التي تركز على ضبط علاقة التفويض وتقليل عدم تماثل المعلومات، ونظرية أصحاب المصلحة التي توسع نطاق المسؤولية ليشمل العاملين والمرضى والمجتمع والجهات المنظمة، والنظرية المؤسسية التي تفسر أثر الأنظمة والثقافة والمعايير المهنية في السلوك التنظيمي. كما تستفيد الدراسة من إطار TAPIC الذي يربط جودة الحوكمة بخمسة أبعاد: الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، والنزاهة، والقدرة المؤسسية.

تسهم النظريات التنظيمية في تفسير سبب الحاجة إلى الحوكمة والآليات التي قد تؤدي بها إلى تحسين النتائج. ولا توجد نظرية واحدة تفسر جميع جوانب الحوكمة الصحية، لذلك يفيد الجمع بين عدد من المنظورات النظرية لفهم العلاقات بين أصحاب المصلحة والحوافز والقواعد والثقافة والموارد.

أولاً: نظرية الوكالة. تفترض هذه النظرية وجود علاقة تفويض بين الأصيل والوكيل، مثل علاقة الدولة أو المجتمع بإدارة المؤسسة الصحية، أو علاقة مجلس الإدارة بالإدارة التنفيذية. وتنشأ المشكلة عندما تختلف مصالح الطرفين أو يمتلك الوكيل معلومات

أكثر من الأصل. وتبرر النظرية استخدام التقارير والتدقيق والحوافز ومؤشرات الأداء والإفصاح للحد من عدم تماثل المعلومات والسلوك الانتهازي. وفي القطاع الصحي تتسع علاقات الوكالة لتشمل المريض ومقدم الخدمة والممول والجهة المنظمة، مما يجعل الشفافية والمساءلة ضروريتين لحماية المصلحة العامة.

ثانياً: نظرية أصحاب المصلحة. ترى هذه النظرية أن المؤسسة مسؤولة أمام مجموعة واسعة من الأطراف، وليس أمام المالك أو الممول فقط. وتشمل الأطراف في المؤسسات الصحية المرضى وأسرهم والعاملين والجهات التنظيمية والممولين والموردين والمجتمع. وبناءً على ذلك، ينبغي أن تراعي الحوكمة التوازن بين الجودة والاستدامة وحقوق العاملين وعدالة الوصول وسلامة المرضى، وأن توفر قنوات مناسبة للمشاركة والتواصل ومعالجة الشكاوى.

ثالثاً: النظرية المؤسسية. تركز على أثر القواعد الرسمية والثقافة والتوقعات الاجتماعية والمهنية في سلوك المؤسسات. وقد تتبنى مؤسسة صحية سياسة أو لجنة استجابة لمتطلبات تنظيمية أو ضغوط مهنية، لكن الفاعلية تعتمد على تحولها من امتثال شكلي إلى ممارسة متجذرة في العمليات. وتساعد هذه النظرية على تفسير ظاهرة وجود سياسات مكتوبة لا تنعكس على القرارات اليومية بسبب ضعف الحوافز أو تضارب الأعراف الداخلية.

رابعاً: نظرية الإشراف أو القوامة. تنطلق من أن المديرين والمهنيين قد يتصرفون بوصفهم أمناء على رسالة المؤسسة، وليس فقط كأفراد يسعون إلى مصالح شخصية. ووفق هذا المنظور، تركز الحوكمة على الثقة والتمكين والالتزام المهني إلى جانب الرقابة. وتعد هذه الرؤية مهمة في القطاع الصحي الذي يعتمد على أخلاقيات المهن الصحية والدافع لخدمة المريض. إلا أن الثقة لا تلغي الحاجة إلى المساءلة، بل تتكامل معها في بيئة توضح التوقعات وتدعم التعلم ولا تتسامح مع الإهمال المتعمد.

خامساً: نظرية الاعتماد على الموارد. تفترض أن المؤسسة تحتاج إلى علاقات خارجية للحصول على التمويل والكوادر والمعرفة والتقنيات، وأن تكوين المجالس والشراكات والشبكات يساعدها على إدارة هذا الاعتماد. وفي المؤسسات الصحية، يمكن للحوكمة أن تعزز التنسيق مع الجامعات والقطاع الخاص والجهات التنظيمية والمجتمع، لكنها تحتاج أيضاً إلى ضوابط لتعارض المصالح وحماية استقلال القرار.

سادساً: نظرية النظم والتغذية الراجعة. تنظر إلى المؤسسة الصحية كنظام مترابط لا يمكن تحسين جزء منه بمعزل عن بقية الأجزاء. وتؤكد أهمية المعلومات ومؤشرات الأداء ودورات المراجعة والتصحيح. ومن هذا المنظور، تعمل الحوكمة كآلية توجيه تضبط الأهداف، وتقيس الانحرافات، وتتعلم من النتائج، وتعيد تخصيص الموارد أو تعديل السياسات.

#### جدول (1): النظريات المفسرة للحوكمة الصحية

| النظرية                | المشكلة التي تفسرها                    | أبرز آليات الحوكمة المستمدة منها                         |
|------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| نظرية الوكالة          | اختلاف المصالح وعدم تماثل المعلومات    | الإفصاح، التدقيق، الحوافز، الرقابة، تحديد الصلاحيات      |
| أصحاب المصلحة          | تعدد المصالح والحقوق المتأثرة          | المشاركة، التشاور، قنوات الشكاوى، موازنة المصالح         |
| المؤسسية               | الفجوة بين القواعد الرسمية والممارسة   | ترسيخ الثقافة، الامتثال الفعلي، توحيد الإجراءات، التقييم |
| الإشراف/القوامة        | الحاجة إلى الثقة والالتزام بالرسالة    | التمكين، القيادة الأخلاقية، المساءلة التعليمية           |
| الاعتماد على الموارد   | اعتماد المؤسسة على أطراف وموارد خارجية | الشراكات، تنوع المجلس، إدارة تعارض المصالح               |
| النظم والتغذية الراجعة | ترابط العمليات والحاجة إلى التعلم      | مؤشرات الأداء، المراجعة الدورية، الإجراءات التصحيحية     |

## 1-8 نموذج الدراسة ومتغيراتها

يقوم النموذج المقترح على أن جودة ممارسات الحوكمة الصحية تؤثر في نتيجتين مؤسستين أساسيتين: الشفافية المؤسسية والكفاءة الإدارية. ويتكون المتغير المستقل من خمسة أبعاد مقترحة، بينما يتكون كل متغير تابع من مجموعة مؤشرات تشغيلية قابلة للقياس.

جدول (2): النموذج المفاهيمي للدراسة



ملاحظة منهجية: يركز الاختبار الإحصائي الرئيس على أثر أبعاد الحوكمة الصحية في الشفافية المؤسسية والكفاءة الإدارية. أما تحسين الأداء المؤسسي فيُعرض بوصفه نتيجة تطبيقية متوقعة، ولا يُعامل كمتغير تابع مستقل إلا إذا تقرر توسيع النموذج وأداة الدراسة.

جدول (3): متغيرات الدراسة وأبعادها

| المتغير        | النوع | الأبعاد/المؤشرات المقترحة | المضمون                                                                      |
|----------------|-------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| الحوكمة الصحية | مستقل | وضوح الأدوار والمسؤوليات  | وجود هياكل وصلاحيات وسياسات واضحة تقلل التداخل والازدواجية.                  |
| الحوكمة الصحية | مستقل | المساءلة والرقابة         | متابعة الأداء، تحديد المسؤولية، التدقيق، معالجة المخالفات، وإدارة التعارضات. |
| الحوكمة الصحية | مستقل | المشاركة في صنع القرار    | إشراك العاملين وأصحاب المصلحة وتوفير قنوات للتغذية الراجعة.                  |
| الحوكمة الصحية | مستقل | النزاهة والامتثال         | الالتزام بالأنظمة والأخلاقيات، إدارة تعارض المصالح، وعدالة تطبيق الإجراءات.  |

| المتغير           | النوع | الأبعاد/المؤشرات المقترحة                    | المضمون                                                                 |
|-------------------|-------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| الحوكمة الصحية    | مستقل | القدرة المؤسسية وإدارة المخاطر               | توفر الكفاءات والبيانات والتقنية والتخطيط والاستجابة للمخاطر.           |
| الشفافية المؤسسية | تابع  | وضوح المعلومات والإجراءات والقرارات          | إتاحة المعلومات، وضوح معايير القرار، قابلية التفسير والمراجعة والتظلم.  |
| الكفاءة الإدارية  | تابع  | استخدام الموارد وسرعة العمليات وجودة التنسيق | تقليل الوقت والهدر والازدواجية، وتحسين الإنتاجية والتنسيق وجودة القرار. |

الشكل (1): النموذج المفاهيمي للدراسة



## 1-9 حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: تتناول الدراسة دور ممارسات الحوكمة الصحية، ممثلة في وضوح الأدوار والمسؤوليات، والمساءلة والرقابة، والمشاركة، والنزاهة والامتنال، والقدرة المؤسسية وإدارة المخاطر، في تعزيز الشفافية المؤسسية والكفاءة الإدارية.

الحدود المكانية: المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية التي ستشملها عملية التطبيق الميداني. ويجري تحديد النطاق النهائي، سواء على مستوى المملكة أو منطقة أو مجموعة مؤسسات، وفق إمكانات الوصول ومتطلبات الجامعة.

الحدود البشرية: القيادات الإدارية والصحية، والموظفون الإداريون، والممارسون الصحيون الذين ترتبط وظائفهم بالإجراءات الإدارية أو صنع القرار أو تنفيذ السياسات داخل المؤسسات محل الدراسة.

الحدود الزمنية: الفترة التي يتم خلالها جمع البيانات الميدانية للرسالة، وتحدد بصورة نهائية في فصل المنهجية بعد اعتماد خطة التنفيذ.

الحدود المؤسسية: تركز الدراسة على ممارسات الإدارة والحوكمة داخل المؤسسات الصحية، ولا تقيس النتائج السريرية المباشرة أو المؤشرات الوبائية إلا بقدر ارتباطها بالإدارة المؤسسية.

## 1-10 مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

### 1-10-1 الحوكمة

التعريف المفاهيمي: منظومة القواعد والهياكل والعمليات التي تحدد كيفية توزيع السلطة واتخاذ القرار ومتابعة الأداء ومساءلة المسؤولين وإشراك أصحاب المصلحة.

التعريف الإجرائي: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المشاركون في فقرات مقياس ممارسات الحوكمة الصحية بأبعاده الخمسة المعتمدة في الدراسة.

## 1-10-2 الحوكمة الصحية

التعريف المفاهيمي: العمليات والهيكل والمؤسسات التي تشرف على النظام أو المؤسسة الصحية وتدير العلاقات بين الجهات والفاعلين وتضمن السياسات والتنظيم والرقابة والمساءلة (WHO, n.d).

التعريف الإجرائي: مستوى تطبيق وضوح الأدوار، والمساءلة والرقابة، والمشاركة، والنزاهة والامتثال، والقدرة المؤسسية وإدارة المخاطر في المؤسسة الصحية.

## 1-10-3 الشفافية المؤسسية

التعريف المفاهيمي: وضوح المعلومات والقرارات والإجراءات ومعاييرها، وإتاحتها للأطراف ذات العلاقة بصورة صحيحة ومفهومة وفي الوقت المناسب، ضمن حدود الخصوصية والسرية النظامية.

التعريف الإجرائي: الدرجة التي تعكس إدراك أفراد الدراسة لوضوح الإجراءات ومعايير القرار وإتاحة المعلومات وقابلية القرارات للتفسير والمراجعة.

## 1-10-4 الكفاءة الإدارية

التعريف المفاهيمي: قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها باستخدام مواردها بطريقة تقلل الهدر والوقت والازدواجية مع الحفاظ على الجودة والسلامة.

التعريف الإجرائي: الدرجة التي تعكس إدراك أفراد الدراسة لسرعة الإجراءات، وحسن استخدام الموارد، وجودة التنسيق، وتقليل الازدواجية، وفاعلية اتخاذ القرار.

## 1-10-5 المساءلة

التعريف المفاهيمي: التزام الأفراد والوحدات بتقديم تفسير لأفعالهم وقراراتهم، وتحمل النتائج المترتبة عند عدم كفاية الأداء أو مخالفة القواعد.

التعريف الإجرائي: مدى وضوح المسؤولية، ووجود متابعة وتقييم وتدقيق وإجراءات تصحيحية داخل المؤسسة.

## 1-10-6 المؤسسات الصحية

التعريف المفاهيمي: الجهات المنظمة أو المقدمة للخدمات الصحية، مثل المستشفيات والمجمعات والمراكز الصحية والجهات الإدارية الصحية.

التعريف الإجرائي: المؤسسات التي يُتاح للباحث جمع البيانات من العاملين فيها ضمن النطاق المعتمد للدراسة.

## 1-11 المنهجية الأولية المقترحة

يعرض هذا القسم تصوراً أولياً للمنهجية، على أن تُفصل الإجراءات النهائية في الفصل الثالث بعد اعتماد مجتمع الدراسة والعينة والأداة من المشرف والجهة الأكاديمية.

#### جدول (4): المنهجية الأولية المقترحة

| العنصر               | التصور الأولي                                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| منهج الدراسة         | المنهج الوصفي التحليلي؛ لملاءمته لقياس واقع ممارسات الحوكمة والشفافية والكفاءة وتحليل العلاقات والأثر بين المتغيرات دون تدخل تجريبي.                             |
| تصميم الدراسة        | دراسة مقطعية تجمع البيانات في فترة زمنية محددة باستخدام استبانة منظمة.                                                                                           |
| مجتمع الدراسة        | العاملون في المؤسسات الصحية المشمولة بالتطبيق، من القيادات والموظفين الإداريين والممارسين الصحيين ذوي العلاقة بالإجراءات وصنع القرار.                            |
| أداة الدراسة         | استبانة وفق مقياس ليكرت الخماسي، تتضمن البيانات الأولية ومحاور الحوكمة الصحية والشفافية والكفاءة والتحديات.                                                      |
| صدق الأداة           | الصدق الظاهري وصدق المحتوى من خلال التحكيم العلمي                                                                                                                |
| ثبات الأداة          | معامل ألفا كرونباخ والاتساق الداخلي للمحاور.                                                                                                                     |
| التحليل المقترح      | الإحصاء الوصفي، معاملات الارتباط، تحليل الانحدار المتعدد أو نمذجة المعادلات الهيكلية عند توافر الشروط، واختبارات الفروق الملائمة.                                |
| الاعتبارات الأخلاقية | الحصول على الموافقات اللازمة، وتوضيح هدف الدراسة، والمشاركة الطوعية، وعدم جمع بيانات تعريفية غير لازمة، والمحافظة على سرية البيانات واستخدامها لأغراض البحث فقط. |

### 1-11-1 التصور الأولي لمحاور الاستبانة

المحور الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية: نوع المؤسسة، القطاع، المسمى الوظيفي، المؤهل، الخبرة، المستوى الإداري.

المحور الثاني: وضوح الأدوار والمسؤوليات.

المحور الثالث: المساءلة والرقابة.

المحور الرابع: المشاركة في صنع القرار.

المحور الخامس: النزاهة والامتنال.

المحور السادس: القدرة المؤسسية وإدارة المخاطر.

المحور السابع: الشفافية المؤسسية.

المحور الثامن: الكفاءة الإدارية.

المحور التاسع: تحديات التطبيق والمقترحات التحسينية.

### 1-12 هيكل الدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة: يتضمن المقدمة والخلفية والمشكلة والأسئلة والفرضيات والأهداف والأهمية والنموذج والحدود والمصطلحات والمنهجية الأولية.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة: يتناول الحوكمة والحوكمة الصحية، وأبعادها ونماذجها، والشفافية، والكفاءة الإدارية، والتحول الصحي السعودي، ثم يحلل الدراسات السابقة والفجوة البحثية.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها: يتضمن المنهج والمجتمع والعينة والأداة والصدق والثبات وإجراءات جمع البيانات والأساليب الإحصائية والاعتبارات الأخلاقية.

الفصل الرابع: عرض النتائج وتحليلها: يعرض خصائص العينة والنتائج الوصفية واختبار الفرضيات والعلاقات والفروق.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات: يناقش النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة والسياق السعودي، ويقدم الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات البحثية.

## 1-13 خلاصة الفصل

قدم هذا الفصل الإطار العام لدراسة دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية. وانطلق من أن الحوكمة الصحية لا تقتصر على القواعد الرسمية، بل تشمل وضوح الأدوار والمسؤوليات، وفاعلية المساءلة والرقابة، والمشاركة، والنزاهة والامتثال، والقدرة المؤسسية وإدارة المخاطر.

وحدد الفصل مشكلة الدراسة في الحاجة إلى معرفة مدى تحول مبادئ الحوكمة إلى ممارسات مؤسسية ملموسة تسهم في وضوح القرارات والمعلومات وتحسين استخدام الموارد والعمليات. كما صاغ السؤال الرئيس والأسئلة الفرعية والفرضيات والأهداف، وبين الأهمية العلمية والتطبيقية والوطنية، وقدم نموذجاً مفاهيمياً يربط ممارسات الحوكمة بالشفافية المؤسسية والكفاءة الإدارية.

كذلك حدد الفصل متغيرات الدراسة وحدودها وتعريفاتها الإجرائية، وعرض تصوراً أولياً للمنهجية ومحاور الاستبانة وهيكل الرسالة. ويؤسس ذلك للفصل الثاني الذي سيتناول الإطار النظري المتعمق، ويحلل مفاهيم الحوكمة الصحية والشفافية والكفاءة والنماذج النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة.

## الفصل الثاني

### الدراسات السابقة والإطار النظري

## 2-1 مقدمة

تمثل الحوكمة الصحية أحد المكونات الحاكمة لأداء النظم والمؤسسات الصحية؛ لأنها تحدد القواعد التي تنظم توزيع السلطة والمسؤولية، وآليات اتخاذ القرار، وأنماط الرقابة والمساءلة، وكيفية إدارة العلاقات بين الجهات التنظيمية ومقدمي الخدمات والعاملين والمرضى والمجتمع. وتوضح منظمة الصحة العالمية أن حوكمة النظم الصحية تشمل العمليات والهيكل والمؤسسات التي تُستخدم للإشراف على النظام الصحي وإدارته، بما يتضمن بناء أطر السياسات الاستراتيجية، وتوفير الرقابة والتنظيم والحوافز المناسبة، وضمان المساءلة ومراجعة الأداء (World Health Organization [WHO], n.d).

وتتضاعف أهمية الحوكمة في المؤسسات الصحية بسبب تعقيد خدماتها، وتنوع مصادر تمويلها، وحساسية المعلومات التي تتعامل معها، والتداخل بين القرارات الإدارية والمالية والسريرية. فالقرار الإداري داخل المؤسسة الصحية لا ينعكس على الإنتاجية أو التكلفة فقط، بل قد يؤثر مباشرة في جودة الخدمة وسلامة المرضى وعدالة الوصول إلى الرعاية. ولهذا لا يمكن اختزال الحوكمة الصحية في الالتزام الشكلي باللوائح، وإنما ينبغي النظر إليها كنظام متكامل يربط الاستراتيجية بالمسؤوليات، ويحول المعلومات إلى أدوات للمراقبة والتحسين، ويتيح لأصحاب المصلحة فهم كيفية صنع القرارات وتقييم نتائجها.

يركز هذا الفصل على بناء الأساس النظري للدراسة من خلال تناول مفهوم الحوكمة الصحية وتطورها وخصائصها ونظرياتها وأبرز نماذجها، ثم مناقشة الشفافية والكفاءة الإدارية باعتبارهما متغيرين رئيسيين تتأثران بمستوى الحوكمة. كما يعرض الفصل السياق المؤسسي لتحول القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، ويحلل العلاقة النظرية بين الحوكمة والشفافية والكفاءة، ثم يستعرض الدراسات السابقة ذات الصلة وينتهي بتحديد الفجوة البحثية التي تنطلق منها الدراسة الحالية.

## 2-2 الدراسات السابقة

### 2-2-1 دراسات تناولت أطر ومفاهيم الحوكمة الصحية

وآخرون (2009) (دراسة هدفت إلى تطوير إطار لتقييم حوكمة النظام الصحي في الدول النامية. اشتمل Siddiqi أجرى الإطار على عشرة مبادئ هي الرؤية الاستراتيجية، والمشاركة والتوافق، وسيادة القانون، والشفافية، والاستجابة، والعدالة والشمول والفعالية والكفاءة، والمساءلة، والمعلومات، والأخلاقيات. وتكمن أهمية الدراسة في أنها قدمت أداة تحليلية على المستويين الوطني والتنفيذي وربطت المبادئ بأسئلة قابلة للتقييم. وتفيد الدراسة الحالية في اختيار أبعاد الحوكمة وتأكيد أن الشفافية والكفاءة ليستا موضوعين منفصلين عن بنية الحوكمة. وتميزت هذه الدراسة بأنها قدمت أداة تشخيصية واسعة صُممت خصيصاً للدول النامية وربطت بين مستوى صنع السياسة ومستوى التنفيذ، بخلاف الدراسات التي اكتفت بالتعريف النظري للحوكمة.

مراجعة لأدبيات الحوكمة الصحية بهدف توحيد التعريفات والأبعاد والأدوات. وخلصت (2014) Tello و Barbazza قدم المراجعة إلى تنوع استخدام مفهوم الحوكمة بين منظور معياري يركز على الحوكمة الجيدة، ومنظور وصفي للأنماط، ومنظور يركز على الأدوات والعمليات المستخدمة للحكم. وتوضح الدراسة ضرورة تحديد المقصود بالحوكمة ومستوى التحليل قبل القياس وهو ما تستفيد منه الدراسة الحالية في تعريف الحوكمة الصحية إجرائياً على مستوى المؤسسة. وتميزت المراجعة باتساع نطاقها ومحاولتها توحيد المصطلحات المتباينة، مما جعلها مرجعاً لتحديد الحدود المفاهيمية بين الحوكمة بوصفها قيمة معيارية والحوكمة بوصفها ممارسة قابلة للرصد.

الأطر المستخدمة لتقييم حوكمة النظم الصحية، ووجدوا اختلافاً (2017) van den Broek و Smith و Pyone راجع في الأسس النظرية والأهداف والمستويات والمؤشرات، مع محدودية الأدلة على التطبيق العملي لبعض الأطر. وأكدت المراجعة أن اختيار إطار التقييم يجب أن يكون مرتبطاً بالسياق والمشكلة. وتدعم هذه النتيجة استخدام إطار مركب ومركز يناسب المؤسسات

الصحية السعودية بدلاً من تطبيق إطار دولي كامل دون تكيف. وما يميز هذه الدراسة تركيزها النقدي على قابلية تطبيق الأطر وملاءمتها للسياق، لا مجرد تعداد مبادئ الحوكمة، وهو ما يدعم اختيار أبعاد محددة قابلة للقياس في الدراسة الحالية.

الذي يجمع الحوكمة في خمسة مجالات: الشفافية والمساءلة والمشاركة TAPIC (آخرون) 2019 (إطار Greer طور والنزاهة والقدرة. ويركز الإطار على تشخيص أسباب عدم اتساق صنع القرار مع التنفيذ، ويؤكد أهمية التحليل السياقي والتوازن في صياغة الأبعاد التنظيمية التي يمكن أن تؤثر في الشفافية والكفاءة. ويتميز TAPIC بين الأدوات. وتستفيد الدراسة الحالية من باختصاره النسبي وقدرته على تفسير الفجوة بين القرار والتنفيذ من خلال خمسة مجالات مترابطة، ولذلك كان أكثر TAPIC إطار ملاءمة لبناء النموذج المفاهيمي للدراسة الحالية.

## 2-2-2 دراسات تناولت حوكمة المستشفيات والمساءلة

مراجعة نطاقية لهياكل المساءلة في حوكمة (2024) Shaarbafchizadeh وRaeisi و Jalilvand أجرى المستشفيات. وحددت المراجعة أربعة موضوعات رئيسية هي الحوكمة الشاملة، والالتزام بالمساءلة، والتخطيط للمساءلة، والحوكمة المستقلة، مع عدد من الموضوعات الفرعية المتعلقة بالأدوار والرقابة والجودة والمسؤولية الاجتماعية. وأكدت أن مساءلة المستشفى تشمل الجودة والسلامة إلى جانب الأداء المالي. وتفيد هذه الدراسة في توسيع مفهوم الحوكمة المؤسسية وعدم اختزاله في الرقابة المالية. وتميزت هذه المراجعة بتخصيصها لمستوى المستشفى وجمعها بين الاستقلالية والمساءلة والتخطيط المؤسسي، بخلاف الأطر التي تتناول النظام الصحي الوطني بصورة عامة.

الحوكمة والمساءلة من منظور (2024) Al-Khyal وAl-Hanawi وAlhothaly و Al Rahahleh تناولت دراسة المرضى في مؤسسة صحية عامة سعودية، باستخدام دراسة حالة لمدينة الملك عبدالله الطبية في مكة. انطلقت الدراسة من أن ارتفاع المساءلة يرتبط بتحسين كفاءة النظم الصحية، وركزت على إدراك المرضى لممارسات المساءلة. وتتميز بأخذ منظور المستفيد في سياق سعودي، وتدعم أهمية الشفافية والتواصل وحقوق المرضى كجزء من الحوكمة، لكنها تظل مرتبطة بمؤسسة واحدة وبمنظور فئة محددة. وتتميز هذه الدراسة بأنها تناولت الحوكمة من منظور المستفيدين في مؤسسة صحية سعودية، وهو منظور مختلف عن دراسات القيادات والموظفين، وأبرزت أثر المساءلة في تجربة المريض والثقة.

تناولت الأدبيات المرتبطة بالخصخصة والإصلاح الصحي في المملكة التوازن بين الاستقلالية والمساءلة. فقد ناقشت دراسة وآخرين (2021) (التفاعل بين المفهومين في سياق خصخصة النظام الصحي السعودي، وأشارت إلى أن منح AIMubarak مقدمي الخدمة استقلالاً أكبر يجب أن يقترن بآليات مساءلة وتنظيم واضحة. وتفيد هذه النتيجة في فهم أن التحول المؤسسي لا يضمن الكفاءة تلقائياً من دون حوكمة للعقود والجودة والنتائج. وتميزت الدراسة بربط الإصلاح الهيكلي في المملكة بمشكلة التوازن بين الاستقلالية التشغيلية والمساءلة، وهي نقطة محورية في تحول التجمعات والمؤسسات الصحية.

## 2-2-3 دراسات تناولت التحول الصحي السعودي والنتائج المؤسسية

قدمت دراسة (2022) Mohammed و Alasiri

عرضاً لتحول الرعاية الصحية في المملكة منذ إطلاق رؤية 2030، وتناولت التحديات المتعلقة بالطلب المتزايد والأمراض المزمنة والتمويل والقوى العاملة، ومسارات الإصلاح مثل نموذج الرعاية والتحول الرقمي والخصخصة. وأبرزت الدراسة أهمية الحوكمة والتنظيم في نجاح التحول، لكنها اتخذت طابعاً وصفيّاً عاماً ولم تختبر العلاقة بين ممارسات الحوكمة والشفافية والكفاءة داخل المؤسسات. وتميزت هذه الدراسة بشمولها لمسارات التحول السعودي المختلفة وربطها بالتحديات السكانية والتمويلية والتقنية، لكنها بقيت وصفية ولم تختبر ميدانياً العلاقة بين الحوكمة والشفافية والكفاءة.

الجوانب الرئيسية لإصلاح النظام الصحي السعودي وتأثيرها المحتمل على أصحاب المصلحة باستخدام منهج نوعي ورؤى قيادات صحية. أظهرت الدراسة أن التحول يتضمن تغييرات عميقة في الأدوار والعلاقة بين القطاعين العام والخاص، وأن نجاحه يحتاج إلى إدارة للتحديات وفهم آثار الإصلاح على مقدمي الخدمات والممولين والمستفيدين. وتفيد الدراسة الحالية في تأكيد أهمية وضوح الأدوار والتنسيق خلال التحول. وتميزت باستخدام منهج نوعي يستند إلى رؤى قيادات صحية، ما أتاح فهماً عميقاً لتغير الأدوار وأصحاب المصلحة، بينما تتميز الدراسة الحالية بإضافة قياس كمي من قاعدة أوسع من العاملين.

وأجرى (alfawaz) وآخرون (2022)

تقييماً أساسياً لنظم البحوث الصحية في المملكة شمل ثمانية تجمعات بحثية، بهدف تحديد نقاط القوة والفجوات في الحوكمة والقدرات. وأظهرت الدراسة أهمية وجود استراتيجية قوية لحوكمة البحث، وسياسات وهياكل واضحة، وقدرات للرصد والتقييم وإنتاج الأدلة. وعلى الرغم من تركيزها على البحث الصحي، فإنها تقدم دليلاً سعودياً على أن الحوكمة والقدرة المعلوماتية شرط لتنسيق الجهود ودعم القرار. وتميزت الدراسة بتطبيق التقييم على نظم البحوث الصحية وباستخدامها منظوراً مؤسسياً للسياسات والهياكل والقدرات، إلا أن مجالها تخصصي ولا يغطي الإدارة التشغيلية العامة للمؤسسات الصحية.

قيم (abdujawad وAlshehri (2025)

أثر برنامج تحول القطاع الصحي على الرعاية المركزة على المريض والتبني الرقمي باستخدام تصميم مختلط في أربعة مستشفيات بمنطقة مكة والشرقية. وأظهرت النتائج ارتفاع رضا المرضى وتنسيق الرعاية والمشاركة الرقمية في المستشفيات المتجمعة، إلى جانب تحسن مؤشرات تشغيلية، مع تحديات في الثقافة الرقمية واستقرار القوى العاملة. وتوفر الدراسة دليلاً حديثاً على ارتباط التكامل التنظيمي والرقمي بالأداء، لكنها لا تعزل أثر الحوكمة كمفهوم مستقل ولا تغطي جميع أنواع المؤسسات والمناطق. وتميزت بتصميم مختلط ومقارنة مستشفيات متجمعة وغير متجمعة وربط التحول بنتائج المريض والتبني الرقمي، بينما تركز الدراسة الحالية مباشرة على ممارسات الحوكمة وعلاقتها بالشفافية والكفاءة الإدارية.

## 2-2-4 ملخص تحليلي للدراسات السابقة

جدول (5): ملخص تحليلي للدراسات السابقة

| الدراسة                 | الهدف                                      | المنهج/النطاق                       | أبرز النتائج                                     | صلة الدراسة الحالية                    |
|-------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Siddiqi et al., 2009    | تطوير إطار تقييم حوكمة النظام الصحي        | إطار تحليلي مطبق على مستويات متعددة | 10 مبادئ تشمل الشفافية والكفاءة والمساءلة        | يوفر أساساً لبناء الأبعاد              |
| Barbazzza & Tello, 2014 | مراجعة تعريفات وأبعاد أدوات الحوكمة        | مراجعة مستهدفة للأدبيات             | تعدد التعريفات والحاجة لتحديد المستوى والسياق    | يدعم التعريف الإجرائي المحدد           |
| Pyone et al., 2017      | مراجعة أطر تقييم الحوكمة                   | مراجعة منهجية                       | تنوع الأطر ومحدودية التطبيق لبعضها               | يدعم تكييف إطار يناسب السياق           |
| Greer et al., 2019      | تطوير TAPIC                                | تحليل سياسات وأدبيات                | خمسة مجالات: شفافية، مساءلة، مشاركة، نزاهة، قدرة | إطار مركز لأبعاد الحوكمة               |
| Alfawaz et al., 2022    | تقييم حوكمة وقدرات البحث الصحي في السعودية | مسح مقطعي لثمانية تجمعات            | حاجة لهياكل وسياسات وقدرات ومتابعة               | دليل سعودي على دور الحوكمة المعلوماتية |

| الدراسة                     | الهدف                                                 | المنهج/النطاق                | أبرز النتائج                                  | صلة الدراسة الحالية                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Al Rahahleh et al., 2024    | المساءلة من منظور المرضى في مؤسسة سعودية              | دراسة حالة                   | أهمية المساءلة في الخدمة العامة والكفاءة      | يبرز منظور المستفيد؛ نطاق مؤسسي محدود         |
| Al-Nozha, 2024              | فهم إصلاح النظام الصحي وأثره على الأطراف              | دراسة نوعية                  | تغير الأدوار والحاجة لإدارة التحديات والتنسيق | يربط التحول بوضوح الأدوار                     |
| Jalilvand et al., 2024      | تحديد هيكل مساءلة حوكمة المستشفيات                    | مراجعة نطاقية                | حوكمة شاملة والتزام وتخطيط واستقلالية         | يدعم الجمع بين المالي والسريري والاجتماعي     |
| Alshehri & Abduljawad, 2025 | تقييم التجمعات والرقمنة والرعاية المتمحورة حول المريض | منهج مختلط في أربعة مستشفيات | تحسن الرضا والتنسيق والرقمنة والأداء التشغيلي | دليل حديث مع حدود في التعميم وعزل أثر الحوكمة |

يتضح من مراجعة الأدبيات وجود اتفاق واسع على أن الحوكمة عنصر حاسم في أداء النظام والمؤسسة الصحية، وأن الشفافية والمساءلة والمعلومات والقدرة المؤسسية من أكثر الأبعاد تكراراً. كما تظهر الأدبيات أن الحوكمة لا تعمل من خلال هيكل واحد، بل من خلال مزيج من القواعد والرقابة والمشاركة والثقافة والقدرات.

تتميز الدراسات الدولية بتطوير أطر شاملة ومراجعات منهجية، لكنها لا تقدم دائماً مؤشرات جاهزة للتطبيق في كل سياق. كما أن بعض الأطر تتعامل مع الكفاءة كبعد من أبعاد الحوكمة، بينما تهدف الدراسة الحالية إلى معاملتها كنتيجة إدارية محتملة لممارسات الحوكمة، وهو اختلاف مفاهيمي يسمح باختبار العلاقة بين المتغيرات.

أما الدراسات السعودية فتتناول التحول الصحي والخصخصة والتجمعات والرقمنة والمساءلة أو حوكمة مجالات محددة، إلا أن عدداً منها وصفي أو نوعي أو يركز على مؤسسة أو وظيفة معينة. كما أن الأدلة المباشرة التي تقيس دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة الإدارية معاً داخل المؤسسات الصحية السعودية لا تزال محدودة في حدود ما تم الاطلاع عليه.

تتمثل الفجوة الأولى في الحاجة إلى دراسة تجمع المتغيرات الثلاثة في نموذج واحد: الحوكمة الصحية كمتغير مستقل، والشفافية والكفاءة الإدارية كمتغيرين تابعين مترابطين. وتتمثل الفجوة الثانية في التركيز على مستوى المؤسسة والعاملين أو القيادات الذين يتعاملون مع إجراءات الحوكمة يومياً، بدلاً من الاختصار على التحليل الكلي للنظام أو منظور المرضى وحدهم.

وتتمثل الفجوة الثالثة في الحاجة إلى تكيف أبعاد الحوكمة الدولية مع التحول المؤسسي السعودي، بما يشمل وضوح الأدوار، والمساءلة، والمشاركة، والنزاهة، والرقابة، والقدرة المعلوماتية. أما الفجوة الرابعة فتتعلق بتحديد التحديات التطبيقية مثل جودة البيانات، وتداخل الصلاحيات، وكثرة الإجراءات، والقدرات البشرية، وهي عوامل قد تحد من انتقال الحوكمة من المستوى الشكلي إلى أثر فعلي على الشفافية والكفاءة.

وبناءً على ذلك، تسعى الدراسة الحالية إلى تقديم دليل ميداني من المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية حول مستوى تطبيق الحوكمة الصحية، ومدى إسهامها في وضوح المعلومات والقرارات، وفي تحسين استخدام الموارد والعمليات الإدارية، مع تقديم توصيات قابلة للتطبيق في سياق التحول الصحي.

## 2-2-5 أوجه تميز الدراسة الحالية

- تجمع الدراسة بين الحوكمة الصحية والشفافية والكفاءة الإدارية في نموذج كمي واحد، في حين تناولت غالبية الدراسات السابقة أحد هذه المفاهيم منفرداً أو ضمن سياق إصلاحي عام.
- تُكيف أبعاد الحوكمة الدولية مع البيئة التنظيمية السعودية، وتربطها بالتجمعات الصحية والتحول المؤسسي وحوكمة البيانات وتداخل الأدوار.

- تعتمد على آراء فئات متنوعة تشمل القيادات والكوادر الإدارية والمهنية والسريية والمساندة، بدلاً من الاقتصار على القيادات العليا أو المرضى أو مؤسسة واحدة.
- تقيس الممارسات الفعلية القابلة للإدراك، مثل وضوح الصلاحيات والمساءلة والمشاركة والنزاهة والرقابة والمعلومات. ولا تكتفي بوجود اللوائح والهيكل الرسمية.
- تقدم تحليلاً متكاملاً للبيانات يشمل وصف العينة والبند والأبعاد والثبات والعلاقات والانحدار والتحديات، وتنتهي بخطة تنفيذية قابلة للمتابعة داخل المؤسسات الصحية.

## 2-3 الإطار النظري

### 2-3-1 الأسس النظرية للحوكمة الصحية

#### 2-3-1-1 مفهوم الحوكمة وتطورها

ظهر مفهوم الحوكمة في الأدبيات الاقتصادية والإدارية بوصفه استجابة للحاجة إلى ضبط العلاقة بين من يملكون الموارد أو يفوضون الصلاحيات، وبين من يتولون إدارة تلك الموارد واتخاذ القرارات بشأنها. ثم توسع استخدام المفهوم من نطاق الشركات إلى الإدارة العامة والمؤسسات غير الربحية والقطاعات الخدمية، وأصبح يعبر عن الطريقة التي تُمارس بها السلطة، وتُصنع بها القرارات، وتُحدد بها المسؤوليات، وتُراقب بها النتائج. ويعكس هذا التطور انتقال الاهتمام من سؤال: من يدير المؤسسة؟ إلى أسئلة أوسع، مثل: وفق أي قواعد تُدار؟ ومن يشارك في القرار؟ ولماذا تُقدم التفسيرات؟ وما النتائج المترتبة على الأداء أو التقصير؟

تقوم الحوكمة على افتراض أساسي مؤداه أن الهياكل التنظيمية وحدها لا تكفي لضمان الأداء الجيد، وأن جودة المؤسسة تعتمد على وضوح القواعد الرسمية وغير الرسمية التي تضبط سلوك الفاعلين. ويؤكد التحليل المؤسسي أن الحوكمة تتجسد في القواعد والحوافز والتوقعات التي تشكل التفاعلات بين الأطراف، وليس في الوثائق التنظيمية فقط. ولذلك قد تتشابه مؤسستان في هيكليهما الرسمي، بينما تختلفان بدرجة كبيرة في الشفافية والمساءلة وكفاءة القرار نتيجة اختلاف الثقافة المؤسسية، واستقلال الرقابة، وتدقيق المعلومات، ومدى تطبيق القواعد فعلياً.

أما الحوكمة الجيدة فتشير إلى مجموعة من الخصائص المعيارية التي يُتوقع أن تجعل ممارسة السلطة أكثر مشروعية وفعالية، مثل الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، وسيادة الأنظمة، والنزاهة، والاستجابة، والعدالة، والفعالية والكفاءة. ولا يعني وصف الحوكمة بالجيدة وجود نموذج واحد يصلح لجميع المؤسسات، لأن ترتيب الأولويات والآليات يتأثر بالسياق القانوني والاقتصادي والاجتماعي وبطبيعة المخاطر والخدمات المقدمة. ولهذا ينبغي عند تقييم الحوكمة الجمع بين المبادئ العامة وبين فهم السياق الذي تُطبق فيه.

في القطاع العام، ترتبط الحوكمة كذلك بقيمة المال العام، وعدالة توزيع الخدمات، وقدرة المواطن على معرفة ما تقررته الجهة العامة وكيف تُنفق مواردها وكيف تقيس نتائجها. وفي القطاعات عالية الحساسية كالصحة، تتسع دائرة المسؤولية لتشمل سلامة المرضى، وأخلاقيات الممارسة، وسرية المعلومات، والاستجابة للاحتياجات الصحية، وضمان عدم تحول الضغوط المالية إلى قرارات تضر بجودة الرعاية أو عدالتها.

#### 2-3-1-2 مفهوم الحوكمة الصحية وخصائصها

تعرف الحوكمة الصحية بأنها المنظومة التي تضم القواعد والهياكل والعمليات والعلاقات المستخدمة لتوجيه النظام الصحي أو المؤسسة الصحية، ومراقبة أدائها، وضمان مساءلة القائمين عليها عن القرارات والموارد والنتائج. ووفق منظمة الصحة العالمية، تشمل الحوكمة الصحية الإشراف الاستراتيجي، وبناء التحالفات، والتنظيم، وتصميم الحوافز، ومتابعة الأداء، وضمان المساءلة، بما يساعد على تقديم خدمات متاحة وعادلة وفعالة وميسورة التكلفة وعالية الجودة (WHO, n.d.).

وتُستخدم الحوكمة الصحية بمستويين مترابطين. يشير المستوى الأول إلى حوكمة النظام الصحي ككل، بما يشمل السياسات الوطنية والتشريعات والتمويل وتوزيع الأدوار بين الجهات العامة والخاصة وآليات التنسيق بينها. أما المستوى الثاني فيشير إلى الحوكمة المؤسسية داخل المستشفيات والمجمعات الصحية والمراكز والهيئات، بما يتضمن دور مجالس الإدارة والقيادات التنفيذية واللجان الرقابية والسريية، وإدارة المخاطر والجودة والموارد والبيانات. ويؤثر كل مستوى في الآخر؛ فوضوح الحوكمة الوطنية يسهل حوكمة المؤسسات، بينما توفر المؤسسات ذات الحوكمة الناضجة معلومات ونتائج تعزز صنع السياسات على المستوى الوطني.

تمتاز الحوكمة الصحية عن غيرها بأنها تجمع بين أبعاد إدارية ومالية وسريية وأخلاقية. فإلى جانب الرقابة على الميزانية والموارد البشرية، يجب أن تتعامل مع جودة الرعاية، وسلامة المرضى، والاعتماد المهني، واستقلال القرار السريي، وحماية البيانات، وتعارض المصالح. كما أن تعدد التخصصات الصحية وارتفاع عدم تماثل المعلومات بين مقدم الخدمة والمستفيد يجعل المسألة أكثر تعقيداً، إذ لا يستطيع المريض غالباً تقييم الجودة الفنية للخدمة من دون مؤشرات موثوقة أو جهات رقابية مستقلة.

ومن خصائص الحوكمة الصحية الفعالة: وضوح الرؤية والأهداف؛ تحديد الأدوار ومنع التداخل؛ توفر المعلومات الدقيقة في الوقت المناسب؛ وجود آليات مستقلة للمراجعة والتدقيق؛ ربط الصلاحية بالمسؤولية؛ إشراك المهنيين والمستفيدين في القضايا الملانمة؛ إدارة المخاطر السريية والمالية والتقنية؛ والقدرة على التعلم من النتائج والشكاوى والحوادث. وتتحوّل هذه الخصائص إلى ممارسات قابلة للقياس من خلال مؤشرات مثل نشر السياسات والتقارير، انتظام مراجعة الأداء، وجود سجل للمخاطر، وضوح التفويض، سرعة معالجة الشكاوى، ونسبة تنفيذ القرارات التصحيحية.

### 2-3-1-3 التمييز بين الحوكمة والإدارة والقيادة

كثيراً ما تُستخدم مفاهيم الحوكمة والإدارة والقيادة بصورة متداخلة، مع أن لكل منها وظيفة متميزة. فالحوكمة تحدد الاتجاه العام والقواعد وحدود الصلاحيات والمسؤوليات، وتجيب عن سؤال: من يملك حق اتخاذ القرار، وعلى أي أساس، وكيف تتم المسألة؟ أما الإدارة فتهتم بتحويل الاتجاه والسياسات إلى خطط وعمليات وموارد وأنشطة يومية، بينما تركز القيادة على التأثير في الأفراد وبناء الالتزام وتحفيز التغيير وتحقيق التوافق حول الغايات.

لا تعني قوة الحوكمة تقييد الإدارة أو إبطاء القرار، بل يفترض أن تمنح الإدارة مساحة عمل واضحة ضمن حدود معروفة، وأن تحدد القرارات التي تحتاج إلى تصعيد أو موافقة أو إفصاح. فالحوكمة الضعيفة قد تؤدي إلى تدخل مجالس الإدارة في التفاصيل التشغيلية، أو إلى منح الإدارة التنفيذية صلاحيات واسعة من دون رقابة أو مؤشرات أداء، بينما تحقق الحوكمة الناضجة توازناً بين الاستقلال التنفيذي والرقابة الاستراتيجية.

في المؤسسة الصحية، يضطلع مجلس الإدارة أو الجهة الحاكمة بمسؤوليات مثل اعتماد الاستراتيجية، ومتابعة الجودة والسلامة، وإقرار الأطر المالية وإدارة المخاطر، ومساءلة الإدارة التنفيذية. وتقوم الإدارة التنفيذية بتشغيل الخدمات وتوزيع الموارد وتنفيذ السياسات، في حين تؤثر القيادة السريية والإدارية في ثقافة العمل وسلوك الفرق. ومن ثم فإن تحسين الأداء يتطلب تكاملاً بين الحوكمة التي تضبط النظام، والإدارة التي تدير العمليات، والقيادة التي تحرك الأفراد.

### جدول (6): التمييز بين الحوكمة والإدارة والقيادة

| البعد         | الحوكمة                              | الإدارة                            | القيادة                            |
|---------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| السؤال الرئيس | من يقرر؟ وما قواعد القرار والمساءلة؟ | كيف تُنفذ القرارات وتُدار الموارد؟ | كيف يُحفّز الأفراد ويُقاد التغيير؟ |
| النطاق        | استراتيجي ورقابي                     | تنفيذي وتشغيلي                     | سلوكي وثقافي واستراتيجي            |

| البعد           | الحوكمة                                      | الإدارة                                              | القيادة                                             |
|-----------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| الأدوات         | السياسات، التفويض، اللجان، الرقابة، التقارير | الخطط، الموازنات، الإجراءات، الجداول، مؤشرات التشغيل | الرؤية، التواصل، التأثير، بناء الثقة، إدارة التغيير |
| المخرجات        | وضوح السلطة والمسؤولية والمساءلة             | تنفيذ منظم وتحقيق أهداف تشغيلية                      | التزام وقدرة على التكيف والتعلم                     |
| الخطر عند الضعف | غموض الأدوار وضعف الرقابة وتعارض المصالح     | هدر وتأخير وضعف جودة التنفيذ                         | مقاومة التغيير وضعف الثقافة المؤسسية                |

#### 2-3-1-4 مستويات الحوكمة الصحية

يمكن تحليل الحوكمة الصحية عبر مستويات متعددة، لأن القرارات المتعلقة بالصحة لا تُتخذ في موقع واحد. فعلى المستوى الوطني، تُحدد الرؤية الصحية العامة، والتشريعات، ونموذج التمويل، وعلاقة الدولة بالسوق والقطاع غير الربحي، وآليات توزيع الموارد. وعلى المستوى الوسيط أو الإقليمي، تُترجم السياسات إلى شبكات خدمات وخطط سكانية ومسارات إحالة وتنسيق بين مقدمي الرعاية. وعلى مستوى المؤسسة، تُدار المستشفيات والمراكز والبرامج، بينما يظهر المستوى السريري في القواعد التي تضبط الممارسة المهنية، وسلامة المرضى، والقرارات العلاجية، واستخدام الأدلة.

تزداد جودة الحوكمة عندما يكون الترابط بين هذه المستويات واضحاً. فإذا وضعت الجهة الوطنية أهدافاً دون مؤشرات قابلة للتطبيق أو دون توفير صلاحيات وموارد للمستويات التنفيذية، ظهرت فجوة بين السياسة والممارسة. وفي المقابل، إذا تمتعت المؤسسات باستقلال واسع دون إطار موحد للمساءلة والجودة، فقد تتفاوت الخدمات أو تتعارض الأولويات المحلية مع الأهداف الوطنية. لذلك تتطلب الحوكمة المتعددة المستويات آليات تنسيق وتبادل معلومات وتصعيد للمخاطر وتحديداً واضحاً لما يجب تويده وما يمكن تفويضه.

كما يمكن التمييز بين الحوكمة المؤسسية والحوكمة السريرية وحوكمة المعلومات. تهتم الحوكمة المؤسسية بالأداء العام والاستراتيجية والمال والمخاطر، وتركز الحوكمة السريرية على الجودة والسلامة والممارسة المبنية على الدليل والتحسين المستمر، بينما تركز حوكمة المعلومات على جودة البيانات وخصوصيتها وأمنها وإتاحتها واستخدامها المسؤول. وتتقاطع هذه الأنواع لأن القرارات السريرية والإدارية الحديثة تعتمد على البيانات، ولأن المخاطر التقنية أو المعلوماتية قد تتحول إلى مخاطر على سلامة المريض وسعة المؤسسة واستمرارية أعمالها.

#### جدول (7): مستويات الحوكمة الصحية

| المستوى     | أمثلة للقرارات                              | أدوات الحوكمة                                         | النتيجة المستهدفة          |
|-------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------|
| وطني/نظامي  | السياسات والتشريعات والتمويل وتوزيع الأدوار | استراتيجيات وطنية، أنظمة، جهات تنظيمية، مؤشرات نظامية | اتجاه موحد وعدالة واستدامة |
| إقليمي/شبكي | توزيع الخدمات ومسارات الإحالة والتكامل      | خطط سكانية، اتفاقيات مستوى خدمة، مجالس تنسيق          | تكامل واستمرارية الرعاية   |
| مؤسسي       | الاستراتيجية والميزانية والمخاطر والأداء    | مجلس إدارة، لجان، تدقيق، تقارير أداء                  | مساءلة وكفاءة واستدامة     |
| سريري       | المعايير المهنية وسلامة المرضى والنتائج     | لجان سريرية، مراجعة الحالات، إرشادات، تدقيق سريري     | جودة وسلامة وفعالية        |

| المستوى       | أمثلة للقرارات                   | أدوات الحوكمة                                   | النتيجة المستهدفة             |
|---------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|
| معلوماتي/رقمي | جمع البيانات ومشاركتها وخصوصيتها | سياسات بيانات، صلاحيات وصول، أمن سيبراني، تدقيق | موثوقية وشفافية وحماية للحقوق |

### 2-3-1-5 النظريات المفسرة للحوكمة الصحية

تسهم النظريات التنظيمية في تفسير سبب الحاجة إلى الحوكمة والآليات التي قد تؤدي بها إلى تحسين النتائج. ولا توجد نظرية واحدة تفسر جميع جوانب الحوكمة الصحية، لذلك يفيد الجمع بين عدد من المنظورات النظرية لفهم العلاقات بين أصحاب المصلحة والحوافز والقواعد والثقافة والموارد.

أولاً: نظرية الوكالة. تفترض هذه النظرية وجود علاقة تفويض بين الأصيل والوكيل، مثل علاقة الدولة أو المجتمع بإدارة المؤسسة الصحية، أو علاقة مجلس الإدارة بالإدارة التنفيذية. وتنشأ المشكلة عندما تختلف مصالح الطرفين أو يمتلك الوكيل معلومات أكثر من الأصيل. وتبرر النظرية استخدام التقارير والتدقيق والحوافز ومؤشرات الأداء والإفصاح للحد من عدم تماثل المعلومات والسلوك الانتهازي. وفي القطاع الصحي تتسع علاقات الوكالة لتشمل المريض ومقدم الخدمة والممول والجهة المنظمة، مما يجعل الشفافية والمساءلة ضروريتين لحماية المصلحة العامة.

ثانياً: نظرية أصحاب المصلحة. ترى هذه النظرية أن المؤسسة مسؤولة أمام مجموعة واسعة من الأطراف، وليس أمام المالك أو الممول فقط. وتشمل الأطراف في المؤسسات الصحية المرضى وأسرهم والعاملين والجهات التنظيمية والممولين والموردين والمجتمع. وبناءً على ذلك، ينبغي أن تراعي الحوكمة التوازن بين الجودة والاستدامة وحقوق العاملين وعدالة الوصول وسلامة المرضى، وأن توفر قنوات مناسبة للمشاركة والتواصل ومعالجة الشكاوى.

ثالثاً: النظرية المؤسسية. تركز على أثر القواعد الرسمية والثقافة والتوقعات الاجتماعية والمهنية في سلوك المؤسسات. وقد تتبنى مؤسسة صحية سياسة أو لجنة استجابة لمتطلبات تنظيمية أو ضغوط مهنية، لكن الفاعلية تعتمد على تحولها من امتثال شكلي إلى ممارسة متجذرة في العمليات. وتساعد هذه النظرية على تفسير ظاهرة وجود سياسات مكتوبة لا تنعكس على القرارات اليومية بسبب ضعف الحوافز أو تضارب الأعراف الداخلية.

رابعاً: نظرية الإشراف أو القوامة. تنطلق من أن المديرين والمهنيين قد يتصرفون بوصفهم أمناء على رسالة المؤسسة، وليس فقط كأفراد يسعون إلى مصالح شخصية. ووفق هذا المنظور، تركز الحوكمة على الثقة والتمكين والالتزام المهني إلى جانب الرقابة. وتعد هذه الرؤية مهمة في القطاع الصحي الذي يعتمد على أخلاقيات المهن الصحية والدافع لخدمة المريض. إلا أن الثقة لا تلغي الحاجة إلى المساءلة، بل تتكامل معها في بيئة توضح التوقعات وتدعم التعلم ولا تتسامح مع الإهمال المتعمد.

خامساً: نظرية الاعتماد على الموارد. تفترض أن المؤسسة تحتاج إلى علاقات خارجية للحصول على التمويل والكوادر والمعرفة والتقنيات، وأن تكوين المجالس والشراكات والشبكات يساعدها على إدارة هذا الاعتماد. وفي المؤسسات الصحية، يمكن للحوكمة أن تعزز التنسيق مع الجامعات والقطاع الخاص والجهات التنظيمية والمجتمع، لكنها تحتاج أيضاً إلى ضوابط لتعارض المصالح وحماية استقلال القرار.

سادساً: نظرية النظم والتغذية الراجعة. تنظر إلى المؤسسة الصحية كنظام مترابط لا يمكن تحسين جزء منه بمعزل عن بقية الأجزاء. وتؤكد أهمية المعلومات ومؤشرات الأداء ودورات المراجعة والتصحيح. ومن هذا المنظور، تعمل الحوكمة كألية توجيه تضبط الأهداف، وتقيس الانحرافات، وتتعلم من النتائج، وتعيد تخصيص الموارد أو تعديل السياسات.

## جدول (8): النظريات المفسرة للحوكمة الصحية

| النظرية                | المشكلة التي تفسرها                    | أبرز آليات الحوكمة المستمدة منها                         |
|------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| نظرية الوكالة          | اختلاف المصالح وعدم تماثل المعلومات    | الإفصاح، التدقيق، الحوافز، الرقابة، تحديد الصلاحيات      |
| أصحاب المصلحة          | تعدد المصالح والحقوق المتأثرة          | المشاركة، التشاور، قنوات الشكاوى، موازنة المصالح         |
| المؤسسية               | الفجوة بين القواعد الرسمية والممارسة   | ترسيخ الثقافة، الامتثال الفعلي، توحيد الإجراءات، التقييم |
| الإشراف/القوامة        | الحاجة إلى الثقة والالتزام بالرسالة    | التمكين، القيادة الأخلاقية، المساءلة التعليمية           |
| الاعتماد على الموارد   | اعتماد المؤسسة على أطراف وموارد خارجية | الشراكات، تنوع المجلس، إدارة تعارض المصالح               |
| النظم والتغذية الراجعة | ترابط العمليات والحاجة إلى التعلم      | مؤشرات الأداء، المراجعة الدورية، الإجراءات التصحيحية     |

## 2-3-1-6 مبادئ وأبعاد الحوكمة الصحية

تتعدد أطر الحوكمة الصحية، إلا أن الأدبيات تتقاطع حول مجموعة من الأبعاد الأساسية. فقد اقترح Siddiqi وآخرون (2009) إطاراً يضم عشرة مبادئ تشمل الرؤية الاستراتيجية، والمشاركة والتوافق، وسيادة القانون، والشفافية، والاستجابة، والعدالة والشمول، والفعالية والكفاءة، والمساءلة، والمعلومات، والأخلاقيات. كما خلص إطار TAPIC إلى خمسة مجالات تحليلية هي الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، والنزاهة، والقدرة، باعتبارها مجالات تساعد على تشخيص مشكلات صنع القرار والتنفيذ (Greer et al., 2019).

الشفافية تعني إتاحة المعلومات ذات الصلة بالقرارات والإجراءات والنتائج بطريقة مفهومة وفي الوقت المناسب، مع بيان أسس القرار والجهات المسؤولة عنه. ولا تتطلب الشفافية نشر جميع المعلومات دون قيود، خاصة في القطاع الصحي، بل تحقيق توازن بين حق المعرفة وخصوصية المرضى والسرية المهنية والأمن السيبراني.

المساءلة تعني التزام صاحب الصلاحية بتقديم تفسير عن أفعاله ونتائجه، وإمكانية تقييم هذا التفسير ووجود نتائج أو إجراءات عند التقصير. وتحتاج المساءلة إلى وضوح التوقعات والمؤشرات، وإلى جهة تستطيع طلب التفسير والتحقق واتخاذ الإجراء. لذلك فإن جمع البيانات وحده لا يحقق المساءلة ما لم يُربط بمراجعة منتظمة وقرارات تصحيحية.

المشاركة تعني تمكين الأطراف المتأثرة من تقديم مدخلات مناسبة في القرارات، سواء كانوا مهنيين أو مرضى أو موظفين أو شركاء. وتختلف درجة المشاركة باختلاف نوع القرار؛ فقد تكون استشارية في بعض السياسات، أو تشاركية في تصميم الخدمات، أو تمثيلية في اللجان والمجالس. وتساعد المشاركة على تحسين ملاءمة القرارات وكشف آثارها المحتملة وتعزيز قبولها.

النزاهة وسيادة الأنظمة تعنيان اتساق القرارات مع القواعد والقيم المهنية، ومنع إساءة استخدام السلطة، وإدارة تعارض المصالح، وعدالة تطبيق الإجراءات. ويكتسب هذا البعد أهمية خاصة في المشتريات الصحية، والتوظيف، والتعاقدات، والإحالات، واعتماد الأدوية والتقنيات، حيث قد تؤدي المصالح المتعارضة إلى قرارات مكلفة أو غير عادلة.

القدرة المؤسسية تشير إلى امتلاك الجهة للموارد والكفاءات والبيانات والأدوات اللازمة لصنع السياسات وتنفيذها ومراقبتها. فالحوكمة ليست مجرد قيود، بل تحتاج إلى قدرة تحليلية وقانونية وتقنية وقيادية. وقد تكون السياسات شفافة والمساءلة واضحة، لكن ضعف القدرات البشرية أو نظم المعلومات يمنع تحقيق النتائج.

الفعالية والكفاءة ترتبطان بقدرة المؤسسة على تحقيق النتائج المطلوبة وحسن استخدام الموارد. وتندرج الكفاءة في بعض الأطر ضمن مبادئ الحوكمة، بينما تُعامل في الدراسة الحالية كمتغير تابع؛ لأن الهدف هو تحليل مدى إسهام ممارسات الحوكمة في تحسين استخدام الموارد والعمليات والقرارات داخل المؤسسات الصحية.

#### جدول (9): مبادئ وأبعاد الحوكمة الصحية

| البعد                  | التعريف الإجرائي النظري                              | أمثلة لممارسات قابلة للرصد                                              |
|------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| الشفافية               | وضوح وإتاحة المعلومات وأسس القرارات والنتائج         | نشر السياسات، تقارير الأداء، الإفصاح عن المعايير، سهولة الوصول للمعلومة |
| المساءلة               | تقديم التفسير عن الأداء ووجود مراجعة وعواقب أو تصحيح | تقارير دورية، لجان مراجعة، متابعة التوصيات، ربط المسؤولية بالصلاحيات    |
| المشاركة               | إتاحة فرص مؤثرة لأصحاب المصلحة للمساهمة              | استطلاعات، مجالس مرضى، مشاركة العاملين، استشارات                        |
| النزاهة وسيادة الأنظمة | اتساق القرار مع القيم واللوائح وإدارة تعارض المصالح  | إفصاحات مصالح، سياسات مشتريات، قنوات بلاغات، عدالة الإجراءات            |
| القدرة المؤسسية        | توفر المهارات والموارد والبيانات لتنفيذ الحوكمة      | تدريب، أنظمة معلومات، تحليل بيانات، موارد للتدقيق وإدارة المخاطر        |
| الاستجابة والعدالة     | سرعة وملاءمة الاستجابة وتكافؤ الوصول والمعاملة       | زمن معالجة الشكاوى، عدالة التوزيع، خدمات للفئات المختلفة                |

#### 1-3-2 نماذج وأطر الحوكمة الصحية

تساعد أطر الحوكمة على تحويل المفهوم الواسع إلى أبعاد ومؤشرات قابلة للتحليل. وقد أظهرت مراجعة Barbazza و(2014) Tello تنوع تعريفات الحوكمة وأدواتها، كما بينت مراجعة Pyone وآخرين (2017) أن الأطر تختلف في أهدافها ومستوى تطبيقها والأسس النظرية التي تستند إليها. وهذا يعني أن اختيار الإطار ينبغي أن يرتبط بسؤال الدراسة ومستوى التحليل، لا بمجرد شيوع النموذج.

إطار منظمة الصحة العالمية للقيادة والإشراف ينظر إلى الحوكمة بوصفها إحدى لبنات النظام الصحي، ويركز على وجود سياسات استراتيجية ورقابة وتنظيم ومساءلة. ويتميز بربط الحوكمة بقيّة مكونات النظام مثل التمويل والقوى العاملة والمعلومات وتقديم الخدمات، لكنه واسع وقد يحتاج إلى تفصيل مؤسسي عند استخدامه داخل المستشفى.

إطار Siddiqi وآخرين (2009) من أكثر الأطر شمولاً، إذ يضم عشرة مبادئ ويفرق بين مستوى صياغة السياسة ومستوى التنفيذ. وتكمن قوته في ملاءمته للنظم الصحية وفي شموله للمعلومات والأخلاقيات والعدالة، إلا أن كثرة أبعاده وأسئلته قد تجعل تطبيقه الكامل يحتاج إلى بيانات واسعة ومصادر متعددة.

إطار TAPIC الذي طوّره Greer وآخرون يجمع الحوكمة في خمسة مجالات: الشفافية والمساءلة والمشاركة والنزاهة والقدرة. ويتميز ببساطته النسبية وتركيزه على تشخيص المشكلات التي تعوق صنع القرار والتنفيذ. كما يؤكد أن زيادة كل بُعد ليست دائماً هدفاً مطلقاً؛ فالإفراط في الإجراءات أو المشاركة غير المصممة جيداً قد يبطئ القرار، ولذلك يجب تقييم التوازن والملاءمة للسياق.

أما الحوكمة السريرية فتركز على مسؤولية المؤسسة عن التحسين المستمر لجودة الخدمات والمحافظة على معايير الرعاية وسلامة المرضى، من خلال التدقيق السريري، وإدارة المخاطر، والتعليم المستمر، والممارسة المبنية على الدليل، وإشراك المرضى.

وهي مهمة للدراسة لأن الكفاءة في المؤسسة الصحية لا يمكن تقييمها بمعزل عن الجودة والسلامة؛ فالخضف المالي الذي يزيد الأخطاء أو إعادة التنويم لا يمثل كفاءة حقيقية.

ويبرز نموذج الحوكمة المسؤولة للمستشفيات الذي تناولته المراجعات الحديثة، حيث حددت مراجعة Jalilvand وآخرين (2024) موضوعات رئيسة تشمل الحوكمة الشاملة، والالتزام بالمساءلة، والتخطيط للمساءلة، والاستقلالية المنضبطة. ويبين هذا الاتجاه أن مساءلة المستشفى لا تقتصر على الأداء المالي، بل تشمل الجودة والسلامة والمسؤولية الاجتماعية والسياسية تجاه المجتمع. استناداً إلى هدف الدراسة الحالية، يمكن الاستفادة من عناصر إطار TAPIC وإطار Siddiqi مع التركيز على ممارسات الحوكمة المؤسسية التي يُتوقع أن تؤثر في الشفافية والكفاءة. ويُعامل مفهوم الحوكمة الصحية كمتغير شامل يتجسد في وضوح الأدوار والمساءلة والمشاركة والنزاهة والرقابة والقدرة على استخدام المعلومات، بينما تقاس الشفافية والكفاءة كنتائج تنظيميين رئيسيين.

جدول (10): نماذج وأطر الحوكمة الصحية

| الإطار                  | الأبعاد الرئيسية                                              | المستوى الأنسب                    | نقاط القوة                      | ملاحظات تطبيقية                                |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| منظمة الصحة العالمية    | السياسة الاستراتيجية، الرقابة، التنظيم، المساءلة              | النظام الصحي والمؤسسات            | يربط الحوكمة بأداء النظام كله   | واسع ويحتاج إلى مؤشرات تفصيلية                 |
| Siddiqi et al. (2009)   | 10 مبادئ تشمل الشفافية والمساءلة والكفاءة والمعلومات والأخلاق | وطني وإقليمي ومؤسسي               | شامل ومصمم للصحة                | يتطلب بيانات واسعة عند تطبيقه كاملاً           |
| TAPIC                   | الشفافية، المساءلة، المشاركة، النزاهة، القدرة                 | تحليل السياسات والتنفيذ والمؤسسات | مركز وسهل الاستخدام التشخيصي    | يؤكد التوازن والسياق لا الزيادة المطلقة        |
| الحوكمة السريرية        | الجودة، السلامة، التدقيق، المخاطر، التعلم                     | المؤسسات والفرق السريرية          | يربط الحوكمة بنتائج الرعاية     | يحتاج إلى التكامل مع الحوكمة المالية والإدارية |
| حوكمة المستشفى المسؤولة | الشمول، الالتزام، التخطيط للمساءلة، الاستقلالية               | المستشفيات ومجالس الإدارة         | يجمع المالي والسريري والاجتماعي | يتأثر بالنظام القانوني ونموذج ملكية المستشفى   |

## 2-3-2 الشفافية في المؤسسات الصحية

### 2-3-2-1 مفهوم الشفافية وأهميتها

الشفافية هي إتاحة المعلومات المتعلقة بالقواعد والقرارات والإجراءات والموارد والنتائج بطريقة صحيحة ومفهومة وفي الوقت الملائم للأطراف التي تحتاج إليها. ولا تقتصر على نشر البيانات، بل تشمل قابلية المعلومات للتفسير والمقارنة، ووضوح مصدرها ومسؤولية الجهة عنها، وإمكانية استخدامها في التقييم وصنع القرار. ويعرّف إطار TAPIC الشفافية بأنها قيام المؤسسات بإبلاغ الجمهور والفاعلين بالقرارات المرتقبة والمتخذة، وبالعلمية والأسس التي بُنيت عليها القرارات (Greer et al., 2019).

في المؤسسة الصحية، تؤدي الشفافية وظائف متعددة. فهي تمكن مجلس الإدارة والقيادات من متابعة الأداء والمخاطر، وتساعد العاملين على فهم المعايير والتوقعات، وتمنح المرضى معلومات عن حقوقهم وخياراتهم ومسارات الخدمة، وتتيح للجهات التنظيمية والممولين تقييم الامتثال والنتائج. كما تقلل من مساحة القرارات غير المبررة، وتدعم اكتشاف الانحرافات في المشتريات أو التوظيف أو توزيع الموارد.

وتزداد أهمية الشفافية في ظل عدم تماثل المعلومات الذي يميز الخدمات الصحية. فمقدم الخدمة يمتلك معرفة فنية أكبر من المريض، والإدارة التنفيذية تمتلك معلومات تشغيلية أكثر من مجلس الإدارة أو المجتمع. وقد تؤدي هذه الفجوة إلى صعوبة تقييم الجودة أو التكلفة أو العدالة. وتعمل الحوكمة على تقليل الفجوة من خلال مؤشرات موثوقة وتقارير منتظمة وآليات إفصاح ومراجعة مستقلة.

مع ذلك، ليست الشفافية قيمة مطلقة منفصلة عن بقية القيم. فالقطاع الصحي يتعامل مع بيانات شخصية وسريّة حساسة، ويجب أن تخضع الإتاحة لمبادئ الخصوصية والحد الأدنى اللازم والغرض المشروع وأمن المعلومات. ولذلك تتمثل الشفافية الرشيدة في نشر ما يلزم للمساءلة والثقة وتحسين القرار، مع حماية ما يجب حمايته من بيانات الأفراد والمعلومات الأمنية أو التعاقدية المشروعة.

## 2-3-2-2 أبعاد الشفافية الصحية

يمكن تحليل الشفافية في المؤسسات الصحية عبر عدة أبعاد مترابطة. أولها شفافية السياسات والأنظمة، أي سهولة الوصول إلى اللوائح والإجراءات والمعايير ومعرفة التحديثات التي تطرأ عليها. وثانيها شفافية القرار، التي تتطلب توضيح الجهة صاحبة الصلاحية والمعايير المستخدمة والبدائل التي نوقشت وأسباب الاختيار، خصوصاً في القرارات ذات الأثر الواسع.

البعد الثالث هو شفافية الأداء، وتشمل نشر أو مشاركة مؤشرات الجودة والسلامة والوصول والتكلفة والإنتاجية وتجربة المريض. وينبغي أن تكون المؤشرات معرفة بوضوح، وأن تتضمن سياقاً يساعد على تفسيرها، لأن عرض الأرقام دون شرح قد يؤدي إلى استنتاجات مضللة. أما البعد الرابع فهو الشفافية المالية، ويشمل وضوح الموازنات والمصروفات والتعاقدات والمشتريات ومبررات الانحراف عن الخطة.

البعد الخامس هو شفافية الخدمة وحقوق المستفيد، مثل وضوح شروط الاستحقاق، ومسار الحصول على الخدمة، وأوقات الانتظار، والتكاليف أو المنافع، وقنوات الاعتراض والشكاوى. ويسهم هذا البعد في العدالة وتقليل الاعتماد على العلاقات الشخصية أو المعلومات غير الرسمية. والبعد السادس هو الشفافية الداخلية، أي وصول الموظفين والفرق إلى المعلومات اللازمة لأداء العمل وفهم الأولويات والتغييرات، وهو شرط لتقليل الازدواجية والمقاومة والشائعات.

يتعلق البعد السابع بالشفافية السريّة، ويشمل التواصل الواضح مع المريض بشأن التشخيص والخيارات والمخاطر والمنافع، والإفصاح المهني عن الأخطاء وفق السياسات المعتمدة، وإتاحة المعلومات التي تدعم الموافقة المستنيرة. وتختلف الشفافية السريّة عن نشر البيانات العامة، لكنها تشترك معها في احترام حق المستفيد في المعرفة واتخاذ القرار.

جدول (11): أبعاد الشفافية الصحية

| البعد                 | المحتوى                                    | مؤشرات محتملة                                            |
|-----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| السياسات والإجراءات   | إتاحة الأنظمة والمعايير والتحديثات         | سهولة الوصول، وضوح اللغة، انتظام التحديث                 |
| القرارات              | بيان الصلاحية والمعايير والأسباب           | توثيق محاضر القرارات، إعلان المعايير، الإفصاح عن التعارض |
| الأداء                | مؤشرات الجودة والسلامة والوصول والإنتاجية  | انتظام التقارير، دقة المؤشرات، المقارنة بالمستهدف        |
| المالية والمشتريات    | الموازنة والإنفاق والعقود ومعايير الاختيار | مراجعة مستقلة، منافسة عادلة، تفسير الانحرافات            |
| حقوق المستفيد والخدمة | الاستحقاق والمسار والانتظار والشكاوى       | وضوح الخدمة، سهولة الاعتراض، زمن الاستجابة               |

| البعد    | المحتوى                                                                        | مؤشرات محتملة                                       |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| الداخلية | تدفق المعلومات بين الإدارات والمستويات                                         | سرعة وصول المعلومة، اتساق الرسائل، تقليل الازدواجية |
| السريية  | المعلومات اللازمة للموافقة والقرار فهم المريض، توثيق الموافقة، التواصل العلاجي | عن المخاطر                                          |

### 2-3-2-3 آليات تعزيز الشفافية

تتحقق الشفافية من خلال مجموعة من الآليات المؤسسية، تبدأ بسياسة إفصاح تحدد أنواع المعلومات، والجمهور المستهدف، وتوقيت النشر، والمسؤول عن المراجعة والتحديث، والاستثناءات المتعلقة بالخصوصية والأمن. ويجب أن تتكامل السياسة مع إدارة السجلات والبيانات لضمان أن المعلومات المنشورة صحيحة وقابلة للتتبع.

تعد لوحات الأداء من أهم الأدوات، لأنها تجمع مؤشرات مختارة وتعرض اتجاهاتها مقارنة بالمستهدفات. ولكي تدعم الشفافية، ينبغي ألا تقتصر على المؤشرات الإيجابية، وأن توضح تعريف المؤشر ومصدر البيانات والفترة الزمنية. كما يجب أن ترتبط اجتماعات مراجعة الأداء بقرارات ومسؤوليات ومواعيد متابعة، وإلا تحولت اللوحات إلى عرض شكلي.

تدعم تقارير الجودة والسلامة وتجربة المريض والمراجعة الداخلية للشفافية المؤسسية، خصوصاً عندما تُرفع إلى جهة مستقلة نسبياً عن الإدارة المسؤولة عن التنفيذ. وتساعد قنوات البلاغات والشكاوى وحماية المبلغين على كشف معلومات قد لا تظهر في التقارير الرسمية. كما أن نشر نتائج معالجة الشكاوى بصورة مجمعة يوضح أن المؤسسة تتعلم وتصحح.

تسهم الرقمنة في تحسين الشفافية من خلال توحيد السجلات، وتوفير أثر تدقيقي للعمليات، وتقليل الاعتماد على المعاملات الورقية أو القرارات الشفهية. لكنها قد تخلق مخاطر جديدة إذا كانت الصلاحيات غير منضبطة أو البيانات غير دقيقة أو الخوارزميات غير قابلة للتفسير. لذا يجب أن تكون الحوكمة الرقمية جزءاً من حوكمة المؤسسة لا مشروعاً تقنياً منفصلاً.

وأخيراً، تحتاج الشفافية إلى ثقافة تسمح بطرح الأسئلة والإبلاغ عن المشكلات دون خوف غير مبرر. فالمؤسسة قد تنشر سياسات كثيرة، لكن العاملين قد يجمعون عن مشاركة المعلومات السلبية إذا ارتبط الإفصاح بالعقاب التلقائي. ومن ثم ينبغي التمييز بين الخطأ البشري الذي يتطلب التعلم وتحسين النظام، وبين الإهمال أو المخالفة المتعمدة التي تتطلب المساءلة.

### 2-3-2-4 معوقات الشفافية في المؤسسات الصحية

من أبرز معوقات الشفافية تشتت البيانات بين أنظمة وإدارات متعددة، واختلاف تعريفات المؤشرات، وضعف جودة الإدخال، مما يجعل المعلومات متأخرة أو متعارضة. كما قد تؤدي المركزية المفرطة إلى احتفاظ مستويات محددة بالمعلومات أو بطء اعتمادها، بينما يؤدي التفويض غير المنضبط إلى نشر معلومات غير موحدة أو غير دقيقة.

يشكل الخوف من المساءلة أو الإضرار بالسمعة عائقاً آخر، إذ قد تميل بعض الإدارات إلى التركيز على النجاحات وتقليل ظهور الإخفاقات. ويؤدي غياب ثقافة التعلم إلى اعتبار كل مؤشر سلبي دليلاً على فشل شخصي بدلاً من كونه فرصة لتحسين النظام. كما أن تضارب المصالح أو ضعف استقلال المراجعة قد يمنع الإفصاح الكامل عن المخاطر أو الانحرافات.

توجد أيضاً معوقات تتعلق بقدرة المستفيد على فهم المعلومات. فالشفافية لا تتحقق بنشر تقارير فنية معقدة لا يستطيع غير المتخصص تفسيرها. لذلك ينبغي استخدام لغة واضحة، وشرح المقاييس، وتقديم ملخصات مناسبة للفئات المختلفة، مع تجنب التبسيط المخل أو المقارنات غير العادلة بين مؤسسات تخدم مجموعات مختلفة من المرضى.

أما الحماية الزائدة للمعلومات بحجة الخصوصية فقد تتحول إلى مبرر لعدم الإفصاح عن بيانات مجمعة أو إدارية لا تمس الأفراد. وفي المقابل، قد يؤدي الإفصاح غير المنضبط إلى كشف معلومات شخصية أو تجارية أو أمنية. ويتطلب الحل تصنيفاً واضحاً للمعلومات وآليات لإخفاء الهوية والمراجعة القانونية والأمنية قبل النشر.

### 2-3-3 الكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية

#### 2-3-3-1 مفهوم الكفاءة والتميز بينها وبين الفعالية والجودة

الكفاءة هي القدرة على تحقيق أكبر قدر ممكن من المخرجات أو النتائج باستخدام الموارد المتاحة، أو تحقيق مستوى محدد من النتائج بأقل موارد ممكنة، مع المحافظة على المعايير المطلوبة. ويشمل مفهوم الموارد الوقت والمال والقوى العاملة والتجهيزات والأسرة والدواء والمعلومات. ولا تعني الكفاءة مجرد خفض التكلفة، لأن تقليل الموارد بطريقة تؤدي إلى تدهور الجودة أو زيادة المضاعفات وإعادة التنويم قد يرفع التكلفة الكلية ويضر بالنتائج.

تختلف الكفاءة عن الفعالية؛ فالفعالية تتعلق بمدى تحقيق الأهداف والنتائج المطلوبة، أما الكفاءة فتتعلق بالعلاقة بين النتائج والموارد. وقد تكون المؤسسة فعالة في تحقيق هدفها لكنها تستخدم موارد أكثر من اللازم، أو تكون كفؤة في تنفيذ عملية لا تحقق نتيجة صحية مهمة. ولذلك تحتاج الإدارة الصحية إلى الجمع بين الفعالية والكفاءة والقيمة، حيث تعبر القيمة عن النتائج المهمة للمريض مقارنة بالتكلفة الكلية لتحقيقها.

كما ترتبط الكفاءة بالجودة ولا تتعارض معها بالضرورة. فخفض الأخطاء والازدواجية والانتظار غير الضروري وتحسين التنسيق يمكن أن يحسن الجودة ويقلل التكلفة في الوقت نفسه. لكن بعض التحسينات تتطلب استثماراً أولياً في التقنية أو التدريب أو القوى العاملة، ولذلك ينبغي تقييم الكفاءة على مدى زمني مناسب وعدم الاقتصار على الأثر المالي الفوري.

تتميز الكفاءة الصحية بصعوبة القياس لأن مخرجات المؤسسة متعددة، ولأن شدة الحالات تختلف، ولأن بعض النتائج تظهر بعد وقت طويل. لذلك تستخدم المؤسسات مزيجاً من المؤشرات التشغيلية والمالية والسريية، مثل زمن الانتظار، واستغلال الأسرة، ومتوسط مدة الإقامة، وتكلفة الحالة، وإعادة التنويم، وإنتاجية العيادات، ونسبة الهدر، مع تعديل المقارنات بحسب خصائص المرضى والخدمات.

#### 2-3-3-2 أنواع الكفاءة في المؤسسات الصحية

الكفاءة الفنية تعني إنتاج أكبر قدر من الخدمات أو النتائج باستخدام مجموعة محددة من الموارد، مثل زيادة عدد المستفيدين الذين يحصلون على خدمة آمنة من دون زيادة مماثلة في ساعات العمل أو الأسرة. أما الكفاءة التخصيصية فتعني توزيع الموارد بين الخدمات والمناطق والفئات بطريقة تحقق أعلى منفعة صحية ممكنة، مثل توجيه الاستثمار نحو الوقاية أو الرعاية الأولية عندما يحقق ذلك نتائج أفضل من التوسع غير المدروس في خدمات مرتفعة التكلفة.

الكفاءة التشغيلية تركز على سلاسة العمليات اليومية، وتقليل الوقت الضائع والانتظار والتكرار، وتحسين الجدولة وسلاسل الإمداد ومسارات المرضى. والكفاءة الإدارية تتعلق بجودة تصميم الهياكل والإجراءات والقرارات واستخدام الموارد الإدارية، بما يشمل تقليل الازدواجية، وتسريع الاعتمادات، ووضوح التفويض، وربط الأداء بالأهداف.

الكفاءة المالية تعني إدارة الميزانية والتكاليف والتعاقدات والمشتريات بما يحقق الاستدامة والقيمة، مع الالتزام بالرقابة ومنع الهدر. أما الكفاءة السريية فتتعلق باختيار التدخل المناسب للمريض المناسب في الوقت المناسب، وتجنب الفحوصات أو الإجراءات غير الضرورية، وتحسين الالتزام بالأدلة والمسارات السريية.

توجد كذلك كفاءة ديناميكية تتمثل في قدرة المؤسسة على الابتكار والتعلم والتكيف مع التغيرات. فقد تكون العملية الحالية منخفضة التكلفة، لكنها تعتمد على تقنية قديمة أو مهارات لا تتوافق مع المستقبل. وتدعم الحوكمة الجيدة هذا النوع من الكفاءة من خلال إدارة محفظة المشاريع، وتقييم الابتكارات، ووقف المبادرات غير المجدية، وتوسيع الممارسات التي تثبت نتائجها.

## جدول (12): أنواع الكفاءة في المؤسسات الصحية

| نوع الكفاءة | السؤال الذي تجيب عنه                     | أمثلة للمؤشرات                                           |
|-------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| الفنية      | هل ننتج أقصى مخرجات بالموارد الحالية؟    | إنتاجية العيادات، استغلال الأسرة، عدد الحالات لكل مورد   |
| التخصيصية   | هل نضع الموارد في الخدمات الأعلى قيمة؟   | توزيع الإنفاق، التغطية السكانية، عبء المرض مقابل الموارد |
| التشغيلية   | هل تسير العمليات بأقل تأخير وهدر؟        | زمن الانتظار، مدة الدورة، إلغاء المواعيد، المخزون        |
| الإدارية    | هل القرارات والهياكل والإجراءات رشيدة؟   | زمن الاعتماد، ازدواجية المهام، نسبة تنفيذ القرارات       |
| المالية     | هل تُدار التكلفة والعقود باستدامة؟       | تكلفة الحالة، انحراف الميزانية، وفورات المشتريات         |
| السريرية    | هل تُستخدم التدخلات المناسبة وفق الدليل؟ | إعادة التنويم، الفحوص غير الضرورية، الالتزام بالمسارات   |
| الديناميكية | هل تتعلم المؤسسة وتتطور بمرور الوقت؟     | توسيع الابتكارات الناجحة، إيقاف المبادرات غير المجدية    |

### 2-3-3-3 محددات الكفاءة الإدارية في المؤسسة الصحية

تتأثر الكفاءة بوضوح الأهداف والأدوار؛ فغموض المسؤوليات يؤدي إلى تكرار العمل أو ترك فجوات بين الإدارات، بينما يتيح التفويض الواضح اتخاذ القرار في المستوى الأقرب إلى العملية. كما تتأثر بجودة المعلومات، لأن القرارات المتعلقة بالكوادر والميزانيات والطاقة الاستيعابية تحتاج إلى بيانات آنية ودقيقة، وليس إلى انطباعات أو متوسطات لا تعكس الاختلافات.

تعد كفاءة القوى العاملة محدداً رئيساً، ليس فقط من حيث العدد، بل من حيث مزيج المهارات وتوزيع المهام والجدولة والتدريب والتحفيز. وقد يؤدي نقص تخصص معين إلى اختناقات تعطل موارد أخرى، كما قد يؤدي استخدام مهني عالي التكلفة في مهام يمكن تفويضها إلى هدر. وتحتاج الحوكمة إلى سياسات تحدد نطاقات الممارسة وتراقب العدالة والعبء والإنتاجية دون إغفال جودة العمل ورفاه الموظفين.

تؤثر المشتريات وسلاسل الإمداد في الكفاءة من خلال توفر المستلزمات وتكلفتها ومستوى المخزون والهدر والانقطاع. وتساعد الحوكمة عبر توحيد المواصفات، والمنافسة العادلة، وتحليل التكلفة الكلية، وإدارة العقود، ومراقبة الموردين. كما أن إدارة الأصول والصيانة الوقائية تقلل الأعطال وتزيد الاستفادة من المعدات مرتفعة التكلفة.

تسهم التقنية والتحول الرقمي في الكفاءة عندما تبسط العمليات وتوحد البيانات وتدعم القرار، لكنها قد تزيد العبء إذا أدخلت أنظمة متعددة غير مترابطة أو صُممت دون مشاركة المستخدمين. ومن ثم فإن حوكمة المشاريع الرقمية يجب أن تربط الاستثمار بمشكلة واضحة ومؤشرات منفعة واعتماد مستخدمين وخطة للتكامل وإدارة التغيير.

وأخيراً، تؤثر ثقافة التحسين المستمر في قدرة المؤسسة على اكتشاف الهدر ومعالجة أسبابه. فإذا كانت المؤشرات تستخدم للعقاب فقط، قد تنتج الإدارات إلى تحسين الأرقام أو إخفاء المشكلات بدلاً من تحسين العملية. أما عندما تقترن المساءلة بالتعلم وتكون البيانات موثوقة، تصبح مراجعة الأداء أداة لتجريب الحلول وقياس أثرها وتعميم الناجح منها.

### 2-3-3-4 مؤشرات قياس الكفاءة

يجب اختيار مؤشرات الكفاءة بما يتوافق مع أهداف المؤسسة وطبيعة خدماتها. فالمؤشر الجيد ينبغي أن يكون معرّفاً بوضوح، وقابلًا للقياس والمقارنة، ومثلاً إلى حد معقول بقرارات المؤسسة، وألا يشجع سلوكاً عكسياً. فعلى سبيل المثال، تقليل مدة الإقامة قد يكون إيجابياً إذا لم يرفع إعادة التنويم أو المضاعفات، ولذلك يفضل استخدام حزمة مترابطة من المؤشرات بدلاً من مؤشر منفرد.

تشمل المؤشرات التشغيلية أوقات الانتظار، ونسب عدم الحضور، واستخدام غرف العمليات، ومعدل دوران السرير، ومدة الإقامة، وزمن إنجاز الفحص أو صرف الدواء. وتشمل المؤشرات المالية تكلفة الحالة أو الزيارة، والانحراف عن الميزانية، وقيمة المخزون الراكد، ونسبة المشتريات الطارئة، والعائد على الاستثمار في المشاريع.

أما المؤشرات الإدارية فتشمل زمن دورة القرار، ونسبة المعاملات المنجزة ضمن مستوى الخدمة، وعدد مستويات الموافقة، ونسبة تنفيذ توصيات التدقيق، ونسبة المشاريع المنجزة في الوقت والميزانية. وتساعد هذه المؤشرات على كشف الهدر الذي لا يظهر في المؤشرات السريرية، مثل التأخير الناتج عن غموض التفويض أو تكرار المراجعة.

ينبغي ربط مؤشرات الكفاءة بمؤشرات الجودة والإنصاف وتجربة المريض، لأن التحسين الحقيقي يحقق توازناً بين الأبعاد. كما يجب تحليل المؤشرات على مستوى الوحدات والفئات الزمنية والسكانية للكشف عن التفاوت، وعدم الاكتفاء بالمتوسط العام الذي قد يخفي أداءً ضعيفاً في مواقع محددة.

## 2-3-4 الحوكمة الصحية في المملكة العربية السعودية

### 2-3-4-1 التحول الصحي والسياق المؤسسي

يشهد القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية تحولاً هيكلياً ضمن رؤية المملكة 2030 وبرنامج تحول القطاع الصحي، يستهدف تحسين الوصول وجودة وكفاءة الخدمات، وتعزيز الوقاية والصحة العامة، وتطوير التكامل والرقمنة والاستدامة. وتوضح وزارة الصحة أن إصلاحات حوكمة القطاع بُنيت عبر موضوعات وأهداف ومبادرات استراتيجية، وتشمل التمويل، وإعادة تعريف نموذج الرعاية، والتحول المؤسسي، ومراجعة ترتيبات الحوكمة بما يدعم دور الوزارة في السياسات والتنظيم والرقابة (وزارة الصحة، 2026).

يمثل الفصل بين أدوار وضع السياسات والتنظيم والتمويل وتقديم الخدمة اتجاهاً محورياً في التحول؛ لأن الجمع بين الأدوار قد يخلق تضارباً أو يضعف وضوح المساءلة. ويهدف الانتقال إلى نموذج أكثر تمايزاً إلى تمكين الجهة المنظمة من وضع المعايير ومراقبة الأداء، وتمكين مقدمي الخدمة من إدارة العمليات ضمن عقود ومسؤوليات واضحة، وربط التمويل بصورة أكبر بالنتائج والقيمة.

وتصف شركة الصحة القابضة التجمع الصحي بأنه منظومة متكاملة ذات طابع مؤسسي تضم المنشآت الصحية ضمن نطاق جغرافي، وتتحمل مسؤولية صحة السكان في نطاقها بما يتجاوز العلاج إلى الوقاية والتوعية. كما تشير إلى وجود عشرين تجمعاً صحياً تعمل ضمن شبكة وطنية لتقديم الرعاية المتكاملة (Health Holding Company, n.d). ويتيح هذا النموذج فرصاً لتحسين التنسيق ومسارات الإحالة واستخدام الموارد، لكنه يزيد الحاجة إلى حوكمة واضحة للمساءلة عن النتائج السكانية والمالية والسريرية.

في هذا السياق، تصبح الحوكمة أداة لضمان ألا يؤدي منح المؤسسات والتجمعات مرونة أكبر إلى تفاوت غير مبرر أو ضعف في الرقابة، وفي الوقت نفسه ألا تؤدي المركزية إلى تعطيل الابتكار والاستجابة المحلية. ويتطلب التوازن تحديد نتائج وطنية ومعايير موحدة، ومنح صلاحيات تشغيلية محسوبة، واستخدام عقود أداء ولوحات مؤشرات وتدقيق مستقل وآليات لتبادل البيانات والتعلم بين التجمعات.

### 2-3-4-2 الأطراف الرئيسة في منظومة الحوكمة الصحية السعودية

تنتم منظومة الحوكمة الصحية السعودية بتعدد الجهات والأدوار، وهو أمر طبيعي في نظام صحي حديث، لكنه يتطلب تنسيقاً مؤسسياً. تضطلع وزارة الصحة بدور محوري في السياسات والتنظيم والإشراف على التحول، بينما يعمل المجلس الصحي السعودي

كمنصة للتنسيق بين القطاعات الصحية وتطوير السياسات والاستراتيجيات ومراجعتها. وتشير مهام المجلس إلى التنسيق بين الجهات المقدمة للخدمات ومراجعة الأنظمة واقتراح التعديلات ودعم التخطيط الوطني (المجلس الصحي السعودي، د.ت.).

تتولى شركة الصحة القابضة وتجمعاتها تقديم الخدمات الصحية المتكاملة ضمن نطاقات سكانية، مع توجه نحو منظمات رعاية مسؤولة عن التكلفة والجودة والنتائج. وتضم المنظومة جهات تنظيمية ومهنية متخصصة في مجالات مثل الغذاء والدواء، والتخصصات الصحية، والتأمين، والبيانات والأمن السيبراني، إضافة إلى مقدمي الخدمات في القطاعات الحكومية الأخرى والقطاع الخاص والقطاع غير الربحي.

تعدد الجهات لا يمثل ضعفاً في ذاته، بل قد يوفر تخصصاً واستقلالاً رقابياً. إلا أن الخطر يظهر عندما تتداخل الصلاحيات، أو تتكرر طلبات البيانات، أو تختلف المعايير، أو لا توجد آليات لحل التعارضات. ومن هنا تبرز أهمية خراطم الصلاحيات والمسؤوليات، واللجان المشتركة ذات التفويض الواضح، واتفاقيات تبادل البيانات، ومسارات التصعيد، ومؤشرات مشتركة تعكس النتائج بدلاً من نشاط كل جهة على حدة.

كما يعد المريض والمجتمع من أصحاب المصلحة الرئيسيين، وليس مجرد متلقين للخدمة. ويظهر دورهم من خلال قياس التجربة والنتائج المبلغ عنها من المرضى، وقنوات الشكاوى، والمشاركة في تصميم الخدمات، ونشر حقوق المستفيد. ويساعد إدراج منظور المستفيد في الحوكمة على تحويل الاهتمام من حجم الخدمات إلى قيمتها وملاءمتها واستمراريتها.

#### جدول (13): الأطراف الرئيسية في منظومة الحوكمة الصحية السعودية

| الطرف/المستوى                | الدور الحوكمي العام                                      | أدوات التنسيق والمساءلة                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| وزارة الصحة والجهات الوطنية  | السياسة والتنظيم والمعايير والمتابعة                     | أنظمة، سياسات، مؤشرات وطنية، رقابة وتقييم        |
| المجلس الصحي السعودي         | التنسيق والتكامل ومراجعة السياسات والخطط                 | لجان مشتركة، توصيات، استراتيجيات وطنية           |
| شركة الصحة القابضة والتجمعات | تقديم الرعاية المتكاملة وتحقيق النتائج السكانية          | مجالس إدارة، عقود أداء، مؤشرات جودة وكلفة ونتائج |
| الجهات التنظيمية المتخصصة    | تنظيم مجالات مهنية أو دوائية أو تأمينية أو معلوماتية     | تراخيص، اعتماد، تفتيش، معايير وقرارات            |
| المؤسسات الصحية              | تشغيل الخدمات وإدارة الجودة والمخاطر والموارد            | لجان مؤسسية وسريية، تدقيق، لوحات أداء            |
| المرضى والمجتمع              | التعبير عن الاحتياجات وتقييم التجربة والمساءلة المجتمعية | شكاوى، استطلاعات، مجالس استشارية، نشر الحقوق     |

### 2-3-4-3 الحوكمة والتحول إلى التجمعات الصحية

يهدف نموذج التجمعات الصحية إلى الانتقال من إدارة منشآت منفصلة إلى إدارة شبكة تخدم سكان نطاق جغرافي عبر مستويات الرعاية. ومن منظور الحوكمة، يغير هذا النموذج وحدة المساءلة؛ إذ لا يصبح المستشفى مسؤولاً عن نشاطه فقط، بل تتسع المسؤولية لتشمل تنسيق رحلة المريض والوقاية وصحة السكان والنتائج والتكلفة عبر الشبكة.

يتطلب ذلك مجالس وهيكل قادرة على الجمع بين المنظور السريري والمالي والمجتمعي، ونظم معلومات تربط الرعاية الأولية والثانوية والتخصصية، وآليات لتخصيص الموارد بحسب الاحتياج والنتائج. كما يحتاج إلى تحديد العلاقة بين التجمع والمنشآت التابعة، وما يُتخذ مركزياً وما يفوض محلياً، وكيف تُقاس مساهمة كل منشأة في النتائج المشتركة.

توفر التجمعات فرصة لتقليل الازدواجية في الخدمات والمشتريات والدعم الإداري، وتحسين استخدام الطاقة الاستيعابية، وتوحيد المسارات السريرية. لكنها قد تواجه مخاطر انتقالية مثل مقاومة التغيير، واختلاف الأنظمة والبيانات، وتباين النضج الإداري،

وغموض الأدوار أثناء انتقال المسؤوليات. وتعمل الحوكمة الانتقالية على إدارة هذه المخاطر من خلال خطط مرحلية، وسجل مخاطر، ومسؤوليات واضحة، ومؤشرات جاهزية، وتواصل منتظم مع العاملين والمستفيدين.

وتشير نتائج دراسة Alshehri و Abduljawad (2025) إلى أن المستشفيات المتجمعة في عينة الدراسة أظهرت أداء أفضل في رضا المرضى وتنسيق الرعاية والمشاركة الرقمية وبعض النتائج التشغيلية مقارنة بالمستشفيات غير المتجمعة، مع استمرار تحديات محو الأمية الرقمية واستقرار القوى العاملة. وعلى الرغم من ضرورة الحذر في تعميم النتائج بسبب نطاق الدراسة، فإنها تدعم الفرضية القائلة إن التكامل الهيكلي والرقمي عندما تحكمه مسؤوليات ومؤشرات واضحة يمكن أن يعزز الكفاءة وتجربة المريض.

#### 2-3-4-4 الحوكمة الرقمية وحوكمة البيانات الصحية

أصبح التحول الرقمي مكوناً أساسياً في النظام الصحي السعودي، ويشمل السجلات الإلكترونية والمنصات والتطبيقات عن بعد وتبادل المعلومات والتحليلات. وتدعم هذه الأدوات الشفافية والكفاءة من خلال توفير بيانات آنية، وتقليل التكرار، وتمكين المتابعة عبر رحلة المريض. إلا أن القيمة لا تتحقق تلقائياً بمجرد شراء التقنية، بل تعتمد على حوكمة البيانات والأنظمة والقرارات الرقمية. تشمل حوكمة البيانات تحديد الملكية والمسؤولية عن الجودة، وتصنيف البيانات، وصلاحيات الوصول، ومعايير المشاركة، والاحتفاظ والإتلاف، والخصوصية، والأمن، وإدارة الحوادث. ويجب أن توضح السياسات من يحق له استخدام البيانات ولأي غرض، وكيف يتم التحقق من الدقة، وكيف تُصحح الأخطاء، ومن يوافق على المشاركة الداخلية والخارجية.

تؤثر جودة البيانات مباشرة في الحوكمة؛ لأن المؤشرات والتمويل والقرارات قد تُبنى على سجلات غير مكتملة أو تعريفات متباينة. لذلك يجب إنشاء قاموس موحد للمؤشرات، ومسؤولين عن البيانات في الإدارات، وفحوص جودة آلية ويدوية، وأثر تدقيقي للتعديلات. كما ينبغي ألا تقاس جودة النظام الرقمي بعدد المستخدمين فقط، بل بمدى تقليله للوقت وتحسينه للقرار والسلامة وتجربة المستخدم.

مع توسع الذكاء الاصطناعي والتحليلات، تظهر احتياجات إضافية للشفافية الخوارزمية، والتحقق السريري، ومراقبة الانحياز والأداء، وتحديد المسؤولية عن القرار المدعوم تقنياً. ويجب أن تبقى القرارات عالية الخطورة ضمن إطار رقابي يوضح حدود الاستخدام وآلية التصعيد والتوقف والمراجعة البشرية.

#### 2-3-4-5 تحديات تطبيق الحوكمة الصحية في السياق السعودي

تتضمن تحديات التطبيق اتساع حجم التحول وتعدد الجهات والمراحل، مما قد ينتج عنه تداخل مؤقت في المسؤوليات أو اختلاف في سرعة النضج بين المناطق والمؤسسات. وتحتاج الحوكمة إلى تحديث مستمر لخرائط الصلاحيات ومسارات القرار، وإلى تجنب الاعتماد على ترتيبات غير رسمية تستمر بعد تغير الهياكل.

يمثل توفر الكفاءات الحوكمية تحدياً آخر، فعضوية المجالس واللجان تتطلب مهارات في الاستراتيجية والمال والجودة والمخاطر والبيانات، إضافة إلى فهم القطاع الصحي. ولا يكفي تعيين اللجان من دون برامج تعريف وتدريب وتقييم ذاتي واستقلال نسبي للمراجعة الداخلية وإدارة المخاطر.

كما تشكل موثوقية البيانات وتكامل الأنظمة تحدياً أمام الشفافية والمساءلة. فإذا اختلفت التعريفات أو تأخرت البيانات، ضعفت قدرة الجهات على المقارنة واتخاذ القرار. ويحتاج ذلك إلى حوكمة بيانات وطنية ومؤسسية، وإلى تقليل عبء التقارير المتكررة والتركيز على مجموعة مؤشرات متوازنة ذات قيمة.

قد تظهر أيضاً مقاومة للتغيير نتيجة القلق من فقدان الصلاحيات أو الوظائف أو تغيير معايير الأداء. ولا تعالج هذه المقاومة بالتواصل الإعلامي فقط، بل بإشراك المتأثرين، وتوضيح الأدوار والمسارات المهنية، وتوفير التدريب والدعم، وإظهار نتائج مبكرة موثوقة. وتحتاج القيادة إلى إدارة عادلة للانتقال حتى لا يُفهم تطبيق الحوكمة باعتباره رقابة عقابية أو عبئاً بيروقراطياً.

وأخيراً، يظل التوازن بين الاستقلالية والتوحيد من القضايا الأساسية. فالاستقلالية تساعد التجمعات والمؤسسات على الاستجابة لاحتياجاتها، بينما يضمن التوحيد العدالة وقابلية المقارنة. ويتطلب الحل تحديد حد أدنى وطني من المعايير والمؤشرات والحقوق، مع السماح بالمرونة في طرق التنفيذ وتحمل المؤسسة مسؤولية النتائج.

## 2-3-5 العلاقة بين الحوكمة والشفافية والكفاءة

### 2-3-5-1 أثر الحوكمة الصحية في الشفافية

تؤثر الحوكمة في الشفافية عبر عدة مسارات. أولاً، يؤدي وضوح الأدوار والصلاحيات إلى معرفة الجهة المسؤولة عن القرار والمعلومة، ويقلل من انتقال المسؤولية بين الإدارات. ثانياً، تفرض المساءلة حاجة منتظمة إلى التقارير والتفسير، مما يحفز جمع المعلومات وتحسين جودتها. ثالثاً، تدعم المشاركة الكشف عن معلومات وآثار لا تظهر من منظور الإدارة وحدها.

كما تعزز الحوكمة الشفافية من خلال استقلال وظائف التدقيق والمخاطر والجودة، وإتاحة قنوات للتصعيد والبلاغات، وتحديد متطلبات الإفصاح وتعارض المصالح. وعندما تكون التقارير مرتبطة بجداول مراجعة ومجالس أو لجان مسؤولة، تصبح المعلومات جزءاً من القرار وليس أرشيفاً إدارياً.

ومن ناحية أخرى، قد تفشل الحوكمة في تعزيز الشفافية إذا أصبحت الإجراءات غاية في ذاتها أو اقتصر على تقارير صورية. فالشفافية الفعلية تتطلب جودة المعلومات، وإتاحتها للطرف المناسب، وقدرته على استخدامها، ووجود استعداد لمناقشة النتائج السلبية. لذلك يتوقع أن تكون العلاقة أقوى عندما تتوافر ثقافة نزاهة وقدرة تحليلية وتقنية.

### 2-3-5-2 أثر الحوكمة الصحية في الكفاءة الإدارية

تسهم الحوكمة في الكفاءة من خلال تقليل تكاليف الغموض والتنسيق. فوضوح التفويض يقلل عدد الموافقات غير الضرورية وزمن اتخاذ القرار، وتحديد المسؤوليات يقلل الازدواجية والفجوات. كما تساعد الاستراتيجية والأولويات على توجيه الموارد إلى المبادرات الأعلى قيمة بدلاً من توزيعها وفق ضغوط آنية أو مصالح محلية.

تؤدي الرقابة المالية وإدارة المخاطر والتدقيق إلى اكتشاف الهدر والانحرافات وتحسين المشتريات والعقود، بينما تتيح مؤشرات الأداء مقارنة الوحدات وتحديد الاختناقات. وتساعد المشاركة المهنية في تصميم الإجراءات على تجنب سياسات غير قابلة للتطبيق، كما يسهم إشراك المرضى في اكتشاف نقاط الانتظار أو التكرار التي لا تراها الإدارة.

ترتبط الحوكمة بالكفاءة كذلك عبر التعلم المؤسسي؛ إذ توفر مراجعات الأداء والحوادث والشكاوى معلومات عن أسباب الإخفاق، وتحدد مسؤوليات الإجراءات التصحيحية. وعندما تُتابع التوصيات حتى الإغلاق، تقل احتمالات تكرار المشكلة. أما إذا غابت المتابعة فقد تتكرر المراجعات دون أثر، فتنحول الحوكمة نفسها إلى تكلفة بيروقراطية.

ينبغي التنبيه إلى أن الحوكمة قد تؤدي إلى بطء أو زيادة تكلفة إذا صُممت بآليات مفرطة، مثل تعدد اللجان والموافقات والتقارير المتكررة. ولذلك تتطلب الحوكمة الفعالة مبدأ التناسب، أي أن مستوى الرقابة والإفصاح يتناسب مع حجم القرار ومخاطره، مع مراجعة الإجراءات وإلغاء ما لا يضيف قيمة.

### 2-3-5-3 الشفافية كآلية وسيطة بين الحوكمة والكفاءة

يمكن النظر إلى الشفافية بوصفها آلية تفسر جزءاً من أثر الحوكمة في الكفاءة. فالحوكمة تفرض وضوح البيانات والقرارات، والشفافية الناتجة تسمح بكشف التأخير والهدر والتفاوت، ومن ثم تمكّن الإدارة والجهات الرقابية من التدخل. كما أن إتاحة المعلومات تقلل وقت البحث والاستفسار والتفاوض، وتحسن التنسيق بين الوحدات.

تزيد الشفافية من قدرة المؤسسة على المقارنة والتعلم، لأن الوحدات تستطيع رؤية أدائها واتجاهاته ومعرفة الممارسات الأفضل. كما تعزز الثقة، وقد تقلل الحاجة إلى طبقات رقابية كثيفة إذا كانت المعلومات موثوقة ويمكن تتبعها. إلا أن الأثر يعتمد على جودة البيانات وقدرة القيادات على تفسيرها وتحويلها إلى قرارات.

وبناءً على ذلك، يفترض النموذج النظري للدراسة أن تطبيق الحوكمة الصحية يرتبط إيجابياً بالشفافية وبالكفاءة الإدارية، وأن ارتفاع الشفافية يدعم الكفاءة من خلال تحسين تدفق المعلومات والمساءلة وجودة القرار. ويمكن اختبار هذه العلاقات إحصائياً في المرحلة الميدانية، مع مراعاة عوامل مثل نوع المؤسسة وحجمها ودرجة نضجها الرقمي.

### 2-3-5-4 النموذج النظري المستخلص

يلخص النموذج التالي العلاقات النظرية التي يستند إليها البحث:

جدول (14): النموذج النظري المستخلص

| أبعاد الحوكمة الصحية        | الشفافية                 | الكفاءة الإدارية            |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| وضوح الأدوار والمساءلة      | وضوح المعلومات والقرارات | سرعة القرار                 |
| المشاركة والنزاهة           | إتاحة مؤشرات الأداء      | حسن استخدام الموارد         |
| الرقابة والقدرة المعلوماتية | شفافية الإجراءات         | تقليل الهدر وتحسين العمليات |
| متغير مستقل                 | متغير تابع/وسيط          | متغير تابع                  |

## 2-4 خلاصة الفصل

عرض الفصل الأسس النظرية للحوكمة الصحية، وبيّن أنها منظومة من القواعد والهياكل والعمليات التي توجه المؤسسة وتحدد توزيع السلطة والمسؤولية وتضمن الرقابة والمساءلة. كما أوضح الفرق بين الحوكمة والإدارة والقيادة، واستعرض مستويات الحوكمة وأنواعها والنظريات التي تفسرها.

تناول الفصل أبرز الأبعاد والنماذج، وفي مقدمتها إطار منظمة الصحة العالمية، وإطار Siddiqi، وإطار TAPIC، والحوكمة السريرية وحوكمة المستشفيات المسؤولة. وأظهر أن الشفافية تتجاوز نشر المعلومات إلى وضوح القرار وقابلية المعلومات للفهم والاستخدام، وأن الكفاءة تعني تحقيق النتائج بأفضل استخدام للموارد مع المحافظة على الجودة والعدالة.

كما ناقش السياق السعودي والتحول نحو الفصل بين الأدوار التنظيمية والتشغيلية والتجمعات الصحية والرعاية المتكاملة والرقمنة. وخلص التحليل إلى وجود مسارات نظرية واضحة يمكن أن تؤثر من خلالها الحوكمة في الشفافية والكفاءة، مثل وضوح الأدوار، وجودة البيانات، والمساءلة، والتدقيق، والمشاركة، وإدارة المخاطر.

وأظهرت مراجعة الدراسات السابقة وجود اهتمام متزايد بالحوكمة والتحول الصحي في المملكة، مع بقاء حاجة إلى دراسة ميدانية تجمع أثر الحوكمة في الشفافية والكفاءة الإدارية على مستوى المؤسسات الصحية. ومن ثم يشكل هذا الفصل أساساً لبناء منهجية الدراسة وأداة القياس واختبار الفرضيات في الفصول اللاحقة.

## الفصل الثالث

### منهجية الدراسة

## 3-1 مقدمة

يعرض هذا الفصل المنهجية المقترحة لدراسة دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية. ويشمل ذلك تحديد التوجه المنهجي وتصميم الدراسة، ومجتمعها وعينتها، والمتغيرات الرئيسية، وأداة القياس، وإجراءات التحقق من الصدق والثبات، وخطوات جمع البيانات وتحليلها، إضافة إلى الاعتبارات الأخلاقية وضوابط جودة البيانات. وقد صُممت المنهجية بما يحقق الاتساق بين مشكلة الدراسة وأسئلتها وأهدافها وفرضياتها، وبما يسمح بإنتاج نتائج قابلة للتفسير والاستفادة التطبيقية.

تتبنى الدراسة نهجاً كمياً استدلالياً، لأن هدفها لا يقتصر على وصف مستوى تطبيق الحوكمة الصحية، بل يمتد إلى قياس علاقتها بالشفافية والكفاءة واختبار أثرها في هذين المتغيرين. كما أن تعدد المؤسسات الصحية وتباين خصائص العاملين فيها يتطلب أداة موحدة تسمح بالمقارنة وتحليل الفروق، وهو ما توفره الاستبانة المعيارية عند بنائها والتحقق من خصائصها السيكمترية وفق خطوات منهجية واضحة.

## 3-2 المنهجية وطرق البحث

### 3-2-1 التوجه المنهجي

تنتقل الدراسة من توجه ما بعد وضعي يقر بإمكانية دراسة الظواهر التنظيمية من خلال مؤشرات قابلة للقياس، مع الاعتراف بأن القياس يتأثر بالسياق وبحدود الأداة والعينة. ويتلاءم هذا التوجه مع اختبار العلاقات المتوقعة بين الحوكمة الصحية والشفافية والكفاءة، واستخدام الأدلة الإحصائية لتقدير قوة هذه العلاقات واتجاهها، دون الادعاء بأن القياس الكمي يختزل جميع الأبعاد الاجتماعية والتنظيمية للحوكمة.

ويعتمد منطق الدراسة على الاستدلال من النظرية إلى البيانات؛ إذ جرى اشتقاق الأبعاد والفرضيات من الأدبيات والنماذج النظرية للحوكمة، ثم تحويلها إلى عبارات قابلة للقياس. وبعد جمع البيانات تُختبر الفرضيات وتُفسر النتائج في ضوء السياق المؤسسي للمؤسسات الصحية في المملكة.

### 3-2-2 المنهج الوصفي التحليلي

تستخدم الدراسة المنهج الوصفي التحليلي؛ فالجانب الوصفي يهدف إلى تحديد مستوى تطبيق ممارسات الحوكمة الصحية ومستوى الشفافية والكفاءة الإدارية كما يدركها العاملون، بينما يهدف الجانب التحليلي إلى فحص الارتباطات واختبار الأثر والفروق بين الفئات. ويُعد هذا المنهج مناسباً للدراسات التنظيمية التي تسعى إلى وصف واقع قائم وتفسير العلاقات بين متغيراته دون تدخل تجريبي مباشر.

### 3-2-3 التصميم المقطعي

تُجمع البيانات في فترة زمنية محددة باستخدام تصميم مقطعي. ويتيح هذا التصميم الحصول على صورة منظمة عن ممارسات الحوكمة ونتائجها في وقت الدراسة، كما أنه عملي في الدراسات التي تشمل مؤسسات ومناطق متعددة. ومع ذلك، فإن التصميم المقطعي يحد من الاستدلال السببي القاطع؛ ولذلك تُستخدم عبارة «الأثر الإحصائي» في حدود ما تكشفه نماذج الانحدار والعلاقات النظرية، مع تجنب تفسير العلاقة بوصفها سببية مؤكدة ما لم تدعمها تصاميم طولية أو تجريبية لاحقة.

### 3-2-4 وحدة التحليل

وحدة التحليل الأساسية هي الفرد العامل داخل المؤسسة الصحية، لأن الاستبانة تقيس إدراكه للممارسات المؤسسية. وتشمل الاستجابات تقدير العاملين لوضوح الصلاحيات والمساءلة والمشاركة والنزاهة والرقابة، ولدرجة الشفافية والكفاءة. أما المؤسسة

الصحية فتمثل السياق التنظيمي الذي تعمل داخله الوحدة الفردية. وإذا توافرت أعداد كافية من المشاركين داخل كل مؤسسة، يمكن في دراسات لاحقة استخدام التحليل متعدد المستويات للفصل بين أثر خصائص الفرد وأثر خصائص المؤسسة.

#### جدول (15): وحدة التحليل

|                 |                            |                                            |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| عنصر التصميم    | الاختبار المنهجي           | مبرر الاختيار                              |
| طبيعة الدراسة   | كمية                       | القياس الموحد واختبار الفرضيات والعلاقات   |
| المنهج          | وصفي تحليلي                | وصف الواقع وتحليل الارتباط والأثر والفروق  |
| الزمن           | مقطعي                      | جمع البيانات خلال فترة محددة من عينة واسعة |
| أداة الجمع      | استبانة ذاتية الإدارة      | ملاءمتها لتعدد المناطق والفئات الوظيفية    |
| وحدة التحليل    | الفرد العامل في مؤسسة صحية | قياس إدراك الممارسات التنظيمية والنتائج    |
| مستوى الاستدلال | ارتباطي/تنبؤي              | اختبار العلاقات دون ادعاء سببية القطعية    |

### 3-3 مجتمع البحث

#### 3-3-1 المجتمع المستهدف

تكوّن المجتمع المستهدف من العاملين في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية ممن تتيح لهم طبيعة عملهم معرفة مباشرة أو معقولة بالإجراءات الإدارية وآليات اتخاذ القرار والرقابة والمساءلة وتدفق المعلومات. وشملت الفئات المستهدفة القيادات التنفيذية ومديري الإدارات ورؤساء الأقسام والمشرفين، والعاملين في الإدارة والموارد البشرية والمالية والتخطيط، والمتخصصين في الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر والامتثال والتدقيق، إلى جانب الكوادر السريرية والمساندة مثل الأطباء والممرضين والصيادلة والفنيين والأخصائيين والممارسين الصحيين والمعلوماتية الصحية. وقد أدرجت هذه الفئات لأنها تتعامل بدرجات مختلفة مع السياسات واللجان ومسارات الموافقة وتخصيص الموارد ومؤشرات الأداء، مما يعزز موثوقية تقديرها لممارسات الحوكمة والشفافية والكفاءة.

وُزعت الاستبانة إلكترونياً عبر رابط مخصص، واستهدفت المشاركين من المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة وغير الربحية في مناطق المملكة. وتضمنت الصفحة الأولى تعريفاً بالدراسة، وبياناً لسرية الإجابات وطوعية المشاركة، ومعياراً ضمناً للاشتراك يتمثل في أن يكون المشارك عاملاً في مؤسسة صحية ولديه اطلاع على الإجراءات أو القرارات أو آليات الجودة والرقابة. ولم تُجمع أسماء أو أرقام وظيفية، وعُرضت النتائج في صورة مجمعة.

### 3-3-2 المجتمع المتاح وإطار المعاينة

المجتمع المتاح هو العاملون في المؤسسات التي توافق رسمياً على المشاركة وتوفر قوائم أو قنوات توزيع تسمح بالوصول إلى الفئات المستهدفة. ويُنشئ إطار المعاينة من قوائم العاملين المؤهلين أو من سجلات الموارد البشرية أو قوائم البريد المؤسسي، مع حذف الأسماء والبيانات الشخصية غير الضرورية. وفي حال تعذر الحصول على قائمة فردية موحدة على المستوى الوطني، يمكن تطبيق معاينة متعددة المراحل تبدأ باختيار المؤسسات ثم اختيار الأفراد داخلها.

### 3-3-3 معايير الاشتغال والاستبعاد

جدول (16): معايير الاشتغال والاستبعاد

| النوع            | المعيار                                                                                                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| معايير الاشتغال  | العمل في مؤسسة صحية داخل المملكة العربية السعودية.                                                         |
| معايير الاشتغال  | إكمال ستة أشهر على الأقل في المؤسسة؛ بما يسمح بتكوين معرفة أولية بأنظمتها وممارساتها.                      |
| معايير الاشتغال  | أن يكون المشارك في دور إداري أو إشرافي أو مهني يتيح له التعامل مع السياسات والإجراءات والتقارير أو اللجان. |
| معايير الاشتغال  | الموافقة الحرة على المشاركة وإكمال الحد الأدنى المطلوب من الاستبانة.                                       |
| معايير الاستبعاد | المتدربون والطلاب والزوار والعاملون المؤقتون لفترات قصيرة.                                                 |
| معايير الاستبعاد | الاستجابات المكررة أو غير المكتملة بدرجة تمنع التحليل.                                                     |
| معايير الاستبعاد | أنماط الإجابة غير الجادة التي تكشفها اختبارات جودة البيانات.                                               |

### 3-4 عينة الدراسة وطريقة اختيارها

#### أسلوب الوصول إلى العينة 3-4-1

يُوصى باستخدام عينة طبقية متعددة المراحل كلما توافرت إمكانية الوصول إلى قوائم المؤسسات والعاملين. ففي المرحلة الأولى تُقسم المؤسسات إلى طبقات وفق المنطقة الإدارية أو النطاق الجغرافي ونوع الملكية. وفي المرحلة الثانية تُختار مؤسسات من كل طبقة، ثم تُقسم الفئات داخل المؤسسة حسب المستوى الإداري أو الفئة الوظيفية، ويُختار المشاركون عشوائياً أو بطريقة منتظمة من القوائم المتاحة. ويساعد هذا الإجراء على تقليل تحيز التغطية وعلى تمثيل الفئات التي قد تكون أقل عدداً لكنها مهمة لفهم الحوكمة.

إذا تعذر تطبيق المعاينة الاحتمالية الكاملة، يمكن استخدام عينة حصصية طبقية مع توثيق القيود؛ بحيث تحدد حصص مسبقة للمناطق وأنواع المؤسسات والفئات الوظيفية، ثم يتم الاستقطاب داخل كل حصة. ويجب في هذه الحالة تجنب وصف العينة بأنها عشوائية، والإفصاح عن أثر ذلك في قابلية تعميم النتائج.

## 3-4-2 حجم العينة المحقق

| طبقة المعاينة   | فئات مقترحة                               | أساس التوزيع                               |
|-----------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| النطاق الجغرافي | المناطق أو القطاعات الجغرافية الرئيسية    | حجم العاملين أو عدد المؤسسات المؤهلة       |
| نوع المؤسسة     | حكومية، خاصة، غير ربحية                   | التمثيل النسبي أو الحصص التحليلية          |
| المستوى الوظيفي | قيادي، إشرافي، تنفيذي                     | ضمان وجود من يمتلكون معرفة مباشرة بالحوكمة |
| المجال الوظيفي  | إداري، صحي، جودة/مخاطر/امثال              | منع هيمنة فئة واحدة على النتائج            |
| حجم المؤسسة     | صغيرة، متوسطة، كبيرة عند توافر معيار واضح | اختبار أثر التعقيد التنظيمي                |

للمجتمعات الكبيرة عند مستوى ثقة 95% وهامش خطأ 5% ونسبة Cochran استند تحديد الحجم المرجعي للعينة إلى معادلة تباين قصوى 0.50، وهو ما يعطي حجماً مرجعياً يقارب 384 استجابة صالحة

بلغ عدد الاستجابات الواردة 397 استجابة وبعد فحص التكرار وجودة السجلات، حُذفت أربع استجابات مكررة تماماً، وأصبح الحجم النهائي المستخدم في التحليل 393 استجابة صالحة، وهو أعلى من الحد المرجعي المطلوب. كما لم تظهر قيم مفقودة في البنود المغلقة بعد تنظيف البيانات وتوحيد صيغ الاستجابة

$$n0 = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / e^2$$

حقق الحجم النهائي متطلبات التحليل الوصفي والاستكشافي، وأتاح عرض الخصائص الديموغرافية والمهنية، وحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والارتباطات ونماذج الانحدار. ومع ذلك، ترتبط قابلية التعميم بطريقة الوصول إلى المشاركين وطبيعة التوزيع الإلكتروني، وهو ما أفصح عنه ضمن حدود الدراسة

اعتمدت الدراسة جميع الاستجابات الصالحة بعد التنظيف، ولم تُستخدم البيانات الافتراضية أو التجريبية في النتائج النهائية وحُفظت نسخة أصلية من ملف الردود، ثم أنشئت نسخة تحليلية بعد حذف التكرارات واستبعاد البند المجتزأ وإحدى نسختي البند المكرر.

ولأن الدراسة تتضمن انحداراً متعدد المتغيرات وربما تحليلاً عاملياً، يجب ألا يقتصر تحديد الحجم على معادلة الخطأ فقط. ينبغي أيضاً التأكد من أن عدد الحالات مناسب لعدد البنود والمتغيرات المستقلة؛ لذلك يُفضل ألا يقل الحجم النهائي عن 300 استجابة صالحة، ويكون بلوغ 384 أو أكثر ملائمة لاستقرار التقديرات وإجراء تحليلات فرعية.

جدول (18): تقدير حجم العينة

| الحالة               | الإجراء المقترح                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| مجتمع كبير/غير معروف | اعتماد 384 استجابة صالحة كحد مرجعي أولي.                             |
| مجتمع محدود ومعروف   | تطبيق تصحيح المجتمع المحدود باستخدام الحجم الفعلي N.                 |
| تحليل عاملي          | استهداف حجم يدعم استقرار البنية العاملية، ويفضل 300 فأكثر.           |
| عدم استجابة متوقعة   | زيادة عدد الدعوات أو الاستبانات الموزعة بنسبة 15%-25%.               |
| تحليل طبقات فرعية    | زيادة الحجم لضمان عدد كافٍ داخل كل منطقة أو نوع مؤسسة أو فئة وظيفية. |

### 3-4-3 توزيع العينة

يُوزع الحجم الكلي على الطبقات بنسبة حجم كل طبقة في المجتمع متى توافرت بيانات موثوقة. ويُحسب نصيب الطبقة  $h$  وفق العلاقة:  $nh = (Nh / N) \times n$ ، حيث  $Nh$  حجم الطبقة، و  $N$  حجم المجتمع، و  $n$  حجم العينة الكلي. وإذا كانت بعض الطبقات صغيرة لكنها مهمة للمقارنة، يمكن استخدام توزيع غير متناسب ثم تطبيق أوزان تحليلية تعيد التوازن عند حساب التقديرات الكلية.

### 3-5 حدود البحث

الحدود الموضوعية: تركز الدراسة على الحوكمة الصحية بوصفها متغيراً مستقلاً، والشفافية والكفاءة الإدارية بوصفهما متغيرين تابعين، إضافة إلى تشخيص تحديات التطبيق.

الحدود المكانية: المؤسسات الصحية داخل المملكة العربية السعودية وفق الجهات التي توافق على المشاركة.

الحدود البشرية: العاملون في الأدوار الإدارية والإشرافية والمهنية المرتبطة بالسياسات والإجراءات واللجان والجودة والمخاطر والامثال.

الحدود الزمنية: فترة جمع البيانات التي تُحدد بعد الحصول على الموافقات اللازمة.

### 3-6 متغيرات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

يتكون النموذج من متغير مستقل رئيس هو الحوكمة الصحية، ومتغيرين تابعين هما الشفافية والكفاءة الإدارية. كما تُستخدم الخصائص الديموغرافية والتنظيمية متغيرات ضابطة أو تصنيفية عند اختبار الفروق. ويقاس كل متغير من خلال مجموعة بنود على مقياس ليكرت الخماسي، ويُحسب متوسط البنود بعد التحقق من اتجاهها وجودة خصائصها.

جدول (19): متغيرات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

| المتغير          | النوع | الأبعاد/المكونات                                                                                          | التعريف الإجرائي                                                            | طريقة القياس                |
|------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| الحوكمة الصحية   | مستقل | وضوح الأدوار والتوجه الاستراتيجي؛ المساءلة؛ المشاركة؛ النزاهة والامثال؛ الرقابة وإدارة المخاطر والمعلومات | متوسط استجابات المشارك عن مدى وجود وتطبيق ممارسات الحوكمة داخل المؤسسة      | 25 بنوداً على ليكرت الخماسي |
| الشفافية         | تابع  | إتاحة المعلومات؛ وضوح القرار؛ الإفصاح عن المعايير والنتائج؛ سهولة الوصول للمعلومة                         | متوسط تقدير وضوح المعلومات والإجراءات والقرارات ذات الصلة بالعمل            | 8 بنود على ليكرت الخماسي    |
| الكفاءة الإدارية | تابع  | سرعة الإجراءات؛ حسن استخدام الموارد؛ التنسيق؛ تقليل الازدواجية؛ جودة القرار؛ تحقيق الأهداف                | متوسط تقدير قدرة المؤسسة على إنجاز أعمالها واستخدام مواردها بفاعلية واقتصاد | 10 بنود على ليكرت الخماسي   |

| المتغير                   | النوع         | الأبعاد/المكونات                                                                                 | التعريف الإجرائي                                                       | طريقة القياس                |
|---------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| تحديات التطبيق            | تشخيصي        | المقاومة؛ نقص الوعي؛<br>ضعف الصلاحيات؛<br>تششتت البيانات؛<br>محدودية الموارد؛<br>تضارب الإجراءات | متوسط تقدير شدة<br>المعوقات التي تحد من<br>تطبيق الحوكمة               | 8 بنود على ليكرت<br>الخماسي |
| خصائص المشارك<br>والمؤسسة | ضابطة/تصنيفية | العمر، المؤهل، الخبرة،<br>الفئة الوظيفية، المستوى<br>الإداري، نوع المؤسسة،<br>المنطقة            | متغيرات تستخدم<br>لوصف العينة واختبار<br>الفروق وضبط نماذج<br>الانحدار | أسئلة اختيار من متعدد       |

## 3-7 أداة الدراسة وبنائها

### 3-7-1 نوع الأداة

تُستخدم استبانة منظمة ذاتية الإدارة، ويمكن توزيعها إلكترونياً عبر منصة آمنة أو ورقياً عند الحاجة. ويضمن النموذج الإلكتروني إلزام المشارك بالانتقال المنطقي بين الأقسام، ويحد من أخطاء الإدخال، ويسهل الوصول إلى مناطق متعددة. ويجب ألا تُجمع بيانات تعريفية مباشرة مثل الاسم أو الرقم الوظيفي أو البريد الشخصي، إلا إذا تطلبت المتابعة رمزاً منفصلاً لا يرتبط بملف الإجابات.

### 3-7-2 خطوات بناء الأداة

1. مراجعة الأدبيات والأطر النظرية لتحديد أبعاد الحوكمة والشفافية والكفاءة.
2. إعداد بنك أولي للعبارات وربط كل عبارة بتعريف إجرائي محدد.
3. مراجعة لغوية ومنهجية لضمان الوضوح وتجنب الجمل المركبة أو الإيحائية.
4. عرض الأداة على محكمين متخصصين في الإدارة الصحية والحوكمة والقياس والإحصاء.
5. تعديل البنود وفق مؤشرات اتفاق المحكمين والملاحظات النوعية.
6. إجراء دراسة استطلاعية للتحقق من الفهم والزمن والاتساق الداخلي.
7. تحليل البنود وحذف أو تعديل البنود الضعيفة قبل التطبيق النهائي.
8. توثيق النسخة النهائية وترقيم البنود ووضع قواعد الترميز والتحليل.

### أقسام الاستبانة 3-7-3

جدول (20): أقسام الاستبانة المقترحة

| القسم  | المحتوى                             | عدد البنود المقترح |
|--------|-------------------------------------|--------------------|
| الأول  | الموافقة المستنيرة وتعليمات الإجابة | صفحة تمهيدية       |
| الثاني | الخصائص الديموغرافية والتنظيمية     | 8 أسئلة            |
| الثالث | ممارسات الحوكمة الصحية بخمسة أبعاد  | 25 بنداً           |

| القسم  | المحتوى                      | عدد البنود المقترح |
|--------|------------------------------|--------------------|
| الرابع | الشفافية المؤسسية            | 8 بنود             |
| الخامس | الكفاءة الإدارية             | 10 بنود            |
| السادس | تحديات تطبيق الحوكمة         | 8 بنود             |
| السابع | سؤال مفتوح اختياري للمقترحات | سؤال واحد          |

### 3-7-4 مقياس الاستجابة والترميز

تستخدم البنود الموضوعية مقياس ليكرت الخماسي؛ لأنه يحقق توازناً بين سهولة الاستجابة والقدرة على التمييز بين مستويات الاتفاق. وتُصاغ معظم البنود باتجاه إيجابي لتقليل أخطاء العكس، ويمكن تضمين عدد محدود من البنود العكسية فقط إذا ثبت وضوحها في الدراسة الاستطلاعية. وعند وجود بند عكسي، يُعاد ترميزه قبل حساب المتوسطات.

جدول (21): مقياس الاستجابة والترميز

| الاستجابة     | الرمز |
|---------------|-------|
| لا أوافق بشدة | 1     |
| لا أوافق      | 2     |
| محايد         | 3     |
| أوافق         | 4     |
| أوافق بشدة    | 5     |

لتفسير المتوسطات الوصفية، يمكن تقسيم المدى النظري للمقياس إلى خمس فئات متساوية. وبذلك يُفسر المتوسط من 1.00 إلى 1.80 بأنه منخفض جداً، ومن 1.81 إلى 2.60 منخفض، ومن 2.61 إلى 3.40 متوسط، ومن 3.41 إلى 4.20 مرتفع، ومن 4.21 إلى 5.00 مرتفع جداً. ويجب استخدام هذه الفئات كأداة وصفية لا كبديل عن تحليل التباين والانحراف المعياري وفواصل الثقة.

جدول (22): مقياس الاستجابة والترميز

| مدى المتوسط | مستوى التقدير |
|-------------|---------------|
| 1.80 - 1.00 | منخفض جداً    |
| 2.60 - 1.81 | منخفض         |
| 3.40 - 2.61 | متوسط         |
| 4.20 - 3.41 | مرتفع         |
| 5.00 - 4.21 | مرتفع جداً    |

### 3-8 صدق أداة الدراسة

#### 3-8-1 الصدق الظاهري وصدق المحتوى

تُعرض النسخة الأولية على لجنة تحكيم تتكون - قدر الإمكان - من سبعة إلى عشرة محكمين في الإدارة الصحية والحوكمة والقياس والإحصاء واللغة. ويُطلب من كل محكم تقييم ملاءمة كل بند للبعد، ووضوحه، وخلوه من الغموض، وتحديد ما إذا كان ضرورياً أو يحتاج إلى تعديل أو حذف. ويوثق قرار الباحث تجاه كل ملاحظة في سجل تحكيم.

يمكن حساب نسبة صدق المحتوى للبند (I-CVI) بقسمة عدد المحكمين الذين صنفوا البند ملائماً بدرجة عالية على إجمالي عدد المحكمين، إلى جانب متوسط صدق المحتوى للمقياس (S-CVI/Ave). ويُفضل الاحتفاظ بالبند عندما يحقق اتفاقاً مرتفعاً مع عدم وجود اعتراض نوعي جوهري. ولا يُستخدم المؤشر العددي منفرداً؛ إذ قد يكشف المحكمون عن مشكلة مفاهيمية أو لغوية حتى لو كان الاتفاق العام مرتفعاً.

### 3-8-2 صدق البناء

يُفحص صدق البناء على مرحلتين. تبدأ المرحلة الأولى بتحليل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه بعد استبعاد البند من الدرجة، ويُراجع البند إذا كان الارتباط ضعيفاً أو غير دال أو إذا أدى حذفه إلى تحسن جوهري في الثبات. ثم يُجرى تحليل عاملي استكشافي عند كون الأداة جديدة أو معدلة بدرجة كبيرة، للتحقق من تجمع البنود وفق الأبعاد النظرية.

قبل التحليل العاملي تُفحص ملائمة البيانات باستخدام مؤشر Kaiser-Meyer-Olkin واختبار Bartlett. ويُعد KMO بقيمة 0.60 فأكثر مؤشراً أولياً مقبولاً، مع تفضيل القيم الأعلى، ويجب أن يكون اختبار Bartlett دالاً إحصائياً. ويُنظر إلى الأحمال العاملة في ضوء حجم العينة وطبيعة البعد، ويُراجع البند الذي يقل حملة عن 0.40 أو يحمل بقوة على أكثر من عامل دون مبرر نظري.

إذا توافرت عينة كافية، يمكن تقسيم العينة أو استخدام عينة مستقلة لإجراء تحليل عاملي تأكيد للتحقق من ملائمة النموذج. وتُراجع مؤشرات الملاءمة مثل CFI وTLI وRMSEA وSRMR مع عدم الاعتماد على مؤشر واحد. وفي حال الاقتصاد على SPSS دون برامج نمذجة بنيوية، يُوثق ذلك وتُستخدم أدلة الصدق المتاحة من التحليل الاستكشافي والارتباطات الداخلية.

### 3-8-3 الصدق التمييزي والتقاربي

يُقصَد بالصدق التقاربي أن ترتبط البنود التي تقيس البعد نفسه ارتباطاً مناسباً، بينما يعني الصدق التمييزي أن تكون الأبعاد المتقاربة مفاهيمياً متميزة إحصائياً. ويمكن فحص ذلك من خلال الأحمال العاملة، ومتوسط التباين المستخرج عند استخدام التحليل التأكيدي، ومقارنة الارتباطات بين الأبعاد. وإذا ظهر تدخل مرتفع جداً بين الحوكمة والشفافية مثلاً، فيجب مراجعة صياغة البنود للتأكد من أن بنود الحوكمة تقيس الممارسة الإدارية، بينما تقيس بنود الشفافية النتيجة الإدراكية المتعلقة بإتاحة المعلومات ووضوح القرار.

جدول (23): الصدق التمييزي والتقاربي

| نوع الصدق          | الإجراء                                     | معايير المراجعة المقترحة                             |
|--------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| الظاهري            | مراجعة وضوح التعليمات والبنود وشكل الأداة   | عدم وجود غموض أو ازدواجية أو مصطلحات غير مألوفة      |
| المحتوى            | تحكيم خبراء ومؤشرات CVI                     | اتفاق مرتفع مع معالجة الملاحظات النوعية              |
| اتساق البنود       | ارتباط البند بالدرجة المصححة                | يفضل 0.30 فأكثر مع مبرر نظري                         |
| العاملي الاستكشافي | KMO وBartlett والأحمال                      | $KMO \geq 0.60$ ؛ Bartlett دال؛ حمل يفضل $0.40 \leq$ |
| العاملي التأكيدي   | مؤشرات ملائمة متعددة عند توافر برنامج مناسب | تقييم مجمع للمؤشرات وعدم الاعتماد على حد واحد        |
| التمييزي           | مقارنة الأبعاد والارتباطات والأحمال         | عدم تطابق الأبعاد أو تجاوز الترابط حداً يهدد التمييز |

### 9-3 ثبات أداة الدراسة

يُقاس الاتساق الداخلي لكل بعد وللمقياس الكلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ، مع فحص الارتباط المصحح بين البند والدرجة وتحليل أثر حذف البند. ويُعد معامل 0.70 فأكثر مقبولاً عادة في البحوث التطبيقية، بينما تشير القيم المرتفعة جداً، مثل ما يزيد كثيراً على 0.95، إلى احتمال تكرار البنود أو تشابهها الزائد. لذلك لا يُفسر ارتفاع ألفا دائماً بوصفه جودة مطلقة.

عند استخدام التحليل العاملي التأكيدي يمكن حساب الثبات المركب. كما يمكن تطبيق إعادة الاختبار على عينة صغيرة خلال فترة مناسبة إذا كان ذلك عملياً، للتحقق من استقرار الإجابات زمنياً. وينبغي عرض معاملات الثبات لكل بعد منفصلاً، لأن معامل المقياس الكلي قد يخفي ضعف أحد الأبعاد.

جدول (24): ثبات أداة الدراسة

| المؤشر                       | الغرض                            | التفسير المقترح                                             |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ألفا كرونباخ                 | الاتساق الداخلي للبنود           | 0.70 فأكثر مقبول غالباً، ويُفسر مع بنية المقياس وعدد البنود |
| ارتباط البند بالدرجة المصححة | تمييز البند واتساقه مع البعد     | يفضل 0.30 فأكثر                                             |
| ألفا عند حذف البند           | تحديد البنود التي تضعف الاتساق   | يُراجع البند إذا تحسن المعامل بوضوح بعد حذفه                |
| الثبات المركب                | اتساق البناء في التحليل التأكيدي | 0.70 فأكثر مؤشر شائع                                        |
| إعادة الاختبار               | استقرار الدرجة عبر الزمن         | ارتباط مرتفع مع ثبات الظروف                                 |

### 10-3 الدراسة الاستطلاعية

تُطبق النسخة الأولية على عينة استطلاعية من 30 إلى 50 مشاركاً ممن تتشابه خصائصهم مع المجتمع المستهدف ولا يُضمون إلى العينة النهائية قدر الإمكان. وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى اختبار وضوح التعليمات والبنود، وقياس الزمن اللازم، واكتشاف مشكلات المنصة الإلكترونية، وفحص التوزيعات الأولية والبيانات المفقودة والثبات والارتباطات الداخلية.

يُضاف في نهاية النسخة الاستطلاعية سؤال عن البنود غير الواضحة أو المصطلحات التي تحتاج إلى تعريف. ويمكن إجراء مقابلات معرفية قصيرة مع عدد محدود من المشاركين، يُطلب منهم فيها شرح كيفية فهمهم للبند واختيار الإجابة. ويساعد هذا الإجراء على اكتشاف اختلاف معنى المصطلحات التنظيمية بين المهن والمؤسسات.

جدول (25): الدراسة الاستطلاعية

| مجال الفحص        | السؤال التطبيقي                                  | قرار التحسين المحتمل                    |
|-------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| الوضوح            | هل فهم المشاركون العبارة بالمعنى المقصود؟        | إعادة الصياغة أو إضافة تعريف            |
| الزمن             | هل يمكن إكمال الأداة دون إرهاق؟                  | اختصار البنود المتكررة                  |
| التوزيع           | هل تتركز الإجابات في خيار واحد بصورة غير منطقية؟ | مراجعة حساسية البند أو صياغته           |
| البيانات المفقودة | هل توجد بنود يتجاوز فيها عدم الرد بقية البنود؟   | توضيح البند أو تعديل ترتيب الأسئلة      |
| الثبات            | هل تتسق البنود داخل كل بعد؟                      | تعديل أو حذف بند ضعيف مع مراعاة المحتوى |

|            |                                                         |                                      |
|------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| مجال الفحص | السؤال التطبيقي                                         | قرار التحسين المحتمل                 |
| التقنية    | هل يعمل الرابط والانتقال بين الأقسام على مختلف الأجهزة؟ | تصحيح النموذج واختبار الهاتف والحاسب |

### 1. إجراءات جمع البيانات 3-11

- a. أعدت الاستبانة استناداً إلى الإطار النظري وأسئلة الدراسة ودليل بناء الاستبانة، ثم صيغت في نموذج إلكتروني.
  - b. تضمنت الاستبانة مقدمة توضح الهدف العلمي، وطوعية المشاركة، وسرية البيانات، وطريقة الإجابة.
  - c. وجه رابط الاستبانة إلى القيادات والكوادر الإدارية والمهنية والسريية والمساندة في المؤسسات الصحية ومنهم الأطباء والممرضون والصيادلة والفنيون والعاملون في الجودة والمخاطر والامتثال والإدارة.
  - d. استمر جمع الردود حتى تجاوز العدد المرجعي المطلوب للعينة، وبلغت الاستجابات المستلمة 397 استجابة.
  - e. نُزل ملف الردود بصيغته الأصلية، ثم فُحصت التكرارات والقيم المفقودة ونطاقات الإجابة وبنية الأعمدة.
  - f. حُذفت أربع سجلات مكررة تماماً، واستُبعد بند مجتزأ وإحدى نسختي بند مكرر، واعتمدت 393 استجابة و51 بنداً للتحليل.
  - g. وُحد ترميز مقياس ليكرت الخماسي، ثم حُسبت درجات البنود والمحاور وأُجريت التحليلات الوصفية والاستكشافية.
  - h. حُفظت البيانات دون أسماء أو معرفات شخصية، وعُرضت النتائج في جداول ورسوم مجمعة داخل البحث.
2. راعى الباحث تنوع الفئات المهنية والإدارية عند نشر الرابط، إلا أن التوزيع الإلكتروني لم يتيح حساب معدل استجابة دقيق مقارنة بإجمالي من استلموا الدعوة. ولهذا فُسرَت النتائج ضمن حدود العينة الفعلية، ولم يُدعَ التمثيل الاحتمالي الكامل لجميع العاملين في القطاع الصحي.
3. أُغلق النموذج بعد تجاوز الحجم المرجعي للعينة، ثم حُفظ ملف الردود الأصلي ونسخة التحليل بعد التنظيف، مع توثيق قرارات حذف التكرارات والبنود غير السليمة.

## 3-12 خطة التحليل الإحصائي

### 3-12-1 إعداد البيانات

تبدأ عملية التحليل بإعداد قاموس للمتغيرات يوضح الاسم المختصر والوصف ونوع المتغير والقيم المسموح بها والبنود العكسية وقواعد حساب الأبعاد. ثم تُفحص البيانات المكررة، ونطاق القيم، ونسب الفقد، وأنماط عدم الاستجابة، وزمن الإكمال، والاستجابات النمطية. ويجب تسجيل كل قرار استبعاد مع سببه قبل اختبار الفرضيات.

تعالج القيم المفقودة وفق حجمها ونمطها. فإذا كانت محدودة وعشوائية يمكن استخدام متوسط البعد عند إجابة المشارك عن نسبة كافية من بنوده، مثل 80%، أو استخدام أسلوب تعويض مناسب. أما الاستبانة التي تفتقد قسماً رئيساً أو تتجاوز نسبة فقد محددة مسبقاً فتُستبعد من التحليل المتعلق بذلك المتغير. ولا يجوز استبدال القيم المفقودة آلياً دون فحص أثرها.

## 3-12-2 الإحصاءات الوصفية

تستخدم التكرارات والنسب المئوية لوصف المتغيرات الاسمية والرتبية، وتستخدم المتوسطات والانحرافات المعيارية والوسيط والمدى للمتغيرات الكمية ودرجات المقاييس. كما تُعرض فواصل الثقة عند الإمكان، لأن المتوسط وحده لا يوضح دقة التقدير. وتُرتب البنود والأبعاد وفق متوسطاتها مع مناقشة التباين وعدم الاكتفاء بالرتبة.

## 3-12-3 اختبار العلاقات والأثر

يُستخدم معامل ارتباط Pearson عند تحقق ملائمة التوزيع والعلاقة الخطية، أو Spearman عند وجود انحرافات واضحة أو بيانات رتبية غير مناسبة للمعامل البارامترية. ولا يفسر الارتباط بوصفه دليلاً على السببية. ويُستخدم الانحدار الخطي المتعدد لاختبار أثر الحوكمة الصحية وأبعادها في الشفافية والكفاءة، مع إدخال المتغيرات الضابطة ذات الأساس النظري.

يمكن بناء نموذجين أساسيين: النموذج الأول تكون فيه الشفافية متغيراً تابعاً والحوكمة وأبعادها متغيرات مستقلة؛ والنموذج الثاني تكون فيه الكفاءة متغيراً تابعاً. ولتجنب التعدد الخطي، يُختبر إما أثر الدرجة الكلية للحوكمة أو أثر الأبعاد معاً وفق نتائج الارتباط وVIF، ولا تُدخل الدرجة الكلية وأبعادها في النموذج نفسه.

## 3-12-4 اختبار الفروق

يستخدم اختبار  $t$  لعينتين مستقلتين للمقارنة بين فئتين عند تحقق الافتراضات، وتحليل التباين الأحادي للمقارنة بين ثلاث فئات فأكثر، يتبعه اختبار مقارنات بعدية مناسب عند وجود فرق دال. وعند عدم تحقق الافتراضات يمكن استخدام Mann-Whitney أو Kruskal-Wallis. وتُعرض أحجام الأثر إلى جانب قيمة الدلالة، لأن الدلالة الإحصائية تتأثر بحجم العينة ولا تكشف وحدها عن الأهمية العملية.

## 3-12-5 مستوى الدلالة والبرامج

يُعتمد مستوى دلالة ثنائي الطرف مقداره 0.05، مع الإبلاغ عن القيم الدقيقة للدلالة وفواصل الثقة وأحجام الأثر. ويمكن إجراء التحليلات الأساسية باستخدام IBM SPSS Statistics، واستخدام AMOS أو برنامج مماثل عند إجراء تحليل عملي تأكدي أو نمذجة بنيوية. ويجب تسجيل إصدار البرنامج والإجراءات المستخدمة في النسخة النهائية من الرسالة.

جدول (26): مستوى الدلالة والبرامج

| سؤال/غرض التحليل                 | المؤشرات أو الاختبارات               | المخرجات التي يجب عرضها                          |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|
| وصف خصائص العينة                 | تكرارات ونسب مئوية                   | العدد والنسبة لكل فئة ومجموع البيانات الصالحة    |
| تحديد مستوى المتغيرات            | متوسط، انحراف معياري، وسيط، فاصل ثقة | مستوى كل بعد وبند مع التباين                     |
| فحص الثبات                       | ألفا كرونباخ وارتباط البند بالدرجة   | المعامل لكل بعد وقرار البنود                     |
| فحص البناء                       | KMO وBartlett والتحليل العاملي       | العوامل والأحمال والتباين المفسر                 |
| علاقة الحوكمة بالشفافية والكفاءة | Pearson أو Spearman                  | معامل الارتباط والدلالة وفاصل الثقة              |
| أثر الحوكمة في الشفافية          | انحدار خطي متعدد                     | B وBeta وR <sup>2</sup> وF والدلالة وفواصل الثقة |
| أثر الحوكمة في الكفاءة           | انحدار خطي متعدد                     | B وBeta وR <sup>2</sup> وF والدلالة وفواصل الثقة |

|                    |                             |                                                      |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|
| سؤال/غرض التحليل   | المؤشرات أو الاختبارات      | المخرجات التي يجب عرضها                              |
| الفروق حسب الخصائص | t أو ANOVA أو بدائل لاسمعية | قيمة الاختبار والدلالة وحجم الأثر والمقارنات البعدية |
| تحديد التحديات     | متوسطات وترتيب وتحليل فروق  | أكثر التحديات شدة والفئات الأكثر تأثراً              |

### 3-13 اختبار الفرضيات وافتراضات التحليل

#### 3-13-1 فرضيات الدراسة وخطة الاختبار

جدول (27): فرضيات الدراسة وخطة الاختبار

| الفرضية | صيغة الفرضية البديلة                                                                         | الاختبار الرئيس                              |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| H1      | يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للحكومة الصحية في الشفافية بالمؤسسات الصحية السعودية.       | انحدار خطي؛ الشفافية متغير تابع.             |
| H1a-H1e | تؤثر أبعاد الحوكمة المقترحة في الشفافية بدرجات متفاوتة.                                      | انحدار متعدد للأبعاد بعد فحص التعدد الخطي.   |
| H2      | يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للحكومة الصحية في الكفاءة الإدارية.                         | انحدار خطي؛ الكفاءة متغير تابع.              |
| H2a-H2e | تؤثر أبعاد الحوكمة المقترحة في الكفاءة بدرجات متفاوتة.                                       | انحدار متعدد للأبعاد.                        |
| H3      | توجد فروق في تقديرات الحوكمة والشفافية والكفاءة باختلاف بعض الخصائص الديموغرافية والتنظيمية. | t أو ANOVA والبدائل اللامعلمية.              |
| H4      | تختلف شدة تحديات تطبيق الحوكمة باختلاف نوع المؤسسة أو المستوى الوظيفي.                       | ANOVA أو اختبارات غير معلمية حسب الافتراضات. |

#### 3-13-2 فحص افتراضات الانحدار

جدول (28): فحص افتراضات الانحدار

| الافتراض          | طريقة الفحص                                   | الإجراء عند وجود مشكلة                                     |
|-------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| الخطية            | مخططات التشتت وبواقي النموذج                  | إعادة فحص الصياغة أو التحويل أو نموذج بديل                 |
| استقلال الأخطاء   | تصميم العينة ومؤشر Durbin-Watson عند ملاءمته  | مراعاة التجمع داخل المؤسسات أو استخدام أخطاء معيارية متينة |
| تجانس التباين     | مخطط البواقي مقابل القيم المتوقعة             | أخطاء معيارية متينة أو تحويل مناسب                         |
| طبيعية البواقي    | Q-Q plot والمدرج واختبارات مساعدة             | الاعتماد على البواقي وأحجام العينات واستخدام أساليب متينة  |
| غياب التعدد الخطي | VIF و Tolerance والارتباطات                   | حذف أو دمج متغيرات متداخلة أو اختبار نماذج منفصلة          |
| القيم المؤثرة     | Cook's distance و leverage والبواقي المعيارية | التحقق من صحة الحالة وإجراء تحليل حساسية                   |
| حجم العينة        | عدد الحالات بالنسبة للمتغيرات                 | تقليل عدد المتنبئات أو زيادة العينة                        |

يجب ألا يكون قرار قبول الفرضية أو رفضها مبنياً على قيمة  $p$  وحدها. تُفسر النتيجة في ضوء اتجاه المعامل وحجمه وفاصل الثقة والتباين المفسر والاتساق مع النظرية. كما تُجرى تحليلات حساسية عند وجود قرارات مؤثرة، مثل استبعاد قيم متطرفة أو استخدام ترميز بديل، للتأكد من استقرار الاستنتاجات.

### 3-14 الاعتبارات الأخلاقية

تلتزم الدراسة بالمبادئ الأخلاقية للبحث العلمي، وبمتطلبات الجامعة والجهات الصحية المشاركة. ولا يبدأ جمع البيانات قبل صدور الموافقة الأخلاقية والموافقات الإدارية اللازمة. ويُوضح للمشارك هدف الدراسة وطبيعة مشاركته والوقت المتوقع، وأن المشاركة اختيارية ويمكن الانسحاب قبل الإرسال دون أي تبعات.

تُجمع أقل كمية ممكنة من البيانات الشخصية، ولا يُطلب الاسم أو الرقم الوظيفي. وتُعرض النتائج في صورة مجمعة، وتُدمج الفئات الصغيرة التي قد تكشف هوية المشاركين. كما يُمنع إرسال بيانات فردية إلى المدير المباشر أو منسق المؤسسة. وتُحفظ الملفات في مساحة محمية بكلمة مرور وتشفير مناسب، مع تحديد مدة الاحتفاظ وآلية الإتلاف وفق سياسة الجهة الأكاديمية.

جدول (29): الاعتبارات الأخلاقية

| المبدأ           | التطبيق في الدراسة                                        |
|------------------|-----------------------------------------------------------|
| الموافقة الحرة   | صفحة معلومات واضحة وخيار موافقة قبل بدء الاستبانة.        |
| السرية           | عدم جمع المعلومات المباشرة وعرض النتائج بصورة مجمعة.      |
| تقليل الضرر      | تجنب الأسئلة التي تتهم أفراداً أو تطلب كشف مخالفات محددة. |
| الحق في الانسحاب | إمكان عدم المتابعة قبل إرسال الإجابة دون عقوبة.           |
| أمن البيانات     | تقييد الوصول، نسخ احتياطي مشفر، وفصل أي رموز متابعة.      |
| تعارض المصالح    | الإفصاح عن أي علاقة للباحث بالمؤسسات المشاركة.            |
| العدالة          | عدم استبعاد فئات دون مبرر وضمان توزيع فرص المشاركة.       |

### 3-15 ضبط جودة البيانات وتقليل التحيز

#### 3-15-1 تحيز الطريقة المشتركة

لأن المتغيرات تُقاس من المصدر نفسه وفي الوقت نفسه، قد يظهر تحيز الطريقة المشتركة. ولتقليله إجرائياً، تُفصل أقسام المتغيرات بتعليمات واضحة، وتُصاغ البنود دون إحاء بالإجابة المرغوبة، ويُؤكد عدم وجود إجابة صحيحة أو خاطئة، وتُضمن السرية، ويُتجنب التشابه اللفظي بين بنود الحوكمة وبنود النتائج. وبعد الجمع يمكن فحص المؤشرات العملية مع عدم الاكتفاء باختبار عامل واحد بوصفه دليلاً حاسماً.

#### 3-15-2 تحيز عدم الاستجابة

يُراقب معدل الاستجابة في كل طبقة، ويُقارن - عند الإمكان - خصائص المستجيبين المبكرين والمتأخرين بوصفها إشارة تقريبية لتحيز عدم الاستجابة. كما تُقارن تركيبة العينة بإطار المجتمع من حيث نوع المؤسسة والفئة الوظيفية والمنطقة. وإذا ظهر نقص كبير في فئة معينة، تُكتف الدعوات فيها أو تستخدم أوزان مع توضيح حدودها.

### 3-15-3 الاستجابات غير الجادة

تُحدد قواعد مسبقة لاكتشاف الاستجابات غير الجادة، مثل زمن إكمال أقصر بصورة غير منطقية، واختيار خيار واحد لجميع البنود، والتناقض في بنود متقاربة، أو وجود نسبة فقد مرتفعة. ولا تُستبعد حالة بناءً على مؤشر واحد آلياً؛ بل تُراجع مجموعة مؤشرات ويوثق القرار ويُجرى تحليل حساسية عند الحاجة.

جدول (30): الاستجابات غير الجادة

| مصدر التحيز          | إجراء وقائي قبل الجمع                       | فحص بعد الجمع                             |
|----------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| الاختيار             | خطة طبقية وإطار معاينة واضح                 | مقارنة العينة بالمجتمع والطبقات           |
| الرغبة الاجتماعية    | سرية وصياغة محايدة                          | فحص التوزعات والتطرف غير المعتاد          |
| الطريقة المشتركة     | فصل الأقسام وتباين الصياغة                  | تحليل عاملي وفحص الارتباطات المرتفعة جداً |
| عدم الاستجابة        | تذكيرات وحوافز غير ضاغطة إن سمحت الأخلاقيات | مقارنة المبكرين والمتأخرين والتمثيل       |
| الاستجابة غير الجادة | تعليمات واضحة وطول مناسب                    | الزمن والأنماط والتناقض والقيم المفقودة   |
| إدخال البيانات       | جمع إلكتروني وقاموس ترميز                   | فحوص النطاق والتكرار وسجل التنظيف         |

### 3-16 حدود المنهجية

رغم ملاءمة التصميم لأهداف الدراسة، توجد حدود يجب مراعاتها. أولها أن الاستبانة تقيس الإدراكات، وقد تختلف عن مستوى التطبيق الفعلي الذي تكشفه الوثائق أو التدقيق. وثانيها أن التصميم المقطعي لا يثبت التسلسل الزمني بين الحوكمة والنتائج. وثالثها احتمال تأثر الإجابات بثقافة المؤسسة أو الخوف من تقييم الممارسات رغم ضمان السرية. ورابعها أن الوصول إلى عينة وطنية احتمالية قد يتأثر بموافقات المؤسسات وتوفر قوائم العاملين.

يمكن الحد من هذه القيود من خلال تنويع المؤسسات والفئات، وضمان السرية، والتحقق من خصائص الأداة، وتفسير النتائج بحذر. كما يُوصى مستقبلاً بدمج الاستبانة مع تحليل وثائق ومقابلات ومؤشرات أداء موضوعية، أو تطبيق تصميم طولي يقيس التغير قبل وبعد مبادرات الحوكمة.

### 3-17 خلاصة الفصل

عرض هذا الفصل المنهج الوصفي التحليلي والتصميم المقطعي المستخدمين في الدراسة، وحدد المجتمع المستهدف والفئات المهنية والإدارية والسريرية التي وُجّهت إليها الاستبانة، وبيّن بناء الأداة وإجراءات جمع البيانات وتنظيفها وتحليلها. وقد بلغ الحجم النهائي 393 استجابة صالحة، وهو أعلى من الحجم المرجعي البالغ 384 استجابة للمجتمعات الكبيرة. كما أوضح الفصل أساليب الصدق والثبات والتحليل والضوابط الأخلاقية وحدود المنهجية، بما يمهّد لعرض النتائج الكاملة في الفصل الرابع

## الفصل الرابع

### النتائج وتحليل البيانات

#### مقدمة 4-1

يعرض هذا الفصل نتائج تحليل الاستجابات التي جُمعت عبر الاستبانة الإلكترونية. وقد روعي في التحليل التمييز بين النتائج الوصفية التي تعكس اتجاهات أفراد العينة، والنتائج الاستدلالية التي تختبر العلاقات بين المتغيرات. كما أُجري فحص لجودة البيانات وبنية أداة القياس قبل تفسير النتائج، التزاماً بالمعايير العلمية وعدم تجاوز حدود ما تسمح به البيانات.

#### إعداد البيانات وتنظيفها 4-2

##### جدول 31: (ملخص تنظيف البيانات)

| المعالجة                                             | العدد | الإجراء            |
|------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| إجمالي الردود المسجلة في ملف التصدير                 | 397   | الاستجابات الواردة |
| استُبعدت بعد المطابقة دون الاعتماد على الطابع الزمني | 4     | الاستجابات المكررة |
| اعتمدت في التحليل النهائي                            | 393   | الاستجابات الصالحة |
| «استُبعد البند غير المكتمل»: التي تؤثر في أعمالهم    | 1     | البند المجتزأة     |
| احتُفظ بالنسخة الأولى من بند نشر مؤشرات الأداء       | 1     | البند المكررة      |
| حوكمة، 8 شفافية، 10 كفاءة، 8 تحديثات 25              | 51    | البند المعتمدة     |

تم توحيد صيغتي «لا أوافق» و«لا أوافق بشدة» و«لا أوافق بشدة» و«لا أوافق بشدة» في ترميز واحد، ثم رُمز بمقياس ليكرت من 1 إلى 5. ولم تظهر قيم مفقودة في البنود المغلقة بعد التنظيف.

#### خصائص عينة الدراسة 4-3

##### جدول 32: (توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديموغرافية)

| المتغير       | الفئة            | التكرار | % النسبة |
|---------------|------------------|---------|----------|
| الجنس         | أنثى             | 222     | 56.5     |
| الجنس         | ذكر              | 166     | 42.2     |
| الجنس         | أفضل عدم الاجابة | 5       | 1.3      |
| الفئة العمرية | من 41 الى 50 عام | 147     | 37.4     |
| الفئة العمرية | من 31 الى 40 عام | 131     | 33.3     |

|      |     |                         |                 |
|------|-----|-------------------------|-----------------|
| 16.8 | 66  | أقل من 30 عام           | الفئة العمرية   |
| 12.5 | 49  | أكثر من 50 عام          | الفئة العمرية   |
| 41.7 | 164 | بكالوريوس               | المؤهل العلمي   |
| 26.2 | 103 | ماجستير                 | المؤهل العلمي   |
| 22.6 | 89  | دبلوم فأقل              | المؤهل العلمي   |
| 9.4  | 37  | دكتوراه أو زمالة        | المؤهل العلمي   |
| 34.6 | 136 | من 5 إلى 9              | سنوات الخبرة    |
| 30.3 | 119 | من 10 إلى 14            | سنوات الخبرة    |
| 21.1 | 83  | أقل من 5                | سنوات الخبرة    |
| 14.0 | 55  | فأكثر 15                | سنوات الخبرة    |
| 31.3 | 123 | إشرافي                  | الفئة الوظيفية  |
| 23.4 | 92  | إداري                   | الفئة الوظيفية  |
| 17.3 | 68  | قيادي                   | الفئة الوظيفية  |
| 16.5 | 65  | ممارس صحي               | الفئة الوظيفية  |
| 9.9  | 39  | جودة أو مخاطر أو إمتثال | الفئة الوظيفية  |
| 1.5  | 6   | أخرى                    | الفئة الوظيفية  |
| 31.6 | 124 | إدارة عليا              | المستوى الإداري |
| 31.6 | 124 | إدارة وسطى              | المستوى الإداري |
| 25.7 | 101 | إشراف مباشر             | المستوى الإداري |
| 11.2 | 44  | دون منصب إداري          | المستوى الإداري |
| 38.7 | 152 | خاصة                    | نوع المؤسسة     |
| 32.3 | 127 | غير ربحية               | نوع المؤسسة     |
| 23.4 | 92  | حكومية                  | نوع المؤسسة     |
| 5.6  | 22  | أخرى                    | نوع المؤسسة     |
| 32.3 | 127 | الغربية                 | المنطقة         |
| 23.7 | 93  | الوسطى                  | المنطقة         |
| 19.3 | 76  | الشرقية                 | المنطقة         |
| 15.3 | 60  | الشمالية                | المنطقة         |
| 9.4  | 37  | الجنوبية                | المنطقة         |

تكوّنت العينة من 393 مشاركاً، وكانت الإناث الأكثر تمثيلاً بنسبة 56.5 % مقابل 42.2 % للذكور.

% وشكلت الفئة العمرية من 41 إلى 50 عاماً النسبة الأكبر 37.4%، بينما كان حملة البكالوريوس الأكثر عدداً 41.7% كما تركزت سنوات الخبرة في فئة 5-9 سنوات 34.6%، وبرزت الفئة الإشرافية بوصفها أكبر فئة وظيفية وتوزعت الاستجابات على مؤسسات خاصة وغير ربحية وحكومية، بما يوفر تنوعاً مؤسسياً مناسباً للوصف 31.3% العام للعينة.

#### ثبات أداة الدراسة 4-4

#### جدول 33: (معاملات الثبات لأداة الدراسة)

| المحور/البعد          | عدد البنود | ألفا كرونباخ | الحكم     |
|-----------------------|------------|--------------|-----------|
| الحوكمة الصحية الكلية | 25         | 0.069        | ضعيف      |
| الشفافية المؤسسية     | 8          | -0.438       | غير مقبول |
| الكفاءة الإدارية      | 10         | -0.247       | غير مقبول |
| تحديات التطبيق        | 8          | -0.681       | غير مقبول |

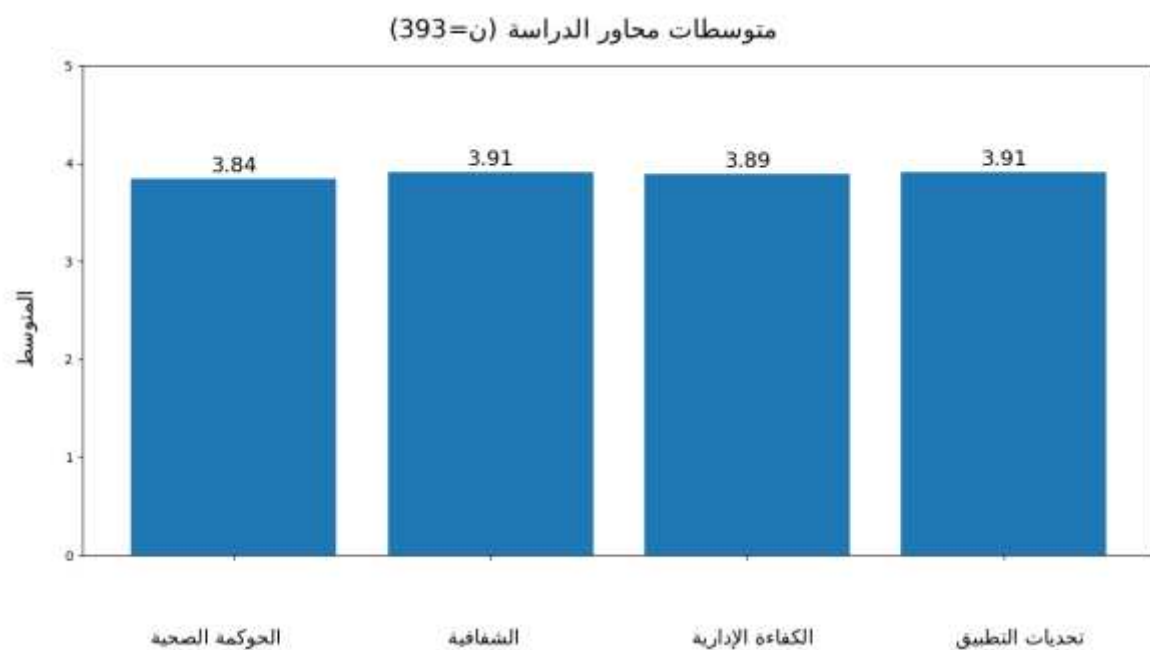
تشير معاملات ألفا إلى ضعف الاتساق الداخلي بين بنود المحاور، بل ظهرت معاملات سالبة في بعض المقاييس. ويعني ذلك أن البنود لم تتحرك بصورة متجانسة داخل المحور الواحد، وقد يرتبط ذلك بصياغة النموذج الإلكتروني، أو بتكرار/تجزئة بعض البنود، أو باختلاف فهم المشاركين للعبارات، أو بنمط الاستجابة. وبناءً عليه، تُعد المتوسطات الوصفية صالحة لوصف العبارات كما أجب عنها، بينما تُعرض علاقات الارتباط والانحدار بوصفها تحليلات استكشافية لا أدلة تأكيدية نهائية على الفرضيات

#### النتائج الوصفية لمحاور الدراسة 4-5

#### جدول 34: (المتوسطات الكلية لمحاور الدراسة)

| المحور            | المتوسط | الانحراف المعياري | المستوى |
|-------------------|---------|-------------------|---------|
| الحوكمة الصحية    | 3.84    | 0.22              | مرتفع   |
| الشفافية المؤسسية | 3.91    | 0.30              | مرتفع   |
| الكفاءة الإدارية  | 3.89    | 0.29              | مرتفع   |
| تحديات التطبيق    | 3.91    | 0.28              | مرتفع   |

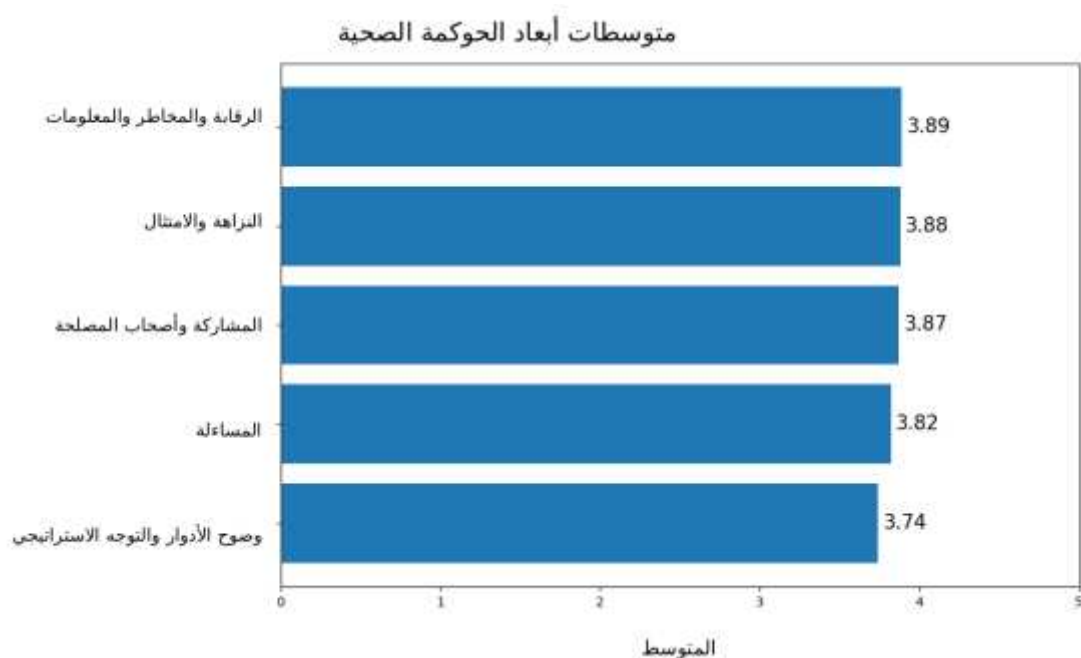
جاءت جميع المتوسطات ضمن المستوى المرتفع. واحتلت تحديات التطبيق المرتبة الأولى بمتوسط 3.91، تلتها الشفافية ثم الكفاءة الإدارية 3.89، فالحوكمة الصحية 3.84. ويكشف هذا التزامن عن صورة مزدوجة: إدراك مرتفع، 3.91، لممارسات الحوكمة والشفافية والكفاءة، وفي الوقت نفسه إدراك مرتفع للعوائق التي تحد من التطبيق المتسق والفعال.



شكل 2: (متوسطات محاور الدراسة)

جدول 35: (ترتيب أبعاد الحوكمة الصحية)

| الترتيب | الانحراف المعياري | المتوسط | البعد                            |
|---------|-------------------|---------|----------------------------------|
| 1       | 0.39              | 3.89    | الرقابة والمخاطر والمعلومات      |
| 2       | 0.39              | 3.88    | النزاهة والامتنال                |
| 3       | 0.41              | 3.87    | المشاركة وأصحاب المصلحة          |
| 4       | 0.38              | 3.82    | المساءلة                         |
| 5       | 0.38              | 3.74    | وضوح الأدوار والتوجه الاستراتيجي |



شكل 3: (متوسطات أبعاد الحوكمة الصحية)

#### التحليل التفصيلي لعبارات الحوكمة الصحية (أ-36) 4-6

جدول 36-أ: (التحليل التفصيلي لعبارات الحوكمة الصحية)

| م  | العبارة                                                           | الرتبة | المتوسط | الانحراف المعياري |
|----|-------------------------------------------------------------------|--------|---------|-------------------|
| 1  | توجد في المؤسسة رؤية وأهداف استراتيجية واضحة ومعلنة               | 23     | 3.71    | 0.92              |
| 2  | تُحدد مسؤوليات الوحدات واللجان بصورة تمنع التداخل والازدواجية     | 1      | 4.06    | 0.97              |
| 3  | تتناسب الصلاحيات الممنوحة مع المسؤوليات المطلوبة                  | 24     | 3.59    | 1.12              |
| 4  | تُرَبط الخطط التشغيلية بمؤشرات أداء محددة                         | 25     | 3.51    | 1.10              |
| 5  | تُراجع الأولويات الاستراتيجية استناداً إلى بيانات واحتياجات واضحة | 15     | 3.83    | 1.08              |
| 6  | توجد آليات واضحة لمساءلة المسؤولين عن نتائج الأداء                | 7      | 3.91    | 1.07              |
| 7  | تتم متابعة تنفيذ القرارات والتوصيات ضمن مدد محددة                 | 19     | 3.78    | 1.10              |
| 8  | يُطلب تفسير الانحرافات عن الخطط أو المؤشرات المعتمدة              | 17     | 3.81    | 1.09              |
| 9  | تُرَبط المسؤولية عن النتائج بسلطة فعلية لاتخاذ القرار             | 21     | 3.76    | 1.10              |
| 10 | تُتخذ إجراءات تصحيحية عند ثبوت القصور الإداري                     | 16     | 3.83    | 1.10              |
| 11 | يشارك العاملون المعنيون في مناقشة القرارات التي تؤثر في أعمالهم   | 4      | 3.95    | 1.05              |
| 12 | تستخدم المؤسسة ملاحظات المرضى والمستفيدين في تحسين الخدمات        | 3      | 3.96    | 1.07              |
| 13 | توجد قنوات واضحة لرفع المقترحات والملاحظات إلى متخذي القرار       | 10     | 3.87    | 1.05              |
| 14 | تستشير المؤسسة الجهات ذات العلاقة عند تطوير السياسات الرئيسية     | 18     | 3.79    | 1.08              |
| 15 | تُقدم تغذية راجعة توضح كيفية التعامل مع المقترحات والشكاوى        | 20     | 3.78    | 1.12              |

|    |                                                                |    |      |      |
|----|----------------------------------------------------------------|----|------|------|
| 16 | تُطبق الأنظمة والإجراءات على العاملين بعدالة واتساق            | 6  | 3.91 | 1.04 |
| 17 | توجد سياسة واضحة للإفصاح عن تعارض المصالح وإدارته              | 11 | 3.87 | 1.06 |
| 18 | تخضع المشتريات والتعاقدات لضوابط رقابية معلنة                  | 13 | 3.85 | 1.07 |
| 19 | تتوفر قنوات أمانة للإبلاغ عن المخالفات دون انتقام              | 9  | 3.89 | 1.02 |
| 20 | تُراجع السياسات دورياً لضمان توافقها مع الأنظمة والمعايير      | 12 | 3.86 | 1.04 |
| 21 | توجد منظومة فعالة لإدارة المخاطر المؤسسية                      | 22 | 3.73 | 1.02 |
| 22 | تُستخدم نتائج التدقيق والمراجعة في تحسين العمليات              | 2  | 4.03 | 0.99 |
| 23 | تتوفر بيانات دقيقة وفي الوقت المناسب لدعم القرار               | 8  | 3.91 | 1.04 |
| 24 | توجد ضوابط واضحة لصلاحيات الوصول إلى المعلومات وحمايتها        | 5  | 3.94 | 1.04 |
| 25 | تتم متابعة مؤشرات الأداء ورفعها إلى المستويات المسؤولة بانتظام | 14 | 3.84 | 1.08 |

بلغت المتوسطات التفصيلية لعبارات الحوكمة الصحية مستويات مرتفعة في معظم البنود، مع تفاوت يعكس قوة نسبية في الرقابة والمعلومات مقابل حاجة أكبر إلى تحسين وضوح الصلاحيات والحد من التداخل.

#### التحليل التفصيلي لعبارات الشفافية المؤسسية (ب-36) 4-6

##### جدول 36-ب: (التحليل التفصيلي لعبارات الشفافية المؤسسية

| م | العبارة                                                            | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتبة |
|---|--------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|--------|
| 1 | تتاح للعاملين السياسات والإجراءات ذات الصلة بأعمالهم بسهولة        | 3.97    | 0.83              | 2      |
| 2 | توضح الإدارة الأسس التي يُبنى عليها القرارات المهمة                | 4.23    | 0.87              | 1      |
| 3 | تُنشر مؤشرات الأداء والنتائج الداخلية بصورة مفهومة                 | 3.64    | 1.03              | 8      |
| 4 | تكون معايير التقييم والترقية والتكليف واضحة للعاملين               | 3.93    | 1.02              | 4      |
| 5 | يمكن الوصول إلى المعلومات اللازمة لأداء العمل في الوقت المناسب     | 3.86    | 1.01              | 6      |
| 6 | تُعلن التغييرات التنظيمية والإجرائية قبل تطبيقها بوقت مناسب        | 3.89    | 1.05              | 5      |
| 7 | تقدم الإدارة تفسيرات واضحة عند تغير الأولويات أو تخصيص الموارد     | 3.96    | 0.98              | 3      |
| 8 | تُعرض الأخطاء أو جوانب القصور بهدف التعلم والتحسين دون إخفاء متعمد | 3.79    | 1.06              | 7      |

أظهرت عبارات الشفافية اتجاهاً مرتفعاً، وتقدمت العبارات المتعلقة بتفسير أسس القرارات وإتاحة المعلومات، بينما تشير الفروق بين الرتب إلى أهمية تعزيز الإفصاح الدوري عن مؤشرات الأداء والتغييرات التنظيمية.

#### التحليل التفصيلي لعبارات الكفاءة الإدارية (ج-36) 4-6

##### جدول 36-ج: (التحليل التفصيلي لعبارات الكفاءة الإدارية)

| م | العبارة                                          | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتبة |
|---|--------------------------------------------------|---------|-------------------|--------|
| 1 | تُنجز الإجراءات الإدارية ضمن أوقات محددة ومعقولة | 3.95    | 0.92              | 5      |
| 2 | ستخدام الموارد البشرية وفق الاحتياج والأولويات   | 3.96    | 0.92              | 3      |

|    |                                                            |      |      |    |
|----|------------------------------------------------------------|------|------|----|
| 3  | تقلل المؤسسة الازدواجية بين الإدارات والوحدات              | 3.49 | 1.11 | 10 |
| 4  | تدعم نظم المعلومات سرعة إنجاز الأعمال ودقة القرار          | 4.08 | 0.91 | 1  |
| 5  | توجد آليات لقياس تكلفة العمليات ومراجعتها                  | 3.68 | 1.05 | 9  |
| 6  | يتم حل الاختناقات التشغيلية بناءً على بيانات وتحليل أسباب  | 4.00 | 1.06 | 2  |
| 7  | يسهم التنسيق بين الإدارات في تقليل التأخير والأخطاء        | 3.94 | 0.96 | 7  |
| 8  | تراجع الإجراءات غير الضرورية وتُبسط بصورة دورية            | 3.95 | 1.04 | 6  |
| 9  | تُحقق المؤسسة أهدافها التشغيلية ضمن الموارد المتاحة        | 3.96 | 0.97 | 4  |
| 10 | تُستخدم نتائج الأداء لإعادة توزيع الموارد وتحسين الأولويات | 3.85 | 1.10 | 8  |

جاءت تقديرات الكفاءة مرتفعة، مع بروز دور نظم المعلومات والتنسيق، في حين سجلت العبارات المتعلقة بتقليل الازدواجية وقياس تكلفة العمليات مراتب أقل نسبياً، وهي جوانب تستلزم تحسيناً إجرائياً

#### التحليل التفصيلي لعبارات تحديات تطبيق الحوكمة الصحية (د-36) 4-6

#### جدول 36-د: (التحليل التفصيلي لعبارات تحديات تطبيق الحوكمة الصحية)

| م | العبرة                                                   | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتبة |
|---|----------------------------------------------------------|---------|-------------------|--------|
| 1 | محدودية الوعي العملي بمفهوم الحوكمة وأدوارها             | 3.99    | 0.92              | 4      |
| 2 | تداخل الصلاحيات بين الإدارات أو الجهات ذات العلاقة       | 4.16    | 0.92              | 1      |
| 3 | مقاومة التغيير والخوف من المساءلة                        | 3.46    | 1.09              | 8      |
| 4 | ضعف تكامل البيانات أو صعوبة الوصول إلى معلومات موثوقة    | 4.11    | 0.98              | 2      |
| 5 | نقص الكفاءات المتخصصة في الحوكمة والمخاطر والامتثال      | 3.93    | 1.02              | 6      |
| 6 | كثرة الإجراءات التي تؤخر القرار دون قيمة رقابية واضحة    | 3.94    | 1.00              | 5      |
| 7 | ضعف المتابعة الفعلية للتوصيات ونتائج التدقيق             | 3.60    | 1.04              | 7      |
| 8 | عدم اتساق تطبيق السياسات بين الوحدات أو المواقع المختلفة | 4.11    | 0.98              | 3      |

أكد التحليل التفصيلي ارتفاع تحديات التطبيق، ولا سيما تداخل الصلاحيات وضعف تكامل البيانات وعدم اتساق تطبيق السياسات، مما يدعم توجيه التوصيات نحو الهيكل التنظيمي وحوكمة البيانات والمتابعة

#### تحليل عبارات الدراسة 4-6

#### جدول 36: (أعلى العبارات متوسطاً)

| العبرة                                                   | المتوسط | الانحراف | الرتبة |
|----------------------------------------------------------|---------|----------|--------|
| توضح الإدارة الأسس التي بُنيت عليها القرارات المهمة      | 4.23    | 0.87     | 1      |
| تداخل الصلاحيات بين الإدارات أو الجهات ذات العلاقة       | 4.16    | 0.92     | 2      |
| ضعف تكامل البيانات أو صعوبة الوصول إلى معلومات موثوقة    | 4.11    | 0.98     | 3      |
| عدم اتساق تطبيق السياسات بين الوحدات أو المواقع المختلفة | 4.11    | 0.98     | 4      |

|   |      |      |                                                               |
|---|------|------|---------------------------------------------------------------|
| 5 | 0.91 | 4.08 | تدعم نظم المعلومات سرعة إنجاز الأعمال ودقة القرار             |
| 6 | 0.97 | 4.06 | تُحدد مسؤوليات الوحدات واللجان بصورة تمنع التداخل والازدواجية |
| 7 | 0.99 | 4.03 | تُستخدم نتائج التدقيق والمراجعة في تحسين العمليات             |
| 8 | 1.06 | 4.00 | يتم حل الاختناقات التشغيلية بناءً على بيانات وتحليل أسباب     |

تصدرت عبارة «توضح الإدارة الأسس التي بُنيت عليها القرارات المهمة» بمتوسط 4.23، وهو مؤشر إيجابي على وضوح مبررات القرار. كما ظهرت تحديات تداخل الصلاحيات وضعف تكامل البيانات وعدم اتساق تطبيق السياسات ضمن أعلى العبارات، ما يؤكد أن الجوانب الهيكلية والمعلوماتية تمثل أبرز نقاط الضغط في التطبيق.

#### جدول 37: (أدنى العبارات متوسطاً)

| الترتبة | الانحراف | المتوسط | العبارة                                             |
|---------|----------|---------|-----------------------------------------------------|
| 1       | 1.09     | 3.46    | مقاومة التغيير والخوف من المساءلة                   |
| 2       | 1.11     | 3.49    | تقلل المؤسسة الازدواجية بين الإدارات والوحدات       |
| 3       | 1.10     | 3.51    | تُربط الخطط التشغيلية بمؤشرات أداء محددة            |
| 4       | 1.12     | 3.59    | تتناسب الصلاحيات الممنوحة مع المسؤوليات المطلوبة    |
| 5       | 1.04     | 3.60    | ضعف المتابعة الفعلية للتوصيات ونتائج التدقيق        |
| 6       | 1.03     | 3.64    | تُنشر مؤشرات الأداء والنتائج الداخلية بصورة مفهومة  |
| 7       | 1.05     | 3.68    | توجد آليات لقياس تكلفة العمليات ومراجعتها           |
| 8       | 0.92     | 3.71    | توجد في المؤسسة رؤية وأهداف استراتيجية واضحة ومعلنة |

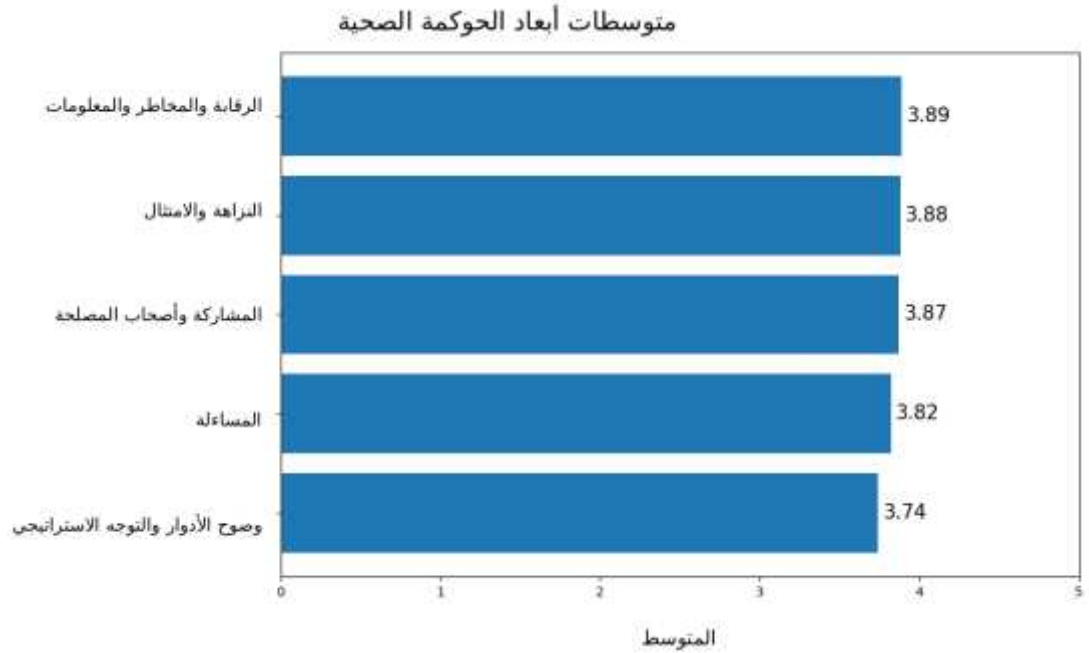
جاءت مقاومة التغيير والخوف من المساءلة في أدنى المتوسطات، إلا أنها ظلت ضمن المستوى المرتفع نسبياً. كما سجلت عبارة تقليل الازدواجية بين الإدارات متوسطاً منخفضاً مقارنة ببقية البنود، وهو ما يتسق مع ارتفاع تحدي تداخل الصلاحيات.

#### ترتيب تحديات تطبيق الحوكمة 4-7

#### جدول 38: (ترتيب تحديات التطبيق)

| الترتبة | المتوسط | التحدي                                                   |
|---------|---------|----------------------------------------------------------|
| 1       | 4.16    | تداخل الصلاحيات بين الإدارات أو الجهات ذات العلاقة       |
| 2       | 4.11    | ضعف تكامل البيانات أو صعوبة الوصول إلى معلومات موثوقة    |
| 3       | 4.11    | عدم اتساق تطبيق السياسات بين الوحدات أو المواقع المختلفة |
| 4       | 3.99    | محدودية الوعي العملي بمفهوم الحوكمة وأدوارها             |
| 5       | 3.94    | كثرة الإجراءات التي تؤخر القرار دون قيمة رقابية واضحة    |
| 6       | 3.93    | نقص الكفاءات المتخصصة في الحوكمة والمخاطر والامتثال      |

|   |      |                                              |
|---|------|----------------------------------------------|
| 7 | 3.60 | ضعف المتابعة الفعلية للتوصيات ونتائج التدقيق |
| 8 | 3.46 | مقاومة التغيير والخوف من المساءلة            |



شكل 4: (ترتيب تحديات تطبيق الحوكمة)

العلاقات الاستكشافية بين المتغيرات 4-8

جدول 39: (معاملات الارتباط الاستكشافية)

| التفسير              | p قيمة | r معامل بيرسون | العلاقة           |
|----------------------|--------|----------------|-------------------|
| موجبة ودالة إحصائياً | <0.001 | 0.303          | الحوكمة والشفافية |
| موجبة ودالة إحصائياً | <0.001 | 0.346          | الحوكمة والكفاءة  |
| موجبة ودالة إحصائياً | <0.001 | 0.291          | الشفافية والكفاءة |
| موجبة ودالة إحصائياً | <0.001 | 0.357          | الحوكمة والتحديات |

والشفافية، ( $r=0.346$ ) والحوكمة والكفاءة، ( $r=0.303$ ) أظهرت النتائج علاقات موجبة ودالة بين الحوكمة والشفافية وهي نتيجة غير متوقعة، ( $r=0.357$ ) كما ظهرت علاقة موجبة بين الحوكمة وتحديات التطبيق. ( $r=0.291$ ) والكفاءة نظرياً، وقد تعكس ميل بعض المشاركين إلى الموافقة العامة على العبارات أو اختلاف بناء مقياس التحديات. ولهذا لا يجوز تفسير هذه الارتباطات بوصفها إثباتاً سببياً

تحليل الانحدار الاستكشافي 4-9

جدول 40: (نماذج الانحدار الاستكشافية)

| المعاملات الرئيسية                                        | p قيمة | F     | R <sup>2</sup> | النموذج                          |
|-----------------------------------------------------------|--------|-------|----------------|----------------------------------|
| الحكومة الصحية: B=0.410, p=<0.001                         | <0.001 | 39.65 | 0.092          | أثر الحكومة في الشفافية          |
| الحكومة الصحية: B=0.455, p=<0.001                         | <0.001 | 53.13 | 0.120          | أثر الحكومة في الكفاءة           |
| الشفافية: B=0.373, p=<0.001<br>الحكومة: B=0.200, p=<0.001 | <0.001 | 36.52 | 0.158          | أثر الحكومة والشفافية في الكفاءة |

فسرت الحكومة نحو 9.2% من تباين الشفافية، ونحو 12.0% من تباين الكفاءة. وعند إدخال الحكومة والشفافية معاً ارتفعت القدرة التفسيرية إلى 15.8%. وتظل هذه النتائج استكشافية بسبب ضعف الثبات الداخلي، ولا ينبغي استخدامها منفردة لقبول الفرضيات بصورة نهائية.

#### اختبار الفرضيات 4-10

#### جدول 41: (ملخص اختبار الفرضيات)

| القرار العلمي                               | النتيجة الإحصائية            | الفرضية                                         |
|---------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| مدعومة استكشافياً مع التحفظ بسبب ضعف الثبات | علاقة موجبة ودالة إحصائياً   | توجد علاقة بين الحكومة الصحية والشفافية         |
| مدعومة استكشافياً مع التحفظ بسبب ضعف الثبات | علاقة موجبة ودالة إحصائياً   | توجد علاقة بين الحكومة الصحية والكفاءة الإدارية |
| مدعومة استكشافياً                           | النموذج المتعدد دال إحصائياً | تسهم الشفافية في تفسير الكفاءة إلى جانب الحكومة |
| غير مدعومة وفق الاتجاه النظري المتوقع       | ظهرت علاقة موجبة لا سالبة    | تتخفف تحديات التطبيق مع تحسن الحكومة            |

#### خلاصة الفصل 4-11

أظهرت النتائج ارتفاع تقييم المشاركين للحكومة والشفافية والكفاءة، مع ارتفاع واضح في تحديات التطبيق. وقد برزت قضايا تداخل الصلاحيات وتكامل البيانات واتساق السياسات بوصفها أبرز التحديات. وفي المقابل، حد ضعف الاتساق الداخلي لأداة القياس من قوة الاستدلال؛ لذلك تُستخدم النتائج لتكوين صورة وصفية واستكشافية، مع ضرورة تطوير الأداة في الدراسات اللاحقة.

#### الفصل الخامس

#### مناقشة النتائج والتوصيات

#### مقدمة 5-1

يناقش هذا الفصل النتائج في ضوء الإطار النظري وأسئلة الدراسة والسياق المؤسسي الصحي في المملكة، ثم يقدم استنتاجات وتوصيات تنفيذية تراعي دلالات البيانات وحدودها المنهجية.

## مناقشة مستوى الحوكمة الصحية 5-2

بلغ المتوسط الكلي للحوكمة الصحية 3.84، وهو مستوى مرتفع. وتقدّم بعد الرقابة والمخاطر والمعلومات على بقية الأبعاد، يليه النزاهة والامتثال ثم المشاركة. يدل ذلك على إدراك إيجابي لوجود ممارسات رقابية ومعلوماتية، إلا أن انخفاض متوسط وضوح الأدوار مقارنة ببقية الأبعاد يشير إلى أن نجاح الحوكمة لا يعتمد على وجود السياسات فحسب بل على ترجمتها إلى صلاحيات وحدود مسؤولية مفهومة ومطبقة بصورة موحدة.

## مناقشة الشفافية المؤسسية 5-3

حقق محور الشفافية متوسطاً مرتفعاً بلغ 3.91، وتصدرت عبارة تفسير الإدارة للأسس التي بُنيت عليها القرارات ويشير ذلك إلى أهمية الاتصال الإداري في تكوين الثقة. ومع ذلك، جاء بند نشر مؤشرات الأداء بدرجة أقل من بعض البنود الأخرى، ما يعني أن الشفافية التفسيرية قد تكون أقوى من الشفافية القائمة على الإفصاح الدوري عن النتائج والمؤشرات.

## مناقشة الكفاءة الإدارية 5-4

بلغ متوسط الكفاءة الإدارية 3.89. وبرز دعم نظم المعلومات لسرعة الإنجاز ودقة القرار، في حين جاءت قدرة المؤسسة على تقليل الازدواجية بين الإدارات في مرتبة متأخرة. وتؤكد هذه النتيجة أن التحول الرقمي لا يحقق الكفاءة وحده إذا لم يصاحبه تبسيط العمليات وتحديد الملكية الإجرائية وإزالة تكرار الموافقات.

## مناقشة تحديات التطبيق 5-5

أظهر محور التحديات متوسطاً مرتفعاً بلغ 3.91. وتصدّر تداخل الصلاحيات، وضعف تكامل البيانات، وعدم اتساق تطبيق السياسات. وتعكس هذه التحديات ثلاث فجوات مترابطة: فجوة هيكلية في توزيع السلطة، وفجوة معلوماتية في تكامل البيانات، وفجوة تنفيذية في توحيد الممارسة بين الوحدات. ويعني ذلك أن تحسين الحوكمة يتطلب معالجة النظام المؤسسي ككل، لا إصدار سياسات إضافية فقط.

## مناقشة العلاقات بين المتغيرات 5-6

أظهرت التحليلات الاستكشافية علاقة موجبة بين الحوكمة وكل من الشفافية والكفاءة. وتتفق هذه النتيجة مع المنطق النظري للدراسة، إذ يرفع وضوح الصلاحيات والمساءلة وجودة المعلومات من قابلية القرار للتفسير، ويقلل التأخير والهدر. إلا أن العلاقة الموجبة بين الحوكمة والتحديات تشير إلى أثر محتمل لنمط الاستجابة أو لكون المؤسسات الأكثر ممارسة للحوكمة أكثر قدرة أيضاً على تشخيص تحدياتها. وبسبب ضعف الثبات لا يمكن الحسم بين هذين التفسيرين.

## الاستنتاجات 5-7

- توجد صورة إيجابية عامة عن مستوى الحوكمة والشفافية والكفاءة في المؤسسات الممثلة في العينة
- لا تزال المشكلات الهيكلية والمعلوماتية والتنفيذية مرتفعة، وبخاصة تداخل الصلاحيات وضعف تكامل البيانات
- تمثل الشفافية آلية وسيطة محتملة تربط الحوكمة بالكفاءة، لكن هذه العلاقة تحتاج إلى اختبار بأداة أكثر ثباتاً
- لا تكفي الأنظمة الرسمية دون متابعة التنفيذ وتوحيد التطبيق وقياس نتائج القرارات

- أظهرت جودة الأداة مشكلة منهجية يجب الإفصاح عنها ومعالجتها قبل تعميم النتائج أو بناء قرارات واسعة عليها •

## التوصيات التنفيذية 5-8

### جدول 42: (خطة التوصيات التنفيذية)

| مؤشر المتابعة                               | الجهة المسؤولة                  | التوصية                                                       | الأولوية |
|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|
| نسبة العمليات ذات المالك الواضح             | الإدارة العليا والحوكمة         | إعداد مصفوفة صلاحيات ومسؤوليات موحدة وتحديثها دورياً          | 1        |
| نسبة المؤشرات المستخرجة آلياً من مصدر موحد  | تقنية المعلومات وإدارة البيانات | إنشاء قاموس بيانات مؤسسي وربط الأنظمة ومصادر التقارير         | 2        |
| نسبة الالتزام بنتائج التدقيق المقارن        | الجودة والامتثال                | توحيد إجراءات تطبيق السياسات بين المواقع والوحدات             | 3        |
| دورية النشر ونسبة إغلاق الإجراءات           | التخطيط والاداء                 | إطلاق لوحة شفافية داخلية لمؤشرات الأداء والقرارات التصحيحية   | 4        |
| نسبة التوصيات المنفذة في موعدها             | مجلس الإدارة/اللجان المختصة     | تعزيز استقلالية التدقيق الداخلي وإدارة المخاطر                | 5        |
| نسبة إكمال التدريب ونتائج الاختبار البعدي   | الموارد البشرية                 | تدريب القيادات والموظفين على الحوكمة والمساءلة وتعارض المصالح | 6        |
| ألفا كرونباخ $\geq 0.70$ قبل التطبيق الموسع | الباحث والجامعة                 | إعادة بناء الاستبانة وتحكيمها وإجراء دراسة استطلاعية          | 7        |

## حدود الدراسة 5-9

- اعتمدت الدراسة على استجابات ذاتية في تصميم مقطعي، لذلك لا تثبت العلاقات السببية
- أدى وجود بند مجتزأ وبند مكرر في النموذج الإلكتروني إلى الحاجة لتنظيف بنية الأداة
- انخفض الاتساق الداخلي للمقاييس، وهو ما يحد من تعميم نتائج الارتباط والانحدار
- لا تتيح البيانات المتاحة التحقق من معدل الاستجابة مقارنة بحجم المجتمع الأصلي
- تفاوت أنواع المؤسسات والمناطق قد يؤثر في المقارنات المباشرة بين الفئات

## مقترحات الدراسات المستقبلية 5-10

- إعادة صياغة البنود وعرضها على محكمين متخصصين في الحوكمة الصحية والقياس
- تنفيذ دراسة استطلاعية مستقلة وفحص التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي
- دراسة أثر الحوكمة على مؤشرات موضوعية مثل زمن الخدمة وتكلفة العملية والسلامة
- إجراء دراسات مقارنة بين المؤسسات الحكومية والخاصة وغير الربحية
- اختبار دور الشفافية كمتغير وسيط باستخدام نماذج معادلات هيكلية بعد تحقق الصدق والثبات

## خاتمة الدراسة 5-11

تؤكد الدراسة أن الحوكمة الصحية تمثل إطاراً عملياً لرفع وضوح القرار والمساءلة وتحسين استخدام الموارد. وقد أظهرت الاستجابات الميدانية اتجاهاً إيجابياً نحو الحوكمة والشفافية والكفاءة، لكنها كشفت في الوقت نفسه عن تحديات مرتفعة في الصلاحيات والبيانات واتساق التنفيذ. وتتمثل القيمة الأهم للنتائج في توجيه الانتباه إلى أن الحوكمة الفعالة لا

تتحقق بكثرة اللوائح، بل بوضوح المسؤولية، وجودة المعلومات، والمتابعة المستقلة، والتعلم المؤسسي المستمر. كما تؤكد النتائج ضرورة تحسين أداة القياس قبل أي تعميم نهائي.

المراجع

المراجع العربية والأجنبية

## أولاً: المراجع العربية

- برنامج تحول القطاع الصحي. (2024). تقرير تحول القطاع الصحي 2024. رؤية المملكة العربية السعودية 2030.
- رؤية المملكة العربية السعودية 2030. (2021). برنامج تحول القطاع الصحي: وثيقة البرنامج.
- وزارة الصحة السعودية. (2019). استراتيجية تحول القطاع الصحي.
- وزارة الصحة السعودية. (2026). حوكمة القطاع الصحي: نظرة عامة.
- وزارة الصحة السعودية. (2026). البيانات المفتوحة: الأهداف والسياسات.
- وزارة الصحة السعودية. (2026). حقوق المرضى ومسؤولياتهم.
- مجلس الضمان الصحي. (2021). الرعاية الصحية المبنية على القيمة: ورقة بيضاء.
- المجلس الصحي السعودي. (د.ت.). اختصاصات المجلس والتنسيق بين القطاعات الصحية.
- المركز السعودي لسلامة المرضى. (د.ت.). المشروع الوطني لقياس ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- Alasiri, A. A., & Mohammed, V. (2022). Healthcare transformation in Saudi Arabia: An overview since the launch of Vision 2030. *Health Services Insights*, 15. <https://doi.org/10.1177/11786329221121214>
- AlMubarak, S. H., Alfayez, A. S., Alanazi, A. T., Alwuhaimed, L. A., & Bo Hamed, S. S. (2021). Autonomy, accountability, and competition: The privatisation of the Saudi health care system. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(2), 144-151. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.11.005>
- Al-Nozha, O. M. (2024). Key aspects of the Saudi healthcare system reform and the potential impact on the main stakeholders: A qualitative study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 19(3), 598-610. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2024.04.007>
- Al Rahahleh, N., Alhothaly, W., Al-Hanawi, M. K., & Al-Khyal, T. A. (2024). Governance and accountability in a Saudi public healthcare setting: Patients' perspectives. *Asian Journal of Accounting and Governance*, 21, 1-19. <https://doi.org/10.17576/AJAG-2024-21-01>
- Barbazza, E., & Tello, J. E. (2014). A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*, 116(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE.
- De Regge, M., Eeckloo, K., & others. (2020). Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. *Social Science & Medicine*, 262, 113252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). SAGE.

Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4th ed.). Wiley.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.

Gholami, M., et al. (2024). Transparency interventions to improve health system outcomes in low- and middle-income countries: A narrative systematic review. *BMJ Open*, 14, e081152. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081152>

Greer, S. L., Vasev, N., Jarman, H., Wismar, M., & Figueras, J. (2019). It's the governance, stupid! TAPIC: A governance framework to strengthen decision making and implementation. European Observatory on Health Systems and Policies.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.

Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>

Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710-722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (8th ed.). Pearson.

Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1), 13-25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

World Health Organization. (2014). *Health systems governance for universal health coverage: Action plan*. WHO.

World Health Organization. (2024). *Strengthening health systems: A practical handbook for resilience testing*. WHO Regional Office for Europe and OECD Publishing.

World Health Organization. (n.d.). *Health systems governance*. <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>

الملاحق

أدوات الدراسة والوثائق المساندة

## ملحق (أ): الاستبانة

### أولاً: مقدمة الاستبانة والموافقة على المشاركة

تُجرى هذه الدراسة بعنوان ( دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية) استكمالاً لمتطلبات البحث العلمي. وُجّهت الاستبانة إلى العاملين في المؤسسات الصحية ممن لديهم اطلاع على الإجراءات، والقرارات والرقابة وتدفق المعلومات، وشملت القيادات والمديرين والمشرفين والإداريين، والعاملين في الجودة والمخاطر والامتثال والكوادر الصحية مثل الأطباء والممرضين والصيدلة والفنيين والأخصائيين والممارسين الصحيين. تهدف الاستبانة إلى التعرف على مستوى تطبيق ممارسات الحوكمة وعلاقتها بالشفافية والكفاءة الإدارية والتحديات المرتبطة بها. المشاركة طوعية، ولا تُطلب بيانات تعريفية مباشرة، وتُستخدم الإجابات لأغراض علمية فقط وتعرض بصورة مجمعة.

تُجرى هذه الدراسة بعنوان «دور الحوكمة الصحية في تعزيز الشفافية والكفاءة في إدارة المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية» استكمالاً لمتطلبات البحث العلمي. تهدف الاستبانة إلى التعرف على مستوى تطبيق ممارسات الحوكمة وعلاقتها بالشفافية والكفاءة الإدارية. المشاركة طوعية، وستُعامل الإجابات بسرية تامة وتُستخدم لأغراض علمية فقط، ولن تُجمع أسماء المشاركين أو أي معلومات تعريفية مباشرة. يرجى اختيار الإجابة التي تعبر عن رأيكم بدقة. يستغرق إكمال الاستبانة نحو 10-12 دقيقة.

بالاستمرار في تعبئة الاستبانة، أقر بأنني قرأت المعلومات السابقة وأوافق طوعاً على المشاركة.

### ثانياً: البيانات الديموغرافية والتنظيمية

جدول (42): البيانات الديموغرافية والتنظيمية للاستبانة

| م | المتغير         | الخيارات                                                            |
|---|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1 | الجنس           | ذكر / أنثى / أفضل عدم الإفصاح                                       |
| 2 | الفئة العمرية   | أقل من 30 / 30-39 / 40-49 / 50 فأكثر                                |
| 3 | المؤهل العلمي   | دبلوم فأقل / بكالوريوس / ماجستير / دكتوراه أو زمالة                 |
| 4 | سنوات الخبرة    | أقل من 5 / 5-9 / 10-14 / 15 فأكثر                                   |
| 5 | الفئة الوظيفية  | قيادي / إشرافي / إداري / ممارس صحي / جودة أو مخاطر أو امتثال / أخرى |
| 6 | المستوى الإداري | إدارة عليا / إدارة وسطى / إشراف مباشر / دون منصب إداري              |
| 7 | نوع المؤسسة     | حكومية / خاصة / غير ربحية / أخرى                                    |
| 8 | المنطقة         | الوسطى / الغربية / الشرقية / الشمالية / الجنوبية                    |

### تعليمات الإجابة على المحاور

يرجى تحديد درجة موافقتكم على كل عبارة باستخدام المقياس الآتي: أوافق بشدة (5)، أوافق (4)، محايد (3)، لا أوافق

(2)، لا أوافق بشدة (1).

## ثالثاً: محور الحوكمة الصحية

جدول (43): ثالثاً: محور الحوكمة الصحية

| الرمز | العبرة                                                             | أوافق بشدة               | أوافق                    | محايد                    | لا أوافق                 | لا أوافق بشدة            |
|-------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| G1    | توجد في المؤسسة رؤية وأهداف استراتيجية واضحة ومعلنة.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G2    | تُحدد مسؤوليات الوحدات واللجان بصورة تمنع التداخل والازدواجية.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G3    | تتناسب الصلاحيات الممنوحة مع المسؤوليات المطلوبة.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G4    | تُربط الخطط التشغيلية بمؤشرات أداء محددة.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G5    | تُراجع الأولويات الاستراتيجية استناداً إلى بيانات واحتياجات واضحة. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G6    | توجد آليات واضحة لمسائلة المسؤولين عن نتائج الأداء.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G7    | تتم متابعة تنفيذ القرارات والتوصيات ضمن مدد محددة.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G8    | يُطلب تفسير الانحرافات عن الخطط أو المؤشرات المعتمدة.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G9    | تُربط المسؤولية عن النتائج بسلطة فعلية لاتخاذ القرار.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G10   | تُتخذ إجراءات تصحيحية عند ثبوت القصور الإداري.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G11   | يشارك العاملون المعنيون في مناقشة القرارات التي تؤثر في أعمالهم.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G12   | تستخدم المؤسسة ملاحظات المرضى والمستفيدين في تحسين الخدمات.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G13   | توجد قنوات واضحة لرفع المقترحات والملاحظات إلى متخذي القرار.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G14   | تستشير المؤسسة الجهات ذات العلاقة عند تطوير السياسات الرئيسية.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G15   | تُقدم تغذية راجعة توضح كيفية التعامل مع المقترحات والشكاوى.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G16   | تُطبق الأنظمة والإجراءات على العاملين بعدالة واتساق.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G17   | توجد سياسة واضحة للإفصاح عن تعارض المصالح وإدارته.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G18   | تخضع المشتريات والتعاقدات لضوابط رقابية معلنة.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G19   | تتوفر قنوات آمنة للإبلاغ عن المخالفات دون انتقام.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G20   | تُراجع السياسات دورياً لضمان توافقها مع الأنظمة والمعايير.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| الرمز | العبارة                                                         | أوافق بشدة               | أوافق                    | محايد                    | لا أوافق                 | لا أوافق بشدة            |
|-------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| G21   | توجد منظومة فعالة لإدارة المخاطر المؤسسية.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G22   | تُستخدم نتائج التدقيق والمراجعة في تحسين العمليات.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G23   | تتوفر بيانات دقيقة وفي الوقت المناسب لدعم القرار.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G24   | توجد ضوابط واضحة لصلاحيات الوصول إلى المعلومات وحمايتها.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G25   | تتم متابعة مؤشرات الأداء ورفعها إلى المستويات المسؤولة بانتظام. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### رابعاً: محور الشفافية المؤسسية

جدول (44): رابعاً: محور الشفافية المؤسسية

| الرمز | العبارة                                                             | أوافق بشدة               | أوافق                    | محايد                    | لا أوافق                 | لا أوافق بشدة            |
|-------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T1    | تتاح للعاملين السياسات والإجراءات ذات الصلة بأعمالهم بسهولة.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T2    | توضح الإدارة الأسس التي بُنيت عليها القرارات المهمة.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T3    | تُنشر مؤشرات الأداء والنتائج الداخلية بصورة مفهومة.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T4    | تكون معايير التقييم والترقية والتكليف واضحة للعاملين.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T5    | يمكن الوصول إلى المعلومات اللازمة لأداء العمل في الوقت المناسب.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T6    | تُعلن التغييرات التنظيمية والإجرائية قبل تطبيقها بوقت مناسب.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T7    | تقدم الإدارة تفسيرات واضحة عند تغيير الأولويات أو تخصيص الموارد.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T8    | تُعرض الأخطاء أو جوانب القصور بهدف التعلم والتحسين دون إخفاء متعمد. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### خامساً: محور الكفاءة الإدارية

جدول (45): خامساً: محور الكفاءة الإدارية

| الرمز | العبارة                                            | أوافق بشدة               | أوافق                    | محايد                    | لا أوافق                 | لا أوافق بشدة            |
|-------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| E1    | تُنجز الإجراءات الإدارية ضمن أوقات محددة ومعقولة.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E2    | تُستخدم الموارد البشرية وفق الاحتياج والأولويات.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E3    | تقلل المؤسسة الازدواجية بين الإدارات والوحدات.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E4    | تدعم نظم المعلومات سرعة إنجاز الأعمال ودقة القرار. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| الرمز | العبرة                                                      | أوافق بشدة               | أوافق                    | محايد                    | لا أوافق                 | لا أوافق بشدة            |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| E5    | توجد آليات لقياس تكلفة العمليات ومراجعتها.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E6    | يتم حل الاختناقات التشغيلية بناءً على بيانات وتحليل أسباب.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E7    | يسهم التنسيق بين الإدارات في تقليل التأخير والأخطاء.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E8    | تُراجع الإجراءات غير الضرورية وتُبسط بصورة دورية.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E9    | تُحقق المؤسسة أهدافها التشغيلية ضمن الموارد المتاحة.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E10   | تُستخدم نتائج الأداء لإعادة توزيع الموارد وتحسين الأولويات. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### سادساً: محور تحديات تطبيق الحوكمة الصحية

جدول (46): سادساً: محور تحديات تطبيق الحوكمة الصحية

| الرمز | العبرة                                                    | أوافق بشدة               | أوافق                    | محايد                    | لا أوافق                 | لا أوافق بشدة            |
|-------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C1    | محدودية الوعي العملي بمفهوم الحوكمة وأدوارها.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C2    | تداخل الصلاحيات بين الإدارات أو الجهات ذات العلاقة.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C3    | مقاومة التغيير والخوف من المساءلة.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C4    | ضعف تكامل البيانات أو صعوبة الوصول إلى معلومات موثوقة.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C5    | نقص الكفاءات المتخصصة في الحوكمة والمخاطر والامتثال.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C6    | كثرة الإجراءات التي تؤخر القرار دون قيمة رقابية واضحة.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C7    | ضعف المتابعة الفعلية للتوصيات ونتائج التدقيق.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C8    | عدم اتساق تطبيق السياسات بين الوحدات أو المواقع المختلفة. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### سابعاً: سؤال مفتوح اختياري

ما أبرز المقترحات التي ترون أنها تسهم في تعزيز الحوكمة والشفافية والكفاءة داخل المؤسسات الصحية؟

.....

.....

.....

شاكرين لكم وقتكم وتعاونكم

**Midocean University**

**Department of Administration**

**Department of: health administration**



**The Role of Health Governance in Enhancing  
Transparency and Efficiency in the Management of  
Healthcare Institutions in the Kingdom of Saudi Arabia**

**Prepared by**

**Name: Fatimah Abdulwahab alsubaie**

**Student ID: 25300043**

**Supervised by:**

**Dr. Alfaisal Abdulhamid Mohammed Hasan**

**Dr. Fayez Jarrad**

**Academic Year: 2025/2026**