

حوكمة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال

Hospital governance from a business management perspective

ط/د.بعدة الطاهر جامعة البليدة 2 Baala.tahar@gmail.com	أ.بقاش وليد* المدرسة العليا للتجارة oualidbakache@gmail.com
---	---

تاريخ النشر: 2019/04/04

تاريخ القبول: 2019/02/03

تاريخ الاستلام: 2019/01/27

الملخص

تهدف هذه الورقة البحثية إلى إظهار الأبعاد غير الربحية في حوكمة المستشفيات، خاصة أن اقتصاديات الصحة أخذت المفهوم الربحي للمؤسسة الاستشفائية، من ناحية الجانب المالي والتحكم في النفقات وتوريد المستشفى ومحاولة تغطية التكاليف ، حتى تضمن الخدمة المتميزة ، غير أن البناء التنظيمي من منظور إدارة الأعمال وأخذ خصوصية المستشفى بعين الاعتبار يبقى ناقص ويحتاج إلى المزيد من البحوث.

في هاته الورقة ركزت الدراسة على منظور إدارة الأعمال في حوكمة المستشفيات من خلال التركيز على القيادة واتخاذ القرار وأخلاقيات الأعمال
الكلمات المفتاحية: حوكمة المستشفيات، القيادة، اتخاذ القرار، أخلاقيات الأعمال

Abstract :

The aim of this paper is to show the non-profit dimensions of hospital governance, especially that the health economics have taken the profit concept of the hospital institution, in terms of financial aspect, control of expenses and hospital supply and try to cover the costs, to ensure outstanding service, but the organizational structure from the perspective of business management and taking The privacy of the hospital is considered incomplete and needs further research.

In this paper, the study focused on the perspective of business management in hospital governance by focusing on leadership, decision making and business ethics

Keywords: Hospital Governance, Leadership, Decision Making, Business Ethics

مقدمة

يتميز المستشفى عن غيره من التنظيمات بتعقيده نظرا لتشكله من مزيج تركيبة بشرية مختلفة ممثلة في الأسلاك الطبية والشبه طبية والمهنية والإدارية، وبذلك يكون المستشفى هيكل إداري وتنظيمي متميز من جهة ونظام نفسي اجتماعي فريد من جهة أخرى، وفي حقيقة الأمر هو تنظيم بشري وبالتالي فهو نظام اجتماعي معقد، إذ أن مادته الخام هو الإنسان، إنتاجه إنساني، هدفه إنساني يتمثل في خدمة الأفراد والناس.

كما أن المنظمات الصحية اليوم تولي عناية خاصة للممارسات الإدارية المتميزة، وذلك لتحقيق الهدف الأساسي (كيفية التعامل مع المشكلات الصحية)، وإذا نظرنا إلى حوكمة المستشفيات كمخرج أو كحل للمشكلات الإدارية فإننا نجد المستشفى ممزق بين تبني المؤسسة الصحية كمؤسسة غير ربحية تهدف في الأخير إلى خدمة المريض، كمؤسسة خدمية عامة راقية توفر رعاية صحية بأسعار معقولة ضمن نسق اجتماعي، وبين تبني مفهوم اقتصاديات السوق أو ما يعرف باقتصاد الصحة والذي يعبر عن مفهوم خدمة صحية متميزة ضمن مؤسسة ربحية تخضع للضغوط والمنافسة، بالإضافة إلى ضرورة التحكم في الانفاق حتى لا تتدثر وتذوب المؤسسة ضمن المفهوم الربحي.

ومن خلال الدراسات السابقة نلاحظ تركيز معظم البحوث على حوكمة المستشفيات من منظور مؤسسة ربحية فتناولت حوكمة الانفاق الصحي ومحددات الانفاق الصحي في المستشفيات بالإضافة إلى طرق التمويل وكيفية الاستثمار في المستشفيات من منظور مؤسسة اقتصادية، غير أننا في هذه الدراسة نركز على حوكمة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال، لأن التحكم في القرار وطرق التسيير مهم جدا في جعل الخدمة المقدمة متميزة وأيضا يساهم إلى حد كبير في التحكم الجيد في النفقة، بالإضافة إلى تطبيق مبادئ الحوكمة من افصاح ومساءلة وشفافية.

في هاته الدراسة قسمنا البحث الى:

- I. ماهية حوكمة الشركات
- II. حوكمة المستشفيات مفاهيم وأهداف
- III. حوكمة المستشفيات من منظور القيادة
- IV. حوكمة المستشفيات من منظور اتخاذ القرار
- V. حوكمة المستشفيات من منظور أخلاقيات الاعمال

I. ماهية حوكمة الشركات

الحكامة أو الحوكمة أو الحاكمة مصطلح جديد في العربية وُضِعَ في مقابل اللفظ الإنكليزي (governance) أو الفرنسي (gouvernance)، وتوصل مجمع اللغة العربية بعد عدة محاولات لتعريب هذا المصطلح فاستخدمت عدة مصطلحات للتعبير عن المصطلح الإنكليزي مثل: الإدارة الرشيدة، الحاكمة المؤسسية، الحكم الراشد، الحكم الصالح أو الجيد لذا يطلق على اصطلاح (Corporate Governance) بحوكمة الشركات.

من خلال هذا العنصر يتم التطرق إلى حوكمة الشركات من حيث نشأتها، أهميتها وكذا أهدافها.

1. مفهوم حوكمة الشركات

لا يوجد مفهوم موحد لمصطلح حوكمة الشركات، وهذا الاختلاف في المفاهيم دل عن وجهات النظر المختلفة، وفي سبيل ذلك حرصت العديد من المؤسسات العالمية والمنظمات الدولية على الخوض في هذا المفهوم بالتحليل والدراسة مثل صندوق النقد الدولي، البنك الدولي، منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ومؤسسة التمويل الدولية وغيرها.

عرف تقرير لجنة كادبري (Cadbury)* البريطانية سنة 1992 الحوكمة أنها: النظام الذي يتيح للمساهمين توجيه وإدارة ومراقبة الشركة عن طريق تعيين أعضاء مجلس الإدارة واختيار المراقب الخارجي، كما تشمل الحوكمة تنظيم الحقوق والمسؤوليات المناطة بالأطراف ذات العلاقة بالشركة وتقديم الآلية التي تحقق التوازن بين الأهداف الاقتصادية والاجتماعية للشركة من جهة وبين الأهداف الفردية والأهداف المشتركة من جهة أخرى، وان إطار حوكمة الشركات يشجع على الاستخدام الفعال للموارد ويحث أيضا على توفير نظم المحاسبة والمساءلة عن إدارة هذه المواد بهدف التقريب قدر الإمكان بين مصالح الأفراد والشركات والمجتمع.¹

يركز تقرير لجنة كادبري من خلال هذا التعريف على إدارة ومراقبة الشركة من خلال مجلس الإدارة والمراقب أو المدقق الخارجي من اجل تنظيم الحقوق والمسؤوليات المناطة لمختلف الأطراف ذات العلاقة بالشركة.

كما تعرف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OCDE)* حوكمة الشركات على أنها: نظام يتم بواسطة توجيه منظمات الأعمال والرقابة عليها، حيث تقوم بتحديد توزيع الحقوق والمسؤوليات بين مختلف المشاركين، مثل مجلس الإدارة والمساهمين وأصحاب المصالح، كما أنها تبين القواعد والإجراءات لاتخاذ القرارات.²

تعريف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية جمع ما بين تحديد وتوزيع الحقوق والمسؤوليات، بالإضافة إلى الرقابة على الأداء، وهذين الأمرين لهما أهمية بالغة في تحقيق الحوكمة. فحوكمة الشركات هي مجموعة من النظم والقرارات والقوانين التي تهدف إلى السير الجيد داخل الشركة وخارجها وتحدد العلاقة بين الإدارة من جهة والممولين وأصحاب المصالح من جهة أخرى والرقابة على الأداء.

حسب جيرار شاروا (Gérard CHARREAU 1997) الحوكمة هي مجموع الآليات التنظيمية التي تملك قوة التأثير في تحديد السلطات وقرارات المديرين.³

يركز جيرار شاروا من خلال هذا التعريف على المسيرين وآليات الحوكمة باعتبارهم مركز العلاقات ما بين الشركاء والشركة من أجل خلق القيمة، ميزة هذا التعريف هي أنه يجعل من الممكن مراعاة آليات الحوكمة سواء الداخلية منها أو الخارجية.

من خلال التعاريف السالفة الذكر يتضح أن أغلب التعريفات تركز على نظام الرقابة والضوابط المتعلقة بها، بما يضمن المحافظة على مصالح جميع الأطراف ذات العلاقة بالشركة، ويحد من التصرفات غير السليمة للمديرين التنفيذيين فيها، وتفعيل دور مجالس الإدارة بها.

يمكن إعطاء مفهوم حوكمة الشركات بأنها مجموع الآليات التنظيمية لإدارة ومراقبة الشركة، لتنظيم الحقوق والمسؤوليات المناطة لمختلف الأطراف ذات العلاقة بالشركة.

2. حوكمة المستشفيات

الأساس النظري والتاريخي للحوكمة يرجع إلى نظرية الوكالة التي يعود ظهورها للأمريكيين بيرل ومينز Means and Berle سنة 1932،⁴ فهما أول من افتتح النقاش في موضوع فصل الملكية عن الإدارة، من أجل سد الفجوة التي يمكن أن تحدث بين مدير ومالك الشركة، وحول آثار الفصل بين ملكية رأسمال الشركة وعملية الرقابة والإشراف واتخاذ القرار داخل الشركة،⁵ ليظهر مفهوم مصطلح الحوكمة جليا واضحا في مقال كوز (Coase, 1937) تحت عنوان طبيعة المنشأة (The Nature of the Firm)، ويشير كوز إلى أن فرضيات النظرية الاقتصادية غير كافية في الأساس، وبالتالي لم تطرح بوضوح، وفي هذا المنظور، يبدو أن الحوكمة باعتبارها مجموعة من آليات التنسيق الداخلية للشركة، تكون أكثر فعالية من السوق لتنظيم بعض التبادلات.⁶

وفي هذا المنظور، فالحوكمة حسب كاوز، هي مجموعة من آليات التنسيق الداخلية للشركة، بعدها طور ويليامسون (Williamson 1975) تحليل كاوز من خلال نظرية تكاليف المعاملات (la théorie des coûts de transaction)، أن كل صفقة اقتصادية تولد تكاليف أولية قبل تنفيذها وإلى التسلسل الهرمي ما بين الأطراف الداخلية للشركة وأطراف وسيطة خارجية أو مختلطة،⁷ ويؤكد بعدها أنه لا بد من

الأخذ بعين الاعتبار تكاليف المعاملات. ومع ذلك، يؤكد ويليامسون (Williamson, 1994) على الحاجة إلى الاختيار بين أساليب الحوكمة القائمة على الخصائص الخاصة بالمعاملات (خصوصية الأصول وعدم اليقين وتواتر المعاملات) وتكاليف المعاملات المرتبطة بكل وضع، وإلى حتمية حدوث صراع بالشركة عندما يكون هناك فصل بين الملكية والإدارة، وفي هذا السياق أكد على إمكانية حل مشكلة الوكالة من خلال التطبيق الجيد لآليات حوكمة الشركات.⁸

وإذا ما أسقطنا ذلك على المستشفى باعتباره مؤسسة فيها أطراف ذات مصلحة فإن ذلك يتعدها باعتبار أن المستشفى نظام أكثر تعقيدا فهو أكثر حساسية، إذ نلمس ارتباطه بجانب الرعاية الصحية للإنسان أكثر من ارتباطه بالجانب المالي، فهو إذن مزيج من العناصر المالية وغير المالية وهذا ما يترك حكمة المستشفى أو القطاع الصحي تستلزم أكثر تحليلا.

حيث وضح (savedoff, 2011) أنه توجد مشكلة أساسية في تحديد تعريف دقيق لحوكمة القطاع الصحي، وذلك لأن إدارة هذا القطاع تعمل ضمن العديد من المستويات، ويمكن تحليل الحوكمة عند مستوى واسع من تفاعل السياسات بأنها النقاش والتعاون من أجل إقامة مجتمع يسري على سياسات عامة محددة، ويمكن القول أيضا أن الحوكمة ماهي إلا شكل لنشرسياسات عامة محددة، وينتج عن ذلك سن القواعد والقوانين وآليات تنفيذ الأنظمة⁹، ويمكن أن يتم تحليل الحوكمة على مستوى منظمات معينة من القطاع الصحي كدراسة الحوكمة على مستوى منظمات معينة من القطاع الصحي، كدراسة الحوكمة على مستوى مؤسسات الضمان الاجتماعي، ومؤسسات الرعاية الصحية أو المستشفيات

كما أن أغلب الدارسين للحوكمة بالقطاع العام يركزون على مدى الالتزام بمبادئ الشفافية والافصاح والمسؤولية والقدرة على تحمل النتائج والتنبؤ، وهذا لا ينطبق تماما على المستشفى، حيث أكد (O'Donohoe, 2006) أنه في واقع البحوث التطبيقية يعد موضوع المستشفيات موضوعا جديدا نسبيا، إذ توجد دراسات قليلة في كل من الولايات المتحدة وكندا وأوروبا، كما أن هذه الدراسات تعالج مستوى الخدمة الطبية ومدى ضمان حق أصحاب المصلحة وهم المرضى بالدرجة الأولى، وركزت أغلب الدراسات على الجوانب المالية¹⁰،

كما أن أهم القضايا المطروحة في دراسة دراسات حوكمة المستشفيات والتي تعتبر أكثر حداثة تطرقت إلى النقص الكبير في البيانات بالمستشفيات، وخاصة بشأن العملية الإدارية، فالبيانات الإدارية تعتمد بشكل كبير على التقارير الواردة من مدراء المستشفيات، علاوة على هذا أنه لا يوجد نهج واضح لدراسات حوكمية متخصصة وذات صلة بالمستشفى خصوصا، وبالتالي هناك حاجة لبناء نماذج أكثر

توضيحا لحوكمة المستشفيات تعمل على تحديد الأدوار والمسؤوليات وزيادة الالتزام المهني لدى الطاقم الفني والاداري.

3. تحكيم المستشفى من منظور قيادي:

في المؤسسات بصفة عامة هناك مشكل في القيادة بين السلطة الاستشارية (التي تملك حق تقديم النصح) والتنفيذية (التي تملك حق القيادة) واتخاذ القرار فالثانية تلتزم بإنجاز أهداف المنظمة بينما الأولى تلتزم بتعزيز الوظيفة التنفيذية.

هذه الازدواجية تجعل المؤسسة تبدو وكأنها وحدتين منفصلتين الأولى تنفيذية والثانية استشارية والسبب في هذا هي نظرة كل فريق للدور الذي يؤديه في المؤسسة من خلال نقطتين: (11)

1.3. المسؤولية: فالتنفيذي يرى أن الاستشاري يحصل على كل التقدير في حالة النجاح ولا يحتمل أي مسؤولية في حالة الفشل، فهم يرون أن الاستشاريين يتدخلون دائما في سلطتهم ولا يتحملون أي مسؤولية في الأخير.

2.3 الأهمية الوظيفية: أما بالنسبة للاستشاريين فإن سبب النزاع مع السلطة التنفيذية عدم تقدير هاته الأخيرة للدراسات التي يجرونها، والنصائح التي يقدمونها، فالوظيفة الاستشارية هي مكمل فقط أو ثانوية. وقد خضعت هذه الظاهرة إلى العديد من الدراسات التجريبية التي استهدفت التحقق من حدة هذه المشكلة وخلصت في الأخير إلى التأكيد على الجمع بين الإداريين الاستشاريين كضرورة لازمة لفاعلية المؤسسة، مع محاولة تفادي المشاكل المرتبطة بهذا الجمع من خلال بديلين:

❖ الفريق الوظيفي **Factionel team-work**:

حيث من خلال هذا البديل يتم تكوين مناطق وظيفية حيوية للمسؤولية، وتكون له حرية التصرف نحو تحقيق الهدف غير أنه في الأخير يكون مسؤولا أمام المدير التنفيذي.

❖ قوة العمل **Fore-work** (تنظيم المشروع)

تختلف عن الفريق الوظيفي بحيث أن قوة العمل تعطي له صلاحيات لإنجاز أهداف محددة وفق جدول زمني محدد وهذا قد يتعلق بأجهزة جديدة أو إدخال تجهيزات، أو تقديم سلعة جديدة... الخ.

وفي المستشفيات فإن الجهاز الطبي إذا ما اعتبرنا أن المؤسسة الصحية كباقي المؤسسات تخضع لمبدأ وحدة الأمر فإن الأطباء لا يتعدى دورهم أو وظيفتهم الوظيفية الاستشارية.

فازدواجية السلطة في المنظمات الصحية وغياب مبدأ وحدة الأمر أحيانا قد يؤدي إلى حدوث تضارب بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المؤسسة، وقد يفسر أحيانا بتدخل كل منهما في مسؤوليات الآخر.

ورغم ذلك فإن غياب مبدأ وحدة الأمر ليس بالأمر الخطير طالما أن هناك اتفاقاً على الأهداف من قبل عناصر التنظيم المختلفة (المدير والطبيب والمرضة والفنيين...) وتقديم أفضل خدمات ممكنة للمريض، إلا أن المشكلة هنا أن كل طرف من هؤلاء وخاصة الإدارة والأطباء قد يفسر وسائل تحقيق هذا الهدف انطلاقاً من قيمه الخاصة، ووجهة نظره، والتي قد تتفق أو تتعارض مع أهداف التنظيم. (12)

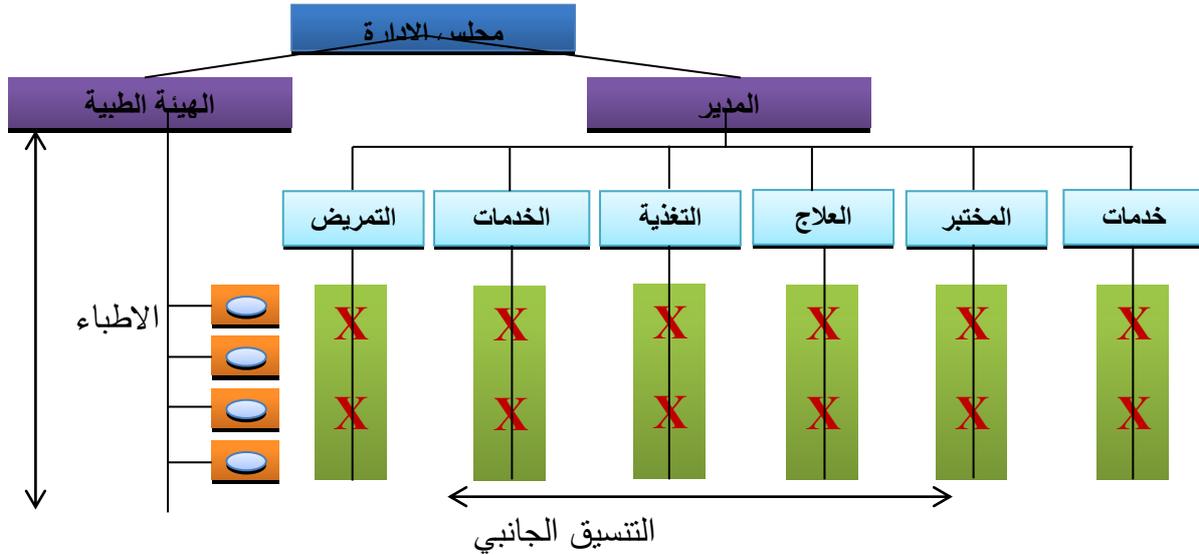
ومن هنا فقد لجأت بعض المنظمات الصحية إلى زيادة مشاركة الأطباء في أمور إدارة المؤسسة، وخاصة في المسائل الفنية، التي تحتاج إلى معرفة وخبرة الأطباء.

كما لا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة اعتماد المؤسسات الصحية إلى حد كبير على التنسيق التطوعي بين العناصر المتعددة التي تسهم في تقديم الخدمة الصحية للمريض وأهمية الاتصالات الأفقية في التنظيم لتسهيل مهمة تقديم الخدمات الصحية وهنا ينبغي الإشارة إلى النموذج المصنوعي في التنظيم كبديل ثالث يساعد المستشفى خاصة (الفريق الوظيفي) للتخفيف من حدة الازدواجية وهو يجمع بين إيجابيات البديل الأول والبديل الثاني (تنظيم المشروع).

ويلخص كليلاند وكنج klliland and king خصائص ومزايا التنظيم المصنوعي كما يلي: (13)

- ❖ التركيز على مفهوم المشروع من خلال تعيين فرد واحد كمشرف على المشروع وكقائد للفريق وكمحور مركزي لكافة المسائل والأنشطة المتعلقة بالمشروع.
- ❖ المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الأخصائيين والاحتفاظ به على أساس من التنظيم الوظيفي.
- ❖ تواجد المعرفة والمهارات المتخصصة لكافة البرامج (المرضى) على أساس المساواة حيث يمكن تحويل هذه المعارف والخبرات من مشروع لآخر حسب الحاجة.
- ❖ هناك تنظيم وظيفي أو دوائر وظيفية يمكن للعاملين أن يعودوا لها عند انتهاء مهمتهم في مشروع معين.
- ❖ أن الاستجابة لاحتياجات المشروع (احتياجات ورغبات المريض) هي وبشكل عام أكثر سرعة بسبب تحديد ووضوح خطوط الاتصالات وبسبب مركزية اتخاذ القرار.
- ❖ يمكن المحافظة على الانسجام والتناسق الإداري بين المشاريع المتعددة (فرق رعاية المرضى) من خلال الاحتكاك المتعمد والمدرّوس بين الأدوار المختلفة للعناصر البشرية العاملة في هذه المشاريع والتي تعمل في بيئة منظمة على أساس من التنظيم الوظيفي وتنظيم المشروع ويمكن اقتراح هيكل تنظيمي لتنظيم المستشفى كما يلي:

الشكل رقم (01): المستشفى كنظام مصفوف



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 235

4. تحكيم المستشفى من منظور اتخاذ القرار

في المستشفى نلاحظ دائما أن الأطباء دائما ما يحبون الاستقلالية في عملهم بحكم طريقة تكوينهم التي تفرض عليهم أن يكونوا مسؤولين عن ما يقومون به، والمسؤولية جزء من السلطة، بحيث أنها تعطي الدافع تلقائيا لتولي القيادة، والتأثير على جودة القرار يأتي من خلال التداخل الحاصل في المسؤوليات الذي يأتي من خلال الثغرات الموجودة في القانون أحيانا وفي التجاهل لأساسيات التنظيم وعدم الخضوع له في أحيان أخرى، وفي المستشفى يعتبر الأطباء لاعبين مؤثرين حسب Henry Mintzberg وكل مؤثر يستعمل مجموعة من الوسائل للتأثير على القرارات والطريقة التي يستعملون بها هذه الوسائل تحدد منظومة المؤسسة، والمستشفى بحكم تنوع تركيبته البشرية نجد فيه العديد من اللاعبين المؤثرين أهمهم مهنيي الصحة والمسيرين، الذي يترجم من خلال المسؤولية المزدوجة لإدارة المؤسسات الصحية، مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد، والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد، بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤديوا مهامهم.

ويرى منتزبرغ أن الأصلاح لقيادة المستشفى هم المهنيون أي الأطباء بحكم معرفتهم ومهاراتهم الفنية، فهم يعرفون ما يلزمهم ويلزم المرضى، ومتطلبات المهام الصحية، وهنا تتضارب الآراء هل المدير الإداري أم المدير الطبيب من تتوفر فيه صفات القيادة اللازمة للمستشفى وهنا ينبغي التفصيل قليلا.

فالقيادة تمتاز بصفات يصعب تحديدها بدقة أو تعليقها بشكل كامل وإنما يتم صقلها عن طريق التعليم والتدريب والتنقيف الإداري، كونها تعتمد على مثل وقيم شخصية وثقافية ومهنية تطبع صفات القائد

الإداري حتى يقال بأنها تلد معه، أو كما يقال عن بعض القياديين بأنهم ولدوا قادة، كونهم ورثوا صفات القيادة أو اكتسبوها منذ الصغر التي تؤهلهم لقيادة الآخرين، ويشبه القائد الإداري المدرب الرياضي، فليس بالضرورة أن ينجح المدرب الذي لعب مباريات أكثر، أو من سجل أهدافاً أكثر، أو من حصل على شهادات أعلى في التدريب، ولكن ينجح صاحب الشخصية القيادية القادر على تفعيل طاقات الفريق وصهرها في بوتقة عمل جماعي متناسق يخدم الهدف النهائي للفريق.

والمجال الصحي تنقسم الإدارة فيه إلى إدارة قيادية وإدارة تنفيذية، وفي القيادة ليس مهماً أن كان القيادي طبيباً أم غير طبيب، بل المهم هو الحس القيادي للإداري وقدرته على فهم آليات العمل الصحي ضمن المنظومة الإدارية المحيطة وقدرته على تكوين وقيادة الفريق، وبالتالي مسألة أيهما أفضل في العمل القيادي الصحي، الطبيب أم غير الطبيب، تصبح قضية ثانوية بعد السمات الشخصية والثقافية والقيم للشخص القائد، وإصرار البعض على أنه لا يصلح لإدارة الشؤون الصحية أو وزارة الصحة سوى الطبيب ليس له مبرر علمي، وكذا إصرار البعض على عدم صلاحية الطبيب للقيادة الصحية لا يعتمد على براهين علمية مقنعة، لأن القضية كما أوردنا ليست علمية بقدر ما هي قيادية..

بالنسبة للإدارة التنفيذية الصحية، فمهام الإداري فيها ومن المسمى تتركز في القدرة على تطبيق النظم واللوائح مع التميز بمهارات الاتصال مع الرؤساء والمرؤوسين ومع العملاء الذين يصبح المدير التنفيذي مسؤولاً عن مواجهتهم بما يتطلبه ذلك من مهارة سلوكية يصاحبها مهارات أساسية في الجوانب المالية والتوظيفية والقانونية.. الخ.. وهنا يأتي السؤال أيهما أكثر تأهيلاً في هذه الجوانب من الناحية العلمية؟ بعد استبعاد الجوانب المتعلقة بالسمات الشخصية التي تميز كل فرد عن الآخر في جانب القدرات القيادية، يمكن القول بأن تخصصات إدارة المستشفيات والإدارة بصفة عامة تحوي تدريباً ومهارات ومناهج متعلقة بالجوانب الإدارية تفوق ما هو موجود في تخصصات الطب، وعليه فالكفة تميل لصالح غير الأطباء في حالة الاكتفاء بالتعليم الأساسي كمنطلق للمقارنة في هذا الجانب ومسألة كون الطبيب الإداري أفضل من الإداري المتخصص بحجة فهمه للقضايا المهنية، يمكن تجاوزها بتعاون الإداري مع الإدارة الطبية بالمنشأة الصحية. هذا لا ينفي وجود أطباء ناجحين في مجال الإدارة الصحية لأنهم تجاوزوا الاكتفاء بالتعليم الطبي الأساسي والتحقوا بدورات وبرامج تدريبية وتعليمية زودتهم بالمعارف والمهارات الإدارية اللازمة¹⁴.

من الطبيعي أن تبرز نماذج معينة يساعدها تميز شخصيات أصحابها وسماتهم الفردية وتساعدوا بعض الظروف المحيطة مثل وفرة المصادر المالية التي تخفي العيوب الإدارية في أي مجال. أو تبعده عن عيون النقد الموضوعي الحقيقي. يضاف إلى ذلك التصنيف أو النظرة الاجتماعية وأحياناً التوظيفية

للتخصصات والشهادات حيث يصنف الطبيب وحامل الشهادة العليا في درجة متقدمة اجتماعياً ووظيفياً، حتى في مجالات ليست من صلب التخصص والكفاءة العلمية المهنية¹⁵.

لفهم ما يحدث في بعض الدول يمكن طرح النموذج الكندي الذي استند عليه منتزبرغ في تحليله على اعتبار تميزه الصحي، حيث أشارت دراسة حديثة صدرت مؤخراً، إلى تغير أدوار الإداريين الصحيين بكندا في السنوات الأخيرة، وفيها تم استفتاء 108 إداريين وقياديين (أكثر من مائة إداري) عمل في المجال الصحي، عن كثير من الأمور المتعلقة بالتوجهات الإدارية بكندا، وفي موضوع المقال كانت النتيجة أن 43% من المشاركين في الاستفتاء يحملون شهادة الماجستير في الإدارة الصحية، و 27,8% يحملون دبلوماً في الإدارة و 6% يحملون الماجستير في تخصصات صحية (غير أطباء) و 7,41% يحملون الماجستير في الإدارة، و 0,93% أطباء يحملون شهادات ماجستير في الإدارة العامة أو إدارة المستشفيات و 2,78% يحملون شهادة دكتوراه، ويمثل الأطباء الإداريون 3,7% فقط بمعنى آخر أقل من 6% من مديري المستشفيات أو الإداريين بالمستشفيات الكندية هم من الأطباء ونصف هؤلاء الأطباء لديه تخصص إداري اضافي..

5. تحكيم المستشفى من منظور أخلاقيات الأعمال:

ارتبط مفهوم أخلاقيات الأعمال في العقدين الأخيرين بمفهوم المسؤولية الاجتماعية، كما تطور هذا المفهوم نتيجة للتطور التكنولوجي من جهة وتحديات العولمة من جهة أخرى، وتهتم أخلاقيات الأعمال بتحديد المعايير المعنوية بين المنظمات أو في المؤسسة الواحدة لتحديد السلوكيات الصحيحة لابرار الصفقات أو لتحديد المسؤوليات أو في الحفاظ على المصالح وهناك أربع أنواع من المشاكل الاخلاقية المرتبطة بمنظمات الأعمال يمكن تلخيصها في الشكل الموالي:

الشكل 2: أخلاقيات الأعمال



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على أقطي جوهر، مقراش فوزية، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية، ملتقى وطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد الإداري والمالي، ماي 2012، ص 11.

وإذا ما أسقطنا أخلاقيات العمل في المستشفى يمكن أن نرى الاخلاقيات من جانبيين أيضا

1.5. الجانب الإداري

والذي يمكن أن نعالجه من خلال:

- ❖ العمل على أساس من المعلومات الكاملة وبحسن نية.
- ❖ معاملة كافة المساهمين بعدالة مادامت قراراته ستؤثر على مختلف مجموعات المساهمين.
- ❖ تطبيق معايير أخلاقية عالية والأخذ بعين الاعتبار مصالح واهتمامات أصحاب المصالح الأخرى، من خلال التعيين والإشراف على التنفيذيين الرئيسيين وهذا لمصلحة المؤسسة التي تعطيها المصادقية وتجعلها أهلا للثقة.
- أما الوظائف الرئيسية له فتتمثل في:
- ❖ استعراض وتوجيه استراتيجية المستشفى وخطط العمل الرئيسية وسياسة المخاطر والموازنات التقديرية.
- ❖ اختيار وتحديد المكافآت والمرتبات .
- ❖ مراعاة التناسب بين مكافآت كبار التنفيذيين وأعضاء مجلس الإدارة ومصالح المستشفى والمساهمين في الأجل الطويل.
- ❖ رقابة وإدارة أي تعارض محتمل في مصالح إدارة المستشفى وأعضاء مجلس الإدارة والمساهمين.
- ❖ ضمان نزاهة حسابات المؤسسة ونظم إعداد قوائمها المالية بما في ذلك المراجعة المستقلة.

2.5. الجانب الفني

ويمكن أن نعالجه من خلال

- ❖ **الرقابة الذاتية:** تسميها الأدبيات القديمة بالتعلم الذاتي من الموارد (learned recoursefulness) وتتعلق الرقابة الذاتية بالسلوك الوجداني والتزام الفرد بالإيجابية تجاه عملهم خلال تحمل الضغوط والمساهمة في حل مشاكل العمل بحيث أن هذا العمل يحده للسيطرة على النواحي السلبية في تفكيره وسلوكه، خاصة عندما نتكلم عن الأطباء فإن الرقابة الذاتية تشكل عنصر مهم في عملهم إذ لا أحد يمكن له أن يعرف هل الطبيب يقوم بعمله باتقان أو أنه يقدم كل مالمديه أو لا، وإذا نظرنا إلى المهارة أيضا فهذا مهم في الرقابة الذاتية.
- كما يوضح (Donnelly. Jr. and Ivancevich) على أنه درجة المعلومات التي يحتاجها الفرد لإدراك وفهم عمله، ودقة وضوح الدور عامل أساسي في توقع ما هو مطلوب وكيفية عمله، وإذا مانظرنا إلى الطبيب أو التقني في المستشفى فإن وضوح دوره يزيده اطمئنانا ومسؤولية في نفس الوقت لتقديم عمل جيد وملتقن.¹⁶

- ❖ **تطوير المهارات:** وهو مهم بالنسبة للطبيب بالدرجة الأولى من خلال تراكم الخبرات والتعلم المستمر من خلال البحث في أساس المشكلة دائماً، ومحاولة فهم كل ما هو جديد حول الاختصاص ، وتجنب الأعمال الروتينية الفائلة للإبداع في المستشفى¹⁷
- ❖ **الولاء الوظيفي** وهو التزام الفنيين في المستشفى بعملهم ، وأنه مفضل بالنسبة لديهم ما يجعلهم مرتاحين أولاً وناجحين ثانياً، وهذا ما يترجم تفاعل الموظفين مع ثقافة وهيكل المؤسسة وقيادتها

خاتمة

من خلال الدراسة يمكن أن نخلص أنه من خلال المقاربات الموجودة حاولنا التركيز على ثلاثة محددات لحاكمية المستشفى من خلال منظور القيادة، اتخاذ القرار وأخلاقيات الاعمال والتي من خلال الدراسات السابقة لم يتم التركيز عليها، خلصنا في الأخير إلى أن المستشفى يحتاج أكثر إلى السلطة التشاركية في القيادة بالإضافة إلى ضرورة التجديد في الهياكل التنظيمية التي تتلاءم وطبيعة المستشفى، إضافة إلى التحكم في اتخاذ القرار من خلال احترام الفصل بين السلطات واحترام القرارات الفنية التي تتعلق خاصة بمهنة الطبيب أو الممرض، بالإضافة إلى ضرورة تبني المسؤولية الاجتماعية من خلال أخلاقيات الأعمال خاصة الرقابة الذاتية في العمل[†]

* تقرير كادبوري Cadbury Report المملكة المتحدة، 1992. : هو تقرير لجنة برناسة ادريان كادبوري Adrian CADBURY ، والذي وضع توصيات بشأن ترتيب مجالس إدارة الشركات، والنظم المحاسبية، للتخفيف من مخاطر فشل حوكمة الشركات الإدارية. وقد نشر التقرير عام 1992 حيث قام التقرير بعنوان الجوانب المالية لإدارة الشركات. وتم اعتماد توصيات التقرير بمستويات متفاوتة من قبل الاتحاد الأوربي والولايات المتحدة والبنك الدولي وغيرها.

¹ Report of the committee on the financial aspects of corporate Gouvernance, **The Financial Aspects of Corporate Gouvernance**, Burgess Science Press, London, 1 December 1992, p: 14.

² منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (Organisation for Economic Co-operation and Development): هي منظمة دولية، مكونة من مجموعة من البلدان المتقدمة التي تلت مبادئ الديمقراطية التمثيلية واقتصاد السوق الحر، مقرها في باريس عاصمة فرنسا، نشأت عن منظمة التعاون الاقتصادي الأوروبي آنفا (OECD)، للمساعدة على إدارة خطة مارشال لإعادة اعمار أوروبا بعد الحرب العالمية الثانية، وبعد فتر تم توسيعه لتشمل عضويتها بلدا غير وروبية، وفي سنة 1960 تم إصلاحها لكي تكون منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

² Organization for Economic co-operation and Development, (2008), **Using the OECD Principles of corporate Governance a boardroom perspective**, Paris, p: 15.

³ CHARREAUX.G, (2006), **Les théories de la gouvernance : de la gouvernance des entreprises à la gouvernance des systèmes nationaux**, Traité de gouvernance corporative : Théories et pratiques à travers le monde pp 57-114, les presses de l'Université LAVAL, Québec, p : 79.

⁴ Berle A.A. et Means G.C, (1932), **the modern corporation and private property**, 2è éd. 1956, MacMillan, New York.

⁵ CLARKE. T, (2004), **Cycles of Crisis and Regulation: the enduring agency and stewardship problems Of corporate governance**, Corporate Governance: An International Review, 12, p: 153-161.

- ⁶ Coase, R. H. (1937), **The Nature of the Firm**, *Economica*, 4, p-p: 386-405.
- ⁷ Williamson, O. E. (1975), **Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust implications**, New York: Free Press.
- ⁸ Williamson, O. E. (1994), **Les institutions de l'économie**, Préface de Michel Ghertman, InterEditions.
- ⁹ Savedoff. W. D., (2011), "Governance in the Health Sector A Strategy for Measuring Determinants and Performance", The World Bank Human Development Network Office of the Chief Economist, PP. 1-46.
- ¹⁰ . Murphy. C., & O'Donohoe. S., (2006), "Hospital Governance: An Insight from the South East of Ireland", IAFA Annual Conference, Waterford Institute of Technology, PP. 1-42.
- 11 الحاج عرابية، تأثير ازدواجية السلطة على الأداء في المستشفيات، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، تخصص تسيير المنظمات . ص96،
- ¹² فريد توفيق نصيرات، إدارات منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، عمان، الأردن، الطبعة الخامسة، 2014، ص197.
- ¹³ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2014، ص233.
- ¹⁴ <file:///F:/pouvoir%20au%20hopitaux/> جريدة الرياض، consulté le 21 novembre 2014,A 22:49، محمد عبد الله الحازم، الطبيب المدير والإداري المدير.
- ¹⁵ Omar yahya, **Qui dirige dans l'hopital**· <file:///F:/pouvoir%20au%20hopitaux/Qui%20dirige%20C3%A0%20l'E2%80%99h%C3%B4pital%20%20%20%20%20Hospidroit.html> consulté le 15 décembre2014 A 14:36.
- ¹⁶ Donnelly. Jr. J. H., and Ivancevich, J.M., (1975), Role Clarity and the Salesman, *Journal of Marketing*, pp. 71-77.
- ¹⁷ . Oyewole.S.A., Farde.A.M., Haight.J.M .,and Okareh.O.T. (2011), "Evaluation of complex and dynamic safety tasks in human learning using the ACT-R and SOAR skill acquisition theories", *Computers in Human Behavior*, 27, PP, 984–995.