



إدارة المشافي



السنة الخامسة
قسم الهندسة الطبية



منشورات جامعة دمشق

كلية الهندسة الميكانيكية و الكهربائية

إدارة المشافي

الدكتورة المهندسة

حنان محمود مخير

مدرسة في قسم الهندسة الطبية

1436 – 1435 هـ	جامعة دمشق
2015 – 2014 م	



الفهرس

الصفحة	الموضوع
9	المقدمة
13	الفصل الأول: مقدمة في الإدارة
15	1. 1 تمهيد
16	1. 1. 1 خصائص علم الإدارة
18	1. 1. 2 مستويات الإدارة في المنظمة و المهارات المرتبطة بكل مستوى
20	1. 2 وظائف الإدارة
29	الفصل الثاني: الإدارة الصحية و النظام الصحي
31	2. 1 تعريفات
32	2. 2 النظام الصحي
32	2. 2. 1 عناصر النظام الصحي
41	2. 3 مقدمة في إدارة المشافي
53	الفصل الثالث: الجودة في المشافي
55	3. 1 جودة الخدمات الصحية
56	3. 1. 1 تعريفات مهمة
58	3. 2 أهمية إدارة الجودة في المشافي
59	3. 3 مؤشرات جودة الرعاية الصحية
61	3. 4 تكاليف الجودة المتدنية
63	3. 5 ضمان الجودة
63	3. 6 إدارة الجودة الشاملة في المشافي
67	3. 7 الاعتمادية في المشافي
73	الفصل الرابع: تحليل المعلومات الصحية
75	4. 1 السّجل الطبي
85	4. 2 إحصائيات المشافي

108	4. 3 نظام معلومات المشافي
115	الفصل الخامس: تحليل المشكلات واتخاذ القرارات الإدارية في المشافي
117	5. 1 تحليل المشكلات في المشافي
121	5. 2 اتخاذ القرارات في المشافي
126	5. 3 ازدواجية السلطة في المشافي
130	5. 4 معوقات حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات في المشافي
135	الفصل السادس: اقتصاديات الرعاية الصحية
137	6. 1 علم الاقتصاد و الصحة
138	6. 2 إنتاج الخدمات الصحية
146	6. 3 تمويل المشافي ومؤسسات الرعاية الطبية
148	6. 4 التأمين الصحي
151	6. 5 التسويق الصحي
161	الفصل السابع: الأبعاد القانونية و الأخلاقية للخدمات الصحية
163	7. 1 أخلاقيات المهنة في الرعاية الصحية
165	7. 2 الخطأ الطبي والمسؤولية الطبية
168	7. 3 حقوق المريض وواجباته
171	7. 4 واجبات الطبيب تجاه المرضى
173	7. 5 قضايا قانونية تهم المشفى
175	الفصل الثامن: إدارات مختلفة في المشفى
177	8. 1 الإدارة المالية
185	8. 2 إدارة المواد
189	8. 3 إدارة الموارد البشرية
197	8. 4 إدارة التغذية
203	الفصل التاسع: الموارد البشرية الصحية
205	9. 1 الهيئة الطبية

214	9. 2 الكادر التمريضي
222	9. 3 الصيادلة
229	الفصل العاشر: الإدارة الهندسية
231	10. 1 المهام العامة
232	10. 2 إدارة الصيانة
237	10. 3 الهندسة الطبية
238	10. 4 إدارة الحريق
243	10. 5 الإدارة البيئية المتكاملة في المشافي
259	الملحق (1): نظام واجبات الطبيب و آداب المهنة في سورية
273	الملحق (2): إضارة مريض دائمة تابعة لوزارة الصحة السورية
289	الملحق (3): نموذج لتقرير إحصائي يومي تابع لوزارة الصحة السورية
291	المصطلحات العلمية
293	المراجع



المقدمة

تُعد المشافي من منظمات الأعمال التي تحتاج علم الإدارة لتنفيذ وظائفها المختلفة نظراً لدرجة التعقيد البالغة التي تتميز بها. فهي تمتاز عن منظمات الأعمال الأخرى أنها تعمل بلا انقطاع (مدة 24 ساعة يومياً) وتتعدد نشاطاتها المختلفة فنجد فيها النشاطات الصناعية مثل الورشات، شبكات التهوية والتكييف، المطابخ... إلخ جنباً إلى جانب مع النشاطات الطبية المتعددة مثل المخابر، أقسام الأشعة، شبكة الغازات الطبية... إلخ والتي تحتاج إلى فكر إداري متقدم للتنسيق بين نشاطاتها المتعددة. مع ضرورة ذكر تنوع الموارد البشرية العاملة الطبية والإدارية والهندسية بشكلٍ كبيرٍ من حيث التأهيل والخبرة، وتنوع الأجهزة الطبية الحديثة والمتطورة ولوازم تشغيلها المختلفة. وكذلك التكلفة المالية المرتفعة التي تحتاج لتحقيق وظائفها المختلفة.

أكثر ما يميز المشافي عن منظمات الأعمال الأخرى أنها نظام إنساني اجتماعي فالإنسان هو صانع الخدمة فيها وكذلك هو المستقبل لها. بالإضافة إلى أهميتها البالغة في المجتمع لرفع مستوى الصحة العامة في المجتمع وتقديم الرعاية الطبية وما له ذلك من تأثير على تقدم المجتمع ورفاهه.

مما تقدم نرى أهمية اختصاص إدارة المشافي والذي أصبح مجالاً خصباً للبحث والدراسة في عدد كبير من الجامعات ومراكز البحث والدراسات حول العالم. من هذا المنظور جاء هذا الكتاب وهو موجّه بشكلٍ خاصٍّ إلى طلاب قسم الهندسة الطبية. يهدف هذا الكتاب إلى تعريف الطلاب بمفاهيم ومضامين "إدارة المشافي" وتزويدهم بالمعارف اللازمة لتفعيل وتحسين مستويات أدائهم كمهندسين طبيين في المشافي وتأهيلهم للمساهمة في أي نوع من الأعمال الإدارية في المشفى. ولتحقيق هذا الهدف تم تقسيم هذا الكتاب إلى الفصول التالية:

يتضمن الفصل الأول شرح لمفهوم علم الإدارة وخصائصه المختلفة بالإضافة إلى توضيح مستويات الإدارة في المنظمة والمهارات المرتبطة بكل مستوى، مع توضيح لوظائف العملية الإدارية الأربعة: وظيفة التخطيط، وظيفة التنظيم، وظيفة التوجيه (القيادة) وكذلك وظيفة الرقابة.

يعرض الفصل الثاني لمفهوم الإدارة الصحية والنظم الصحية، مع شرح وتوضيح لعناصر النظام الصحي والعوامل المحددة للاستفادة من خدماته وكيفية قياس أدائه مع تبيان لمعنى النظم الصحية المقارنة. يتناول القسم الثاني من هذا الفصل مفهوم إدارة المشافي ووظائف المشفى الداخلية والخارجية ومعايير تصنيف المشافي واختتم بتوضيح العوامل المؤثرة في تطور المشافي.

ينتقل الكتاب في الفصل الثالث إلى توضيح مفهوم جودة الخدمات الصحية ومن ثم دراسة أهمية إدارة الجودة وإدارة الجودة الشاملة في المشافي. يختتم الفصل باستعراض مزايا الاعتمادية في المشافي ومراحل حصول المشفى على الاعتماد.

يبحث الفصل الرابع في كيفية تحليل المعلومات الصحية مبتدئاً بعرض مفهوم وخصائص السجل الطبي، ومن ثم تعداد أنواع السجلات الطبية مع شرح لفوائده وأهمية هذه السجلات وكيف يتم حفظها وتنظيمها. ينتقل الفصل بعد ذلك إلى شرح مصطلحات إحصائيات المشافي وطرق حسابها وكيفية إعداد التقرير اليومي والشهري لحركة المرضى في المشفى. ينتهي هذا الفصل بتوضيح نظام معلومات المشفى وأمن المعلومات.

تمّ في الفصل الخامس استعراض أهم أنواع المشكلات في المشافي وأساليب حل المشكلات الإدارية. من ثم ينتقل الفصل إلى توضيح مفهوم القرار وأنواعه وخصائص القرار الناجح. في النهاية يقدم الفصل شرحاً لمشكلة ازدواجية السلطة في المشافي وما يترتب عليها من آثار سلبية.

يُركّز الفصل السابع على دراسة العلاقة بين علم الاقتصاد والصحة وعملية إنتاج الخدمات الصحية. يبحث هذا الفصل أيضاً في المصادر المختلفة لتمويل المشافي ودور التأمين الصحي في هذا المجال. في النهاية تم استعراض دور التسويق الصحي والعلاقات العامة في المشافي.

يدرس الفصل الثامن دور عدد من الإدارات المهمة في المشفى مثل الإدارة المالية وكيف تتم عملية التخطيط المالي ومن ثم ينتقل إلى البحث في دور إدارة المواد من مشتريات ومخازن. ينتهي الفصل بدراسة إدارة الموارد البشرية تليها إدارة التغذية في المشافي.

تم تخصيص الفصل التاسع لدراسة الموارد البشرية الصحية من الهيئة الطبية وكيفية تنظيمها ولجانها، إلى الصيدلة ومهامهم والصعوبات التي تواجه عملهم، مروراً بشرح وظيفة الكادر التمريضي وكيفية تنظيمه.

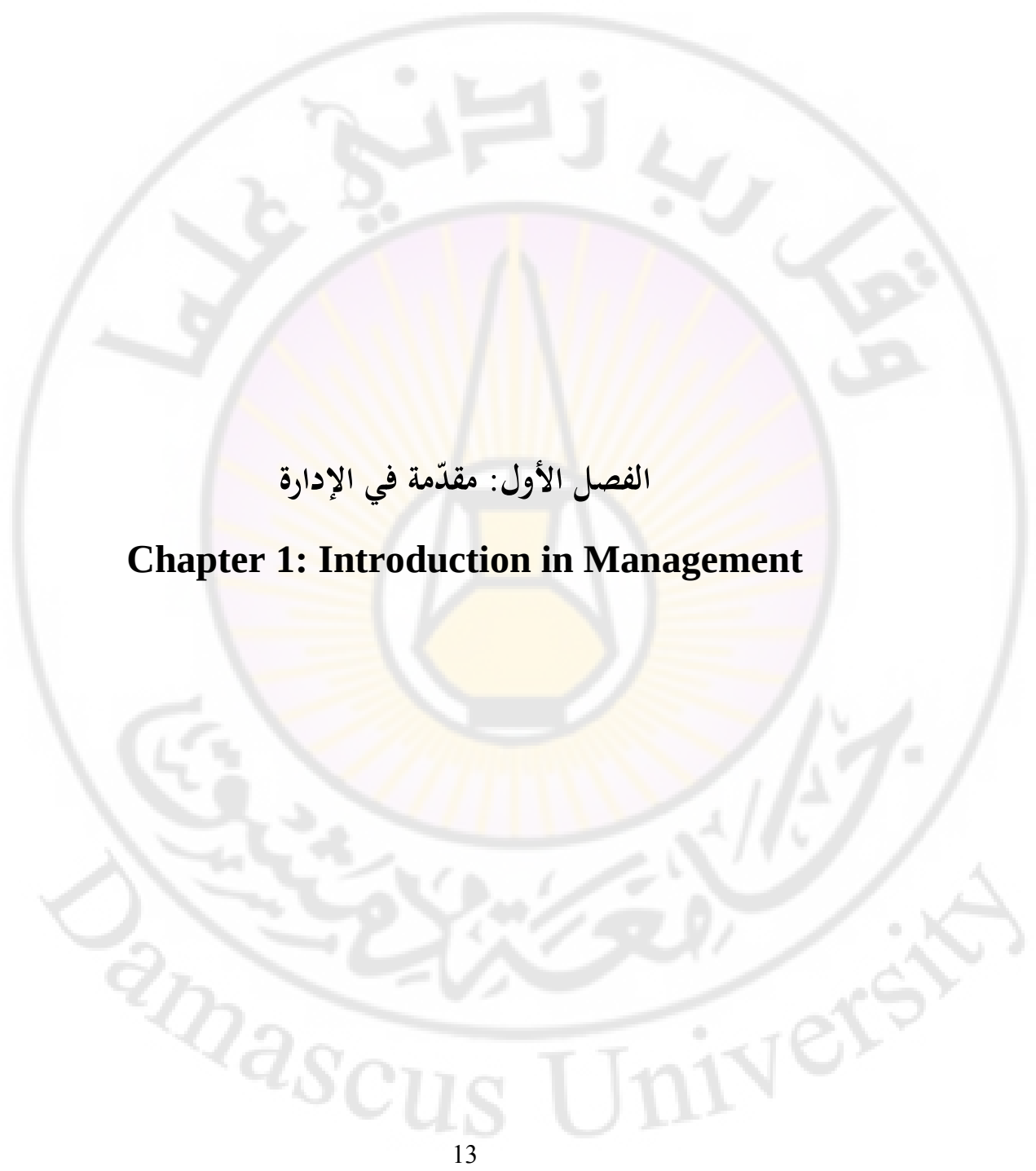
ركّز الفصل العاشر والأخير على توضيح مهمات الإدارة الهندسية في المشافي وأقسامها مثل إدارة الصيانة والهندسة الطبية وكذلك إدارة الحريق والإدارة البيئية المتكاملة. واختتم هذا الفصل بشرح دور إدارة النفايات الطبية الصلبة والسائلة في المشفى.

ختاماً، نأمل أن يحقق هذا الكتاب الغاية التي وضع من أجلها وأن يكون مفيداً للطلاب ويزودهم بالمعلومات و المعارف في مجال "إدارة المشافي" بشكل يتكامل مع باقي المقررات في قسم الهندسة الطبية ليكونوا مهندسين طبيين فاعلين في المستقبل.

و الله ولي التوفيق

الدكتورة المهندسة حنان محمود مخير



The logo of Damascus University is a circular emblem. It features a central yellow sunburst with a stylized lamp or torch at its base. The sunburst is set against a light purple background. The entire emblem is enclosed within a circular border. The top half of the border contains the Arabic text 'وقل رب زدني علما' (Qul Rabbi Zidni 'Alima) in a stylized font. The bottom half of the border contains the English text 'Damascus University' in a serif font.

الفصل الأول: مقدّمة في الإدارة

Chapter 1: Introduction in Management



الفصل الأول: مقدمة في الإدارة

Chapter 1: Introduction in Management

الأهداف التعليمية:

1. تعريف علم الإدارة.
2. توضيح خصائص علم الإدارة.
3. تبيان مستويات الإدارة في المنظمة والمهارات المرتبطة بكل مستوى.
4. تعداد وشرح الوظائف الأساسية للعملية الإدارية.

1.1 تمهيد:

هناك العديد من تعريفات للإدارة التي تختلف باختلاف وجهة نظر الباحثين حول طبيعتها. تُعرّف الإدارة بأنها عملية تقوم بها جهة محددة في المنظمة¹ تُدعى إدارة المنظمة يتم بواسطتها تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة أعمال الأفراد الذين يستخدمون الموارد المتاحة لتحقيق أهداف محددة في زمن محدد [10].

ينطلق هذا التعريف للإدارة من مدخل وظائف العملية الإدارية (تخطيط، تنظيم، توجيه ورقابة)، ويقصد بالعملية ما يقوم به المدير من وظائف إدارية وتنفيذية. ترتبط وظائف العملية الإدارية ببعضها ارتباطاً وثيقاً فكلٌّ يعتمد على الآخر ويكمّله ، ففي عملية الإدارة يتم وضع الأهداف أولاً ومن ثمّ تُحشد الموارد المالية والبشرية ضمن تنظيم معين وتُحدد العلاقات بين الأفراد في الوحدات الإدارية التي ستنفذ الأهداف ثم يتم توجيه الأفراد لطريقة الأداء الصحيحة نحو الأهداف، وفي النهاية يتم مقارنة ما تمّ تنفيذه بما تم تخطيطه بواسطة وظيفة الرقابة وناتج عملية الرقابة تقدم تغذية عكسية تعكس مدى نجاح أو خفاق عملية التخطيط والتنظيم والتوجيه.

¹ نستخدم اليوم مصطلح المنظمة عوضاً عن المشروع، المؤسسة، المنشأة... الخ انسجاماً مع مدخل النظم إلى الإدارة.

تُمارس الإدارة تلك الوظائف في جميع المنظمات عامةً كانت أم خاصةً، صناعيةً كانت أم زراعيةً، تستهدف الربح أو لا تستهدف الربح، يعني أنّ الإدارة تمارس ضمن مستويين من المنظمات. يُدعى الأول بالإدارة العامة (Public Administration) والذي يُعنى بتقديم الخدمات للآخرين ، أما المستوى الثاني فيُدعى بإدارة الأعمال (Business Management) والذي يهتم بإدارة الأنشطة التي تقوم بها منظمات القطاع الخاص التي تستهدف الربح سواء أكانت صناعيةً أم زراعيةً أو تجارية...إلخ.

1.1.1 خصائص علم الإدارة:

هناك العديد من الخصائص المميزة لعلم الإدارة نذكر منها [10]:

1. الإدارة بصفاتها علمياً: نقول الإدارة هي علم لأنّ موضوعها هو دراسة العلاقة القائمة بين الأفراد والعاملين² في المنظمة على اختلاف مستوياتهم التنظيمية من ناحية، ولأنّها تعتمد على النهج العلمي في الوصول إلى النتائج أي تعتمد على مبادئ وقوانين علمية في عملها، مثل بقية العلوم الأخرى، عند استخدام الموارد المتاحة.
2. الإدارة بصفاتها فناً: يُقصد بذلك أنّ المدير يعتمد في عمله بالإضافة إلى استخدامه للعلم على الخبرة والمهارة في التعامل مع الآخرين سواءً أكانوا عاملين ضمن المنظمة أم من مهارات خارجية (زبائن- موردون- منافسون- جهات حكومية...إلخ) وهو ما يُدعى بأطراف التعامل أو أصحاب المصلحة أو اصحاب العلاقة.
3. الإدارة هي نشاط إنساني واجتماعي هادف: تحصل ضمن المنظمات العاملة في المجتمع ولخدمة المجتمع وهي نشاط إنساني غير ملموس و لكنه محسوس بنتائجه من خلال إنتاج منتج أو تقديم خدمة.
4. تتصف الإدارة بالعمومية والشمولية: يُقصد بالعمومية أنّها موجودة في كلّ المنظمات مهما كان نوعها وفي كلّ البلدان، وأنّ المدير يمكن أن يمارس أي وظيفة من الوظائف

² نستخدم مصطلح العامل بدلاً من الموظف انسجاماً مع ما ورد في القانون الأساسي للعاملين في الدولة رقم 50 لعام 2004.

التنفيذية (إنتاج- تسويق- مالية- شراء وتخزين... إلخ). أمّا الشمولية فتعني شمول الوظائف (من تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة) في جميع المنظمات وإن كان ذلك بدرجاتٍ متفاوتةٍ بل وحتى ضمن الوظيفة التنفيذية الواحدة.

5. تتصف الإدارة بالديناميكية والمرونة: بمعنى قدرتها على مواكبة التغيرات التي تحصل في البيئة الخارجية والعمل على التكيف معها أو تجنب التهديدات التي تواجه المنظمة وتحدد وجودها وكذلك استغلال الفرص المتاحة في تلك البيئة وتوظيفها لخدمة رؤية المنظمة ورسالتها.

تُحقق الإدارة العديد من الأهداف المهمة ويمكننا هنا الإشارة إلى أهم هذه الأهداف:

1. توظيف موارد المنظمة المادية والبشرية واستغلالها بالشكل الأمثل، بما يحقق الأهداف المخططة بفاعلية وكفاية عاليتين.
 2. الاهتمام بالموارد البشرية العاملة في المنظمة والعمل على رفع مستوى قدراتها ومؤهلاتها بما يساعد على تحقيق أهداف المنظمة.
 3. تحقيق أهداف الأفراد داخل المنظمة وكذلك جميع الأطراف المتعامل معها.
 4. العمل على بقاء المنظمة واستمرارها بل ونموها الدائم (و هو من الأهداف بعيدة الأمد).
- ترتكز العملية الإدارية على مجموعة من المبادئ الأساسية والتي يمكن تلخيصها بما يلي [32]:

- أ مبدأ تقسيم العمل
- ب مبدأ تحديد السلطة والمسؤولية وتدرجها.
- ج مبدأ الانضباط وينصّ هذا المبدأ على ضرورة احترام قواعد العمل ونظمه وعدم الإخلال بهذه القواعد.

د. وحدة الأمر أو التوجيه: بحيث يتبع العامل أو المرؤوس لرئيس واحد ومنه يحصل على الأوامر.

هـ. مبدأ نطاق الإشراف: يعني عدد العاملين الذين يمكن لمدير الوحدة أو القسم أو المجموعة الإشراف عليهم إشرافاً فاعلاً.

و. مبدأ تقديم المصلحة العامة على المصلحة الشخصية.

ز. مبدأ المساواة بين الأفراد وضرورة المحاسبة وتفعيلها.

ح. مبدأ استقرار العاملين في عملهم أو وظيفتهم وتخفيض معدلات تسربهم أو تركهم العمل.

1.1.2 مستويات الإدارة في المنظمة والمهارات المرتبطة بكل مستوى:

تُوجد ثلاثة مستويات للإدارة في أي منظمة وتختلف مهمات ونشاطات كل منها وفق المستوى الإداري، وهذه المستويات هي: (1) الإدارة العليا: وتختص بوضع الأهداف العامة، ورسم السياسات والاستراتيجيات العامة واتخاذ القرارات النهائية اللازمة لسير عمل المنظمة (2). الإدارة الوسطى: وتعدّ حلقة الوصل بين الإدارتين العليا والدنيا وتتولى مهام تنفيذية أكثر من الإدارة العليا ويكون لها نطاق إشراف أقل و (3) الإدارة الدنيا: ويكون دورها متركزاً في تنفيذ القرارات والخطط الموضوعة وهي على اتصال مباشر مع العاملين. يُطلق عادةً مصطلح الإدارة التنفيذية على الإدارتين الوسطى والدنيا.

هناك مجموعة من المهارات التي يجب أن يتمتع بها أي مدير في عمله من أجل النجاح في عمله وتختلف هذه المهارات باختلاف المستوى الإداري الذي يشغله المدير. يُوضّح الشكّلات (1.1) و (2.1) هذه المهارات:

أنواع المهارات التي يجب أن يتمتع بها المدير

المهارات الفكرية: ويقصد بها النظرة الشمولية والقدرة على تصور الأبعاد الكاملة للقرارات التي يصدرها، وتفهم الانعكاسات والعلاقات التبادلية المرتبطة بها أو الناتجة عنها والقدرة على التخطيط ووضع الأهداف والتمييز بين السبب والنتيجة ورؤية المنظمة على أنها كلاً متكاملًا.

المهارات الإنسانية: وتعني القدرة على التفاعل والتفاهم مع الناس وتقدير احتياجاتهم ومعنوياتهم، والقدرة على خلق روح العمل بين العاملين.

المهارات الفنية: وتشير إلى توافر المعارف والخبرات الأساسية في مختلف مجالات العمل الطبية والفنية والإدارية التي يشرف عليها المدير

الشكل (1.1): المهارات الإدارية وفق المستويات الإدارية في المنظمة [10].



الشكل (1.2): المستويات الإدارية والمهارات المتعلقة بها [10].

نرى من الشكل الهرمي أنَّ المهارات الفكرية يجب ان تتوافر بصورة أكبر في مستويات الإدارة العليا بينما تنخفض كلما اتجهنا نحو الأسفل، وبالعكس تزداد المهارات

الفنية أو التقنية في المستوى الإداري الأدنى بينما تقل هذه المهارات كلما اتجهنا نحو الأعلى.

1. 2 وظائف الإدارة :Functions of Management

بالعودة إلى تعريف الإدارة السابق نرى الإدارة بصفتها عملية تتضمن القيام بأربع وظائف أساسية هي: وظيفة التخطيط، ووظيفة التنظيم، ووظيفة التوجيه (القيادة)³، ووظيفة الرقابة [54]. تمثل هذه الوظائف جوهر العمل الإداري وهي تتكامل مع بعضها بعضاً، فإنجاز أحدها يعتمد بشكل كبير على إنجاز الآخر، ويختلف مجال تطبيق الوظائف الإدارية باختلاف المستوى الإداري في المنظمة. وسنتناول فيما يلي تلك الوظائف بشيء من الشرح الموجز.

1. 2. 1 وظيفة التخطيط :Planning

يُعدّ التخطيط أول وأهم وظائف الإدارة ويمكن تعريفه بأنه عملية يتم من خلالها تحديد أهداف المنظمة وغاياتها مستقبلاً ووضع الخطط الجزئية لتحقيقها من خلال توفير الموارد اللازمة وتحديد وقت إنجازها واتخاذ القرارات اللازمة للإنجاز. إنّ ناتج عملية التخطيط هو وضع الخطة التي تعني هدفاً يراد تحقيقه. فالتخطيط يعني التحديد الواعي لمسارات العمل من أجل تحقيق الأهداف المستقبلية فهو يُبين ما يجب القيام به و متى؟ و كيف سيتم عمله؟

يرتكز نجاح عملية التخطيط على قدرة المنظمة على التنبؤ الصحيح بعوامل البيئة الخارجية للمنظمة والتي تمثل فرصاً ومخاطر على عملها وكذلك على نجاحها في تحليل

³ يُستخدم في أدبيات الفكر الإداري المعاصر مفهوم القيادة الإدارية Leadership بدلاً من مفهوم التوجيه للدلالة على أهمية وظيفة التوجيه والإشراف كونها ترتبط بأسلوب التعامل مع المورد البشري لهذا تتطلب القيادة أو التوجيه مهارات إنسانية عالية.

عناصر البيئة الداخلية للمنظمة والتي هي نقاط القوة ونقاط الضعف فيها، ويشمل التخطيط على [10] :

- تحديد الأهداف التنظيمية بدقة ووضوح.
- تحديد المهمات المطلوبة والتأكد من توفر الموارد اللازمة (مادية، مالية، بشرية) لتنفيذها.
- دراسة وتوضيح سبل إنجاز المهام بكفاية و فاعلية.
- وضع ترتيب زمني لتنفيذ المهمات في ضوء الظروف البيئية الداخلية والخارجية التي تواجه المنظمة.

تُجمع كلّ الدراسات المختصة على الأهمية الكبيرة لعملية التخطيط في جميع أنواع منظمات الأعمال إذ أصبح التخطيط الصحيح و السليم السمة المرافقة للمنظمات الناجحة. نوجز فيما يلي أهم العوامل التي تُظهر أهمية هذه الوظيفة [54] :

أ. يُوضّح التخطيط توجهات المنظمة مستقبلاً لكل العاملين فيها.

ب. يقلل التخطيط من أثر العوامل الخارجية لاسيما المفاجئة منها وبشكلٍ خاص في حالات التغير السريع في بيئة الأعمال المحيطة بالمنظمة.

ت. يحدّد التخطيط من الهدر وضياع الفرص على المنظمة ويرفع من مستوى كفاءة وفعالية عمل المنظمة.

ث. يؤمّن التخطيط المعايير والمقاييس اللازمة لعمليات الرقابة والتحكم وتقييم الأداء لاحقاً مما يُعزّز من احتمالات نجاح الخطط و تحقيق الأهداف.

يجب عند دراسة عملية التخطيط التمييز بين أنواع التخطيط المختلفة والتي تتم وفقاً لعدة معايير. تبعاً لمعيار النطاق تُمَيّز بين التخطيط الكلي والتخطيط على مستوى القسم؛ ووفق معيار المركزية يوجد تخطيط مركزي وتخطيط لامركزي؛ أمّا وفق معيار الزمن فيوجد

ثلاثة أنواع للتخطيط هي التخطيط طويل الأجل والتخطيط متوسط الأجل والتخطيط قصير الأجل [33]:

- **التخطيط الكلي:** يُستخدم هذا النوع من التخطيط على مستوى المنظمة ككل ويرتبط بأهدافها العامة ورسالتها⁴.
- **التخطيط على مستوى القسم:** الهدف من هذا النوع من التخطيط دراسة وتأمين احتياجات كل قسم من أقسام المنظمة.
- **التخطيط المركزي:** تقوم، في هذا النوع من التخطيط، سلطة مركزية على مستوى الدولة ككل أو على مستوى المناطق بوضع الخطط ويغلب استخدامه في القطاع الحكومي. كما توضع على مستوى المنظمات كبيرة الحجم ذات الانتشار الجغرافي الواسع.
- **التخطيط اللامركزي:** يُترك هنا لوحدة التخطيط في المنظمة القيام بوضع الخطط المختلفة على مستوى المنظمة أو فرع على حدة.
- **التخطيط طويل الأجل:** يُقصد بذلك وضع الخطط التي تُغطّي مدّة زمنية تتراوح ما بين خمس إلى عشر سنوات. لكون هذه الخطط تُغطّي فترات زمنية طويلة حيث يمكن خلالها لكثير من المعطيات أن تتغير، ذلك أنّ هذه الخطط تتصف بالعمومية والتعقيد.
- **التخطيط متوسط الأجل:** أي وضع الخطط لفترات زمنية من سنتين إلى ثلاث سنوات. عملياً، يجب وضع هذه الخطط في إطار الخطط طويلة الأجل بحيث تتكامل معها. مقارنةً بالخطط طويلة الأجل، وهذه الخطط تكون أكثر تحديداً وأقل تعقيداً.

⁴ يقصد برسالة المنظمة: المنتج أو الخدمة التي تقدمها لربائنها. وهي تُجيب عن سؤال مهم هو: لماذا نحن موجودون؟ أي سبب ومبرر وجود المنظمة، بمعنى ما المنتج أو الخدمة التي نقدمها للمجتمع.

➤ **التخطيط قصير الأجل:** يشير إلى عملية التخطيط لفترات زمنيةٍ حدّها الأقصى سنة واحدة. أيضاً لا بدّ أن يتمّ التخطيط قصير الأجل ضمن إطار الخطط المتوسطة والطويلة الأمد ويتكامل معها. عادةً، تكون الخطط القصيرة الأجل أكثر أنواع الخطط واقعيةً ودقةً.

نورد فيما يلي أهم المبادئ الأساسية التي يتميز بها التخطيط الناجح [4]:

1. الواقعية: يجب أن تكون الخطة مرتبطةً بشكلٍ وثيق بالواقع الحقيقي وتراعي الفرص والتحديات القائمة وتنضوي على أهداف ممكنة التحقيق وغير مبالغٍ فيها أو مُبسّطة.
2. الشمولية: يجب أن تشمل الخطة كلّ أنشطة المنظمة ومستوياتها وتحقق الترابط بين هذه المستويات.
3. الالتزام: يجب أن تتقيد كلّ الأقسام والعاملين بالخطة فور إقرارها بحيث تكون دليل عملهم وعدم الاجتهاد مقابلها.
4. المرونة: يجب أن تتيح الخطة إمكانية إدخال بعض التعديلات عليها في حال حصول مستجدات أو ظهور عوامل لم تكن موجودة خلال عملية التخطيط.
5. الاستمرارية: يُعدّ التخطيط عملية مستمرة ودائمة فلا يتوقف طالما أنّ المنظمة قائمة.

1. 2. 2. وظيفة التنظيم Organizing:

لا يوجد إجماعٌ كاملٌ بين علماء الإدارة حول مفهوم كلمة التنظيم سواء من حيث الشمولية أو العمق، لكن يمكننا تعريف التنظيم بأنّه عملية: "وضع وصياغة الهياكل والأطر التي يتمّ بها تقسيم وتجميع أنشطة المنظمة ووضعها في وحدات إدارية أو (أقسام) وتحديد العلاقات فيما بينها ثمّ وضع الأفراد كلّ في وظيفته بحيث تعمل تلك الوحدات بشكلٍ متنسّق ومتكامل بما يخدم أهداف المنظمة". يُبيّن الشّكل (1. 3) أحد الأشكال التنظيمية في إحدى المشافي.



الشكل (1. 3): أحد الأشكال التنظيمية في إحدى المشافي [33,13].

تشمل عملية التنظيم على ما يلي [34]:

- أ. تقسيم الأنشطة (الوظائف) الرئيسة في المنظمة ثم تجميعها ووضعها في وحدات أو أقسام (قسم الإنتاج، قسم التسويق، قسم المالية... إلخ).
- ب. توزيع المهمات والواجبات التي سبق تحديدها في مرحلة التخطيط على الأفراد والمجموعات المختلفة داخل المنظمة.
- ت. تحديد المسؤوليات والسلطات اللازمة لأداء المهمات والواجبات.
- ث. وضع الهياكل التنظيمية وإعداد الأدلة الوظيفية بما يساعد على وضع الفرد المناسب في المكان المناسب.
- ج . توضيح علاقات السلطة والمسؤولية وتبادل المعلومات بين الوحدات التنظيمية والقيادات المسؤولة عنها وبعضها بعضاً .

ح. الانسجام والتنسيق بين الوحدات المختلفة في المنظمة بشكلٍ يساهم في تحقيق الأهداف دون حدوث ازدواجية أو تعارض في السلطات والمسؤوليات.

1. 2. 3 وظيفة التوجيه (القيادة) Leadership:

لا تضمن عمليتا التخطيط والتنظيم مهما كانتا دقيقتين وشاملتين ولو ارتكزت إلى مبادئ صحيحة تحقيق الأهداف المخططة ما لم تتكامل تلك الوظائف الإدارية مع وظيفة التوجيه. يقصد بوظيفة التوجيه "كافة الأنشطة والجهود التي تستهدف التأثير في سلوكيات مختلف فئات الأفراد العاملين بالمنظمة وإرشادهم وحثهم على تحقيق الأهداف المخططة لوحدهم من ناحية وللمنظمة بوجهٍ عامٍّ من الناحية الأخرى".

مما تقدم نجد أنّ هدف عملية التوجيه هو إرشاد الرؤوسين نحو طريقة الأداء الصحيحة التي تنسجم مع المعايير المحددة وتضمن تحقيق وحدتهم بفاعلية وكفاءة عاليين.

1. 2. 4 وظيفة الرقابة Control:

تُعَدُّ الرقابة من الوظائف الإدارية المهمة والتي يُمكن من خلالها تتبع عملية التنفيذ وأداء المهام والأنشطة المختلفة بما يساعد في تقليص الانحراف بين الأداء الفعلي والأداء المخطط إلى الحدود الدنيا. بشكل دقيق تتيح الرقابة للمستويات الإدارية المختلفة في المنظمة من تحقيق ما يلي [34]:

أ. الحصول على المعلومات الدقيقة اللازمة للتأكد من أنّ المنظمة تقوم بعملها على الشكل المخطط له كماً ونوعاً وتوثيقاً.

ب. تتبع وتحديد آلية عمل الوحدات المختلفة وكذلك الأفراد في المنظمة والإنجازات التي تُحققها.

ج. تحديد كل المجالات و/أو الأنشطة التي تحتاج إلى اهتمام أو إصلاح أو تطوير.

د. التأكد من توافق الأداء الفعلي في المنظمة مع الخطط المرسومة والجدول الزمنية المحددة.

تنطوي وظيفة الرقابة أو متابعة الأداء على المهمات الأساسية التالية [10]:

1. وضع معايير عملية الرقابة في ضوء الأهداف المخططة.
2. جمع البيانات اللازمة وتحليلها للحصول على المعلومات التي تُمكن من قياس مستوى الإنجاز الحالي في المنظمة.
3. إجراء عمليات قياس وتقويم مستمرين لمستويات الإنجاز الفعلي ومقارنته مع المستويات المحددة سابقاً.
4. تحديد انحرافات الأداء الفعلي عن الأداء المعياري في حال وجودها ومن ثمّ مواجهتها بالإجراءات التصحيحية اللازمة.

تستخدم عملية الرقابة مجموعة من المعايير⁵ والمؤشرات المختلفة والتي لا بدّ من التمييز بينها وعدم الخلط بين المؤشر والمعيار. تُقسم المعايير المستخدمة في عملية الرقابة إلى ثلاثة أنواع هي:

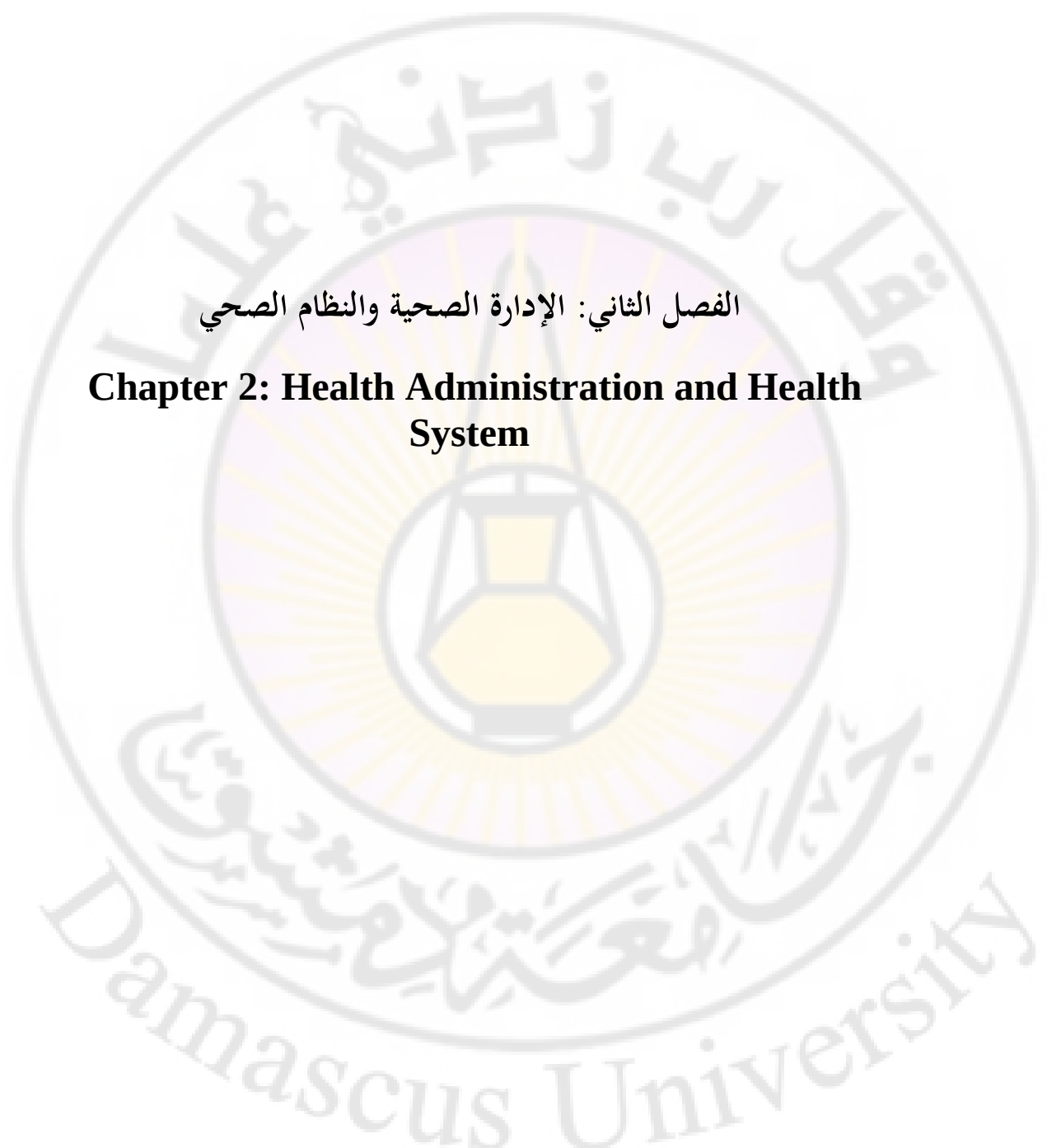
- معايير كمية: تأخذ قيمةً عددية مثل نسب تلقيح الأطفال.
 - معايير كيفية: يتمّ تحديدها وصفاً مثل شروط العمل والتي قد تكون جيدة أو سيئة.
 - معايير شرطية: تمثل شروطاً محددة، مثل: معايير شراء الأدوية والأجهزة الطبية.
- بالمقابل، يهدف استخدام المؤشرات والتي هي متغيرات أو أدوات رقابية إلى قياس الأداء أو الانجاز، على سبيل المثال يُستخدم مؤشر عدد الممرضين المنتظمين في التدريب للرقابة على مستوى تأهيل وتدريب الكادر التمريضي [33].

⁵ المعيار: هو شيء (كم، حجم، نوع) يُقاس به أو على أساسه؛ لهذا يُعد المعيار مقياساً ثابتاً نسبياً. أمّا المؤشر: فهو ناتج عملية القياس المعتبر عنها إما كمياً أو نوعياً (وصفياً) فمثلاً يقيس الطبيب درجة الحرارة بمقياس يؤشر له على أنّها 38 درجة مئوية أي أنّها فوق مستوى المعيار 37 درجة مئوية، وهكذا. فالمؤشر هي دليل رقمي أو نوعي عند كل درجة من درجات المقياس أو المعيار.

أسئلة الفصل الأول:

1. ما هي خصائص علم الإدارة؟
2. وضح المهارات الإدارية وفق المستويات الإدارية في المنظمة.
3. عدد مع الشرح مستويات خدمات الرعاية الصحية وفق المعيار الإداري؟
4. ما هي المبادئ الأساسية لعملية التخطيط الناجح؟
5. عدد مع الشرح أهم المهارات التي يجب أن يتمتع بها المدبرون.



The logo of Damascus University is a large, faint watermark in the background. It is a circular emblem. The outer ring contains the text 'جامعة دمشق' (Damascus University) in Arabic at the top and 'Damascus University' in English at the bottom. Inside the ring is a smaller circle with a yellow sunburst or starburst pattern. In the center of the sunburst is a yellow lantern or oil lamp.

الفصل الثاني: الإدارة الصحية والنظام الصحي

Chapter 2: Health Administration and Health System



الفصل الثاني: الإدارة الصحية والنظام الصحي

Chapter 2: Health Administration and Health System

الأهداف التعليمية:

1. مناقشة تعريف النظام الصحي والعوامل المحددة له والعوامل المؤثرة في استعمال خدمات هذا النظام.
2. توضيح كيفية قياس أداء النظام الصحي.
3. شرح المستويات المختلفة لتقديم الخدمات الصحية.
4. مناقشة مفهوم إدارة المشافي بشكل موسّع و توضيح أهم الوظائف الإدارية التي تقوم بها إدارة المشفى.
5. شرح دور ومهام المهندس الطبي في المشفى.
6. توضيح المعايير المستخدمة في تصنيف المشافي.
7. تعداد العوامل المؤثر في تطور المشافي.

2.1 تعريفات:

تُعدّ الإدارة الصحية أحد فروع علم الإدارة وطب المجتمع وعلوم الصحة العامة وتستهدف "تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والإصابات ومواجهة أخطارها ومكافحتها وتأهيل العجزة والمعاقين" [32]. وقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي "هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتمّ تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل" [33].

يسعى علم الإدارة الصحية إلى دراسة العوامل التي تُؤثر في انتفاع الفرد من الخدمات الصحية وذلك بهدف تحسين مستوى الجودة الصحية والتوسع في توفير هذه الرعاية وترشيد الإنفاق الصحي.

ترتبط الإدارة الصحية بشكل وثيق بعملية الانتفاع من الرعاية الصحية والإفادة منها، لذلك لا بدّ من أجل توضيح مفهوم الإدارة الصحية من البدء بشرح النظام الصحي ومن ثمّ تبيان مستويات الرعاية الصحية.

يُقصد بالنظام كيان أو وحدة أو كل مكون من مجموعة الأجزاء المترابطة ذات الاعتماد المتبادل فيما بينها والتي تُشكّل مجموعها وحدة متكاملة تُؤدّي مهمات متنوعة، وتهدف إلى تحقيق أهداف وغايات هذا الكل أو الكيان أو الوحدة. وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنّه "مجموع الأشخاص العاملين في القطاع الصحي والإجراءات التي يتخذونها بهدف تحسين مستوى الصحة في البلد" [36].

2.2 النظام الصحي Health System:

2.2.1 عناصر النظام الصحي:

يُحدّد كلّ نظام صحي مجموعة من العوامل المختلفة مثل المدخلات، المخرجات، العمليات، استرجاع النتائج، وبنية النظام، وأخيراً البيئة المحيطة. وسنقوم فيما يلي بشرح كلّ واحدٍ من هذه العوامل بإيجاز:

1. **المُدخلات (Inputs):** يُقصد بها الموارد المستخدمة في عملية الإنتاج وهي متنوعة جداً وتشمل الموارد البشرية، الموارد الطبيعية (الأرض، المياه وغيرها)، الموارد الرأسمالية (الآلات والأجهزة، التمويل...).

بشكلٍ أدق يمكننا التوسّع في شرح هذه المدخلات في النظام الصحي كما يلي:

- الموارد البشرية: وتشمل كلاً من الأطباء وأعضاء هيئة التمريض والفنيين والإداريين وغيرهم. ويوجد في المشافي تنوعٌ كبيرٌ في المهارات والخبرات مثل الأطباء بخبراتهم المتنوعة وب تخصصاتهم المختلفة، وأطباء الأسنان، والصيادلة، والمهندسون باختصاصاتهم المختلفة، والفنيون، ولمرضون، والإداريون من ذوي الاختصاصات المتنوعة مثل الإدارة، المحاسبة، المكتبات، الأمن.
- الموارد المادية: وتشمل اللوازم الطبية، مثل الأدوية واللقاحات والأمصال. تضم الموارد المادية أيضاً الأجهزة الطبية بنوعيتها البسيطة والمعقدة، وكذلك أنظمة التهوية والتكييف، وأنظمة تنقية ومعالجة المياه الداخلة والخارجة في المشفى، شبكة الغازات الطبية، شبكات الإنذار والإطفاء من الحريق، الأنظمة المتعلقة بتوفير التغذية الكهربائية...إلخ.
- المعارف اللازمة لتقديم الخدمات الصحية وهي في حالة تطورٍ مستمرٍ.
- الموارد المالية وتأتي من مصادر مختلفة منها أموال الدولة، شركات التأمين، أرباب العمل، الجمعيات الأهلية وغيرها.

2. المخرجات (Outputs): وهي كل ما يتحقق وينتج عن عمل نظام ما من سلع أو خدمات. بالنسبة للنظام الصحي تشمل هذه المخرجات مجموعة الخدمات الصحية التي يقدمها هذا النظام. لا بدّ هنا من ضرورة التمييز بين مخرجات ونتائج النظام. فالمخرجات هي الخدمات الصحية التي يُقدّمها النظام الصحي بينما تتمثّل نتائج النظام الصحي بشفاء أو وقاية الأفراد من المرض، أو تعزيز الصحة والتأهيل أو عدم تحسن وحتى سوء الحالة الصحية، وكذلك الوفاة...إلخ.

3. العمليات (Processes): لا يمكن لأيّ نظام تحويل المدخلات إلى مخرجات بدون التأثير فيها من خلال العمليات التي هي مجموعة متنوعة من الوسائل والأساليب والتي تختلف في النظام الصحي حسب حالة المستفيدين من خدمات هذا النظام إذ ليس

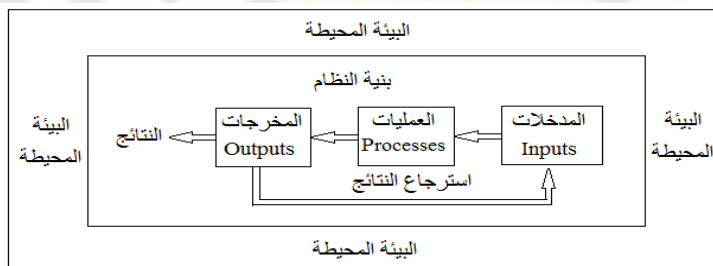
بالضرورة أن يكون المستخدم مريضاً بل راجباً في الحصول على الوقاية من المرض أو التشخيص الصحي وغيره. كذلك تشمل هذه العمليات الفحوص المخبرية، التشخيص، المعالجة، العمليات الجراحية.

4. التغذية الراجعة (Feedback): تستهدف ضمان الحصول على أفضل النتائج وتقليل الانحرافات ما أمكن بين الأهداف والنتائج الفعلية. لذلك تعد هذه العملية أساس عملية تقويم أداء النظام الصحي.

5. بنية النظام: تختلف هذه البنية بشكل واضح بين الأنظمة المختلفة وترتبط ارتباطاً وثيقاً بنوع التنظيم المعتمد والعلاقات القائمة داخله وخارجه أي مع البيئة المحيطة. وهي تشمل كل المرافق التي تساند عمليات النظام. بالنسبة للنظام الصحي تشمل هذه البنية مجموعة المرافق الصحية من مشافٍ، ومخابر، ومراكز التشخيص، والعيادات الخاصة وغرف الطوارئ وغيرها من المنظمات الصحية.

6. البيئة المحيطة: يؤثر الوسط المحيط بأي نظام بشكل قوي في عمل هذا النظام وفاعليته؛ يتأثر النظام الصحي مثلاً بالنظام التعليمي وكذلك الاقتصادي والسياسي في البلد.

يُليخص الشكل (2. 1) مجموعة العناصر المذكورة أعلاه والمؤثرة في النظام الصحي.



الشكل (2. 1): عناصر النظام الصحي [32].

2.2. 2 العوامل المحددة للاستفادة من خدمات النظام الصحي:

تتأثر عملية الاستفادة من خدمات النظام الصحي المتنوعة بعدد من العوامل المختلفة و التي تتباين بين فرد و آخر و كذلك بين منطقة و أخرى. تُقسم هذه العوامل إلى مجموعة العوامل المؤهلة و مجموعة العوامل الممكنة.

2.2. 1 العوامل المؤهلة:

تتعلق هذه العوامل بالفرد صاحب الحاجة إلى الخدمة الطبية و تشمل:

1. **العمر:** يختلف الطلب على خدمات النظام الصحي بحسب التركيب العمري للأفراد فقد يرتفع الطلب على هذه الخدمات عند الأفراد في مجموعتين عمريتين، تشمل الأولى: حديثي الولادة، و الأطفال حتى سن العاشرة. و تشمل المجموعة الثانية كبار السن لاسيما ممن تجاوزوا سن الستين عاماً.
2. **الجنس:** تبين غالبية الدراسات المختصة أنّ النساء يستفيدون من خدمات النظام الصحي أكثر من الرجال؛ لسببين هما: أولاً القضايا المتعلقة بعملية الحمل و الإنجاب، و ثانياً أن النساء يُشكلن النسبة الأكبر من مرافقي الأطفال إلى مؤسسات الرعاية الصحية مقارنة مع الآباء.
3. **العرق:** بينت الدراسات وجود اختلاف في احتمال تعرض الأفراد إلى أمراض محددة تبعاً للعرق الذين ينتمون إليه و مثال ذلك العرق الأسود الذي يصاب أفراداً مثلاً ببعض أمراض الدم أكثر من العرق الأبيض.
4. **الدين:** تختلف بعض الممارسات حسب الأديان، فبعض الأديان لا تُحرّم مثلاً شرب الكحول الذي قد يؤدي إلى بعض الأمراض.
5. **المستوى التعليمي:** يُؤثر المستوى التعليمي للأفراد بقوة على مستوى و بنية استفادتهم من الخدمات الصحية.

6. الوضع العائلي: تشير الدراسات إلى أنّ العازب يستفيد من الخدمات الطبية بنسبة

أقل من المتزوج.

بالإضافة إلى العوامل المؤهلة السابقة المرتبطة بصاحب الخدمة هناك عوامل اجتماعية و نفسية أخرى تشجع على الاستفادة من خدمات النظام الصحي و هي متنوعة و كثيرة منها:

أ. القيم و العادات و التقاليد التي تحكم السلوك الصحي للفرد أي نظرتة إلى الصحة و المرض و الحياة.

ب. مستوى توقّر الخدمات الصحية و سهولة الحصول عليها.

ت. حجم الثقة بالنظام الصحي.

ث. مستوى المعرفة الصحية عند الأفراد.

ج. إدراك المرء خطورة وضعه الصحي و إمكانية الشفاء و فائدة المعالجة.

ح. علاقة المريض بالطبيب و غيرها.

2.2.2 العوامل الممكنة:

تؤثّر هذه العوامل على قدرة و إمكانية صاحب الحاجة الصحية على الدخول إلى

النظام الصحي و الاستفادة من خدماته المختلفة وتشمل:

أ. الوضع المالي.

ب. المهنة أو العمل الذي يمارسه الفرد.

ت. مستوى الدخل الكلي لصاحب الحاجة.

ث. تكاليف الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

ج. القدرة على الحصول على تمويل للخدمات الصحية من فريق ثالث.

ح. استمرارية الترابط بين المريض و الطبيب.

خ. حرية المريض في اختيار الطبيب.

د. المدة الزمنية الشاملة للاستشارة الطبية.

2. 3 قياس أداء النظام الصحي Measuring the Performance of Health System:

يستخدم النظام الصحي، مثل باقي الأنظمة الأخرى، مؤشرات عديدة من أجل قياس مستويات العمل والأداء. يبدو هنا منطقياً السؤال عن كيفية إجراء عملية القياس هذه و ماذا تقيس وللإجابة عن هذا السؤال ننتقل من الغاية الأساسية للنظام الصحي - التي تتمثل في تحسين صحة الأفراد ويسعى النظام الصحي لتحقيق هذه الغاية من خلال تقديم طيف واسع ومتنوع من الخدمات الصحية.

مما تقدم نجد أنه يمكن اللجوء إلى قياس مستويات صحة الأفراد في المجتمع لمعرفة مستوى أداء النظام الصحي ويستخدم في ذلك مجموعتين من المقاييس هما المقاييس التقليدية والمقاييس غير التقليدية [28].

تشمل المقاييس التقليدية لقياس الصحة الآتي معدل وفيات الأطفال الرضع، وكذلك معدل وفيات الأطفال قبل سن الخامسة من العمر، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة وغير ذلك.

كذلك الأمر هناك طيف واسع من المقاييس غير التقليدية لقياس الصحة، مثل: المستوى الصحي العام، ويُقاس عادةً بمتوسط العمر المتوقع قضاؤه بتمام الصحة والعافية، وتوزيع الصحة في أوساط السكان و الذي يقيس أوجه التفاوت و اللامساواة في المجال الصحي، المستوى الإجمالي للقدرة على الاستجابة للاحتياجات الصحية، توزيع القدرة على الاستجابة أي النظام الصحي للجميع على قدم المساواة دون تمييز أو فوارق في معاملة الناس والعمل على تحقيق العدالة ما أمكن [36].

تُبيّن المؤشرات المذكورة أعلاه مستوى نجاح كلّ بلد في بلوغ أهدافه المختلفة، لكنّها تبقى غير كافيةٍ لتوضيح كيفية مقارنة الحصلة والإنجاز في ضوء الموارد المتاحة. إذ يرى بعضهم أنّ الإنجاز بالمقارنة مع الموارد هو المقياس الحاسم لأداء أيّ نظام صحي.

2. 2. 4 النّظم الصحية المقارنة Comparative Health System :

ترتبط بنية وخصائص النظام الصحي بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والسكانية للمجتمع؛ لهذا نلاحظ اختلاف النظم الصحية بين البلدان. عملياً، نلاحظ اعتماد بعض الدول على القطاع الحكومي العام من أجل توفير القسم الأكبر من الخدمات الصحية للسكان، في حين أعطت دولٌ أخرى حجم مشاركةٍ أوسع للقطاع الخاص في تقديم هذه الخدمات وذلك تحت إشراف القطاع الحكومي . وما بين هاتين الحالتين أخذت بعض الدول بمبدأ المشاركة بين القطاعين العام والخاص وتعاونهما في توفير الرعاية الصحية.

يمتدّ اختلاف النظم الصحية ليشمل أيضاً مصادر تمويل النظام الصحي؛ حيث تُموّل بعض الأنظمة الصحية بشكلٍ رئيس من العوائد الضريبية العامة، في حين تعتمد أنظمةٌ أخرى في تمويلها على أموال التأمين الصحي و/أو الضمان الاجتماعي و/أو النفقات الصحية للأسرة والأفراد.

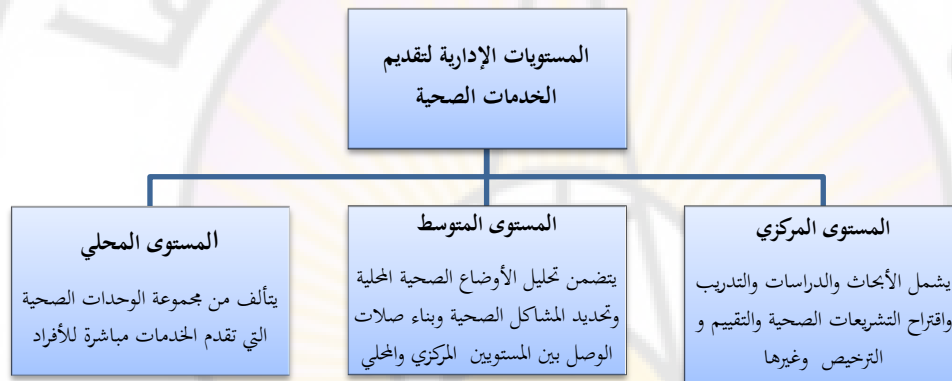
كذلك تختلف النظم الصحية من حيث درجة تعقيدها وشموليّتها، ويرتبط ذلك بالمستوى العام للبلد و درجة تقدّمه الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم العام وطبيعة المشكلات الصحية في المجتمع.

بالمحصّلة، تختلف النظم الصحية فيما بينها بحسب فلسفة الدولة وسياساتها. أضف لما تقدّم أنّ النظم الصحية في البلد الواحد نفسه قد تختلف وتتطور وتغيّر عبر الزمن. ومن أهم العوامل التي تُساهم في حدوث هذا التغيّر في النظم الصحية التغيرات الديمغرافية، الوبائية السريعة، والتغيّر الاقتصادي السريع والأزمات المالية التي تعاني منها

العديد من الدول المتقدمة والنامية والتحولت السياسية المفاجئة التي حدثت في بعض الدول مثل دول الاتحاد السوفييتي السابق والصين وغيرها [9].

2.2. 5 الخدمات التي يقدمها النظام الصحي:

من منظور النظام الصحي الكلي، هناك مستويات عدة لتقديم خدمات الرعاية الصحية المباشرة ويُستخدم معياران لتقسيم هذه المستويات هما: المعيار الإداري، والمعيار التقني [32]. يُبين الشكل (2.2) مستويات خدمات الرعاية الصحية وفق المعيار الإداري فقط.



الشكل (2.2): المستويات الإدارية لتقديم الخدمات الصحية [32].

كذلك، توجد ثلاثة مستويات لخدمات الرعاية الصحية وفق المعيار التقني كما يلي [32, 25]:

⁶ تصنيف دراسة (الإدارة الصحية) إلى هذه المستويات الرسمية الثلاث مستوى تصنفه في المرتبة الأولى وتطلق عليه مستوى الرعاية الذاتية ويشمل الأنشطة التي تقوم بها الأسرة من أجل المعالجة الذاتية لأفرادها. لكن لم ندم بإضافة هذا المستوى في هذا الكتاب، بالرغم من أهميته، لأننا نركز فقط على مستويات الرعاية الصحية الرسمية.

1. مستوى الرعاية الأولية (Primary health care):

يتألف من الوحدات الصحية في المناطق الإدارية التي لا يتجاوز عدد سكانها 5000 نسمة وتمثل نقطة الاتصال المباشر الأولى بين مؤسسات الرعاية الصحية والأفراد المستفيدين من خدمات هذه المؤسسات. تُقدم هذه الوحدات بشكل أساسي خدمات وقائية وتثقيفية وأحياناً علاجية بسيطة إذ لا تتوفر فيها خدمات إقامة للمرضى ومثال عليها المستوصفات ومراكز رعاية الأمومة والطفولة وغيرها.

2. مستوى الرعاية الثانوية (Secondary health care):

يشمل هذا المستوى مؤسسات الرعاية الصحية في المناطق والوحدات الإدارية التي يتراوح عدد سكانها بين 5 آلاف و 500 ألف نسمة⁷. تُقدم في هذا المستوى خدمات الرعاية الصحية العلاجية العامة ويمكن تقديم بعض الخدمات الوقائية. وتُشكل المشافي أهم المؤسسات الصحية العاملة في هذا المستوى. تتصف مؤسسات هذا المستوى بتحقيق درجة أكبر من التخصص مقارنة بمؤسسات المستوى السابق سواء في أقسام العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية. مثال هذا المشافي الوطنية المنتشرة في المدن والمحافظات السورية.

3. مستوى الرعاية من الدرجة الثالثة (Tertiary health care):

يشمل هذا المستوى مؤسسات الرعاية الصحية عالية ودقيقة التخصص؛ وهي حصراً في مجال الطب العلاجي. تخدم هذه المؤسسات أعداداً كبيرة من السكان تزيد في حدها الأدنى عن 500 ألف نسمة. وتتألف هذه المؤسسات من عدد كبير من الأقسام مثل العيادات المتخصصة للمعاينة وتشخيص الأمراض وأقسام الأشعة والمخابر؛ كما تحتوي على أقسام داخلية لإقامة المرضى. تجري في هذه المؤسسات كل أنواع العمليات الجراحية،

⁷ يوجد تباين في المراجع المختصة حول حجم الوحدات الإدارية التي تعمل ضمنها هذه المؤسسات ففي (علي، 2004) الرقم هو 100 ألف وحتى 250 ألف نسمة.

لاسيما الدقيقة منها، مثل جراحة القلب ونقل الأعضاء وجراحة الأورام والمناظير والليزر وغيرها. مثال هذه المؤسسات في سورية مشفى جراحة القلب ومشفى البيروني لمعالجة الأورام. يُبيّن الشكل (2. 3) مستويات خدمات الرعاية الصحية.



الشكل (2. 3): مستويات خدمات الرعاية الصحية [33].

من الضروري الإشارة إلى وجود مؤسسات تقدم رعاية صحية للأفراد بشكل غير مباشرٍ مثل الحجر الصحي، الرقابة على الأغذية، محطات تنقية المياه، معالجة مياه الصرف وغيرها.

2. 3 مقدمة في إدارة المشافي Introduction in Hospital Management:

2. 3. 1 مفهوم إدارة المشافي:

تُمثّل المشافي الوحدات الإنتاجية الرئيسة في تقديم خدمات الرعاية الطبية لأفراد المجتمع بهدف الوصول لمستويات صحة عامة جيدة وتحقيق تحسّن دائم ومستمر في هذه المستويات.

يُعدّ المشفى العمود الفقري في أيّ نظام صحي، والسبب في ذلك قدرته على تقديم كمٍّ أكبر من أنواع الرعاية الصحية مقارنةً مع المنظمة الصحية الأخرى. حالياً، ومنذ مدةٍ طويلةٍ من الزمن لم تعد مجالات المشافي مقتصرَةً على الأنشطة التقليدية مثل الطب والعلاج، وإنما تعددت لتصبح مراكز لتعليم وتدريب كافة المهن الصحية الأخرى، بالإضافة إلى أنها أصبحت مراكز للأبحاث العلمية الطبية أيضاً [32].

قدّمت منظمة الصحة العالمية تعريفين للمشفى الأول شامل ومن منظور وظيفي ويُعرّف المشفى بأنه "جزءٌ أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعايةٍ صحيةٍ كاملة للسكان علاجيةً كانت أم وقائية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنّه مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية أيضاً"، أمّا التعريف الثاني فهو أكثر تحديداً و ملائمةً لحالة الدول النامية وينص على أنّ "المشفى هو منظمة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض" [13].

من حيث الحجم يُعدّ المشفى من أكبر التنظيمات استخداماً لعنصر العمل البشري (أحد مُدخلات النظام الصحي كما أشرنا سابقاً) بالمقارنة مع المؤسسات والتنظيمات الأخرى، وسطياً، و بشكلٍ عام يستخدم المشفى بالمتوسط من 2 إلى 3 أفراد لكل سرير و أحياناً أكثر من ذلك العدد.

يحتاج المشفى لتنفيذ مختلف المهام الممنوعة بها إلى استخدام طيفٍ واسعٍ من العناصر المهنية والفنية بعضها على درجة عالية من التخصص بالإضافة إلى استخدام تقنيات طبية متقدمة وعالية التعقيد.

بسبب كلّ ما تقدم يُشير بعضهم إلى أنّ المشفى هو نظامٌ اجتماعيٌّ و فنيٌّ متطورٌ جداً ومعقدٌ كثيراً، يُعدّ الإنسان العنصر الأهمّ فيه، فهو مُدخلٌ أساسيٌّ في عملية الإنتاج

وهو من يقوم بالنشاط فيه وهو مادته الخام وعليه تتم مختلف عمليات النظام، وبالمحصلة الإنسان ورعايته غاية النظام وهدفه [17].

يمكننا بناءً على ما تقدّم تعريف إدارة المشافي بأنّها "مجموعة الأنشطة أو المهام المرتبطة بتخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة استخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة لتحقيق الأهداف المنشودة في المشفى بفعالية وكفاية عاليين" [34].

تتصف إدارة المشافي بشكلٍ خاصٍّ بدرجةٍ عاليةٍ من التعقيد بسبب طبيعة الوظائف المختلفة التي تضطلع بها والمسؤوليات المرتبطة بها من جهة والتنوع الكبير في الموارد البشرية التي تعمل فيها والأجهزة المختلفة المستخدمة من جهة أخرى.

2. 3. 2 وظائف المشفى:

نشير في هذا المجال إلى مجموعتين من الوظائف الإدارية التي تقوم بها المشافي [17]:

2. 3. 2. 1 الوظائف الداخلية:

- القيام بعملية التنظيم الشاملة لكلٍّ من العناصر والأنشطة وكذلك النظم الفرعية المكوّنة للنظام الداخلي ومتابعة وضع السياسات ورسم الأهداف الفرعية الخاصة بها وتوجيهها بما يُمكن من تحقيق أهداف النظام المرغوبة.
- متابعة عمليات الرقابة المالية على أنشطة المشفى وضبطها .
- تقويم مستويات الأداء للأنشطة والنظم الفرعية والتأكد من سلامة عملية الأداء وذلك في ضوء الأهداف والخطط المرسومة.

2. 3. 2. 2 الوظائف الخارجية:

- إعداد الخطط ورسم السياسات العامة بما يتوافق مع حاجات المجتمع الصحية.
- تقوية العلاقة مع البيئة المحيطة بالمشفى وكذلك تنسيق وتنظيم العلاقة مع المنظمات الصحية والاجتماعية العاملة في المجتمع.

عملياً، تُعدّ إدارة المشافي فرعاً من علم الإدارة الصحية حيث تقتصر الأولى بشكلٍ أساسيٍّ على إدارة الخدمات الطبية التشخيصية والعلاجية في حين تشمل الإدارة الصحية إدارة خدمات الوقاية من الأمراض وخدمات التأهيل بعد الشفاء وخدمات تعزيز وتحسين مستوى صحة الأفراد حتى في حال عدم وجود مرض أو إصابة [32].

من الضروري في هذا المجال توضيح مصطلحين مهمين ومتراپطين بالرغم من التمايز بينهما وهما الرعاية الطبية والرعاية الصحية، فقد يتمّ أحياناً استخدام هذين المصطلحين على أنّهما مترادفان رغم تباين دلالاتهما. يدل مصطلح الرعاية الطبية على أنّه "مجموعة الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تُقدّمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المخبرية العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية" [34]. إذاً، تشمل الرعاية الطبية كلّ الخدمات المقدّمة للفرد المصاب حتى يتمثّل للشفاء بما في ذلك خدمات التشخيص وتحديد نوع الإصابة وخدمات العلاج حتى الشفاء؛ وبسبب ذلك تُعدّ الرعاية الطبية الوظيفة الأساسية لجميع منظمات النظام الصحي المختلفة والمتنوعة. أمّا مصطلح الرعاية الصحية فهو أشمل وأوسع لأنّه يتضمّن بالإضافة إلى الرعاية الطبية جميع أنواع الخدمات الأخرى التي تُساهم في تحقيق مستوى صحي عام جيد لجميع أفراد المجتمع بالإضافة إلى التحسين المستمر لهذا المستوى. بشكلٍ أدق، يشمل هذا المصطلح أنشطة وخدمات الوقاية المختلفة من الأمراض سواء بحملات التلقيح أو التوعية الصحية وإرشادات التغذية وبرامج تنظيم الأسرة والحملات الدعائية وغيرها.

2. 3. 3 دور المهندس الطبي و مهماته في إدارة المشافي:

تُواجه المشافي أثناء عملها وتأدية مهماتها في تقديم خدمات الرعاية الصحية المختلفة مشاكل وصعوبات متنوعة وكثيرة. تُعدّ بمثابة معوقات للعمل الإداري و يجب مواجهتها ومعالجتها في المكان والوقت المحددين.

يعتمد حلّ قسمٍ كبيرٍ من هذه المشاكل والصعوبات التي تواجهها المشافي على المهندسين الطبيين الذين يقومون باستخدام طيفٍ واسعٍ من المفاهيم الهندسية وبتطبيق مجموعةٍ غنيةٍ من الأفكار الهندسية من أجل إيجاد الحلول الفاعلة للمشاكل الطبية الحيوية التي تواجه المشافي.

لا بدّ، من أجل تحقيق ما تقدّم، من العمل على إعداد وتأهيل المهندس الطبي بالشكل المناسب وتزويده بالخبرات والمعارف العملية والنظرية اللازمة من علوم الهندسة الكهربائية والإلكترونية والميكانيكية والمعلوماتية وبشكلٍ أكثر تحديداً، يجب على المهندس الطبي، خلال فترة التعليم الجامعي، دراسة عدد من المقررات المختصة مثل العلوم الطبية كالتشريح وفيزيولوجيا الجسم البشري، أنظمة الجسم الحيوية، ميكانيك السوائل الحيوية، ميكانيك النسيج الحيوية، المواد الطبية الحيوية وغيرها.

يقوم المهندس الطبي بأداء مجموعةٍ متنوعةٍ وهامة من الوظائف والمهام في المشافي، ومن أهمّ تلك المهمات:

- أ. تنفيذ الأعمال المتعلقة بالأجهزة والمعدات الطبية من حيث تحديد الحاجة منها ومواصفاتها وشرائها واستلامها وتركيبها وصيانتها ورفع سوية أدائها وتحسين جودة عملها.
- ب. المشاركة في عضوية عدد من اللجان المتخصصة مثل: لجنة الأمان والسلامة، ولجنة النفايات الطبية، ولجنة مكافحة العدوى، ولجنة ضبط الجودة وغيرها.
- ت. المشاركة في عمليات تصميم المشافي وأعمال التوسّع والتعديل.

تتطلب المشاركة الفاعلة للمهندس الطبي في أعمال إدارة المشفى الإمام بجوانب واختصاصات دراسة نظرية وعملية وفهم لاختصاصات قد لا يكون قد تعرّض لها في دراسته الأكاديمية مثل علم الإدارة، المحاسبة والاجتماع والعلاقات العامة، التسويق وغيرها.

أخيراً، نشير إلى الأهمية الكبيرة لماهية إدارة المشافي وخطوطها العريضة بالنسبة للمهندس الطبي إذ يُساعده ذلك في معرفة وتحديد المسؤوليات والمهام التي يجب عليه القيام بها وكذلك القوانين والمعايير والتنظيمات التي تحكم أعمال الهندسة السريرية وغيرها.

2. 3. 4 معايير تصنيف المشافي:

بالرغم من أوجه التشابه الكامل بين المشافي من حيث طبيعة الخدمات والأنشطة التي تقوم بها وغيرها بالرغم من ذلك كلّه يمكن الإشارة إلى عدة أنواع للمشافي التي يتم تقسيمها وفقاً لمعايير عدة مثل الملكية، التخصص، الحجم و مدة الإقامة [33].

يتم تقسيم المشافي وفقاً لمعيار الملكية إلى مجموعتين، هما: المشافي الحكومية والمشافي الخاصة. تُعدّ المشافي الحكومية الأكثر عدداً في معظم الدول مقارنةً بالمشافي الخاصة كما تكون أيضاً أكبر حجماً بالمتوسط وتقدّم غالبيتها الخدمات الصحية بشكلٍ مجانيٍّ أو بأسعارٍ مدعومةٍ. وبالرغم من الملكية الحكومية للمشافي العامة فهي تتبع وزارات مختلفة في الحكومة مثل مشافي وزارة الصحة ومشافي وزارات التعليم العالي والدفاع والداخلية وغيرها.

أمّا المشافي الخاصة فهي تُصنّف في مجموعتين وفقاً لمعيار الربح؛ تضمّ المجموعة الأولى المشافي الهادفة لتحقيق الربح والمشافي غير الهادفة لتحقيق الربح أو ما يُسمّى بالمشافي الخيرية.

بالمقابل، وفق معيار الأمراض المعالجة والتخصصات فيمكننا التمييز بين المشافي الشاملة أو العامة وهي التي تُقدّم جميع أنواع الخدمات الصحية وكلّ التخصصات الطبية.

بالمقابل، توجد مشافٍ متخصصة مثل مشافي السل، الأطفال، القلبية، النسائية والتوليد وغيرها.

كذلك يتم تقسيم المشافي وفق معيار متوسط فترة الإقامة إلى مشافي العناية القصيرة؛ وهي التي يقتصر متوسط مدة إقامة المريض فيها على فترة شهرٍ كما في حالة غالبية المشافي العامة، ومشافي الولادة، ومشافي الأطفال؛ أمّا النوع الثاني فهو مشافي العناية الطويلة وتضم كلّ المشافي التي يكون متوسط مدة إقامة المريض فيها أكثر من شهر مثل مشافي الصحة النفسية ومشافي رعاية المسنين مثلاً.

أخيراً، تُصنّف المشافي تبعاً لعدد الأسرّة أو ما يُسمّى القدرة الاستيعابية في ثلاثة أقسام هي (أ) المشافي الصغيرة، والتي تضمّ حتى 100 سرير، (ب) المشافي المركزية حيث تتراوح السعة السريرية لها ما بين 100 إلى 500 سرير، (ج) مشافي المناطق أو المشافي العامة وتكون كبيرة الحجم حيث تضمّ أكثر من 500 سرير.

2. 3. 5 العوامل المؤثرة في تطور المشافي:

شهدت المشافي تطوراً ملحوظاً في مختلف جوانب عملها بدءاً من بناء المشفى وتقسيمه وتوزّع الوحدات داخله إلى طبيعة وكيفية تقديم خدماته وأنواع هذه الخدمات وغيرها. لقد أدّت العديد من العوامل دوراً متفاوتاً في تطور المشافي نذكر منها [32]:

أ. **تطور العلوم الطبية:** قد يكون هذا العامل من أكثر العوامل أهمية، فقد حصل خلال مئة السنة الأخيرة تطوراتٍ هائلة في مختلف ميادين وتخصصات العلوم الطبية التي أصبحت الآن غاية في التخصص والتعقيد، مثل: علوم الفيزيولوجيا، الأدوية وكذلك مجالات التشخيص والمعالجة وغيرها. كما و تُمثّل الاختصاصات الطبية الدقيقة والمهارات التمريضية المتقدّمة بالإضافة إلى الأجهزة الطبية المعقدة أحد منعكاسات أو نتائج هذه التطورات الطبية.

ب. **التقدم الكبير في التقنية الطبية:** تُعد التكنولوجيا الطبية أحد الميادين التي تشهد منافسةً كبيرةً بين الدول كما في المعدات والأجهزة والتجهيزات الطبية المختلفة مثل أدوات الجراحة النظرية وأجهزة التشخيص الحديثة وغيرها.

ت. **التقدم الكبير في مهنة الطب:** حيث تشهد هذه المهن توسعاً عمودياً وأفقياً حيث تظهر تخصصاتٌ جديدةٌ ويتعمق التخصص في كل أنواع التخصصات القائمة.

ث. **شركات التأمين والفريق الثالث:** أدى تطور و توسّع مؤسسات التأمين إلى تقديم و تطوير منتجات تأمينية جديدة، مثل: التأمين الصحي الذي تتعدد أنواعه ومستوياته بشكل كبير. فقد قامت هذه الشركات بدورٍ مهمٍّ في تطوير عملية الاستفادة من خدمات المشفى، حيث أنشأت تلك الشركات شبكةً من المشافي للتعاقد معها ضمن مستويات سعرية مقبولة من الطرفين.

ج. **دور القطاع الحكومي:** وضعت الحكومات بشكلٍ عام ضمن أولى أولوياتها تقديم خدمات صحية جيدة لمواطنيها، لذلك تمّ تشجيع بناء المشافي وتمويل وتغطية تكاليفها.

من المتوقع أن يظهر تأثير العوامل السابقة وغيرها في جوانب عدة تخص المشافي كما يتوقع أن يترتب على تطور المشافي بشكلٍ خاصٍّ ومختلف مؤسسات تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكلٍ عام نتائج مهمة كثيرة نشير فيما يلي إلى أهم تلك النتائج:

أ. **خفض مدّة الإقامة:** أدت التطورات المختلفة، التي أشرنا إلى بعضها أعلاه إلى قضاء مدة معالجة أقصر فيها. فاستخدام تقنية المنظار في العمليات الجراحية و كذلك نظم التشخيص مثل الرنين المغناطيسي أو التصوير الطبقي، تُؤدّي إلى خفض مدة إقامة المريض في المشفى.

ب. ارتفاع كلفة اليوم الواحد: ترتب على مجموعة تغييرات متزامنة مع بعضها تزايد التكلفة اليومية لعمل المشافي مثل قصر مدة الإقامة التي نتج عنها ارتفاع مستوى الإنتاجية في المشفى وكذلك تفعيل إجراءات الدخول والعلاج والتشخيص التي أدت بالتحصلة إلى ازدياد نسبة الأعمال الطبية التي تُنجز في يوم واحد أو ضمن مدة زمنية محددة، وكانت النتيجة الإجمالية لما تقدّم ارتفاع كلفة اليوم الواحد في المشفى.

ت. الزيادة في أعداد المسنين: تُمثّل أحد الانعكاسات السكانية والاجتماعية لتطور المشافي وخدماتها في تغيير البنية السكانية للمجتمع حيث انخفضت معدلات الوفيات وازدادت أعداد ونسب كبار السن بالنسبة لمجموع السكان.

ث. الحاجة إلى كوادر بشرية صحية متخصصة: كان لا بدّ من حدوث تطور في مجال التدخلات البشرية التي تحتاجها المشافي يوازي التطور والتعقيد الحاصل في جانب التدخلات المادية والتقنيات الطبية ويتوقع أن تتعمّق حاجة المشافي للموارد البشرية عالية التخصص والتدريب سواء أكان من الأطباء أم من أعضاء فريق التمريض أو الفنيين أو غيرهم.

ج. تحسّن مستويات الوعي في المجتمع والتأكيد على النوعية الجيدة: ارتفعت بشكل عام مستويات الوعي والتعليم في مختلف الدول النامية والمتقدمة ويتوقع ارتفاع مستويات التعليم هذه في الدول في المستقبل. بشكل مواز تحسّنت مستويات الوعي الصحي والثقافة الصحية عند أغلب الأفراد والأسر مما أدّى إلى زيادة كبيرة في الاهتمام بالصحة والمطالبة بخدمات رعاية صحية عالية الجودة.

ح. تأثير الأجهزة الطبية في الكلفة والجودة: بالرغم من الارتفاع المتزايد في أسعار الأجهزة الطبية الحديثة وكذلك تكاليف صيانتها واضطرار المشافي إلى دفع مبالغ أكبر من مواردها المالية للحصول على تلك الأجهزة إلّا أنّ الأثر الاقتصادي على التكلفة الإجمالية في المشفى هو بعكس ذلك. في هذا المجال، تُبيّن الأدلة المتوفرة أنّ إدخال هذه التقنيات قد

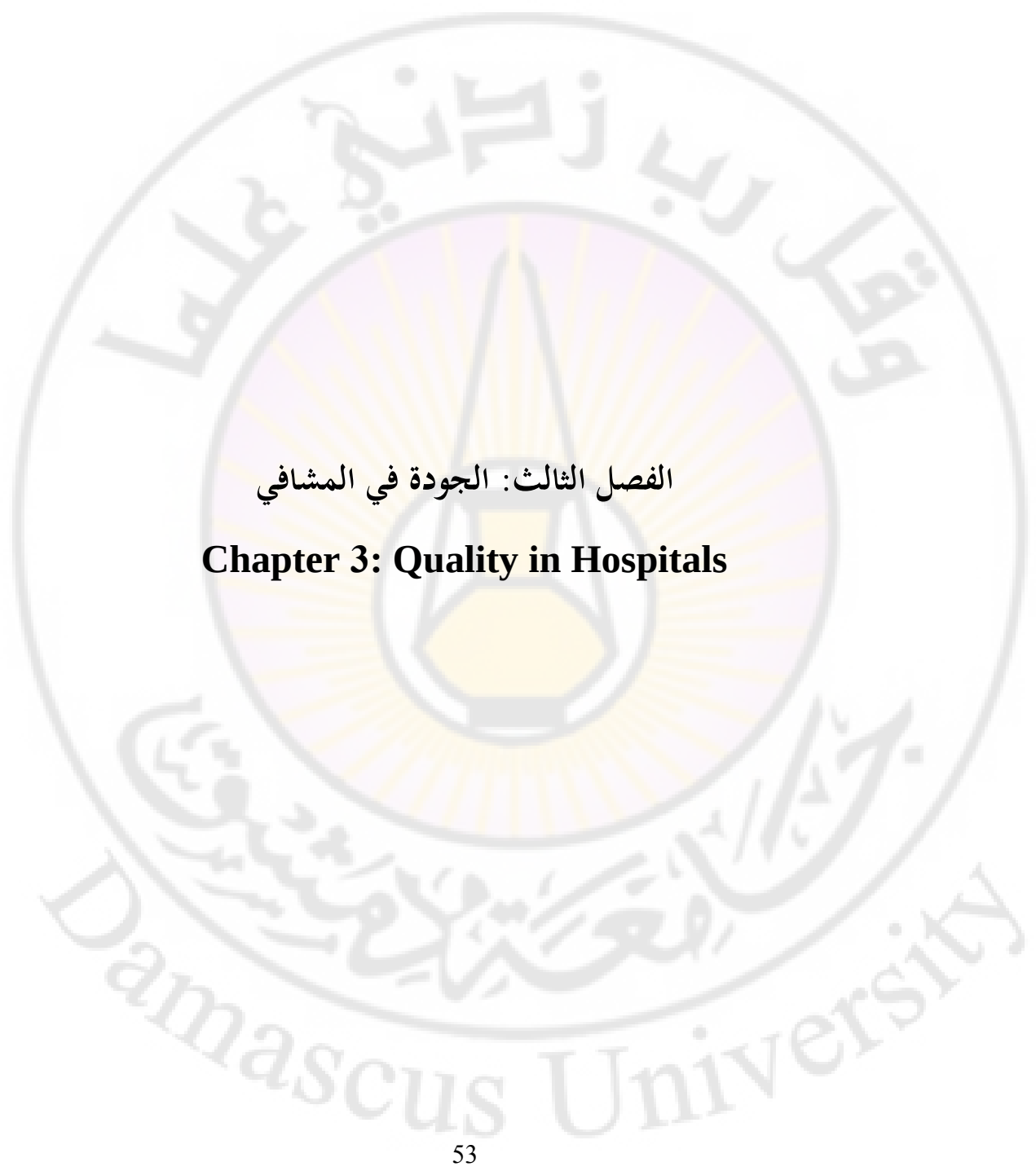
أدى إلى تخفيض في الكلفة الإجمالية نتيجة السرعة في التشخيص والدقة في العلاج وتراجع
مدّة الإقامة في المشفى كما ذكرنا أعلاه وإلى التشخيص المبكر.



أسئلة الفصل الثاني:

1. عرّف مايلي: إدارة المشافي – الإدارة الصحية – الإدارة الطبية.
2. ما هو الفرق بين الإدارة الطبية والإدارة الصحية؟
3. كيف يمكن قياس أداء النظام الصحي؟
4. ما هو الفرق بين مستوى الرعاية الأولية ومستوى الرعاية الثانوية في تقديم الخدمات الصحية؟
5. عدد الوظائف الإدارية الداخلية التي تقوم بها إدارة المشفى.
6. اذكر نوعين من المشافي وشرح الفروقات بينهما.
7. اذكر ثلاث نتائج على عملية تطور المشافي.



The logo of Damascus University is a large, faint watermark in the background. It is a circular emblem. The outer ring contains the text 'وقل رب زدني علما' at the top and 'جامعة دمشق' at the bottom. The inner circle features a stylized sunburst or starburst design with a central yellow and orange element.

الفصل الثالث: الجودة في المشافي

Chapter 3: Quality in Hospitals



الفصل الثالث: الجودة في المشافي

Chapter 3: Quality in Hospitals

الأهداف التعليمية:

1. التعرف على مدلول جودة الخدمات في المشافي والعوامل المؤثرة فيها.
2. التمييز بين المصطلحات الرئيسة التالية: الجودة، وإدارة الجودة، وإدارة الجودة الشاملة، ونظام الجودة، وسياسة الجودة، والفاعلية، والكفاية، والكفاية الكلية، والكفاية الجزئية.
3. توضيح أهمية إدارة الجودة في المشافي
4. مناقشة مدلول وأهمية نظام إدارة الجودة الشاملة والمبادئ التي يقوم عليها
5. توضيح مفهوم اعتمادية المشافي، وأهدافها، ومزاياها ومراحل عملية الاعتمادية.

3. 1 جودة الخدمات الصحية (Healthcare Quality):

تسعى منظمات الأعمال على اختلافها إلى تقديم منتجات "سلع و خدمات" تؤمن حاجات وتشبع رغبات الزبائن أو المستهلكين من حيث الكم والنوع. مما لا شكّ فيه أنّ نوعية المنتج "أي جودته" تُعدّ عاملاً أساسياً في جذب المستهلكين وبالتالي تسويق المنتجات.

يشتمل مفهوم الجودة على عدة موضوعات وعناوين مختلفة كما لا بدّ من التمييز بين مجموعة متعددة من المفاهيم المرتبطة بالجودة، وكذلك الطرق المختلفة لتحسين جودة المنتج بشكل عام والخدمة الصحية بشكل خاص التي تُمثل ليس فقط سلعة تجارية وإنما حق للأفراد تعترف به كلّ الدول وتُخصّص له أجزاء لا بأس بها من الإنفاق الحكومي. يساعد توضيح النقاط السابقة في تسهيل دراسة الجودة والعناصر المكونة لها وإجراء المقارنات محلياً وعالمياً في جودة الخدمات الصحية.

تشير بعض الدراسات إلى تأثير جودة الخدمات الصحية في المشافي بمستوى العلاقة بين درجة استقلالية العنصر البشري في المشفى مثل الأطباء والمرضى وغيرهم وبين درجة التنظيم فيها، وبالتالي فإن الوصول إلى توازن بين طرفي هذه العلاقة يساهم بشكل كبير في تحقيق مستوى أعلى من الجودة. عملياً، تتراوح هذه العلاقة بين حالة استقلالية شبه تامة للأطباء عن المشفى وتنظيمها كما في دول (هولندا، وبلجيكا، وألمانيا، وكندا وبلجيكا وغيرها) و بين حالة اندماج كامل في تنظيم المشفى الذي يقوم بتوظيف هؤلاء الأطباء [57].

أما في سورية فنستطيع القول إنّ حالة الأطباء من حيث علاقة الارتباط مع المشفى تشمل النموذجين أعلاه، ففي المشافي الحكومية وبعض المشافي الخاصة يكون الطبيب تابعاً كلياً وموظفاً في المشفى. بينما نرى في الكثير من المشافي الخاصة أنّ الطبيب يكون مستقلاً عن المشفى، بمعنى أنّه يتعاقد مع هذه المشافي للقيام ببعض الأنشطة الطبية مثل إجراء العمليات وبعض الاختبارات وغيرها.

3. 1. 1 تعريفات مهمة:

نحتاج قبل متابعة الدراسة في مجال الجودة إلى توضيح مجموعة من المصطلحات ذات العلاقة الهامة بهذا الموضوع وتمييزها:

الجودة (Quality): تعني الخصائص الكلية لعنصر (سلعة أو خدمة) والتي تؤثر في قدرته على إشباع حاجات محددة أو ضمنية عند الزبائن. يجب الانتباه إلى تعدد فئات الزبائن في حالة المشافي مثل المرضى وأسر المرضى وشركات التأمين. لذلك فإنّ تحسين جودة الخدمات الصحية يتطلب معرفة حاجات كلّ فئة من هذه الفئات والعمل على إشباعها.

يتمّ عادةً النظر إلى الجودة من ثلاث زوايا:

الأولى هي جودة الرعاية الفنية المقدّمة للمريض "Technical Care"،

الثانية هي جودة فنّ الرعاية المقدّمة للمريض "Art of Care"،
الثالثة هي جودة مظهر المشفى وخدماتها المساعدة وبنيتها التحتية "Amenities".

إدارة الجودة (Quality Management): هي مجموع أنشطة وظيفية الإدارة الكلية التي تحدد سياسة وأهداف ومسؤوليات الجودة وتنفيذها بوسائل متعددة مثل: تخطيط الجودة، الرقابة على الجودة، وضمان الجودة وتحسين الجودة ضمن نظام الجودة .

إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management TQM): هي طريقة في إدارة المنظمة تتركز حول الجودة، وتقوم على مشاركة كلّ أفراد المنظمة و تستهدف تحقيق النجاح على المدى الطويل من خلال تحقيق رضا الزبائن و الفائدة أو النفع الذي يعود لكلّ أفراد المنظمة والمجتمع.

نظام الجودة (Quality System): هي كل مكون من بنية وإجراءات وعمليات وموارد المنظّمة المطلوبة لتطبيق إدارة الجودة .

سياسة الجودة (Quality Policy) : يقصد بها التوجهات والتطلعات الإجمالية للمنظمة المتعلقة بالجودة كما تم التعبير عنها رسمياً من قبل الإدارة العليا [57].

الفاعلية (Effectiveness): هي المستوى المتحقق من التحسينات الممكنة في الصحة [45]، أو الدرجة التي تُحقق فيها عملية ما نتائج مرغوبة خالية من الأخطاء [44].

الكفاية (Efficiency): الاستعمال الأمثل من النظام للموارد المتاحة لتحقيق أعظم المنافع أو النتائج. أو قدرة النظام على العمل عند تكاليف أقل بدون التقليل من النتائج المرغوبة والمحقة [40]. يمكننا هنا التمييز بين الكفاية الاقتصادية الكلية والكفاية الاقتصادية الجزئية:

الكفاية الاقتصادية الكلية (Macroeconomic Efficiency): يقصد بها التوزيع العام الكلي للإنفاق العام والخاص في النظام الصحي.

الكفاية الاقتصادية الجزئية (Microeconomic Efficiency): يقصد بها القيمة المتحققة من استخدام الموارد المتاحة مقابل الأموال التي أنفقت للحصول على تلك القيمة.

3. 2. أهمية إدارة الجودة في المشافي:

تزايدت أهمية إدارة الجودة في المشافي وغيرها من المنظمات الصحية نتيجة العديد من العوامل الداخلية والخارجية التي شكّلت عوامل ضغط وتنافس على خدمات المنظمات وأهم هذه العوامل:

أ. الزيادة المتسارعة في التكاليف التي تتحملها المنظمات الصحية بسبب ارتفاع أسعار المعدات والأجهزة الطبية.

ب. التعمق في التخصص الطبي وازدياد المنافسة على استقطاب المتخصصين.

ت. الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

ث. ارتفاع توقعات المرضى فيما يخص الخدمات الصحية التي يحصلون عليها وازدياد مستويات وعي الأفراد بالخدمات الصحية.

ج. تزايد عدد الأخطاء الطبية والنتائج الخطيرة وأو غير المرغوبة المترتبة عليها.

ح. ضعف التعاون والتنسيق بين الأقسام المختلفة في المشفى.

خ. عدم توفر معايير ومقاييس موضوعية واضحة لتحديد مستويات الكفاية والفاعلية في المشافي.

د. عدم وجود نظم إدارية فاعلة تهتمّ بالجودة.

ذ. التكاليف الكبيرة المترتبة على انخفاض مستويات الأداء وارتفاع عدد الأخطاء الطبية.

3.3. مؤشرات جودة الرعاية الصحية Healthcare Quality Indices:

يُساعد فهم واستيعاب المفاهيم المذكورة في الفقرة السابقة من معرفة أبعاد جودة الخدمات الصحية. لكن حتى نستطيع تقييم جودة هذه الخدمات نحتاج لإجراء عمليات قياس لهذه الأبعاد وبالتالي لا بدّ من استخدام مؤشرات للقياس. يمكننا تعريف المؤشر على أنّه متغير ذو قيمة تعتمد على درجة أو مستوى تحقيق أو إنجاز هدف ما، فكلما كان الإنجاز أكبر كانت قيمة المؤشر أعلى والعكس صحيح.

يجب أن تتمتع المؤشرات بمجموعة من الخصائص الهامة حتى تقيس بشكل صحيح البعد أو الهدف المحدد وأهم هذه الخصائص [33]:

1. أن تكون صادقة أو صالحة: أي تقيس فعلياً المطلوب منها قياسه.
2. موثوقة: بحيث تكون النتيجة نفسها ومستقلة عن من يقوم بالقياس أو وقته.
3. وثيقة الصلة: أي ترتبط بشكل وثيق بالمشكلة المطلوب حلها.
4. واقعية، وقابلة للتطبيق، وإيجابية وعملية: بحيث يمكن جمع المعطيات بطريقة بسيطة تتسق مع الأنشطة الروتينية المعتادة، وتكون المعلومات اللازمة لإجراء القياس متوفرة ومتاحة؛ وكذلك تمتلك المنظمة الموارد اللازمة لجمع المعطيات.
5. قابلة للقياس والملاحظة: بحيث يمكن مشاهدة النتيجة، وتعريفها أو بيانها بالأرقام. ويمكن كذلك التعبير عن المؤشرات في صورة تعدادات (تكرارات) أو متوسطات أو معدلات.
6. معروفة وموافقاً عليها: من قبل الموظفين الذين يجري تقدير إنجازاتهم.
7. واضحة وهادفة: تشير إلى تاريخ أو مدة زمنية معينة.

تُقسّم الدراسة [45] معايير اختيار مؤشرات الجودة إلى ثلاث مجموعات هي:

الأولى - أهمية الموضوع المطلوب قياسه من حيث: التأثير في الحالة الصحية، والتكاليف الصحية، وملاءمة السياسة وقابلية المشكلة للتدخل والمعالجة.

الثانية - القيمة العلمية للمقياس من حيث الصلاحية والموثوقية.

الثالثة - إمكانية وتكاليف الحصول على بيانات للمقياس قابلة للمقارنة دولياً .

تبين الدراسة [53] أنّ لجودة الخدمات الصحية عدة مكونات كما يُبين الجدول (3. 1)

الجدول (3. 1): مكونات جودة الخدمات الصحية.

الكفاءة	تقديم خدمات عالية الجودة بأقل تكاليف ممكنة من خلال الاستخدام الأفضل للموارد المتاحة. ينتج الهدر في الموارد عن تقديم أدوية غير ضرورية؛ تخزين كميات كبيرة من الأدوية و انتهاء صلاحية قسم منها؛ شراء معدات لا تُستخدم... إلخ.
الوصول للخدمة	تأمين سرعة الحصول على خدمات عالية الجودة لكلّ الأفراد ويساهم في تحقيق ذلك ثلاثة عوامل هي (1) المسافة والبعد (2) القدرة المالية (3) الثقافة والعادات والقيم.
الاستمرارية	حصول المريض على كلّ الخدمات الصحية التي يحتاجها وفي حال عدم توفرها إرشاده إلى حيث يستطيع الحصول عليها.
التنافسية التقنية	التمتع بمستوى ملائم من الخبرات و المعارف لأداء الوظائف المختلفة بما يؤمن تقديم خدمات عالية الجودة. يساهم في تحقيق ذلك التدريب المستمر والندوات والمؤتمرات وغيرها.
المساواة	تقديم الخدمات ذات الجودة العالية لكل الأفراد المحتاجين بغض النظر عن أيّ عامل آخر مثل العمر أو الدخل أو الجنس... إلخ.
الأمان	تقديم الخدمات الصحية عند المستوى الأقل من الإصابات أو العدوى أو الآثار الجانبية الضارة وأيّ مخاطر أخرى للمريض والكادر العامل في المشفى.
الفاعلية	تقديم خدمات ومعالجات فاعلة تُحقق تغير موجب في صحة المريض وجودة حياته.
خدمات ترفيهية	مجموعة خدمات يمكن تقديمها في المشفى لزيادة مستوى الراحة والسعادة وبالتالي رضا المريض وتتضمن مثلاً مقاعد وكراسي مريحة، أجهزة تلفاز، موسيقى، مواد تعليمية وغيرها.

تُظهر الدراسة [49] أنّ الاستراتيجيات الفاعلة لتحسين الجودة في المشافي تتكون من ثلاثة عناصر كما يُبيّن الشّكل (3. 1).



الشّكل (3. 1): مكونات استراتيجية تحسين جودة الرعاية الصحية

قامت منظمة الصحة العالمية بتخصيص تقريرها السنوي لعام 2000 لدراسة أداء النظم الصحية وكفائتها ولذلك عملت على وضع مقياس للأداء يتألف من ثلاثة مقاييس فرعية هي:

الأول هو الفاعلية أي القدرة على تحقيق الأهداف، الثاني هو الإنفاق الصحي الفردي ، الثالث هو الكفاية. وقد حقّز هذه المقياس العديد من الدراسات والنقاشات الأكاديمية حول كيفية قياس الجودة والأداء في مجال الصحة وكذلك حول دقة وصحة المقياس الذي استخدمه تقرير منظمة الصحة العالمية [52, 39].

3. 4 تكاليف الجودة المتدنية **Costs of Poor Quality**:

يترتب على تراجع مستوى جودة الخدمات الصحية نتائج سلبية متعددة تطال المريض والمشفى بكافة مكوناتها ويوضّح الشّكل (3. 2) أهمّ هذه النتائج.



الشكل (3.2): النتائج المترتبة على انخفاض مستوى جودة الخدمات الصحية في المشافي.

كما نلاحظ من الشكل أعلاه أنّ تدني مستوى جودة خدمات المشافي الصحية يُعدُّ مشكلةً كبيرةً تؤثر في المريض حيث تهدر وقته وجهده وتحمله نفقات وأعباء مالية وبالمقابل تطول فترة المرض والإصابة وقد تُؤدّي إلى الوفاة، وكذلك بالنسبة للمشفى حيث تزداد مستويات الهدر للوقت والجهد من قبل الكادر الطبي والتمريضي والإداري وتُستعمل أدوية ومعدات وتجهيزات بشكلٍ غير ضروري، وهذا ما يزيد من الهدر، وبالمحصلة تنخفض مستويات الكفاية والفاعلية معاً.

نستنتج مما تقدم وجود علاقة عكسية قوية بين الجودة من جهة وبين التكاليف من جهةٍ ثانية. يُؤدّي تراجع مستوى جودة الخدمات الصحية إلى ارتفاع التكاليف الخاصة

بالمشفى وكذلك التكاليف الاجتماعية. بالنسبة للمشفى فهي تتحمل أعباءً ماليةً تتمثل في المشتريات الزائدة من الأدوية وغيرها تُستخدم بشكلٍ غير منتج، كذلك تُستهلك التجهيزات "مثل تلك المستخدمة في التحاليل الطبية وصور الأشعة وغيرها" بمعدلات أسرع. يُضاف لما تقدم ارتفاع تكاليف صيانة الأجهزة وغيرها. أمّا التكاليف الاجتماعية فجزء منها ملموس مثل: الأعباء المالية غير الضرورية التي يدفعها المريض نتيجة فشل المعالجة والخسارة المادية التي يتحملها نتيجة غيابه عن العمل أمّا الجزء غير الملموس فيتمثل بتكلفة المرض وعدم التماثل للشفاء والحالة النفسية التي يمرّ بها الفرد وعائلته خلال مرحلة المرض وغيرها.

3. 5 ضمان الجودة Quality Assurance :

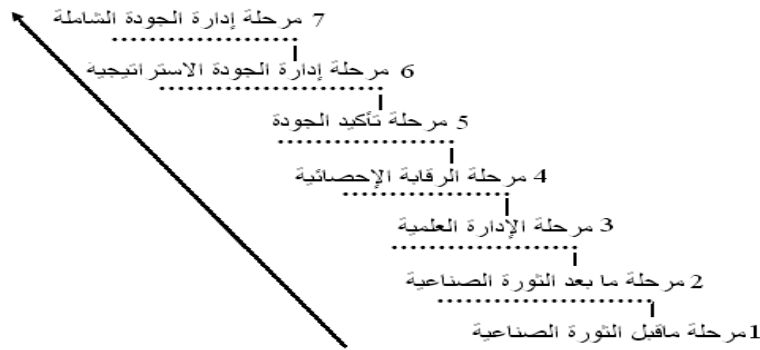
تمكّنت المنظمات من خلال عمليات الرقابة والتفتيش من تحديد مكامن الخلل والسلوكيات الخاطئة والمنتجات المعطوبة، وكشف الجودة المتدنية؛ فقد أدّى ذلك إلى ظهور وتطور مصطلح ضمان الجودة وذلك في مجال الصناعة بدايةً ومن ثمّ انتقل إلى منظمات الأعمال الأخرى ومنها المشافي.

تُعرّف عملية ضمان الجودة بأنّها مجموعة من الأنشطة المخططة والمنفّذة بشكلٍ منهجيٍّ وبشكلٍ مُرتبٍ ومستمرٍّ من أجل تحسين جودة العناية الصحية. وتتضمن وضع المعايير أولاً والرقابة للتأكد من تطابق العمل الفعلي مع المتوقع وتقليص الفجوة بينهما ثانياً [53].

3. 6 إدارة الجودة الشاملة في المشافي Total Quality Management in Hospitals :

بالرغم من حداثة النسيبة لمصطلح إدارة الجودة الشاملة في مجال إدارة الأعمال بشكلٍ عام وفي مجال الخدمات الصحية بشكلٍ خاص، فإنّ جذور هذا المصطلح قديمة

وتطورت بشكلٍ موازٍ لتطور علم الإدارة. يمكن الإشارة إلى مرور مصطلح الجودة بسبع مراحل حتى الوصول إلى مرحلة الجودة الشاملة كما يُبيّن الشكل (3. 3).



الشكل (3. 3): مراحل تطور مفهوم الجودة

كنا قد قدمنا في الفقرة (3. 1. 1) عدّة مصطلحات ذات علاقة بموضوع هذا الفصل حيث تمّ تعريف إدارة الجودة الشاملة بأنّها "طريقة في إدارة المنظمة تتركّز حول الجودة تقوم على مشاركة كل أفراد المنظمة و تهدف إلى تحقيق النجاح على المدى الطويل من خلال تحقيق رضا الزبائن والفائدة لكلّ أفراد المنظمة والمجتمع".

كذلك يمكن تعريفها بأنّها "نظامٌ إداريٌ مُمهّج قائمٌ على رفع وتحسين مستوى تنفيذ العمل والأداء خلال جميع المراحل المتعددة للعمل والإنتاج أو تقديم الخدمة. وتتم إدارة هذا النظام من قبل الإدارة العليا وتعتمد بشكلٍ رئيس على المشاركة الجماعية لكلّ العاملين بالمنظمة في تحسين عمل المنظمة ومستوى إنتاجها وجودته وتوجّه تركيزها نحو المشاكل الجماعية التي تواجه العاملين [33]."

يقوم نظام إدارة الجودة الشاملة على عدد من المبادئ والأسس وأهمها [15]:

1. وضع العميل (المرضى، و المترددون) في مركز اهتمام أنشطة المنظمة وأعمالها.

2. محورية دور العاملين في وضع، تنفيذ وتطوير خطط المنظمة لاسيما فيما يخص تحسين مستوى الخدمات وذلك نظراً لخبرتهم العملية.
3. تقسيم العاملين إلى فرق ومجموعات.
4. دراسة تحسين الجودة في كلّ مرحلة من مراحل إنتاج وتقديم الخدمة.
5. وجود وتطبيق نظام مستمر لتحسين وتطوير الجودة.
6. تقييم مستوى الخدمة كمّاً ونوعاً بناءً على النتائج الفعلية الحقيقية وليس على الاحتمالات والتخمينات.

كما تمّت الإشارة سابقاً، فقد بدأ تطبيق نظم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية ثمّ انتقل تدريجياً إلى باقي منظمات الأعمال ومنها المشافي وغيرها من المنظمات الصحية. يمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة في المشافي بأنّها "عملية ذاتية شاملة متسلسلة لضمان التحسين المستمر في جودة الخدمات وبما يتناسب مع حاجة كلّ مواطن، وسهولة الحصول عليها، وأنّ مجال العمل في الوحدة الصحية يُركّز على الاهتمام بالمرضى وتحسين الخدمات المقدّمة لهم" ونظراً لأهمية الجودة الشاملة في المشافي يتمّ عادةً تكليف قسم مستقل فيها بإدارة الجودة [15].

تقوم عادةً أقسام إدارة الجودة في المشافي وغيرها من وحدات الرعاية الصحية بوضع خطط واستراتيجيات خاصة تُنفذ خلال سنة إلى ثلاث سنوات من أجل تنفيذ برامج وُظم إدارة الجودة الشاملة ويعرض الجدول (3. 2) أهم مكونات هذه الاستراتيجيات.

الجدول (3. 2): أهم مكونات استراتيجيات إدارة الجودة الشاملة [33].

مقدمة للجودة وتحسين الجودة	الخطوط العريضة لإدارة الجودة	علاقة إدارة الجودة الشاملة بالوظائف الإدارية الأخرى	وصف و توضيح المكونات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة	مسؤوليات التطبيق
تتضمن هذه المقدمة تحديد الإطار العام لمفهوم نظام إدارة الجودة الشاملة ومن ثم تحديد الأهداف العامة والنوعية للنظام والنتائج المطلوبة وأساليب وآليات العمل والتطبيق وتحديد الموارد البشرية والمادية والمالية اللازمة لتطبيق الاستراتيجية والبرنامج الزمني لتنفيذ كل مرحلة من مراحلها.	أ. ثقافة الجودة ومنظور الإدارة العليا حول أهمية تطبيق النظام.	أ. علاقة إدارة الجودة بالإجراءات الإدارية	أ. نظام الاتصالات الإدارية	أ. جميع الموظفين
	ب. الالتزام الكامل من قبل الإدارة والمتخصصين السريريين بالجودة	ب. علاقة إدارة الجودة بإجراءات المراجعة الطبية	ب. وضع المعايير و متابعة النشاط ومراجعته	ب. القيادات الإدارية والطبية
	ج. تكوين فرق عمل الجودة، وتفويض السلطات والصلاحيات اللازمة	ج. السياسات والإجراءات الفنية المساعدة	ج. نظام المعلومات الإدارية	ج. اللجنة التنفيذية الموجهة نحو إدارة أعمال الجودة
	د. نظام تحسين الجودة وإدارتها		د. تفويض السلطات والصلاحيات لفرق متابعة الجودة	د. أعضاء الهيئة الطبية والتمريضية
	هـ. توجيه وإرشاد وتوعية المرضى والمتنفعين من خدمة الرعاية الصحية		هـ. التدريب على الجودة لجميع العاملين	

يتحدد مستوى نجاح تطبيق الخطط والاستراتيجيات وتنفيذها بتوفر أكبر عدد من العوامل المساعدة وتقليل الصعوبات إلى أدنى حد ممكن. نعرض فيما يلي أهم العوامل المساعدة على نجاح نظم إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة [33]:

- تعديل ثقافة المنظمة من خلال التعلم والاستخدام المستمر والمتواصل لمجموعة من الممارسات الإدارية والتي تدعم ثقافة التحسين المستمر.

• توفير الوسائل اللازمة من أجل القياس والمقارنة والتحليل والتخطيط.
بالمقابل هناك العديد من الصعوبات التي يُمكن أن تعيق وتقيد نجاح هذا النظام وأهمّ هذه المعوقات:

1. يتطلب تطبيق النظام درجةً جيدةً من الاستقرار التنظيمي.
2. صعوبة إخضاع تطبيق جميع العاملين بقطاع الصحة لقرارات وأنظمة موحدة.
3. تفاوت المستوى الثقافي للمنتفعين من الخدمات الطبية واختلاف قدراتهم على الاستيعاب والتزامهم بالتعليمات والنظام.
4. الانطباع الخاطئ لدى بعض العاملين في المستشفيات بأنّ الجودة الشاملة هي نظام رقابي يستهدف تتبع الأخطاء.
5. عدم وجود أو كفاية البرامج التدريبية للعاملين في المستشفيات عن طرق تطبيق مفهوم الجودة.
6. يتطلب تطبيق النظام إجراء تغييرات في الكثير من السياسات والإجراءات الروتينية المعمول بها في قطاع الصحة.

3.7 الاعتمادية في المشافي Accreditation in Hospitals:

يرتبط مصطلح الاعتمادية بنشأة التقييم المنهج لعمل المشافي وفق معايير محددة حيث بدأت في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1917 كآلية للاعتراف بمستويات التدريب في مجال الجراحة. وتستهدف الاعتمادية [57]:

- أ. تقييم جودة وأمان خدمات الرعاية الصحية.
- ب. تقييم قدرة منظمات الرعاية الصحية على تحقيق تحسيناتٍ مستمرةٍ على جودة كامل الرعاية الصحية المقدّمة للمرضى.
- ت. صياغة وتقديم توصيات واضحة.

ث. تقديم اعتراف خارجي (جهة رسمية من خارج المشفى) بجودة خدمات الرعاية في منظمات الرعاية الصحية.

ج. تحسين مستويات الثقة العامة وتعزيزها.

تجب الإشارة هنا إلى أنّ تركيز عملية الاعتماد ينصبّ بشكلٍ أولي وكامل على المريض وانتقاله ضمن منظمة الرعاية الصحية وترتيب عملية تقديم الرعاية له وكذلك على سلامة هذا المريض. تُطبق معايير (ISO-9000) على جودة إدارة منظمات الرعاية الصحية حيث إنّ نقطة البداية في إدارة التغيير هي تحديد متحصلات العملية وتقييم تحقق هذه العمليات. كانت أحد الأفكار الأساسية لنظام الأيزو 9000 هي تحقيق إدارة للعمليات بطريقة معيارية لتقليل الأخطاء التباين.

تُعدّ نظم الأيزو للجودة نظم إدارة قائمة على الحقائق وهذا يعني أنّ كلّ التحسينات وأنشطة الإدارة يجب أن تركز على بيانات ومعلومات جُمعت من أنشطة المنظمة. إنّ غاية أنظمة الجودة هي الوصول إلى حالة من التفكير المعتمد على الدليل في كلّ إجراءات العمل اليومي للرعاية الصحية. يتمّ تقييم مستويات تحقيق الأهداف وفق عدة طرق مثل التغذية الراجعة من الزبائن وقياس الجودة السريرية وكفاية العناية [57].

3. 7. 1 مزايا الاعتمادية Merits of Accreditation:

تُحقق الاعتمادية للمنظمات الصحية العديد من المزايا نذكر منها:

أ. تُحفّز على إقامة نظام كفاء وذو إدارة جيدة لتقديم الرعاية الصحية .

ب. تُحسّن من معنويات العنصر البشري.

ت. تساعد في مجال التوظيف.

ث. تساعد في تقديم التبريرات اللازمة لطلب زيادة الموازنة.

ج. تساعد في حماية الموجودات المالية من خلال تقليل حدوث الحالات السلبية؛ ففي كثير من الحالات تُخفّض الاعتمادية التكاليف المالية على المطالبين (الالتزامات على المشفى) [12, 51].

3. 7. 2 مراحل الاعتمادية Steps of Accreditation:

أولاً- الخطوات الابتدائية:

تبدأ عملية منح الاعتمادية لمنظمة ما بمراجعة معايير الخدمات الصحية المتعلقة بالجوانب المرتبطة بها ومن ثمّ تقديم طلب الاعتمادية.

ثانياً- المسح على الموقع:

يتمّ في هذه المرحلة إرسال بعثة خبراء من أطباء وممرضين وموظفي خدمات صحية حيث تقوم البعثة بمراجعة السجلات والسياسات والإجراءات الطبية وتقوم بمقابلة أفراد الكادر الطبي وتزور كلّ أقسام المنظمة ثمّ تعقد البعثة عند انتهاء عملها مؤتمراً ختامياً تعرض فيه النتائج الأولية لعملها.

ثالثاً- قرار الاعتمادية:

يقوم فريق البعثة بعد زيارة المنظمة بتقديم تقرير إلى لجنة الاعتمادية والتي تقوم بدورها بدراسة التقارير المرفوعة إليها بشكلٍ سريّ وتقوم بإعداد مستوى التوافق مع المعايير وهنا يمكن إعطاء المنظمة الوقت الكافي لإجراء ما يلزم لتحقيق التوافق مع المعايير المحددة. كذلك تحصل المنظمة على تقرير شامل وموسّع يتضمن التوصيات التي تساعد المنظمة في تحقيق التوافق المستمر مع المعايير [12, 51].

3. 7. 3 قرار لجنة الاعتمادية:

تتدرّج هذه القرارات وفق ما يلي [33] :

أ. الاعتماد مع الشناء Accreditation with commendation: هو أرفع قرار اعتماد تمنحه مؤسسات الاعتمادية لمنظمات الأعمال ويدلّ على أنّ هذه المنظمة قد حققت نتائج تُعدّ إنجازاتٍ نموذجيةً.

ب. الاعتماد: تُحقق منظمة الأعمال المعايير أو الشروط المحددة من قبل مؤسسة الاعتمادية.

ت. اعتماد غير كامل: لم يتمّ تحقيق كلّ التحسينات المطلوبة للتوافق التام مع المعايير.

ث. اعتماد مشروط Conditional Accreditation: يعني هذا القرار أنّه وقت إجراء المسح كان عدد المعايير غير المتحققة في منظمة الأعمال دون مستوى الأداء المتوقع في المنظمة.

ج. اعتماد أولي: يعني هذا القرار أنّ المنظمة تُحقق مجموعةً محدّدةً من المعايير التي تنطبق عادةً على منظمات الرعاية الصحية الجديدة.

ح. عدم اعتماد أولي: أي أنّ عدد المعايير غير المتحققة وقت المسح كان أقلّ بشكلٍ كبيرٍ من مستويات الأداء المتوقعة في المنظمة.

خ. عدم الاعتماد.

يجب التمييز بين ثلاثة أنظمة لوضع وتحديد المعايير، وتقييم التوافق، ومنح الاعتراف الرسمي للمؤسسات الناجحة وهي:

أ. الاعتمادية: الاعتراف العام من قبل منظمة اعتمادية في مجال العناية الصحية بتحقيق منظمة خاصة بتقديم الرعاية الصحية لمعايير الاعتمادية وذلك من خلال تقييم خارجي مستقل لمعايير العمل في هذه المنظمة على أساس معايير الاعتمادية.

ب. الإشهاد: الاعتراف الرسمي بالامتثال لمجموعة من المعايير مثل سلسلة الأيزو 9000 لأنظمة الجودة حيث تتم الموافقة عليها بتقييم خارجي من قبل مدقق معتمد. أو يمكن تعريفه بأنّه تقييم التقيد والالتزام بمتطلبات محدّدة. تُؤكّد جهة الإشهاد من خلال الموافقة

على تقديم الشهادة بأنّ نظام الجودة في المنظمة يُحقّق متطلبات معيار الآيزو المحدد. ويمكن استخدام الشهادة في إثبات كفاية نظام الجودة.

ت. **الترخيص:** هو العملية التي تقوم بموجبها جهة حكومية بالسماح، عادةً بعد إجراء دراسة وفق الحد الأدنى من المعايير القانونية، لممارس طبي أو لمنظمة صحية للعمل وممارسة المهنة.

تعكس هذه المعايير المستويات المختلفة المطلوبة فيما يتعلق بالمسؤولية العامة، الفاعلية السريرية، والتحسينات في مستويات الجودة والأمان [57].

أسئلة الفصل الثالث:

1. وضح المقصود بجودة الخدمات في المشافي وما هي أهم العوامل المؤثرة فيها؟
2. بين الفرق بين الكفاية، الكفاية الكلية والكفاية الجزئية.
3. عدد أهم العوامل التي أدت إلى تزايد أهمية إدارة المشافي.
4. ما هي أهم الخصائص التي يجب أن تتمتع بها مؤشرات جودة الرعاية الصحية حتى تقيس أهدافها بدقة؟
5. عدد مراحل عملية الاعتمادية وشرحها.
6. اشرح الفرق بين كل من الاعتمادية والإشهاد والترخيص.

The logo of Damascus University is a large, faint watermark in the background. It is a circular emblem. The outer ring contains the text 'وقل رب زدني علما' at the top and 'جامعة دمشق' at the bottom. The inner circle features a stylized yellow and purple design with a central yellow element resembling a sun or a lamp with rays emanating from it.

الفصل الرابع: تحليل المعلومات الصحية

Chapter 4: Health Information Analysis



الفصل الرابع: تحليل المعلومات الصحية

Chapter 4: Health Information Analysis

الأهداف التعليمية:

1. تعريف السّجل الطبي وأنواعه.
2. توضيح أهمية السّجل الطبي وفوائده.
3. مناقشة طرق تنظيم السّجلات الطبية للمرضى.
4. تبيان ماهية إحصائيات المشافي وعدد من المصطلحات ذات الصلة.
5. شرح أهمية إحصائيات المشافي واستخداماتها.
6. توضيح طرق حساب إحصائيات المشافي.
7. إعطاء لمحة تاريخية عن نظام المعلومات في المشافي.
8. مناقشة أهمية نظم المعلومات في المشافي (نظم المعلومات الصحية).

4. 1 السّجل الطبي Medical Record :

تقوم منظمات الأعمال جميعها بتسجيل مختلف العمليات والأنشطة التي تقوم بها، سواء أكان ذلك داخلياً أم خارجياً مع المنظمات والمؤسسات والهيئات الأخرى، في سجلات عديدة منظّمة ومبوبة بشكلٍ مماثل، أي أنّه يجب على المشافي إنشاء عدد من السّجلات الطبية والمحافظة عليها بقصد حفظ مختلف أنواع البيانات والمعلومات المتعلقة بالمرضى والعناية المقدّمة لهم من قبل المشفى خلال مدّة وجودهم فيها للعلاج. يُقدّم هذا الجزء من الفصل الثالث توضيحاً لمفهوم السّجلات الطبية وأنواعها وأهميتها ويشرح كذلك مجالات استخدام وطرق إعداد هذه السّجلات وحفظها.

4. 1. 1 مفهوم السجل الطبي وخصائصه:

السجل الطبي هو: ملف يتضمن كلّ التغيرات التي تطرأ على المريض من حيث المرض والمعالجة خلال مدّة محدّدة وخلال أيّ مدّة لاحقة سواء أكان مريضاً داخلياً أم مريضاً خارجياً [41].

يجب هنا الإشارة إلى خطأ شائع وهو الخلط بين السجلات الطبية والسجلات الصحية التي تُعدّ مختلفة، فالسجلات الصحية أوسع وأكثر عمومية وليس لها خصوصية كما أنّها تتضمن معلومات أكثر تنوعاً مثل تاريخ ومكان الولادة، برنامج التلقيح الخاص بالفرد ... إلخ أمّا السجلات الطبية فهي محدّدة وتتضمن معلومات محدّدة عن الحالة الفيزيائية والعقلية للمريض يتمّ تدوينها واستخدامها من قبل مقدّمي الخدمات الصحية في المشافي وتُعد ملكاً لها وتُطبّق عليها قواعد خصوصية صارمة [43] و تُحفظ السجلات الطبية إمّا يدوياً أو إلكترونياً.

أولاً- السجلات الطبية اليدوية Manual Medical Records:

تمثّل الصيغة الأولى والتقليدية لتدوين وحفظ البيانات والمعلومات عن المرضى في المشافي. تتألف من مجموعة من الملاحظات المكتوبة أو المطبوعة، والاستمارات، والتقارير التي يُعدّها مقدّمو الخدمات الطبية للمريض منذ دخوله المشفى وخلال عملية المعالجة وحتى تخرجه منها. تتضمن هذه الاستمارات:

تحتوي استمارة القبول على: التاريخ الصحي، والفحص الفيزيائي، واستمارات الفحوص المخبرية والصور الشعاعية والتقارير الخاصة. يُضاف لما سبق مجموعة إضافية من الاستمارات المتعلقة بحالات خاصة مثل حالة العمل الجراحي التي تتطلب تفويضاً خاصاً من المريض بالسماح بإجراء هذا العمل وتُلحق بها تقارير طبيب التخدير والطبيب الجراح [41].

ثانياً- السجلات الطبية الإلكترونية Electronic Medical Records:

ساهمت منجزات التقدم العلمي والتطور التكنولوجي في تطوير أنظمة العمل في المشافي ومؤسسات الرعاية الصحية بشكل كبير ومتسارع. وتعدّ أتمتة السجلات الطبية أحد الجوانب المهمة التي تحققت بفعل هذا التطور والتقدم، حيث تمّ في الكثير من المشافي استبدال السجلات اليدوية بأخرى إلكترونية حاسوبية تُدون فيها كل المعلومات والبيانات الخاصة بالمرضى ويُضاف لذلك عمليات أتمتة السجلات القديمة التي يتمّ تصويرها بواسطة الماسح الضوئي (Scanner) وإدخالها إلى النظام المعتمد. تتمثل الفائدة الأهم في اعتماد السجلات الطبية الإلكترونية في توفير الوقت والجهد في إعداد وحفظ وإعادة استخدام هذه السجلات من قبل كلّ مقدّمي الخدمات الطبية في المشفى مما يُساهم في تخفيض التكاليف ورفع مستويات الإنتاجية بالإضافة إلى الكثير من المزايا الأخرى [41].

4. 1. 2 أنواع السجلات الطبية:

تتضمن قائمة السجلات الطبية عدداً كبيراً من هذه السجلات التي يتمّ الاحتفاظ بها في المشافي؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية يجب على المشافي الراغبة في الحصول على الاعتمادية من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية لأغراض الرعاية الطبية ومن قبل اللجنة المشتركة لاعتمادية منظمات الرعاية الصحية توفير السجلات التالية⁸ [43]:

- تقرير القبول
- استمارة قبول (الموافقة على) المعالجة
- استمارة الطبيب المعالج
- التاريخ الطبي
- طلبات وأوامر الأطباء
- تقرير الفحص الفيزيائي

⁸ يعرض الملحق (2) إضبارة مريض دائمة تابعة لوزارة الصحة السورية.

- ملاحظات التقدم
- التقارير المرضية
- تقارير الأشعة
- تقارير الاستشارات الطبية
- سجل التخدير
- سجل الطبيب الجراح
- ملاحظات الممرضين
- صفحة الأدوية
- التقرير المخبري
- تقييم المعالجة الفيزيائية
- تقييم المعالجة القلبية
- تقارير خاصة (الولادة، التمريض)
- تقارير التخريج
- مخططات الإشارات الحيوية

4. 1. 3 أهمية السجل الطبي وفوائده:

يُبيّن الاهتمام المتزايد بالسجلات الطبية والبحث المستمر من أجل تطوير طرق إعداد السجلات وحفظها وآليات استخدامها الأهمية الكبيرة لها و للمعلومات والبيانات التي تتضمنها لمختلف الجهات المستخدمة لهذه السجلات.

للسجلات الطبية دورٌ كبيرٌ في تحسين جودة الرعاية الطبية وفعاليتها التي تُقدمها المشافي وقد لا يتمكن مقدمو الخدمات الطبية من تقديم أفضل معالجة طبية أو قد يحصل خطأ في التشخيص لحالة المريض في حال لم يتوفر سجلٌ دقيقٌ وكامل للبيانات ومحدّث بشكلٍ مستمرٍّ لحالة المريض. كذلك، فإنّه من الصعب حماية المريض في حال وجود نقص

في السجلات المرافقة مثل صور الأشعة أو نتائج التحاليل المخبرية أو تقرير الأدوية الموصوفة للمريض. يُضاف لما تقدّم أهمية السجلات الطبية الكبيرة في تحسين العملية الإدارية في المشفى واستمراريتها بدون عقبات. أيضاً، تقدم هذه السجلات أدلة حول مسؤولية المشفى عن الأعمال التي تقوم بها. بالإضافة لما تقدّم، تُعدّ السجلات الطبية مصدراً مهماً للبيانات المستخدمة في أنشطة البحث العلمي الطبي والاجتماعي والاقتصادي. وبالمحصلة، فإنّ السجلات الطبية مهمة لكلّ من: (1) المريض من أجل الحصول على أفضل رعاية والتماثل للشفاء بسرعة. (2) للمشفى لتقديم خدمات فعّالة والحدّ من العقبات والمشاكل. (3) لمقدمي الخدمات الطبية في المشفى من أطباء وممرضين وأخصائيي التصوير الشعاعي ومخبريين وغيرهم لزيادة وتحديث معلوماتهم وخبراتهم. (4) وللجهات المختلفة الممولة للتكاليف الطبية مثل: شركات التأمين من أجل توفير برامج أوسع وأفضل للتأمين الصحي [43]. يُبيّن الشكل (4. 1) الاستخدامات المختلفة للسجلات الطبية.



الشكل (4. 1): مجالات استخدام بيانات ومعلومات السجلات الطبية.

يمكن تلخيص أهمية السجلات الطبية في أربعة مجالات [19]:

أ. في مجال رعاية المريض:

يوفر السجل الطبي وسيلة هامة لتداول المعلومات الطبية للمريض سواء الحالية أو السابقة بين أعضاء الفريق الطبي مما يساعد في تحسين فعالية برامج العلاج المقدمة للمريض.

ب. في مجال التدريب والتعليم الطبي:

تستخدم السجلات الطبية بصفتها مراجع مفيدة من قبل الطلاب والأطباء المتدربين مما يحسن من جودة عملية التدريب. أحياناً، تُستخدم السجلات الطبية في إعداد الدراسات والأبحاث عن مرضٍ محدّد أو برنامج علاج أو غيره.

ت. في مجال توفير المعلومات للاحصائيين و البحوث:

تعد السجلات الطبية مصدراً دقيقاً ومتكاملاً للبيانات والمعلومات الطبية والديمغرافية التي تساعد الباحثين في إعداد وإتمام دراساتهم في مجالات متعددة مثل الطب والصيدلة، السكان، الاجتماع، الاقتصاد، وغيرها.

ث. في مجال تقويم أداء المشفى:

تساعد السجلات الطبية في عملية مراقبة الأداء في المشفى والحصول على التغذية الراجعة من أجل التطوير المستقبلي سواء من الناحية الإدارية أو من حيث تقويم أداء الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين في المشفى.

4. 1. 4 إعداد السجل الطبي وحفظه:

تقوم جميع المشافي، كما بيّنا أعلاه، بتدوين كلّ المعلومات المتعلقة بالمريض والخدمات المقدّمة له في المشفى والتغيرات التي تطرأ على حالته حتى تخرجه من المشفى في سجلاتٍ طبية متعددة وذلك لأغراضٍ متنوعة. بالرغم من وجود بعض الاختلافات في عدد وشكل السجلات الطبية بين المشافي إلا أنّها جميعها يجب أن تكون مُعدّة ومنظمة وفقاً للقواعد والمبادئ النازمة لذلك والمفروضة من قبل الجهات الحكومية صاحبة العلاقة

كما يجب أن تراعي العديد من القواعد الدولية وذلك من أجل تسهيل المقارنة والدراسة بين الدول.

فيما يخصّ عملية إعداد السجلات الطبية وحفظها واستخدامها يمكننا التمييز بين إدارة أو قسم السجلات الطبية ولجنة السجلات الطبية.

أولاً- قسم السجلات الطبية **Medical Records Department**:

يؤدي قسم السجلات الطبية مجموعة من الوظائف والمهام الأساسية التي يمكن تلخيصها بما يلي [46]:

1. تخطيط وتطوير وتوجيه نظام السجلات الطبية.
2. تأمين المستلزمات والخدمات اللازمة من أجل إنتاج دقيق وبالوقت المناسب للسجلات الطبية ومعالجتها وفحصها وتأشيرها وتصنيفها واستعادتها.
3. تطوير الإجراء المناسب من أجل التدفق الملائم للسجلات و التقارير بين الأقسام المختلفة.
4. تطوير نظام الإحصائي الذي يتضمن إحصاءات الأجنحة، الإحصاءات اليومية المجمعة، أنشطة قسم المرضى الخارجيين وإحصاءات الخدمات المختلفة مثل التصوير الشعاعي والمخابر والصيدلية.
5. إعداد السجلات الحيوية (ولادات، وفيات، الأمراض المعدية... إلخ) و إرسالها للجهات المختلفة.
6. ترميز كلّ أعمال التشخيص (Diagnoses) والعمليات الجراحية وفق التصنيف العالمي للأمراض.
7. المحافظة على المعلومات في السجلات الطبية من السرقة والضياع والتشويه والاستخدام غير المسموح به.

8. التعاون مع الطاقم الطبي والإداري في الحالات القانونية الطبية لتحديد الإجراءات الواجب اتخاذها فيما يخص نشر السجلات الطبية وتحديد الملاءمة القانونية والأخلاقية لمثل هذه الإجراءات.

يقوم هذا القسم بما يلي (i) تقديم المعلومات (ii) تحليل قبول وتخريج المرضى (iii) الوصفات الطبية (iv) الترميز والترقيم (v) تخزين واستعادة البيانات (vi) تجميع الإحصاءات التي تستخدمها المشفى [41].

ثانياً- لجنة السجلات الطبية Medical Records Committee:

تعمل هذه اللجنة على التنسيق بين قسم السجلات الطبية وبين الأطباء في المشفى وتقوم بتقويم ومراجعة عمل السجلات الطبية والإشراف على تنظيمها. كما يجب أن تقوم اللجنة بمراجعة كل استمارات السجلات الطبية الجديدة والموافقة عليها والعمل بشكل مستمر على متابعة الأطباء في إتمام السجلات الطبية في الوقت المناسب. يجب التوضيح هنا إلى أن لجنة السجلات الطبية لا تتدخل في أعمال قسم السجلات الطبية، مثل: إجراءات ملء الاستمارات، ترميز السجلات الطبية التخزين وغيرها.

4. 1. 5 طرق تنظيم السجلات الطبية للمرضى:

تتبع المشافي عادةً إحدى ثلاث طرق في تنظيم السجلات الطبية وهي [13]:
أولاً- تنظيم السجلات الطبية حسب مصدر البيانات: يكون معيار تنظيم البيانات في السجل هو مصدر هذه البيانات وتاريخ ورودها من هذا المصدر. يُخصص وفق هذه الطريقة باب لتاريخ المرض وباب ثانٍ للفحص السريري وثالث للفحوص الطبية وهكذا. بسبب تعدد مصادر البيانات وتبويبها حسب هذه المصادر يجب على الطبيب القيام بجمع المعلومات من مصادرها وتلخيصها لفهم تطور حالة المريض وتدوين ملاحظاته.
ثانياً- تنظيم السجلات الطبية وفق النموذج الشامل لتطور حالة المريض: تعتمد هذه الطريقة نموذج محدد يتم فيه تسجيل كل ملاحظات الفريق الطبي المعالج ونتائج الفحوص

والتحليل وغيرها وفق تسلسل حدوثها الزمني. يتم أيضاً استخدام نماذج أخرى بالإضافة للنموذج الشامل مثل نموذج العلاج ونموذج العلامات الحيوية وغيرها.

ثالثاً- تنظيم السجلات الطبية حسب المشكلات التي يعاني منها المريض: يتم وفق هذه الطريقة تقسيم السجل الطبي إلى أربعة أجزاء هي: (أ) قاعدة البيانات الطبية الأساسية المتعلقة بالأعراض والآلام التي يعاني منها المريض وتاريخه المرضي بالإضافة لبعض المعلومات الطبية عن أسرته. (ب) قائمة المشكلات المرضية وتشمل المشكلات التي يُشخصها الطبيب بعد قراءة قاعدة البيانات الطبية الأساسية. (ت) الخطة المبدئية لتقويم المشكلات التي يُعاني منها المريض أي خطة العمل من أجل تشخيص وعلاج حالة المريض وأسبابها وتتضمن عدة خطط فرعية. (ث) ملاحظات الطبيب لتطور حالة المريض الصحية وتتضمن متابعة حالة المريض والتغيرات التي تطرأ عليها في ضوء الخطة المبدئية.

4. 1. 6 طرق حفظ السجلات الطبية :

يجب حفظ السجلات الطبية وفق طرق تُمكن من إعادة استخدامها واسترجاع المعلومات المكتوبة فيها بسهولة ويُسرٍ وذلك بسبب الاستخدام المتكرر لها. نشرح هنا ثلاثاً من أهم هذه الطرق [13]:

1. حفظ السجلات الطبية حسب ترتيب الأحرف الهجائية: يتم هنا اعتماد تسلسل الأحرف الهجائية لاسم المريض في حفظ السجل الطبي الخاص به. تُعدّ هذه الطريقة جيدةً وسلسلة في العيادات الخاصة والمراكز الصحية الصغيرة لكنّها لا تتناسب مع المشافي والمراكز الصحية الكبيرة بسبب العدد الكبير للمرضى وتعدّد الزيارات التي يقوم بها المريض للمشفى وكذلك احتمال الخلط بين سجلات المرضى عند تشابه الأسماء.

2. حفظ السجلات الطبية حسب تسلسل الأرقام: تعتمد هذه الطريقة على ترقيم السجلات للمرضى وتُحفظ وفق هذه الأرقام وفي كلّ مرة يزور المريض المشفى يُعطى رقماً

جديداً لسجله الطبي نفسه مما يُساعد المشفى في التعرف على السجلات غير النشطة التي لا يزور أصحابها المشفى.

3. حفظ السجلات الطبية حسب العددين الأخيرين من رقم السجل (نظام الترقيم الطرفي): تقوم هذه الطريقة على إعطاء ترقيم السجلات الطبية بأرقام متسلسلة يتكون كل رقم من عدة منازل يتحدد عدد هذه المنازل بعدد السجلات الموجودة في المشفى. يكون لكل جزء من هذا الرقم المتسلسل للسجل الطبي دلالة معينة مثلاً أول رقمين من اليمين هو رقم الخزانة التي يُحفظ فيها السجل وثاني رقمين هو رقم الرف أو القسم في الخزانة وباقي الأرقام لتحديد ترتيب السجل في الرف.

4. 1. 7 نقاط مهمة:

توجد عدة نقاط مهمة تتعلق بموضوع السجلات الطبية ومن المفيد مناقشتها في هذه الفقرة [43, 46]:

أ. ملكية السجلات الطبية: تُعدّ السجلات الطبية التي تُنظمها المشافي ملكاً لها وهي مسؤولة عن إعدادها والمحافظة عليها وعلى سرية المعلومات الواردة فيها وذلك بالرغم من أنّ هذه البيانات والمعلومات المدونة فيها تخصّ المرضى وأسرهم. وفقاً لما تقدّم لا يمكن استخدام هذه السجلات إلاّ من قبل المشفى ولا يمكن نقلها أو الاطلاع عليها إلا من قبل الأشخاص المسموح لهم بذلك ويمكن في حالاتٍ قانونية وقضائية اعطاء نسخ مصوّرة عن هذه السجلات.

ب. سرية المعلومات: تُعدّ كلّ المعلومات المتعلقة بالمرضى سريةً و تُعدّ المشفى مسؤولةً عن المحافظة على هذه السرية وعدم إفشاء أسرار المرضى لطرفٍ ثالثٍ لا علاقة له بمعالجة المريض واتخاذ كلّ الإجراءات الكفيلة بتحقيق ذلك. يمكن في حالاتٍ محدّدة وبعد الحصول على الموافقة القانونية تقديم هذه المعلومات لطرفٍ ثالثٍ. بشكلٍ عام يُمكن للمريض الاطلاع على محتويات سجله الطبي إلاّ في حالاتٍ محدّدةٍ مثل المرضى النفسيين.

ت. الاحتفاظ بالسجلات الطبية: من القضايا المطروحة للنقاش والجدل هي الفترة التي يجب على المشفى الاحتفاظ بالسجلات الطبية. عادةً تُستخدم هذه السجلات من أجل العناية بالمريض ومتابعة حالته وكذلك لأغراض البحث والدراسة وكذلك في حالات قانونية. تختلف هذه المدة بين الدول تبعاً لتشريعاتها القانونية.

4. 2 إحصائيات المشافي Hospital Statistics:

يُقصد بإحصائيات المشافي كلّ العمليات المتعلقة بأنشطة جمع وعرض البيانات الإحصائية الخاصة بتشغيل وعمل المشفى والخدمات التي يُقدّمها بهدف رفع وتحسين مستوى الخدمات الصحية. تُمثّل مجموع هذه العمليات والأنشطة أحد السمات والخصائص الأساسية لنظام السجلات الطبية الجيد⁹ [38].

4. 2. 1 مفهومات أساسية:

أولاً- سرير المشفى:

يُقصد بسرير المشفى بالمعنى الضيق الفراش المادي الذي يُخصّص للمريض ولكن بالمعنى الواسع فيعني كلّ الموارد التي تُخصّصها المشفى لمريض واحدٍ، ويلبي المتطلبات الصحية ذات الصلة.

يُعدّ سرير المشفى وحدة تقديم الخدمة فيها و يُقسم السرير إلى ثلاثة أنواع وفقاً لمعيار الحجم و هي: سرير بالغ، سرير طفل وسرير حديث الولادة.

يجب عند إعداد إحصاءات المشفى التمييز بين الأسيرة النظرية التي تدلّ على الطاقة القصوى لاستيعاب المشفى من الأسرة وبين الأسيرة الفعلية التي تدلّ على الأسيرة الموجودة في المشفى والمعدّة لاستقبال المرضى لمدة 24/ ساعة فأكثر (عدا أسرة¹⁰ حديثي الولادة

⁹ تم الاعتماد في بند "إحصائيات المشافي" على ثلاثة مراجع: [33]، [38]، و [60].

¹⁰ هذه الأسرة تمثل أحد الخدمات الهامة التي يقدمها المشفى لذلك يجب أن توضع في التقارير الخاصة بنشاط المشفى ولكن كعنصر مستقل.

الذين ولدوا في المشفى) وهو الذي يُستعمل عند حساب نسبة إشغال الأسرة. ويمكننا تحديد الأسرة التي تدخل في عدد الأسرة الفعلية¹¹ وهي:

- أسرة الأجنحة
 - أسرة المعاينة التي تستخدم لملاحظة بعض المرضى قبل تحويلهم إلى الأقسام العلاجية الأساسية.
 - أسرة العزل: تستعمل هذه الأسرة لمعالجة المرضى المصابين بالأمراض السارية والمعدية.
 - أسرة الأطفال الرضع الموجودة في أماكن غير الحضانة المخصصة للأطفال الذين ولدوا في المشفى.
- أما الأسرة التي لا تدخل في عداد الأسرة الفعلية فتشمل:
- أسرة فحص المرضى الموجودة في غرف الأطباء.
 - الأسرة المخصصة لولادة الحوامل والتي تستعمل فقط أثناء الولادة ولمدة قصيرة.
 - الأسرة الموجودة في بعض الأقسام التشخيصية أو العلاجية مثل أسرة الأشعة، أسرة بنك الدم، الأسرة الموجودة في المخابر، وأسرة المعالجة الفيزيائية التي تستعمل من قبل المرضى بعد الفحص أو المعالجة.
 - الأسرة الموجودة في غرفة الطوارئ المخصصة لاستراحة المريض بعد المعالجة، أو بعد مداواة جراحية بسيطة.
 - أسرة العيادات الخارجية.
 - أسرة الممرضات، وأسرة الأطباء المقيمين التي تستعمل لإقامتهم ضمن المشفى.
 - أسرة الإنعاش التي تُستعمل من قبل المريض مؤقتاً ريثما ينقل إلى سريره في الجناح المخصص لإقامته.

¹¹ عدد الأسرة الفعلية تمثل سعة المشفى والتي يجب أن تكون ثابتة قدر الإمكان، أي أنها يجب ألا تكون عرضة للتغيير المتكرر.

- أسرة الأطفال حديثي الولادة الذين ولدوا في المشفى بينما الحاضنات الخاصة بالعناية بالمولودين قبل الأوان فهي تُعدّ من الأسرة الفعلية [33].

تُستخدم الصيغ التالية لحساب الأسرة الفعلية على مستوى المشفى والقسم:

$$\text{عدد حالات الدخول} \times \text{متوسط مدة الإقامة} = \text{عدد الأسرة الفعلية}$$

$$\frac{\text{عدد حالات الدخول} \times \text{متوسط مدة الإقامة}}{365 \times \text{نسبة إشغال الأسرة}}$$

$$\text{عدد حالات الدخول إلى القسم} \times \text{متوسط مدة الإقامة} = \text{عدد الأسرة الفعلية لقسم معين}$$

$$\frac{\text{عدد حالات الدخول إلى القسم} \times \text{متوسط مدة الإقامة}}{365 \times \text{نسبة إشغال القسم المطلوبة}}$$

ثانياً- عدد الأسرة الحرجة:

الأسرة الحرجة هي الأسرة التي تُخصّص للحالات الطارئة وعادةً ما تكون نسبة هذه الأسرة 20% من مجموع أسرة المشفى وتُخصّص الـ 80% كأسرة فعلية وتُستخدم الصيغة التالية لحساب نسبة هذه الأسرة:

$$\text{عدد حالات الدخول} \times \text{متوسط مدة الإقامة} = \text{عدد الأسرة الحرجة}$$

$$\frac{\text{عدد حالات الدخول} \times \text{متوسط مدة الإقامة}}{365}$$

ثالثاً- مريض المشفى:

يُعرّف مريض المشفى بأنه: كلّ شخص تُقدّم له المشفى الخدمات الطبية سواء الوقائية أو العلاجية بغضّ النظر إن كان مريضاً داخلياً أم خارجياً. تجمع المشافي عادةً ثلاثة أنواع من البيانات عن مريض المشفى هي:
أ. بيانات اجتماعية: مثل العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، نوع العمل، ومستوى التعليم وغيرها.

- ب. بيانات طبية: عن التاريخ المرضي، الأمراض الوراثية، التشخيص، العمليات الجراحية، الفحوص، الاستشارات الطبية، الأدوية والتحصن الدوائي... إلخ.
- ت. بيانات إدارية: كيفية الدخول والخروج، القسم العلاجي والطبيب المشرف... إلخ.

رابعاً- مريض المشفى الداخلي Inpatient:

يُسمّى أحياناً (المريض المتّوم في المشفى) وهو الشخص الذي يدخل إلى المشفى من أجل تلقي الرعاية الطبية ويتمّ تخصيصه بأحد الأسرّة المتاحة فيها¹². ولا بدّ من الإشارة هنا إلى أنّ هذا التعريف يشمل المريض الذين يُتوقّى في الطريق إلى السرير المخصص له قبل أن يشغله (مريض الطوارئ الذي يدخل مباشرة إلى غرفة العمليات لإنقاذ حياته ويموت قبل الوصول إلى السرير المخصص له في القسم العلاجي). ولحساب بيانات وأعداد المرضى الداخليين يجب مراعاة العوامل التالية:

- لا يدخل ضمن هذا التعريف مرافقي المرضى حتى ولو ناموا فيها.
- لا يشمل هذا التعريف الأطفال حديثي الولادة والمولودين داخل المشفى والذين يشغلون أسرّة صغيرة موجودة في الحاضنة التابعة لقسم التوليد وذلك لأنّهم يُسجّلون في بيان خاص تحت اسم "حديثي الولادة".
- يجب تسجيل كلّ مريضٍ كحالة دخول مرّة واحدة خلال مدّة إقامته بالمشفى وإذا تمّ تحويل المريض من قسم إلى قسم آخر ضمن المشفى فإنّ ذلك لا يُعدّ دخولاً جديداً بل تحويلاً داخلياً.
- لا يُحتسب المريض ضمن حالات الدخول إذا توفي قبل إتمام عملية الدخول.

¹² تدعى الحالات الباردة حالات الدخول التي لا تحتاج للدخول الفوري إلى المشفى عن طريق قوائم الانتظار.

خامساً- مريض المشفى الخارجي Outpatient:

يُقصد بهذا المصطلح كلّ شخصٍ تُقدّم له المشفى خدمات الرعاية الطبية من غير أن يشغل أيّ سرير فيها وعادةً ما يكون إمّا مريض عيادةٍ خارجيةٍ أو مريض طوارئٍ خارجيٍّ.

سادساً- المريض الخارج:

هو كلّ مريضٍ تتوقف المشفى عن تقديم الرعاية الطبية له بسبب شفائه أو الإحالة إلى مشفى آخر والوفاة¹³ مع الإشارة إلى بعض الحالات التي يتمّ فيها تخريج المريض بناءً على رغبته الشخصية وقبل أن يتمثل للشفاء التام. يجب الانتباه إلى الاعتبارات التالية المتعلقة بالمريض الخارج:

1. كتابة ملخص التخرج لكلّ مريضٍ خارج، ويُعدّ هذا الملخص جزءاً من سجل المريض ويتضمن أسباب إدخال المريض إلى المشفى، وأهم المشاهدات، والإجراءات التي تمّ اتخاذها، والمعالجة التي قدّمت إليه، وحالته عند تخريجه بالإضافة لأيّ تعليماتٍ خاصة قدّمت إلى المريض أو أسرته (حول المتابعة أو الأدوية مثلاً).
2. حصر خروج الأطفال حديثي الولادة الذين تمّت ولادتهم في المشفى في بيانٍ خاصّ.
3. لا يُعدّ تحويل أحد المرضى إلى قسم آخر خروجاً من المشفى وإنّما تُعدّ خروجاً بالتحويل الداخلي بالنسبة للقسم المحول منه المريض ودخولاً بالتحويل الداخلي بالنسبة للقسم المحول إليه المريض.

4. 2. الإحصاءات التي تقوم بها إدارة السجلات الطبية:

تقوم المشافي بإجراء عددٍ كبيرٍ من الإحصائيات باستخدام البيانات والمعلومات المأخوذة عن المرضى وحالتهم الصحية والتغيرات التي تطرأ على هذه الحالة.

¹³ تُعدّ الوفاة نوع من أنواع الخروج ولكن لأهمية الوفاة كحدثٍ ومسؤوليةً بالنسبة للمشفى فإنّ حالات الوفاة يجب أن تُحصر في بيان خاص. وتُقسم حالات الوفاة تبعاً لمدة الإقامة في المشفى إلى: وفيات تحدث قبل مرور 48 ساعة من تاريخ الدخول، ووفيات تحدث بعد مرور 48 ساعة على تاريخ الدخول وذلك لتسهيل عملية حساب معدل الوفيات الخام ومعدل الوفيات الصافي بالنسبة للمشفى.

يمكن تصنيف هذه الإحصاءات وفق عدة طرق حيث يُصنّف (دليل إحصائيات المشافي

وزارة الصحة) هذه الإحصائيات في ثلاث مجموعات كما يلي:

أولاً- مجموعة الإحصاءات الحيوية: تتعلق بأعداد الولادات والوفيات.

ثانياً- مجموعة إحصاءات المرضى: تتضمن هذه المجموعة معلوماتاً متعدّدة مثل:

أ. معلومات إدارية: طريقة دخول المشفى - قسم المعالجة - الطبيب المشرف.

ب. معلومات اجتماعية: مثل الجنس - العمر - الحالة الاجتماعية - المهنة - التعليم... وغيرها.

ج. معلومات طبية: التشخيص - الفحوص - الاستشارات الطبية - العمليات الجراحية

-الأدوية - المضاعفات... الخ.

ثالثاً- إحصاءات استخدام المشفى: عدد حالات الدخول وعدد حالات الخروج -

التعداد اليومي للمرضى - نسبة إشغال الأسرة - معدل المكوث في المشفى.

يُقدّم [13] تصنيفاً آخر لإحصاءات المشافي من ثلاث مجموعات أيضاً كما يلي:

إحصاءات العيادات الخارجية: تشمل أعداد الزيارات والمراجعات لهذه العيادات.

إحصاءات المرضى المنومين في المشفى وتشمل المؤشرات التالية: العدد اليومي للمرضى

المنومين - المتوسط اليومي لعدد المرضى المنومين - مدّة الإقامة - متوسط فترة الإقامة -

معدل اشغال الأسرة.

إحصاءات الأمراض والعمليات الجراحية وفحوص التشخيص والعلاج والوفيات: تشمل

أعداد الأمراض التي شُخصت وعُولجت وأعداد العمليات الجراحية وأنواعها والفحوص

المخبرية والشعاعية وغيرها. كذلك تشمل هذه المجموعة إحصاءات الوفيات مثل وفيات

الأطفال المواليد ووفيات الأمهات أثناء الولادة وغيرها.

4. 2. 3 أهمية إحصائيات المشافي واستخداماتها:

تُقدّم إحصائيات المشافي معلومات وبيانات مهمة جداً سواء من أجل تقييم الخدمات التي تُقدّمها هذه المشافي ومراقبة العمل فيها أو للتأكد من جودة هذه الخدمات وتحسين مستواها أو من أجل التخطيط للمستقبل. أيضاً، تُعدّ هذه الإحصاءات مهمة للحكومات من أجل التخطيط الصحي وتقديم الخدمات الصحية لكلّ المناطق وكذلك من أجل التخطيط الاقتصادي-الصحي مثل حجم الإنفاق على الصحة ولأغراض اجتماعية وغيرها.

يمكن تقسيم استخدامات إحصاءات المشافي إلى قسمين كما يلي [38]:

أولاً- استخدامات إدارية:

1. تقدير عدد الأسرة اللازمة لتقديم خدمات طبية كافية.
2. ترشيد توزيع الأسرة على الأقسام الطبية المختلفة.
3. تقدير عدد الأسرة التي يجب تركها يومياً لاستقبال الحالات الإسعافية.
4. تقدير حجم القوى العاملة بمختلف أقسام المشفى.
5. التنسيق بين المشافي.
6. التنسيق بين الرعاية الطبية داخل المشفى والرعاية الطبية الخارجية.
7. تقييم مستوى الرعاية الطبية المقدّمة، من خلال حساب بعض المؤشرات ومقارنتها مع مشافي أخرى مشابهة أو مع السنوات السابقة للمشفى نفسه مثل: متوسط مدّة الإقامة، معدّل الوفيات، معدّل الإنتانات وغير ذلك.
8. المتابعة المستمرة لحجم العمل بالمشفى ومدى كفاءته.

ثانياً- الاستخدامات الوبائية:

تُستخدم الإحصاءات المرضية في المشافي من أجل القيام بالبحوث المختلفة في مجالات متعددة، مثل:

- أ. دراسة الأمراض المنتشرة في المجتمع ومعدلات انتشارها.
- ب. دراسة معدلات انتشار الأمراض بالنسبة لفصول السنة.
- ج. دراسة درجة خطورة الأمراض المختلفة.
- د. دراسة أيام الانقطاع عن العمل بسبب المرض.
- هـ. دراسة مضاعفات الأدوية.

4. 2. 4 طرق حساب إحصائيات المشافي:

تُستخدم البيانات والمعلومات المختلفة التي تُجمع عن المرضى في المشفى ومختلف أنواع الخدمات التي تُقدّمها لهم في إنتاج وحساب العديد من المعدلات والنسب سواء على مستوى المشفى أو على مستويات أشمل. سنقسم هذه الإحصائيات إلى خمس مجموعات هي حركة المرضى، استخدام الأسرة، ناتج الخدمة الصحية، إحصائيات مُتعلّقة بالوفاة، وإحصائيات القوى العاملة في المشفى.

4. 2. 4 1 الإحصاءات الخاصة بحركة المرضى:

أولاً- تعداد المرضى الداخليين:

يُبين هذا التعداد عدد المرضى الداخليين المنوّمين في المشفى في أيّ وقتٍ محدّد ويتم عادةً إجراء هذا التعداد عند منتصف الليل لأنّ حركة دخول وخروج المرضى تكون في أدنى مستوى لها، لكن تجب الإشارة إلى إمكانية إجراء التعداد في أيّ وقت آخر بشرط الالتزام به بشكلٍ دائم. يتمّ إجراء هذا التعداد من قبل الممرضة المسؤولة في القسم باتّباع نموذجٍ خاصّ يُسمى التعداد اليومي للقسم والذي يتمّ إرساله عند الانتهاء إلى قسم التسجيل الطبي في المشفى من أجل تجميع البيانات الخاصة بتعدادات جميع الأقسام العلاجية في المشفى في نموذجٍ خاصّ يدعى التعداد اليومي للمرضى الداخليين للمشفى وذلك من قبل الفني المختص بالتعداد. تتمّ عملية التعداد اليومي هذه وفق ما يلي:

تُحدّد نقطة البداية دائماً عند منتصف الليل (الساعة 12:01 ص) في أول أيام

المدة المقررة ويساوي

$$\begin{aligned} & \text{عدد المرضى الموجودين في القسم نتيجة التعداد عند نقطة البداية} \\ & + \text{عدد حالات الدخول خلال المدة المقررة} \\ & + \text{عدد الحالات المحوّلّة داخل القسم خلال المدة المقررة} \\ & - \text{عدد حالات الخروج خلال المدة المقررة} \\ & - \text{عدد الوفيات} \\ & - \text{عدد الحالات المحوّلّة خارج القسم خلال المدة المقررة.} \\ & = \text{عدد المرضى الباقين في القسم (أو المشفى) في نهاية الفترة.} \end{aligned}$$

مثال عملي:

أظهرت بيانات قسم الأمراض الداخلية في أحد المشافي وجود 100 مريض عند الساعة 11:59 بتاريخ 30 نيسان وخلال شهر أيار التالي دخل إلى القسم 120 مريضاً وخرج من القسم 105 مريضاً وتمّ تحويل 10 مريضاً من القسم، و 15 مريضاً إلى القسم، وتوفي 5 مريضاً. احسب عدد المرضى المتبقين بقسم الأمراض الداخلية في نهاية شهر أيار.

الحل:

عدد المرضى الداخليين الساعة 12:01 ص يوم 1 أيار	100
+ عدد حالات الدخول خلال شهر أيار	120 +
+ عدد الحالات المحوّلّة إلى القسم خلال شهر أيار	15 +
- عدد حالات الخروج خلال شهر أيار	105 -
- عدد الوفيات خلال شهر أيار	5 -
- عدد الحالات المحوّلّة خارج القسم خلال شهر أيار	10 -
= عدد المرضى الباقين في القسم (أو المشفى) في نهاية شهر أيار	115 =

ثانياً- التعداد اليومي للمرضى الداخليين:

تتم عملية حساب هذا المقياس وفق الخطوات نفسها للمقياس السابق (تعداد المرضى الداخليين) مع ضرورة الانتباه إلى نقطتين مهمتين؛ الأولى هي أنّ المدة الزمنية هنا تصبح يوماً واحداً، والنقطة الثانية هي ضرورة إضافة عدد المرضى الذين دخلوا وخرجوا خلال اليوم نفسه وذلك لتحديد عدد المرضى الدقيق الذين استفادوا من خدمات القسم خلال اليوم.

نشير هنا إلى أنّ نتيجة التعداد اليومي للمرضى الداخليين هي نفسها عدد أيام خدمة المرضى الداخليين. و قد جرت العادة في معظم البلدان على اعتبار يوم الدخول واستثناء يوم الخروج. كما يجب الانتباه إلى أنّ الأطفال الأصحاء المولودين حديثاً لا يدخلون في نطاق هذا العدد اليومي.

مثالٌ عملي:

بلغ عدد المرضى في قسم القلب في أحد المشافي عند الساعة 12:01 من صباح يوم الخميس 75 مريضاً ودخل إلى القسم خلال ذلك اليوم 10 مرضى، وخرج منه 5 مرضى، منهم اثنان كانا قد دخلا صباح هذا اليوم إلى القسم، وتوفي مريضان أحدهما كان قد دخل عند صباح هذا اليوم الخميس. ما هو التعداد اليومي للمرضى في قسم القلب؟

الحل:

تعداد المرضى الداخليين في قسم القلب عن الساعة 11:59 مساءً يوم الخميس هو:
 $75 + 10 - 5 - 2 = 78$ مريضاً (تعداد المرضى الموجودين في قسم القلب الساعة 11:59 مساءً يوم الخميس).

التعداد اليومي للمرضى الداخليين ليوم الخميس هو:

75 + 10 - 5 - 2 + (3) = 81 مريضاً (عدد المرضى الذين استفادوا من خدمات قسم القلب لهذا اليوم) أو (إجمالي عدد أيام خدمة المرضى الداخليين في قسم القلب يوم الخميس).

ثالثاً- متوسط التعداد اليومي للمرضى الداخليين :
يُحسب وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{متوسط التعداد اليومي} = \frac{\text{مجموع أيام خدمة المرضى الداخليين خلال مدة محددة}}{\text{عدد أيام هذه المدة}}$$

كما ذكرنا أعلاه و بشكل عام يكون مجموع التعدادات اليومية للمرضى الداخليين خلال مدّة محدّدة مطابقاً تماماً لمجموع أيام خدمة المرضى الداخليين خلال هذه المدّة.

رابعاً- مدّة الإقامة :

تُسمى هذه المدّة "أيام الخروج أو أيام العلاج" وتغطي المدّة التي أقامها المريض في المشفى من يوم دخوله وحتى يوم خروجه. يُقيد حساب هذه المدّة في دراسة مستوى معدّل شغل الأسرّة في المشفى وأقسامه العلاجية المختلفة وكذلك في تقدير تكاليف الرعاية الطبية المقدمة وغيرها من الحسابات الأخرى.

تُحتسب مدّة الإقامة كما يلي:

نطرح تاريخ دخول المريض إلى المشفى من عدد أيام الشهر الذي دخل فيه ثمّ نضيف للناتج عدد أيام الشهر أو الشهور التالية التي قضاها المريض في المشفى.

مثال عملي:

دخل مريض إلى أحد المشافي بتاريخ 22\7\2012 وخرج منه بتاريخ 8\9\2012. احسب مدّة إقامة هذا المريض في المشفى.

مدّة إقامة المريض (أيام الخروج) = (31 - 22) + 30 + 8 = 47 يوماً

خامساً. متوسط مدّة الإقامة :

متوسط مدّة البقاء في المشفى لمجموعة معينة من المرضى الداخليين. ويوجد عدد من المعادلات لحسابه كالتالي:

$$\text{متوسط مدّة الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام الإقامة بالمشفى (أيام الخروج) لمجموعة معينة من المرضى خلال مدّة زمنية محددة}}{\text{عدد حالات الخروج خلال هذه المدّة}}$$

$$\text{متوسط مدّة الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام الإقامة بالمشفى (أيام الخروج) لمجموعة معينة من المرضى خلال مدّة زمنية محددة}}{\text{عدد حالات الدخول خلال هذه المدّة}}$$

$$\text{متوسط مدّة الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام الإقامة بالمشفى (أيام الخروج) لمجموعة معينة من المرضى خلال مدّة زمنية محددة}}{2/1 (\text{عدد حالات الدخول} + \text{عدد حالات الخروج})}$$

$$\begin{aligned} \text{متوسط مدّة الإقامة لحديثي الولادة} &= \frac{\text{إجمالي أيام الخروج الخاصة بحديثي الولادة في فترة زمنية محددة}}{\text{إجمالي عدد حالات الخروج من حديثي الولادة في الفترة نفسها}} \end{aligned}$$

سادساً- مجموع أيام المرضى الخارجين:

تُعرف أيام المريض عادةً بأنّها مدّة الإقامة في المشفى، و إذا جُمعت أيام جميع المرضى الخارجين خلال مدّة زمنية محدّدة (شهر مثلاً) نحصل على مجموع أيام المرضى الخارجين لذلك الشهر.

سابعاً - معدل المكوث:

يُبيّن هذا المعدل متوسط مدّة إقامة المريض في المشفى ويُستخدم هذا المتوسط في تحليل وتقويم كفاءة طرق المعالجة والعناية الطبية التي يُقدمها المشفى لمرضاه، ويُحسب هذا المعدل كما يلي:

$$\text{معدل المكوث} = \frac{\text{مجموع أيام المرضى الخارجين خلال فترة زمنية محددة}}{\text{عدد المرضى الخارجين خلال ذات المدة}} \times 100$$

يجب التعامل بحذر مع هذا المعدل عند احتسابه على مستوى المشفى ككلّ وذلك لأنّه لا يُمثل قياساً دقيقاً بسبب اختلاف مدّة المكوث بين أقسام المشفى المختلفة. لذلك يتمّ عادةً حساب معدل المكوث على مستوى القسم حيث تكون القيم المحسوبة أكثر دقةً وتتناسب عكساً مع جودة الرعاية الطبية.

4. 2. 4 الإحصاءات الخاصّة باستخدام الأسرة:

أولاً- نسبة إشغال الأسرة:

تُبين هذه النسبة مستوى الاستخدام للأسرة المشفى وما إذا كان المشفى بحاجة إلى زيادة عدد الأسرة نتيجة الضغط والتزام المرتفع عليها أو العكس إذا كانت بعض الأسرة زائدة عن مستوى الحاجة الفعلية للمشفى. تتمّ عملية احتساب هذه النسبة في جميع المشافي وتُستخدم في هذه العملية عدة صيغ منها:

$$\text{نسبة شغل الأسرة في أحد الأيام} = \frac{\text{التعداد اليومي للمرضى الداخليين في هذا اليوم} \times 100}{\text{سعة المشفى (عدد الأسرة المتاحة)}}$$

$$\text{مدّة شغل الأسرة} = \frac{\text{عدد أيام الخدمة} \times 100}{\text{عدد الأسرة} \times 365}$$

كما ذكرنا أعلاه فإنّ لنسبة إشغال الأسرة أهمية كبيرة من أجل مراقبة مستويات الكفاية والطاقة التشغيلية الفعلية في المشفى. من الناحية النظرية الاقتصادية كلما كانت هذه النسبة أكبر كلما كان الوضع أفضل وعندما تصل النسبة إلى 100% تصل المشفى إلى المستوى الأمثل لاستخدام الأسرة لكن من الناحية الصحية يجب ألا تتجاوز هذه النسبة سقف معين إذ من الضروري أن تقوم المشافي بالمحافظة على نسبة معينة من الأسرة الشاغرة للحالات الطارئة. نتيجةً لما سبق، يقترح بعض المختصين دراسة مستويات شغل أسرة المشفى باستخدام نسبة فراغ الأسرة بالإضافة إلى أو بدلاً من معدل شغلها.

ثانياً- فترة فراغ السرير أو الفترة بين دورة الأسرة:

هي المدة التي يكون خلالها السرير شاغراً بين خروج آخر مريض كان يشغله ودخول المريض التالي ويتم حساب هذه الفترة كما يلي:

$$\text{فترة فراغ الأسرة في سنة} = \frac{\text{عدد أيام الأسرة الشاغرة في سنة}}{\text{عدد حالات الخروج في نفس السنة}}$$

$$\text{فترة فراغ الأسرة في سنة} = \frac{\text{عدد أسرة المشفى} \times 365 - \text{عدد أيام العلاج خلال سنة}}{\text{عدد حالات الخروج في السنة نفسها}}$$

بالمحصلة، تتحقق أعلى مستويات كفاءة استخدام الأسرة في المشفى في الحالات التالية:

- أ. عندما يكون متوسط شغل الأسرة مرتفعاً.
- ب. عندما يكون متوسط الإقامة قصيراً.
- ج. عندما يكون معدل دوران الأسرة مرتفعاً.
- د. عندما تكون الفترة بين دورة الأسرة أو فترة فراغ الأسرة قصيرة.

ثالثاً- معدّل دوران السرير:

يُحسب هذا المعدل لقياس عدد مرات شغل السرير خلال فترة زمنية محددة. أي لتحديد عدد الحالات التي تمّ علاجها في كلّ سرير من أسرة المشفى خلال الفترة المدروسة وتستخدم الصيغة التالية في حساب هذا المعدل:

$$\text{معدّل دوران السرير} = \frac{\text{مجموع المرضى الذين خرجوا من المشفى خلال فترة زمنية معينة}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة خلال نفس الفترة}} \times 100$$

رابعاً- تقلّب السرير:

يُبيّن هذا المقياس متوسط عدد المرضى الذين تمّت معالجتهم بالنسبة لكلّ سرير خلال فترة الدراسة و التي عادةً ما تكون سنة واحدة

$$\text{تقلّب السرير} = \frac{365 \times \text{معدل شغل الأسرة}}{\text{متوسط مدّة الإقامة}} \times 100$$

4. 2. 3 إحصائيات ناتج الخدمة الصحية:

أولاً- معدّل الاستشارة:

يستهدف حساب هذا المعدل مراقبة وتتبع وتقييم حجم العمل الطبي المقدم في المشفى ككلّ أو في كلّ قسم من أقسام المشفى على حدة ويُحسب هذا المعدل كما يلي:

$$\text{معدّل الاستشارة بالمشفى} = \frac{\text{عدد الحالات التي تمت بشأنها استشارة طبية في فترة محددة}}{\text{إجمالي حالات الخروج}} \times 100$$

ثانياً- معدّل عدوى الجروح بعد العمليات الجراحية :

يُعَدّ من الأمور المحتملة الحدوث في المشافي انتشار عدوى الجروح بعد العمليات الجراحية ولهذه العدوى آثار سلبية كبيرة على حياة المريض وكذلك أفراد الطاقم الطبي

وغيرهم من الأفراد كالزوار. لذلك تعمل المشافي على قياس ومراقبة مستوى انتشار هذه العدوى خلال فترة زمنية محددة وذلك بنسب عدد حالات العدوى هذه إما إلى إجمالي العمليات التي تمّ إجراؤها أو إلى عدد العمليات النظيفة التي تمّ إجراؤها في المدة نفسها.

$$\text{المعدل العام للعدوى الناشئة عن المشفى} = \frac{\text{إجمالي عدد حالات العدوى الناشئة عن المشفى} \times 100}{\text{إجمالي عدد حالات التنويم للفترة نفسها}}$$

يتمّ، عادةً عند حساب هذا المعدّل عدم لحظ بيانات العمليات غير النظيفة مثل عمليات الشرج والفم، عمليات فتح الأمعاء، العمليات التي تتضمن فتح القصبة الهوائية أو الشعب الهوائية، عمليات الكسور المضاعفة... إلخ.

ثالثاً- إحصائيات الأمراض والعمليات الجراحية وفحوص التشخيص والعلاج :

تعدّ هذه الإحصائيات مهمة أيضاً في مجال تتبع ومراقبة حجم العمل في المشفى وتُركّز على حساب أعداد الأمراض التي تمّ تشخيصها وعلاجها، وفحوص التشخيص والعلاج التي أُجريت للمريض وتُحسب وفق الصيغة العامة التالية:

$$\text{معدل الإصابة بمرض معين} = \frac{\text{عدد الإصابات بهذا المرض} \times 100}{\text{عدد سكان المنطقة المخدومة}}$$

وفيما يتعلق بإحصائيات العمليات الجراحية فتركّز على توفير بيانات دقيقة عن عدد العمليات الجراحية التي أُجريت في المشفى خلال مدّة زمنية مثل الشهر أو السنة وعادةً ما تكون مبوبة وفق نوع العملية. كذلك تقوم المشافي بإجراء إحصائيات الخدمات الطبية والتي تتضمن عدداً كبيراً من البيانات الأخرى مثل: عدد الفحوص المخبرية، عدد فحوص الأشعة، أساليب التشخيص المستخدمة، أعداد وأنواع العقاقير الموصوفة، وأنواع الإجراءات العلاجية المتبعة.

رابعاً- إحصائيات العيادات الخارجية:

يحتاج التخطيط الناجح وتوفير المستلزمات البشرية والمادية اللازمة لقسم العمليات الخارجية إلى معرفة حجم العمل الذي يقدمه هذا القسم و لهذا تقوم المشافي بجمع مجموعتين من الإحصاءات عن هذا القسم تُركز الأولى على قياس عدد الزيارات للعيادات الخارجية وبينما تُحسب الثانية فترة الانتظار في العيادات الخارجية.

خامساً- إحصائيات خاصة بقسم الإسعاف:

يُعدّ قسم الإسعاف أحد أكثر أقسام المشفى حيويةً وضغطاً للعمل كما تُقدّم المشفى خدماتٍ صحيةً كثيرةً ومتنوعة عبر هذا القسم إلى المرضى الذين يدخلونه ومن المعروف أنّ هؤلاء المرضى يتوزعون ضمن ثلاث مجموعات هي:

- الزائرون إلى قسم الإسعاف: هم المرضى الذين يُعالجون في القسم ولا تستدعي حالتهم الصحية إدخالهم المشفى بل يتمّ تخريجهم بعد المعالجة.
- المقبولون عن طريق قسم الإسعاف: هم المرضى الذين يجري إسعافهم في قسم الإسعاف أولاً ومن ثمّ يتمّ إدخالهم إلى أحد أقسام المشفى ويشغلون سريراً نتيجةً لحالتهم الصحية.
- المقبولون في العناية المشدّدة: هم المرضى الذين يدخلون المشفى ويتمّ تحويلهم إلى قسم العناية المشدّدة وذلك إمّا من قسم الإسعاف أو الأقسام الداخلية في المشفى.

تقوم المشافي عادةً بجمع إحصائيات متكاملة عن كلّ مجموعة من مجموعات المرضى هذه تتضمن بيانات عن أعداد الإصابات الواردة إليه وأنوعها والخدمات الطبية المقدّمة للمرضى وسرعة إسعافهم.

سادساً- الإحصائيات المالية (ناتج الخدمة):

تضمّ مجموعة من البيانات المعدة والمبوبة بهدف حساب تكاليف معالجة المرضى وتتضمّن:

- الإمكانيات المادية المتاحة: مجموع الإنفاق المخصص لوزارة الصحة من الإنفاق العام للدولة، نصيب الفرد الواحد من الإنفاق الصحي.
- معدلات استعمال المواد وبخاصة المتعلقة بمراقبة المخزون الطبي.
- القيمة المستنفذة للأجهزة والمعدات في قسم ما بعد فترة زمنية من التشغيل.
- التكلفة الكلية لكل سرير.

تستهدف إحصائيات التجهيزات الموجودة في المشفى معرفة عدد التجهيزات الموجودة في المشفى وأنواعها ومدى التقدم في الوسائل التشخيصية والعلاجية المستخدمة، وتشمل تجهيزات المخابر وأعدادها سواء أكانت هذه التجهيزات ضمن الخدمة أم خارج الخدمة، وتجهيزات الأشعة التشخيصية وأجهزة تخطيط القلب ووحدات تنقية الدم وأجهزة تخطيط السمع وأجهزة تخطيط الأعصاب وأجهزة تخطيط الدماغ والحاضنات وأجهزة التنفس الاصطناعية. بالإضافة إلى أجهزة التنظير بأنواعها القصبي والبولي والهضمي وأجهزة الجراحة التنظيرية. كذلك تتضمن هذه الإحصاءات بيانات عن الأجهزة التي أُجريت لها صيانة طبية أو غير طبية ومن أمثلة هذه الإحصاءات:

$$\text{نسبة الأجهزة الطبية العاطلة} = \frac{\text{عدد الأجهزة الطبية العاطلة} \times 100}{\text{العدد الكلي للأجهزة الطبية}}$$

$$\text{نسبة عدد ساعات التوقفات لساعات التشغيل} = \frac{\text{مجموع ساعات التوقفات والأعطال للأجهزة الطبية} \times 100}{\text{مجموع ساعات التشغيل الفعلية}}$$

$$\text{نسبة مصاريف الصيانة} = \frac{\text{مصاريف الصيانة الفاعلية} \times 100}{\text{مجموع المبالغ المخصص للصيانة}}$$

4. 2. 4. الإحصائيات المبنية على الوفاة:

تُعدّ الوفاة حالةً محتملة الحدوث في كلّ أقسام المشافي وتختلف قيمة هذا الاحتمال باختلاف وضع المريض ونوع مرضه ودرجة تقدّم المرض كما أنّها مرتبطة بالخدمات الصحية التي تُقدمها المشفى من حيث الكم والنوع والتوقيت وغيرها من العوامل الأخرى. تسعى المشافي بشكلٍ عامٍّ إلى تخفيض قيمة هذا الاحتمال ما أمكن ولهذا تقوم بحساب العديد من المؤشرات والمعدلات لمراقبة عدد حالات الوفاة كلّ مدةٍ زمنية محدّدة. لا بدّ من الإشارة هنا إلى أنّ أكثر هذه المقاييس تُحسب على المستوى الكلي (مستوى الدول) أيضاً لمراقبة وتتبع التغيرات التي تطرأ على المستوى الصحي للسكان. أيضاً، نشير هنا إلى ضرورة التمييز بين الحالات التي يصل فيها المريض إلى المشفى وهو متوفى والحالات التي يدخل فيها المريض إلى المشفى حياً ويُتوفى فيه¹⁴. يُبيّن الجدول (4. 1) أهم المؤشرات المبنية على الوفاة والتي تعتمد على تحليل الخروج من المشفى.

الجدول (4. 1): أهم المؤشرات المبنية على الوفاة والتي تعتمد على تحليل الخروج من المشفى [33].

معدل الوفيات	التعريف	المعادلة
معدّل الوفيات الخام	نسبة إجمالي الوفيات في مدة زمنية محدّدة إلى مجموع حالات الخروج بما فيها الوفيات	مجموع حالات الوفيات (بما في ذلك وفيات حديثي الولادة) في مدّة زمنية محدّدة $100 \times$
معدّل الوفيات الصباحي	نسبة الوفيات التي تحدث بعد الدخول بـ 48 ساعة أو أكثر إلى إجمالي حالات	مجموع حالات الخروج بما في ذلك الوفيات ووفيات حديثي الولادة بالمدة نفسها

¹⁴ من الضروري من أجل دقة الإحصائيات استخدام التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الأحدث لوضع الترميز المناسب لكل مرض مترافقاً مع سبب الوفاة لإصدار الإحصائيات المتعلقة بأسباب الوفيات بما فيها نسب الأمراض المسببة للوفاة.

الخروج بما فيها الوفيات التي تحدث بعد الدخول بـ 48 ساعة أو أكثر	إجمالي الخروج بما في ذلك الوفيات وحديث الولادة - الوفيات التي حدثت قبل مرور 48 ساعة على الدخول
معدل وفيات حديثي الولادة	نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة بالمشفى إلى إجمالي خروج الأطفال حديثي الولادة بالمشفى
معدل الوفيات بعد الجراحة	عدد الوفيات التي تحدث خلال عشرة أيام من الجراحة في مدة معينة $100 \times$ عدد الحالات التي أجريت لها جراحة في المدة نفسها
معدل وفيات الأمهات ¹⁵	نسبة الوفيات بين الأمهات في المشفى في فترة زمنية محددة إلى إجمالي خروج الأمهات من المشفى خلال هذه الفترة
معدل وفيات الأجنة (في بعض الدول)	وفيات الأجنة المتوسطة (20 إلى أقل من 28 أسبوع) + وفيات الأجنة المتأخرة (28 أسبوع فأكثر) خلا مدة زمنية محددة $100 \times$ إجمالي الولادات خلال هذه المدة (جميع الولادات التي تنتهي بطفل أو جنين ميت)
معدل وفيات الأجنة	عدد الأجنة التي تولد ميتة عند 28 أسبوع من الحمل أو أكثر خلال مدة زمنية محددة $100 \times$

¹⁵ إن معدل وفيات الأمهات بالمشفى يختلف إلى حد ما عن معدل الوفيات في المجتمع فالأول يشمل الوفاة لأي سبب من الأسباب خلال مدة الحمل والنفات، أما وفيات الأمهات بالمشفى فتشمل وفيات الأمهات التي تحدث بالمشفى خلال مدة الحمل أو النفات للأسباب التي تتعلق بالحمل والولادة فقط ولا تشمل وفيات الأمهات التي تحدث لأي سبب آخر لا يتعلق بالحمل والولادة. لذلك الوفيات التي تحدث بعد الإجهاض، والتي تحدث قبل الولادة لسبب يتعلق بالحمل فتحسب ضمن وفيات الأمهات. أما المقام في المعادلة فهو يشمل: حالات الإجهاض، الحالات التي دخلت للرعاية الطبية و لكن لم تلد في المشفى و الحالات التي دخلت المشفى بعد الولادة خلال فترة النفات وتوفيت في المشفى.

إجمالي الولادات خلال تلك المدة	(معدل المواليد موتى ¹⁶)
عدد الوفيات من المرضى الراقدين $\times 100$	نسبة وفيات الراقدين =
عدد المرضى الراقدين	

4. 2. 4. 5. إحصائيات الموارد البشرية في المشفى:

يختلف مزيج عناصر الإنتاج المستخدم في منظمات الأعمال تبعاً لعوامل كثيرة ومتنوعة لكن بشكل عام، يُعدّ العنصر البشري أهمّ هذه على الإطلاق. لكن يكتسب عنصر الموارد البشرية "العمل" أهمية خاصة في مؤسسات الرعاية الصحية مثل المشافي، حيث تعتمد الخدمة المقدّمة في هذه المشافي من حيث إنتاجها بالكم والنوع أو الجودة المطلوبة بشكل حاسم على عدد ومستوى تأهيل وتدريب وخبرة الموارد البشرية (القوى العاملة) الموجودة في المشفى. لذلك يترتب على النقص الذي قد يحصل في هذا العنصر نتائج سلبية على مستوى أداء عمل المشافي ونوعيتها. ولتلافي هذه النتائج تقوم المشافي بتخطيط دائم ومستمر لاحتياجاتها من القوى العاملة والعمل على تأمين المطلوب منها في الوقت المناسب. ومن أجل الوصول إلى تخطيط ناجح وفعال تقوم إدارة المشافي بحساب عدد من المؤشرات والمقاييس المهمة فيما يخص إدارة الموارد البشرية بما يُمكن المشفى من زيادة فعالية خدماتها الصحية وتحسين مستوى كفاءة استخدام مواردها معاً وتبين المعادلات التالية أهم هذه المؤشرات [33].

¹⁶ يُعرّف المولود الميت بأنه: الجنين الذي يولد ميتاً عند 28 أسبوع من الحمل أو بعدها، ولا يعدّ المولود الميت أحد المرضى الداخليين بالمشفى ولكن يجب حصر هذه الحالات ومعرفة الظروف المحيطة بها لأنها تستخدم بكثرة في تقييم الرعاية الطبية التي يقدمها المشفى والتنظيم الصحي بشكل عام.

نسبة العمليات الجراحية لكلّ طبيب في السنة =	$\frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة} \times 100}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}}$
نسبة الأطباء المختصين إلى عدد الأطباء الكلي =	$\frac{\text{عدد الأطباء الأخصائيين} \times 100}{\text{عدد الأطباء الكلي}}$
نسبة الأطباء بالنسبة إلى عدد المرضى =	$\frac{\text{عدد المراجعين للعيادات الخارجية} \times 100}{\text{عدد الأطباء}}$
نسبة الممرضات إلى عدد الأسرة =	$\frac{\text{عدد الأسرة خلال السنة} \times 100}{\text{عدد الملاك التمريضي خلال السنة}}$
نسبة الممرضات إلى عدد الراقدين =	$\frac{\text{عدد الممرضات} \times 100}{\text{عدد الراقدين في المشفى}}$
نسبة الممرضات لكلّ طبيب =	$\frac{\text{عدد الممرضات} \times 100}{\text{عدد الأطباء}}$
نسبة المسعفين إلى عدد سيارات الإسعاف =	$\frac{\text{عدد المسعفين} \times 100}{\text{عدد سيارات الإسعاف}}$
نسبة الإداريين إلى مجموع الموظفين =	$\frac{\text{عدد الإداريين} \times 100}{\text{مجموع الملاك الكلي للمستشفى}}$
نسبة البحوث العلمية إلى عدد الأطباء =	$\frac{\text{عدد البحوث المنجزة من قبل الكادر الطبي} \times 100}{\text{عدد الأطباء في المشفى}}$

يجب أن نشير هنا إلى أنّ الحكومات أيضاً في جميع الدول تهتمّ بالتخطيط لحجم الموارد البشرية في مجال الصحة وتقوم بحساب عددٍ من المعدلات والمقاييس التي تُبيّن مستوى توفر هذه القوى بالنسبة لمجموع السكان في الدولة والتغير الحاصل في قيمة هذه المقاييس من سنةٍ لأخرى. أهم المقاييس التي يتمّ عادةً حسابها عدد الأطباء البشريين لكلّ 10,000 نسمة (يُمكن حسابه حسب الاختصاص أيضاً) وعدد الممرضات لكلّ 10,000 نسمة وعدد أسرة المشافي لكلّ 10,000 نسمة.

4. 2. 5. التحليل اليومي والشهري لخدمات المشفى:

يقوم قسم السجلات الطبية بإجراء دراسة وتحليل يومي للخدمات التي تُقدمها المشفى وذلك وفق أسلوبٍ تراكميٍّ وباستخدام نماذج خاصة مُعدّة لهذا الغرض. تتمّ عملية اختيار البيانات المستخدمة في التحليل اليومي بالنسبة لكلّ مريضٍ إمّا تبعاً لاحتياجات إدارة المشفى أو احتياجات السلطات الصحية التي تُرسل إليها التقارير الإحصائية أو كليهما معاً و يُشترط أن تتضمن هذه العملية توزيع المرضى حسب الأقسام العلاجية التي تمّ علاجهم بها أثناء وجودهم في المشفى. من أهم البيانات المستخدمة في التحليل اليومي: رقم المشفى، والجنس، والقسم العلاجي، ورقم الخروج هذا الشهر، وتاريخ الخروج، والنتيجة عند الخروج [33].

يجب أن يراعي التحليل اليومي لخدمات المشفى مجموعة من الأمور أهمها:

أ. تُحتسب لكلّ مريض استشارة واحدة حتى لو حصل فعلياً على عدة استشارات وذلك لأنّ الهدف هنا هو التركيز على حساب عدد المرضى الذين تمّت استشارة بشأنهم وليس عدد الاستشارات التي حصلوا عليها. أمّا إذا كان مرغوباً حصر عدد الاستشارات الخاصة بكلّ حالة فيمكن إضافتها بلون خاص في المكان المحدد.

ب. بالنسبة للمرضى الذين يتمّ تحويلهم بين أقسام المشفى فيجب تسجيلهم ضمن حالات الخروج في القسم الذي خرجوا منه وتُضاف مدّة إقامتهم من القسم الذي حوّلوا منه إلى أيام إقامة المرضى في هذا القسم.

ت. ضرورة إجراء مراجعة يومية منتظمة للبيانات بهدف تلافي الأخطاء.

ث. تقع على عاتق الطبيب المعالج مسؤولية تسجيل النتيجة وتحديد حالة المريض عند الخروج وعليه تدوين ذلك في ملف المريض بحيث يتمكن في التسجيل الطبي من نقل البيان الصحيح عن المريض، وتكون نتيجة الحالة واحدة مما يلي: شفاء، تحسن، عدم تحسن،

تحت الملاحظة، تحويل لمستشفى آخر، توفي قبل 48 ساعة، توفي بعد 48 ساعة. يبين الملحق (3) نموذج لتقرير إحصائي يومي تابع لوزارة الصحة السورية.

كذلك، تقوم إدارة المشافي بإعداد تقرير شهريّ يشمل حركة المرضى في المشفى في كلّ قسمٍ من أقسام المشفى خلال الشهر ويتضمن التالي:

- حساب الأسرة الفعلية
- نسبة انشغال الأسرة
- معدل المكوث
- جدول توزيع العاملين في المشفى
- جدول التجهيزات الموجودة في المشفى

4. 3 نظام معلومات المشافي Hospital Information Systems:

4. 3. 1 لمحة تاريخية عن نظام المعلومات في المشافي:

بشكلٍ عام تتضمن عملية إدارة المعلومات في منظمات الأعمال مجموعة من الأنشطة الهادفة إلى جمع البيانات المختلفة بشكلٍ مبوّبٍ و مُنظّمٍ وفق صيغٍ محدّدة بحيث يمكن استخدامها كمدخلات في عملية رقابة وتتبع الأداء وكمعلومات راجعة (Feedback) تُساعد في تحسين عملية اتخاذ القرارات الإدارية المختلفة في المنظمة مما يرفع مستويات الكفاية والفاعلية والأمان في المنظمة.

بالرغم من وجود المشافي في المجتمعات البشرية منذ القدم وفي مختلف الحضارات كمنظمات تُقدّم خدمات صحية مهمة فإنّ تطبيقات نظم المعلومات تُعدّ حديثة نسبياً في مجال خدمات الرعاية الصحية وعمل المشافي. تُشير المعلومات المتاحة إلى أنّ بداية استخدام هذه تطبيقات نظم المعلومات في المشافي كانت في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة في بداية الستينات من القرن الماضي ثمّ تبعتها بشكلٍ مُتدرّجٍ العديد من الدول الأوروبية الأخرى. اقتصرَت تلك الأنشطة على عددٍ محدّدٍ من الأنشطة والعمليات

المالية مثل إعداد جداول الرواتب وحسابات المرضى و لم تشمل المعلومات السريرية للمرضى آنذاك.

حدث في السبعينات من القرن الماضي توسّع في هذا المجال وساعد على ذلك التطور التقني في مجال البرمجيات والحاسبات مما أدّى إلى دخول أنشطة جديدة من أنشطة المشافي في مجال إدارة نظم المعلومات مثل إدارة المواد والمخابر السريرية والأشعة والصيدلة والتمريض.

تسارع تطور واستخدام أنشطة إدارة النظم الصحية بشكل كبير في الثمانينات وبشكل أكبر وهائل في التسعينات مع ظهور وتطور الحاسبات الفردية وتطوير حاسبات مركزية عملاقة ذات قدرات تخزينية كبيرة وكذلك ظهور برامج متخصصة للاستخدام في جمع وتبويب وترتيب المعلومات الصحية في المشافي. كان لافتاً في هذا المجال تطوير ما سُمي بنظم تقديم الرعاية الصحية المتكاملة حيث تم ربط كل من المشافي والعيادات الخارجية وعيادات الأطباء وبيوت التمريض ومراكز التأهيل الطبي وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية بحيث أصبحت المعلومات الطبية تنساب بين جميع هذه المؤسسات والمراكز بسرعة وبدقة عالية. لاحقاً أُدخلت إلى هذه النظم باقي أنشطة المشافي مثل الأنشطة المالية وغيرها. نتيجة لذلك بدأ الاهتمام بتطوير وتحديث السجلات الطبية ومن ثم أنظمة دعم القرارات في المشافي. ظهر السجل الطبي الإلكتروني لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1991 الذي انتشر بسرعة في معظم دول العالم [6].

حالياً، تُعد أقسام نظم المعلومات الصحية في المشافي من أكثر الأقسام نشاطاً وحيوية بسبب الكم الهائل من المعلومات التي يتم تجميعها يومياً في كل أقسام المشفى بسبب التطور الكبير في مجال البرمجيات والأجهزة المستخدمة في هذا المجال.

4. 3. 2 أهمية نظم المعلومات في المشافي (نظم المعلومات الصحية):

تكتسب نظم المعلومات في المشافي أهمية خاصة ترتبط بالطبيعة الخاصة للخدمات التي تُقدمها المشافي أي الخدمات الصحية. عملياً، تعتمد جودة خدمة المريض في أي قسم من أقسام المشفى على توفر معلوماتٍ كاملة ومبوبة عن حالة المريض منذ دخوله إلى المشفى بما فيها كلِّ التحاليل والصور الشعاعية والاستشارات والأدوية التي قُدمت له وغيرها. قد يُؤدّي نقص واحدة فقط من هذه المعلومات إلى مضاعفاتٍ خطيرة في صحة المريض تبدأ بتأخير الشفاء وزيادة الألم والمعاناة وتمتد لتشمل الإصابة ببعض المضاعفات الأخرى وتصل لحدّ تهديد حياة المريض. مثلاً، إذا أُغفل تدوين أنّ المريض مصابٌ بمرض السكر أو ارتفاع الضغط الشرياني فقد يصف أحد الأطباء لاحقاً للمريض دواءً غير مخصص لمن لديه هذه الأمراض!! تبرز، أيضاً، أهمية نظم المعلومات في المشافي عندما يزور المريض المشفى بعد فترة من علاجه حيث تكون المعلومات المتعلقة بالزيارة أو الزيارات السابقة في غاية الأهمية من أجل المعالجة في الزيارة الحالية.

يمكننا، بشكلٍ عام، الإشارة الى المزايا التالية التي تُوضّح أهمية نظم المعلومات في

المشافي [11]:

- أ. تحسين الكفاية التنظيمية عن طريق زيادة الإنتاجية للكادر الطبي والإداري.
- ب. تحديث الخبرات والقدرات المهنية في دقة تشخيص المرضى.
- ت. تحسين جودة الرعاية الصحية.
- ث. تخفيض النفقات في القطاع الصحي .
- ج. التخفيض في عامل الوقت وتقديم الخدمة الطبية لعدد أكبر من المرضى.
- ح. تحسين خبرة المريض وبقية أفراد المجتمع.
- خ. إنشاء ملف إلكتروني للمريض.
- د. اعتماد أنظمة موحدة في تشخيص الأمراض.
- ذ. ضبط تقديم الخدمات الصحية.

ر. نشر المعلومات لقاعدة عريضة من المهتمين بسرعة وأكثر فعالية.

ز. اتخاذ القرارات الإدارية والطبية على نحو أكثر صحة ودقة.

س. مساعدة الباحثين والمهتمين في المجال الصحي.

4. 3. 3 أمن المعلومات Information Security:

يترافق التطور التقني واستخدام منجزات العلوم والتكنولوجيا في مجال إعداد المعلومات في المشافي وحفظها ومعالجتها بالعديد من المخاطر. ويُعدّ أحد أهمّ هذه المخاطر تسرب المعلومات الخاصة إلى أفراد أو منظماتٍ لا علاقة لها بهذه المعلومات ولا يجوز لها الاطلاع عليها سواء أكانت بياناتٍ عن المرضى وتطور حالتهم أم عن أعمال المشفى الإدارية والمالية والمحاسبية وغيرها والتي تُعدّ ملكاً خاصاً لها، فقد تتضرر بأشكالٍ مختلفة في حال وقعت هذه المعلومات بيد جهاتٍ خارج، أو حتى داخل المشفى. فمثل هذه المعلومات لا يجوز أو يسمح بالإطلاع عليها من أي جهةٍ لا علاقة لها بذلك. لذلك، يُعدّ أمن المعلومات من أهم العوامل التي تُؤخذ بالحسبان عند تصميم وتقييم نظم المعلومات المطبّقة في المشافي وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية. علماً أنّه لا يمكن الوصول إلى مستوى عالٍ من أمن المعلومات دون تعاون المهندسين والفنيين المطورين والمشرفين على عمل هذه الأنظمة وكلّ الجهات الأخرى التي تستخدم نظم المعلومات في المشفى مثل الأطباء والممرضين وفنيي الأشعة والمخابر والموظفين الإداريين وغيرهم. أي أنّ هذه الميزة (عامل أمن المعلومات) هي مسؤولية أطراف متعدّدة داخل المشفى مع الجهة صاحبة النظام من خارج المشفى.

يشمل أمن المعلومات العناصر التالية [11]:

أ. السرية والموثوقية: يجب التأكيد على المحافظة على سرية المعلومات الصحية وعدم نشرها أو السماح بالاطلاع عليها إلّا من قبل الأفراد المسموح لهم بذلك.

ب. الاستمرارية: أي بقاء النظام في حالة العمل المستمر والسماح بتفاعلٍ كاملٍ

للمستخدمين مع النظام.

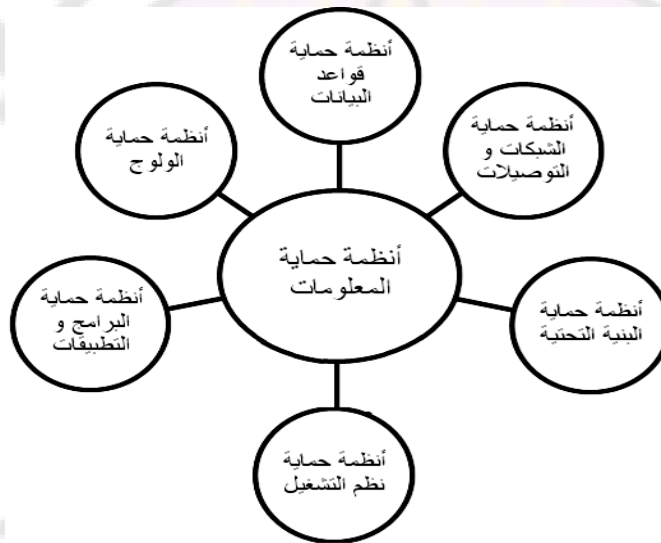
ت. التكاملية وسلامة المحتوى: أي ضرورة المحافظة على المعلومات صحيحة وسالمة من

العبث والتعديل والتغيير في كلّ مراحل استخدام النظام.

يجب للمحافظة على أمن المعلومات الصحية التأكد من الأفراد الذين يدخلون إلى النظام

ويستخدمونه وهنا يتم اعتماد كلمات السر وكذلك البطاقات الذكية. ويتم عادةً تقسيم

أنظمة حماية المعلومات إلى عدة أنظمة فرعية كما يُبين الشكل (4. 2) [11].



الشكل (4. 2): أنظمة حماية المعلومات.

أسئلة الفصل الرابع:

1. عرّف ما يلي: السّجل الطبي، سرير المشفى، المريض الخارج.
2. ما هي طرق تنظيم السّجلات الطبية؟
3. عدد خمسة أنواع من السّجلات الطبية .
4. ما مجالات استخدام بيانات السّجلات الطبية؟
5. ما هي استخدامات إحصائيات المشافي؟
6. كيف يتمّ إجراء التحليل اليومي والشهري لخدمات المشفى؟
7. ما أهمية نظم المعلومات في المشافي؟
8. ما المقصود بأمن المعلومات؟



الفصل الخامس: تحليل المشكلات واتخاذ القرارات الإدارية
في المشافي

**Chapter 5: Analysing Problems and
Managerial Decision Making in Hospitals**



الفصل الخامس: تحليل المشكلات واتخاذ القرارات الإدارية في المشافي

Chapter 5: Analysing Problems and Managerial Decision Making in Hospitals

الأهداف التعليمية:

1. تحديد طبيعة المشكلات التي تواجه المشافي وأنواعها وكذلك التعرف على أسبابها وأبعادها وأساليب حلّها.
2. توضيح متطلبات حلّ المشكلات الإدارية في المشافي.
3. مناقشة عملية اتخاذ القرارات الإدارية في المشافي من حيث مفهومها وخطواتها والتعرّف على أنواع القرارات الإدارية.
4. شرح خصائص القرارات الإدارية وأركانها.
5. تلخيص أهم تعاريف السلطة وعلاقتها بعملية اتخاذ القرارات الإدارية وتوضيح أنواع السلطات.
6. توضيح الأنواع المختلفة للسلطات الإدارية .

5.1 تحليل المشكلات في المشافي Analysing problems in hospitals:

تواجه المشافي يومياً، كغيرها من منظمات الأعمال، حالاتٍ وقضايا عديدة تتطلب الدراسة والتحليل واتخاذ القرارات بشأنها. تُمثّل بعض هذه القضايا أموراً روتينيةً عاديةً وبعضها الآخر مشاكل وصعوبات تتطلب دراسةً مفصلةً من أجل الوصول إلى الحلول المناسبة لها وتحليلها.

سندرس في هذا الفصل طبيعة المشكلات الإدارية بشكل مُفصّل بحيث تشمل الدراسة أنواع هذه المشكلات وأسبابها وأبعادها ثم نتطرق إلى أساليب حلّ المشكلات

الإدارية. ثمّنتقل بعد ذلك إلى دراسة عملية اتخاذ القرار، حيث نبدأ بتحديد مفهوم القرار وأنواعه وخصائص القرار الناجح وكيفية تقييم هذه القرارات. ونختتم هذا الفصل بدراسة معوقات حلّ المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات في المشافي.

5. 1. 1 أنواع المشكلات في المشافي:

تتعرّض المشافي لعددٍ كبيرٍ من المشكلات التي يمكن تلخيصها في ثلاث مجموعات؛ الأولى تتعلق بالعاملين في المشفى حيث الجزء الأكبر من المشكلات الإدارية، والثانية ترتبط بالأجهزة والتجهيزات الطبية وغير الطبية المستعملة في المشفى، أمّا الثالثة فتتعلق بإدارة المشفى وطريقة عملها [6]:

أ. **المشكلات المتعلقة بالعاملين:** وهي مشكلاتٌ سلوكيةٌ في أغلبها تنجم عن طبيعة السلوك السلي من قبل بعض العاملين في المشفى سواء مع زملائهم في العمل أم مع المرضى.

ب. **المشكلات الفنية أو التقنية:** تنشأ هذه المشاكل نتيجة التعامل مع التجهيزات والأجهزة المستخدمة في المشفى؛ فقد يحدث عدم توافق بين مؤهلات بعض العاملين في المشفى من مختلف الاختصاصات وبين التقانات المطبّقة في بعض الأجهزة. كأن لا تكون هذه المؤهلات والخبرات كافية لفهم التقانات المستخدمة فيحدث ما يُسمّى: بانخفاض الكفاءة التشغيلية للأجهزة، مثل أنظمة الحاسبات الآلية وأنظمة التهوية والتكييف والأجهزة والمعدات الطبية وغيرها. قد تتفاقم هذه المشاكل فيحدث سوء استخدام وتشغيل لتلك الأجهزة وغيرها فتتعلّط وقد تتوقف عن العمل.

ج. **المشكلات التشغيلية أو الإجرائية:** وهي المشكلات التي تسبب بها طريقة وأسلوب إدارة المشفى وقد يحدث بسبب هذه الأساليب زيادة فترات انتظار المرضى في العيادات الخارجية و أقسام الطوارئ أكثر من المعدلات المعتمدة أو إلى إجراء بعض الفحوص الطبية

والشعاعية غير الضرورية أو عدم مسك السجلات الطبية بشكل جيد أو حتى فقدان هذه السجلات وضياعها وغيرها.

5.1.2 أسباب المشكلات في المشافي وأبعادها:

يتطلب حل المشكلات في المشافي وغيرها من منظمات الأعمال، بعد تحديدها وتصنيفها، دراسة الأسباب الكامنة وراءها وتقصيها وبصفة عامة تشير الدراسات إلى وجود ثلاثة أسباب رئيسية، هي: إما اتخاذ قرار خاطئ و/أو تنفيذ خاطئ لقرار صحيح و/أو التغير السلبي في ظروف البيئة التي تعمل ضمنها المشفى.

كذلك تأخذ هذه المشكلات واحداً أو أكثر من الأبعاد التالية [34]:

أولاً: انحراف الواقع عن الخطة أو الهدف: حيث تظهر فجوة بين مجريات العمل الفعلية على أرض الواقع وبين مجريات العمل المرسومة في الخطة. من الأمثلة على هذا البعد حدوث أعطال مفاجئة في بعض الأجهزة والمعدات الطبية، أو الزيادة غير المتوقعة في عدد المرضى في أحد الأقسام وغيرها.

ثانياً: بقاء أو توقف عمليات التحديث والتطوير: يُعدُّ التغير والتطور سمةً ملازمةً لكل مجالات العمل، لكن قد يكون هذا التغير أسرع في مجال عمل المشافي، لذلك فهو يتطلب وجود إدارات ذات خبرات واسعة وكفاءات عالية تستطيع إدماج هذا الخطر الناجم عن التغير في بيئة عمل المشفى في خططها المختلفة بما يُمكن من الحد من آثاره السلبية المختلفة. يُؤدّي الإخفاق في عمليات التحديث أو تراجع وتأثرها عن الحد المطلوب إلى مشكلات عديدة، لاسيما ضعف قدرة المشفى على المنافسة في السوق من قبل المشافي الأخرى.

ثالثاً: التوقعات المستقبلية للمشكلات: قد يظهر من دراسة تغيّرات البيئة الخارجية أو نتيجة لأمر داخل المشفى احتمال ظهور بعض المشكلات. مثلاً ارتفاع حدة المنافسة

نتيجة بناء مشفى حديث بالقرب من المشفى، أو نتيجة شراء المشافي المنافسة أجهزة أكثر تطوراً تُؤدّي جميعها إلى مشاكل وتؤثر سلباً على مستويات العمل في المشفى. أيضاً قد تظهر مشكلات نتيجة فتح أقسامٍ أو إضافة تخصصاتٍ جديدة أو توجيهات الإدارة العليا لإصدار قرارات تنظيمية جديدة.

5. 1. 3 أساليب حلّ المشكلات الإدارية:

تُحلّ المشكلات التي تواجه إدارة المشافي، كما في باقي منظمات الأعمال الأخرى، بأحد أسلوبين، هما: الأسلوب الفردي أو الأسلوب الجماعي. ولكلّ منهما مزاياه والتي يمكن تلخيصها فيما يلي [37]:

أولاً: مزايا الأسلوب الفردي:

1. اتخاذ القرار بسرعة وبالتالي كفاية عالية في استخدام الوقت.
2. تُجنّب إمكانية حصول الضغوط الاجتماعية على المشاركين لقبول أحد الآراء المطروحة والذي ليس بالضرورة أفضل الآراء.
3. تقليل احتمال اتخاذ قرارات خاطئة.

ثانياً: مزايا الأسلوب الجماعي:

1. تحسين جودة القرار نتيجة مشاركة وجهات نظر وخبرات ومعارف متنوعة في المناقشة.
2. رفع القدرة على تحديد المشكلة وتعريفها وكذلك وضع بدائل وحلول لها.
3. زيادة احتمالات قبول القرار ورفع مستويات التقيد به وتنفيذه.
4. تسهيل عمليات الاتصال والتنسيق نتيجة مشاركة المرؤوسين بالقرار وإطلاعهم على الحلّ.

يمكن تطبيق أسلوب حلّ المشكلات جماعياً في المشافي وغيرها من منظمات الرعاية الصحية وفق عدة طرق منها [7]:

1. طريقة حلقات الجودة من أجل تحليل المشكلات عن طريق الإجماع في الرأي للتوصل إلى الحلول المناسبة، وهو (أسلوب ياباني في حل المشكلات).
2. طريقة تحسين الجودة، وذلك بتشكيل فرق تحسين الجودة من أجل العمل على حل المشكلات المختلفة وبشكل خاص المشكلات التي تتصل بأكثر من إدارة أو وظيفة.
3. تشكيل اللجان المتخصصة طبيياً وفنياً وإدارياً حسب طبيعة العمل، حيث تجتمع وتدرس أسباب المشكلة المطروحة وتتخذ القرار المناسب بشأنها.

5. 2 اتخاذ القرارات في المشافي Decision making in hospitals:

بشكل عام، تتعدد طرق وأساليب العمل وأداء الوظائف والمهام المختلفة كذلك توجد بدائل عديدة لأي خيارٍ تختاره المشفى أو خطة عمل تضعها. ويجب على المشفى في جميع هذه الحالات اتخاذ القرارات المناسبة من أجل اختيار البديل الأمثل "خطة العمل، حل المشكلة... إلخ". لذلك سيخصص هذا الجزء من الدراسة لتوضيح مفهوم القرار وأنواع القرارات وخصائص القرارات الناجحة وكذلك طرق تقييم القرارات [34].

5. 2. 1 مفهوم القرار وحل المشكلات الإدارية:

تُعدّ عملية اتخاذ القرار وظيفة متعددة الجوانب علمية وعملية وفنية، فهي وظيفة علمية لأنها تقوم على أسس محدّدة وفق منهج علمي دقيق بعيداً عن العشوائية والارتجالية، وكذلك هي وظيفة عملية يجب أن تركز على الواقع الذي حدثت فيه المشكلة التي يجب أخذ قرار بشأنها، وكذلك بالبيئة المحيطة بهذا الواقع وإلا أصبحت عملية الحلّ عمليةً نظريّة لا قيمة عملية لها. يُعرّف القرار بأنه عملية اختيار بديل أو حلّ واحد من بين مجموعة من البدائل والحلول المتعددة في مدّة محدّدة وفي ضوء الموارد المتاحة ومعطيات البيئة المحيطة بمتخذ القرار [6].

وبغض النظر عن الأسلوب المتبع في حل المشكلات، تمرّ عملية حلّ المشاكل الإدارية في المشافي بعدة مراحل يُمكن تلخيصها كالآتي [6]:

1. تحليل المشكلة وتحديد أبعادها بدقة بما يقود إلى الفهم الدقيق لطبيعتها.
2. وضع الافتراضات المرتبطة بالمشكلة والتي تُؤثر في حلّ المشكلة وتُسهّله.
3. استعراض كلّ الحلول البديلة ودراستها بشكلٍ مُفصّلٍ ومُعمّقٍ.
4. تقييم الحلول البديلة وفق معايير محددة تخدم حلّ المشكلة.
5. اختيار الحلّ المناسب وتنفيذه.
6. تقييم النتائج الفعلية للحلّ.

5. 2. 2 أنواع القرارات:

بالرغم من أنّ خطوات عملية اتخاذ القرارات واحدة، كما بيّنا أعلاه، فإنّه توجد عدة أنواع للقرارات كما يلي:

1. **القرارات النهائية End-Means Decisions**: تُتخذ هذه القرارات عادةً عند أعلى المستويات الإدارية مثل مجلس الإدارة والهيئة الاستشارية وكبار المديرين بقصد تحديد الأهداف أو المهمات.
2. **القرارات الإدارية Administrative Decisions**: يُصدر هذه القرارات كبار المديرين لتنفيذ الاستراتيجيات المختارة من أجل تحقيق الأهداف المحددة.
3. **القرارات التشغيلية Operational Decisions**: تتعلق هذه القرارات بأنشطة التشغيل اليومية في مختلف الوحدات التنظيمية ويتخذها المديرون في المستويين الأوسط والمباشر مثل قرارات شراء الأجهزة وصيانتها.
4. **القرارات القابلة للبرمجة وغير القابلة لها Programmable Decisions**: تتضمن مجموعة القرارات القابلة للبرمجة، كالقرارات الاعتيادية أو النمطية (الروتينية) التي يتمّ تكرارها بشكلٍ دائمٍ (مثال: إدخال المرضى وإخراجهم ...) وتُتخذ عادةً من قبل رؤساء الوحدات التنفيذية في إطار لوائح وأدلة إجراءات العمل. بالمقابل تتضمن مجموعة

القرارات غير القابلة للبرمجة لتلك القرارات التي لا تتسم بصفة الدورية وأحياناً تُتخذ مرةً واحدةً فقط، مثل قرارات توسيع المرافق أو إضافة مرفقٍ جديدٍ.

5. 2. 3 خصائص القرار الناجح:

وجدنا سابقاً أنّ الخطوة قبل الأخيرة في عملية اتخاذ القرارات تتضمن اختيار قرار من بين مجموعة من القرارات البديلة، لكن السؤال الذي يُطرح هنا هو كيف يمكن التأكد من أنّ هذا الاختيار سيكون ناجحاً أي أننا اخترنا قراراً ناجحاً في حلّ المشكلة التي نعمل على حلّها.

من الضروري مراعاة مجموعة من الأركان أو الخصائص عند إصدار القرار لزيادة احتمالات نجاحه و هي:

أولاً: الأركان أو الخصائص القانونية:

يُقصد بها مشروعية القرار وعدم مخالفته للقوانين أو اللوائح أو التعليمات النافذة وتشمل:

أ. **المُسوّغ:** أي أن تُوضّح مجموعة المسوغات والأسباب الكامنة وراء كلّ قرار و أن تكون هذه الأسباب واقعيةً أي مرتبطةً ببيئة عمل المشفى، مثلاً نتيجة شكاوى المرضى أو العاملين أو من أجل تحسين أسلوب العمل و غير ذلك.

ب. **الشكل:** ويُقصد بذلك المظهر الخارجي للقرار وكيفية صياغته أو الإعلان عنه أو إجراءات إصداره. كأن تكون القرارات مكتوبةً أو يتمّ الإعلان عنها شفاهةً؛ كذلك لا يمكن إصدار بعض القرارات قبل إتمام إجراءات محددة مثل قرارات الشراء التي يجب الإعلان عنها والحصول على عروض من الموردين أو تشكيل لجنة.

ج. **الاختصاص النوعي:** بحيث يصدر القرار عن الجهة أو السلطة المختصة وفي حدود الاختصاصات الوظيفية لمتّخذ القرار.

د. **المشروعية**: يجب أن يكون موضوع القرار والآثار المترتبة عليه مشروعةً أو جائزةً من الناحية القانونية وإلاّ يصبح باطلاً.

هـ. **الهدف**: أي أن يتحقق التوافق والانسجام بين هدف القرار وبين مصلحة المشفى.

ثانياً: الأركان أو الخصائص الفنية:

تشمل مجموعة الخصائص المرتبطة بترشيد القرار الإداري وفعاليته، و يمكن تقسيم هذه العوامل إلى مجموعتين:

أ. **السلامة**: أي أن تكون عملية اتخاذ القرار مرتكزةً على معلومات وتحليلات كافية وموضوعية مما يساعد في رفع جدوى القرار لتحقيق الهدف المطلوب.

ب. **القبول**: يُقصد بذلك مشاركة الآخرين في عملية صنع القرار لاسيما المعنيون به وتنفيذه بما يُؤدّي إلى إغناء الآراء، ويعني الاستعانة ورفع مستوى الالتزام بتنفيذه، وبالتالي زيادة احتمالات نجاحه. توجد مجموعة من الأسئلة المهمة التي تفيد الإجابة عنها في رفع مستوى عملية اتخاذ القرارات وتحسينها بشكلٍ عام ومنها في المشافي مثل الموضحة في الجدول (5. 1).

الجدول (5. 1): قائمة إرشادية لتحسين عملية اتخاذ القرارات.

من	من الذي يتخذ القرار؟ من المسؤول عن نتائجه؟ من الذي ينبغي أن يحاط علماً به بعد صوره؟ من الذي سينفذه؟ من الذي يسهم القرار أو يتعلق بهم؟
ما هي	ما هي التجارب السابقة التي يسترشد بها في اتخاذ القرار؟ ما هي المعلومات والبيانات المطلوبة لاتخاذ القرار؟ ما هي المعلومات والبيانات المتاحة؟ ما هي المعلومات والبيانات الناقصة؟ ما هي البدائل المختلفة للقرار؟ ما هي الفوائد والمزايا المنتظرة من وراء القرار؟

	ما هي الأضرار المحتملة عند اتخاذ القرار؟
أين	أين يتوفر المستشارون الذين يمكن طلب مشورتهم؟ أين تتوفر المعلومات المطلوبة؟
متى	متى يكون الوقت ملائماً أو متأخراً لاتخاذ القرار؟ متى يبدأ تنفيذ القرار؟ متى تبدأ متابعة تنفيذ القرار؟
كيف	كيف يتخذ القرار (فردياً - جماعياً)؟ كيف تتحقق ديمقراطية القرار متى كان ذلك ممكناً؟ كيف يبلغ القرار للمتخصصين؟ كيف ينفذ القرار بعد صدوره؟ كيف يتابع القرار وكيف نضمن قبول العاملين له؟

وقد تُخفق بعض القرارات بسبب الأخطاء التي تتمّ خلال عملية اتخاذها. ونُبيّن فيما يلي أهم أنواع هذه الأخطاء [34]:

أ. اتخاذ القرارات المُسكّنة:

القرارات المُسكّنة هي التي تُقدّم حلولاً مؤقتةً وليس نهائيةً للمشكلة أو تلك التي تعالج المشكلة ظاهرياً وليس جذرياً. يحدث في كلتا الحالتين السابقتين زوال المشكلة أو التخفيف من حدتها لفترة و لكن لا تتمّ معالجتها والتخلص منها نهائياً.

ب. عدم اتخاذ القرارات في الوقت المناسب:

يكون القرار الإداري ناجحاً أكثر ما يمكن إذا صدر في الوقت المناسب لمعالجة المشكلة وقد تصل بعض القرارات إلى نتائج سلبية وتُخفق في الحلّ إذا انحرفت عن هذا الوقت سواء صدرت بشكلٍ مبكرٍ قبل فهم المشكلة وتقييمها جيداً أو بوقتٍ متأخرٍ بعد استفحال المشكلة وتفاقمها.

ج. إهمال القرار وعدم متابعة تنفيذه:

تشبه عملية اتخاذ القرار لحلّ مشكلةٍ ما حالة وصف الدواء لعلاج مرض ما، أي هي خطوةٌ نظريّةٌ لا يتحقق الهدف المرجو منها إلاّ بعد التنفيذ الدقيق لها، لذلك يجب أن يُوضّح القرار أو متّخذة آلية التنفيذ ومتابعة وتقييم الأداء خلال التنفيذ.

5. 2. 4 تقويم القرارات:

يجب، في منظمات الأعمال الناجحة ومنها المشافي، متابعة تقويم القرارات المتخذة سابقاً للتأكد من حلّ المشاكل بالمستوى المطلوب كما تفيد عملية التقويم هذه في دعم القرارات اللاحقة، تغذية راجعة، و تقليل احتمالات خطئها كونها تركز على تجارب عملية سابقة.

تتمّ عملية تقويم القرارات بالاستناد إلى معايير محدّدة مثل معيار المردودية ومعيار الفاعلية [32]. يُستخدم معيار المردودية على إجراء قياس العوائد التي تحققت للمشفى من القرار المتخذ وكذلك قياس التكاليف الكلية المدفوعة للحصول على هذه العوائد ومن ثمّ المقارنة بينهما. بالمقابل، يُستخدم معيار الفاعلية لتقييم مدى نجاح القرار في حلّ المشكلة المتعلقة به أو لدراسة مدى قابلية القرار للتطبيق حيث إنّ مجال التطبيق هو مجال الحكم على نجاح القرارات النظرية.

5. 3 ازدواجية السلطة في المشافي Duality of authority in hospitals:

5. 3. 1 تعريف السلطة:

لا بدّ، قبل مناقشة الجدل حول موضوع السلطة في المشافي وتقييمه، من توضيح المقصود بمصطلح السلطة. يمكننا تقديم عدة تعريفات للسلطة منها:
أ. هي الحقوق المتضمّنة في المركز الإداري بإصدار الأوامر و توقع إطاعتها.

ب. هي القوة القانونية أو الشرعية التي تمنح الحق للرؤساء في إصدار الأوامر للمرؤوسين والحصول على امتثالهم للقرارات وتنفيذ الأعمال المكلفين بها.

ج. هي القوة أو الحق الشرعي لكل مركز داخل التنظيم فهي تُعطي الحق في إعطاء الأوامر، التوجيه والإصلاح، واتخاذ القرارات وتوزيع الموارد.

د. هي علاقة إنسانية تتضمن بداخلها نفوذاً يحمل الصبغة الشرعية، ويمنح لبعض الأفراد والمجموعات إمكانية التحكم في أفراد مجموعات أخرى، عن طريق اتخاذ قرارات تكون متوقعة يجب الخضوع لها وطاعتها وتحديد السلوك وفقها.

نستنتج من التعريفات أعلاه أنّ السلطة هي المرتكز أو الأساس الذي يُحدّد الجهة المخوّلة بإعطاء القرارات داخل منظمة الأعمال مثل المشفى. كذلك، يمكننا الإشارة هنا إلى مبدأ مهم ينصّ على وحدة الجهة صاحبة السلطة الذي يعني أن تكون صلاحية اتخاذ قرارٍ معين بيد جهةٍ واحدة حتى لا تتعارض وتتضارب القرارات وتصبح غير قابلة للتنفيذ. إنّ وجود عدة جهات داخل المشفى تمتلك كلّ منها صلاحية اتخاذ القرارات سينشأ عنه تنافس السلطات في قيادة المنظمة حيث تقود الرؤى غير المتفقة حول ذات الموضوع إلى اتخاذ قرارات غير متوافقة مع بعضها ويمكن متعارضة أيضاً مما يؤدّي إلى إخفاق المشفى في تحقيق أهدافه [9, 54].

نقطة ثانية مهمة هي ضرورة الفصل بين شخصية الفرد المدير وخصائصه الأخرى وبين السلطات التي ترتبط بالموقع الوظيفي وليس بشاغل هذا الموقع. فعندما يغادر أي فرد الموقع الإداري يفقد السلطة المرتبطة بهذا الموقع وتنتقل مباشرة إلى الشخص الذي يُكلف بهذا الموقع.

أخيراً لا بدّ من التمييز بين السلطة والمسؤولية حيث تعني الثانية الالتزام بأداء المهام الموكلة للمدير أو العامل. أمّا الأولى فكما أشرنا أعلاه تُمثّل الصلاحيات والحقوق المعبأة للفرد للقيام بمسؤولياته.

5.3. 2 أنواع السلطات:

توجد، من وجهة نظر علم الإدارة، عدة أنواع للسلطة (تنفيذية، استشارية ووظيفية) و يُوضَّح الجدول (5.2) هذه الأنواع:

الجدول (5.2): أنواع السلطات الإدارية [9, 54].

السلطة الوظيفية (1) Line Authority	السلطة الاستشارية (2) Staff Authority	السلطة التنفيذية (3) Functional Authority
هي السلطة التي تُحوَّل المدير بتوجيه عمل المرؤوسين بشكل كامل. تعكس هذه السلطة علاقة صاحب عمل-موظف وتسير حسب تسلسل الأوامر في منظمة الأعمال. مثلاً، مدير وحدة المخزون يكون مسؤولاً عن توجيه وتسيير كل الأعمال التي تقوم بها هذه الوحدة ومثله كذلك مدير وحدة المشتريات ومدير التمريض ... إلخ. بالطبع، يكون كل مدير في السلطة الوظيفية خاضعاً للمدير المسؤول في المستوى الإداري الأعلى.	هي السلطة المتعلقة بمراكز إدارية يتم إحداثها بهدف دعم، مساندة، وتقديم المشورة والنصح لمديري السلطة التنفيذية. المهم هنا أنّ المستشارين لا يمتلكون القدرة على وضع توصياتهم وإرشاداتهم موضع التنفيذ ولكن يقدمونها إلى مديري السلطة الوظيفية. مثلاً، قد لا يستطيع مدير المشتريات في المشفى القيام بعمله بشكل كامل بسبب التنوع الكبير في الأجهزة والمعدات والتجهيزات والأدوية وغيرها التي تشتريها المشفى. لذلك، يتم إحداث وظيفة استشاري مساعد له.	هي السلطة التي يمتلكها مدير على جزء من نشاط أو عمل أفراد في مديرية أخرى غير مديريته وهي سلطة محدودة في نطاق واضح حتى لا تتخل بمبدأ وحدة السلطات وتُضعف قدرة المديرين في الإدارات الأخرى على إدارة وتسيير شؤون إداراتهم.

يمكننا أيضاً الإشارة إلى تقسيم آخر للسلطة من وجهة نظر عالم الاجتماع الألماني

ماكس فيبر كما يلي:

السلطة التقليدية: وهي السلطة المميزة المجتمعات البدائية ومجتمعات الدول النامية وترتكز على السن والمكانة التقليدية للشخص.

السلطة الكاريزماتية: تعتمد هذه السلطة على مجموعة من الصفات والخصائص التي يتمتع بها الشخص التي تجعل منه مؤهلاً للقيادة والإدارة.

السلطة الرشيدة: أي السلطة القانونية التي تستند إلى مجموعة من الأسس والقواعد القانونية.

كما ذكرنا سابقاً تتسم مجريات العمل اليومية في المشافي، وكلّ منظمات الأعمال الأخرى، بضرورة اتخاذ القرارات المختلفة لحلّ المشاكل التي قد تنشأ وكذلك توجيه العمل ضمن المشفى وفق الخطط الموضوعة وبما يُساعد في تحقيق الأهداف المرسومة على المدى القصير والمتوسط والطويل وبالمحصلة بما يُمكن المشفى من تحقيق الوظائف والغايات التي وُجد من أجلها.

يتطلّب ما سبق وجود سلطة إدارية تقوم بهذه الأعمال وتحمل المسؤوليات عن المتابعة والتنفيذ أمام السلطات الأعلى وأمام القانون. نحتاج في هذا المجال للتمييز بين عدة أنواع للسلطة في المشافي [9]:

السلطة الإدارية: تتحمّل هذه الإدارة مسؤولية عدد كبير من الأعمال والمهام الإدارية كالحسابات وشؤون العاملين والرواتب والأجور وغيرها. عادةً، يدير هذه الإدارة المدير الإداري الذي يكون مختصاً في مجال الإدارة ويُفضّل إدارة المؤسسات الطبية.

السلطة الطبية: تُعنى هذه الإدارة بالخدمات الطبية التي يُقدمها المشفى وكذلك تعيين الأطباء والجراحين والمرضى وتتألف من رؤساء الأقسام الطبية في المشفى.

قد يظهر للوهلة الأولى وجود تمايز وانفصال تامّ بين السلطات في المشفى لكن في الواقع يوجد مجال واسع للتداخل بينهما بحيث أنّ تمتع فئة من العاملين في المشفى، مثل الأطباء، بخبرات ومهارات فنية محدّدة يؤهلهم لتملّك سلطات بشكلٍ متميز عن الآخرين (السلطة الكاريزماتية حسب ماكس فيبر) وبالتالي يظهر خطّ جديد للسلطة مواز للسلطة

الإدارية مما ينتج عنه ازدواجية ومواجهة بين السلطتين. يُمكن الإشارة إلى أنّ أحد مظاهر هذه المواجهة الإشكالية المستمرة حول اختصاص المدير العام في المشفى هل يجب أن يكون إدارة أم طباً؟!

5. 4 معوقات حلّ المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات في المشافي:

توجد مجموعة من المعوقات في وجه حلّ المشكلات الإدارية بشكلٍ عام ويوجد أيضاً مجموعة من المقترحات لحلّ هذه المعوقات كما يُلخصها الجدول (5. 3) [34].
الجدول (5. 3): أهم معوقات حلّ مشكلات الإدارية وطرق حلّ هذه المعوقات

المعوقات	طرق حل المعوقات
أولاً : معوقات إدراكية تشمل ضعف القدرة على فهم أو استيعاب المشكلة أو على تحديد وتفسير المعلومات المطلوبة لحلها بكفاءة ومن أمثلتها: 1. عدم تشخيص المشكلة بدقة نتيجة عدم كفاية أو دقة المعلومات أو بسبب الانطلاق من افتراضات غير واقعية. 2. ضيق أفق التحليل واستبعاد بدائل مهمة مثل وصف أحد العاملين بالكسول بسبب عدم بذله جهداً في عمله في حين قد يكون سبب ذلك الملل و/أو السأم من نوعية العمل، أو بسبب الروتين والتكرار. 3. ضعف قدرة التنبؤ بالمشكلات مما يسبب المفاجئة بالوقوع فيها. 4. عدم تقدير حجم المشكلة وانعكاساتها بشكل دقيق ولأحد هذه الأسباب هي: أ. دراسة المشكلة من وجهة نظر ضيقة جزئية محدودة. ب. عدم فهم أبعاد المشكلة و العلاقة بين الأجزاء أو العناصر المختلفة المكونة لها. 5- إخفاق عملية الربط الصحيح بين	❖ العمل على كشف المشاكل قبل حدوثها. ❖ اتباع المنهج العلمي في دراسة المشاكل وتشخيصها وتحليلها. ❖ جمع كافة البيانات والمعلومات المرتبطة بالمشكلة. ❖ التأكد من دقة البيانات ومنطقية الفروض التي تركز عليها الحلول. ❖ ملاحظة كل وجهات النظر والآراء الأخرى حول المشكلة ولاسيما من الخبرة والمعرفة. ❖ توضيح العلاقات والروابط بين أجزاء المشكلة باستخدام النماذج والأساليب المتوفرة.

❖ تقبل فكرة أن البحث عن الحلول الجديدة والمبدعة تتضمن هامش أكبر من الخطأ. ❖ تأكد من صحة أفكارك منطقياً قبل عرضها على الآخرين. ❖ تجنب عوامل القلق في مواجهة المشاكل. ❖ تذكر دائماً الفوائد المرتبطة بحل المشكلة.	الأسباب والنتائج . ثانياً: المعوقات النفسية تشمل هذه المجموعة عدداً من العوامل و أهمها: 1. الخوف من الوقوع في الأخطاء. ينجم عن هذه المشكلة حالة تردد في المبادرة والحل. 2. قلة الصبر والتسرع في اتخاذ القرار بسرعة. ينشأ عن هذه المشكلة التسرع في اتخاذ القرار بدون دراسة كافية للبدائل المتاحة أو تبني أول حل يتم الوصول إليه. 3. تجنب القلق الذي يحصل عند مواجهة المشاكل ويترتب عليه عدم تقبل المخاطرة والتردد في العمل ومحاولة الاعتماد على الآخرين. 4. الخوف من المخاطرة والمجازفة والرغبة في الاستقرار والأمان مما يؤدي إلى وضع أهداف سهلة التحقيق لتجنب مخاطر الإخفاق، قبول الحلول المعروفة التي تكون نتائجها مضمونة ورفض الحلول المبتكرة. 5. عدم وجود الحافز على التحدي بشكل خاص عندما تكون المشكلة روتينية أو عندما تكون آثارها قليلة الأهمية مما يؤدي إلى إهمال المشكلة أو حلها بأيسر الطرق الممكنة.
❖ اتباع منهج محدد في العمل والتفكير والابتعاد عن الارتجالية وتجنب العشوائية. ❖ التأكد من استخدام اللغة المناسبة في توصيف وحل المشكلة بما يؤكد تفهما من قبل الجميع. ❖ تنويع الأساليب المستخدمة في تحليل المشكلة وفهمها، مثل: الأساليب التحليلية والابتكارية.	ثالثاً. المعوقات الفكرية تنجم هذه المعوقات عن عدم كفاية بعض المهارات الفكرية أو الذهنية الضرورية للوصول لحلول ناجحة؛ كذلك يمكن أن تنجم عن إهمال هذه المهارات رغم توافرها ومن أهم هذه المعوقات ما يلي: 1. عدم كفاية المعرفة بطرق ومراحل حل المشكلات وتشمل نقص المهارات الفكرية التحليلية وكذلك الابتكارية وعدم مرونة

	خطة الحلّ، حل جميع المشكلات المختلفة من منظور واحد وعدم التنوع في أساليب حل هذه المشكلات. 2. الاعتماد المطلق على التفكير التحليلي وإهمال التفكير الابتكاري عند حلّ المشكلات اليومية. 3. تراجع مستويات المرونة في التفكير مما يُؤدّي إلى صعوبة التحول من أنواع التفكير المختلفة "التحليلي، الابتكاري المبدع الخلاق". 4. اختلال منهجية حل المشكلات مما يؤدي إلى العشوائية والارتجالية في الحلّ والابتعاد عن المنهج العلمي. 5. صعوبة فهم لغة المشكلة لاسيما عند استخدام مصطلحات متخصصة (إدارية، طبية، إحصائية وغيرها).
❖ استخدم التفكير الانتقادي للأفكار والطرق الحالية المرتبطة بحلّ المشكلة. ❖ يجب، عند العمل في جو تنافسي، شرح الأفكار للمنافسين و/أو المعارضين. أما في حال العمل في جوّ تعاوني فيجب إشراك الآخرين في الحلّ.	رابعاً. معوقات الاتصال تشمل كل العوامل التي تمنع تواصل الأفكار وانتقالها بين الأفراد مثل عدم الدقة والكفاية في استخدام الصياغة اللفظية السردية والرسومات والتحليلات الرياضية والرموز العلمية وغيرها.
❖ يجب عرض الأفكار بوضوح مع التركيز على نقاط القوة والضعف فيها و العمل على معالجتها. ❖ أظهر للآخرين فوائد وإيجابيات حلّ المشكلة قبل طلب المساعدة منهم في حلها. ❖ اتباع طرق جديدة في العمل والتجديد من أجل تخفيض مستوى الرتابة والروتين في العمل.	خامساً. المعوقات البيئية ترتبط هذه المعوقات بالجوانب الاجتماعية أو المناخية التي يمكن أن تجعل المشكلة أكثر صعوبة ومن أهم هذه المعوقات: 1. نمط الإدارة: هل هي مشجعة ومحفزة على العمل وإلى أي مستوى. 2. عدم الراحة الجسدية والضغط: سواء نتيجة شروط بيئة العمل أو نتيجة عوامل خارج مكان العمل ففي كلتا الحالتين يؤدي الإرهاق والتعب ضعف الرغبة في العمل وانخفاض الإنتاجية. 3. عدم التجديد والأسلوب الروتيني في

	العمل الذي يُسبب الشعور بالملل و الكتابة والإحباط. 4. توقعات الآخرين من زملاء و رؤساء حول حل المشكلة: فعندما يقبل الجميع بحلّ عادي للمشكلة يمكن أن تفقد الحافز على البحث عن حلّ أفضل والعكس صحيح.
--	---

يعتمد الحلُّ الفاعل للمشكلات الإدارية على استخدام نوعين من المهارات العقلية أو الفكرية (المهارات التحليلية والمهارات الابتكارية أو الإبداعية). تتضمن مجموعة المهارات التحليلية كل القدرات المتخصصة في مجال تحديد وترتيب الأولويات وإجراء المقارنات وملاحظة الفروق والقدرة على التركيز على العوامل المهمة وغيرها. تزداد الحاجة، بشكلٍ خاصّ، على هذه المهارات في مرحلة تحليل أسباب المشكلة من أجل جمع المعلومات وتبويبها وتحليلها. ترتبط، بالمقابل، القدرات الابتكارية بالجانب المبدع والخلاق اللازم من أجل وضع أفكار وتصورات جديدة لفهم المشكلة وحلها. وقد رأينا أنّ هذه المهارات يجب أن تتوافر بدرجةٍ أكبر في مستوى الإدارة العليا.

أسئلة الفصل الخامس:

1. يرى بعضهم إمكانية تقسيم المشكلات التي تواجه المشافي إلى ثلاثة أقسام؛ عدّها وشرحها بإيجاز.
2. قارن بين مزايا كلّ من الأسلوب الفردي والأسلوب الجماعي في حل المشكلات الإدارية في المشافي.
3. عدّد خطوات عملية اتخاذ القرارات الإدارية في المشافي.
4. عدّد وشرح أنواع القرارات الإدارية في المشافي.
5. ما هو التعريف الأكثر ملاءمة للسلطة، وما علاقة السلطة بعملية اتخاذ القرارات الإدارية؟
6. عدّد أنواع السلطات الإدارية وشرح واحدةً منها.

الفصل السادس: اقتصاديات الرعاية الصحية

Chapter 6: Healthcare Economics



الفصل السادس: اقتصاديات الرعاية الصحية

Chapter 6: Healthcare Economics

الأهداف التعليمية:

1. توضيح عملية إنتاج الخدمات الصحية وشرح أداتي تخطيط استخدام الموارد الاقتصادية الأولى هي التحليل الأمثلي وتوابع الإنتاج؛ والثانية هي آلية السوق.
2. مناقشة قضية التأمين الصحي وأهميتها؛ أنواع هذا التأمين والعوامل المؤثرة في قرار شراء التأمين الصحي.
3. شرح مفهوم التسويق الصحي والسمات الخاصة بالخدمات التي تؤثر في هذه العملية ومكونات التخطيط التسويقي.
4. التعرف على مفهوم العلاقات العامة وخصائصها.

6.1 علم الاقتصاد والصحة:

يدرس علم الاقتصاد، بشكل عام، كيفية استخدام الموارد النادرة المتاحة في الدولة من أجل إشباع الحاجات المختلفة والمتنوعة للأفراد الذين يعيشون فيها. يُقصد بمصطلح "الموارد النادرة" أنّ هذه الموارد ليست متوفرة بكميات كافية دائماً وإنما تعاني من ندرة نسبية من جهة ومن جهة ثانية فإنّ الحاجات المختلفة للأفراد في تزايد و تنوع دائمين بفعل التطور والتغير، لذلك يكون من الضروري جداً تخطيط استخدام الموارد وتحديد أولويات الحاجات التي يجب إشباعها. ويمكن حصر هذه الموارد في مجال إنتاج خدمات الرعاية الصحية بما يلي [1]:

- المورد البشري: ويشمل الأطباء - الممرضين - المهندسين - العاملين المساندين - الفنيين والتقنيين - الإداريين - عمال الخدمات المساعدة.

- المباني والأثاث الطبي.
- الأجهزة والأدوات الطبية المعمرة.
- تجهيزات مساندة: تضم الحواسيب الآلية - أجهزة التنظيف - الثلاجات - أجهزة الغسيل... إلخ.
- مستلزمات العلاج الطبي: مثل الأدوية - المعدات - الخيوط - الشاش... إلخ.
- وسائل النقل: سيارات الإسعاف - سيارات النقل للعاملين... إلخ.
- الطاقة: كهرباء - وقود.

يثير التعريف أعلاه لعلم الاقتصاد عدة أسئلة منها (1) كيف يتم ترتيب حاجات الأفراد ورغباتهم ضمن أولويات، ومن يحدد هذه الأهمية، وكيف تُقسم الحاجات إلى قسمين الأول يجب إشباعه وتلبيته، والثاني لا؟ (2) كيف يتم استخدام الموارد الاقتصادية المتاحة وكيف يتم تحديد الكميات المخصصة لإنتاج كل سلعة أو خدمة؟ سنحاول في هذا الفصل الإجابة عن هذين السؤالين وغيرهما ولكن مع تركيز الدراسة والتحليل على قطاع الصحة.

مما لا جدال فيه أنّ الصحة الجيدة تُوضع في رأس أولويات الأفراد والحكومات على حدّ سواء لذلك يتم دائماً تخصيص كمياتٍ من موارد المجتمع للاستثمار في قطاع الصحة من أجل زيادة كمية الخدمات الصحية التي ينتجها المجتمع وتحسين مستوياتها وهذه الخدمات تُعدّ مدخلاً رئيساً من مدخلات الصحة الجيدة.

6. 2: إنتاج الخدمات الصحية Production of Health services:

نبدأ هذه الفقرة بتوضيح مصطلح الصحة الجيدة ونقول إنّها "حالة السلامة البدنية والعقلية التي تُؤهل الفرد لاستخدام قدراته وإمكاناته ومواهبه وخبراته وتؤهله لأداء أدواره في جوانب الحياة المختلفة كالعمل والتسلية وغيرها" و يقابل الصحة الجيدة ما نسميه الصحة السيئة ونقصد بها "حالة تردي مستوى سلامة الفرد سواء البدنية أو العقلية أو

كلاهما مما يمنعه من أداء أيٍّ من وظائفه في الحياة بشكلٍ فاعلٍ". ولا بدّ هنا من توضيح عدة نقاط هامة ترتبط بمصطلح الصحة:

أ. إنّ المحافظة على الصحة الجيدة للأفراد وحمايتهم من الأمراض وتردّي مستواهم الصحي يتطلب إنفاقاً أو استثماراً في الصحة على المستويين الفردي "الفرد أو الأسرة" و الكلي "الدولة" و هذا الإنفاق هو ما يُقصد به تخصيص الموارد لإنتاج خدمات الرعاية الصحية.

ب. الصحة الجيدة ليست سلعة، أو بالمفهوم الاقتصادي المجرد يمكن بيعها وشراؤها كأَيِّ سلعةٍ أخرى، وإنّما يتمّ بيع خدمات الرعاية الصحية وشراؤها ولهذا نلاحظ أنّه مع تحسّن المستوى المادي للأفراد يصبح بمقدورهم شراء كميات أكبر ونوعيات أفضل من خدمات الرعاية الصحية " استثمار أكبر في الصحة" فتتحسّن مستويات الصحة لديهم مقارنةً مع الفقراء [42].

ج. للصحة الجيدة عدة نتائج وآثار إيجابية (عوامل خارجية إيجابية Positive Externalities) بعضها يعود على الفرد نفسه (يعمل بفعالية أكبر و يحصل على دخل أعلى و يستمتع بوقت فراغه أكثر... الخ) و بعضها على الأفراد الآخرين و المجتمع (الأفراد الأصحاء الذين يعملون بفاعلية و يحصلون على دخل أعلى يدفعون ضرائب و يقلّ اعتمادهم على الإعانات الحكومية؛ الأطفال الأصحاء يتغيّبون بشكل أقل بكثير عن مدارسهم مقارنة بالأطفال غير الأصحاء مما يرفع من كفاءة النظام التعليمي)؛ كذلك للصحة السيئة نتائج و آثار سلبية (عوامل خارجية سلبية Negative Externalities) يعود بعضها على الفرد نفسه (التغيب عن الدراسة أو العمل - خسارة جزء من الدخل - المعاناة والألم وغيرها) وبعضها على الأفراد الآخرين و المجتمع (انتقال العدوى - تحويل جزء من دخل الأسرة من أجل التداوي والعلاج).

د. يوجد اتجاهان في تحديد المنتج النهائي لعملية الإنتاج في مجال الرعاية الصحية؛ يرى أصحاب الاتجاه الأول أنّ المنتج النهائي هو مجموع خدمات الرعاية الصحية المنتجة خلال فترة زمنية محددة سنة مثلاً (تطور عدد الأطباء و الممرضين؛ تطور أعداد المشافي والمراكز

الصحية؛ حملات اللقاح الوطنية و غيرها)؛ بالمقابل يرى مؤيدو الاتجاه الثاني أنّ المنتج النهائي هو الصحة الجيدة للأفراد والتي يمكن قياسها بعدة مقاييس مثل متوسط عمر الفرد عند الولادة؛ معدلات الوفيات الكلية ولفئات العمرية المختلفة؛ معدلات الإصابة بالأمراض المختلفة وغيرها. نتبنى في هذا الكتاب وجهة نظر الفريق الثاني ونرى أنّها الأكثر دقة.

بشكلٍ عامّ يستخدم الاقتصاديون أداتين في تخطيط استخدام الموارد الاقتصادية هما التحليل الأمثلي و التحليل التوازني.

6. 2. 1 التحليل الأمثلي وتوابع الإنتاج (Optimal analysis and production functions):

يتمّ وفق طريقة الأمثلية تحديد الكمية المستخدمة من أي مورد عند المستوى الأمثل وهو المستوى الذي يحقق أقل تكلفة ممكنة ويحدث ذلك عند تساوي تكلفة الوحدة الواحدة من المورد مع ناتجه الحدي، ويُقصد بالناتج الحدي كمية الإنتاج الذي تنتجه الوحدة الأخيرة من المورد المستخدم في العملية الإنتاجية. تُحقق المنظمة عند المستوى الأمثل أكبر عائدٍ ماديّ من استخدام المورد وليس من مصلحتها الابتعاد عن هذا المستوى؛ فإذا اختارت كميةً تقلّ عن الكمية المثلى فإنّها تضع فرص ربح ممكنة، أمّا إذا اختارت كميةً أكبر من المستوى الأمثل فإنّها تدخل في مرحلة الخسارة حيث كلّ وحدة إضافية من المورد تكلف المنظمة أكثر من العائد الذي تحقّقه. يستخدم الاقتصاديون لتحديد المستويات المثلى والكميات الموافقة لها من عناصر الإنتاج المختلفة ما يُسمى بتوابع الإنتاج (Production Function) فإذا افترضنا مثلاً أنّ H تمثل مخرج الصحة وأنّه لإنتاج هذه السلعة أو الخدمة يتمّ استخدام موردين X المورد البشري و Y المورد المادي مثل الأبنية والآلات والتجهيزات الطبية يكون تابع الإنتاج $H = f(X, Y)$. يتم حساب الناتج الحدي لكلّ من الموارد المستخدمة في عملية الإنتاج بحساب مشتق تابع الإنتاج

بالنسبة لذلك المورد والذي يجب أن يساوي في الوضع الأمثل تكلفة الوحدة الواحدة من ذلك المورد كما ذكرنا سابقاً.

يمكن النظر إلى تابع إنتاج الصحة من منظور آخر حيث تكون H تمثل مخرج الصحة وأنه يساهم في إنتاج هذه السلعة أو الخدمة عدة برامج صحية مثل برنامج رعاية الأمومة والطفولة X وبرنامج رعاية المسنين Y ويكون تابع الإنتاج $H = f(X, Y)$ ؛ وبشكل مماثل تُحسب النواتج الحدية لكلٍّ من البرامج المختلفة التي تُساهم في عملية الإنتاج ويمكن عندها اختيار البرنامج الذي يساهم بشكل أكبر في تحسين المستوى الصحي وهو البرنامج ذو الناتج الحدي الأكبر.

لكن تواجه طريقة تخصيص الموارد في مجال الرعاية الصحية وفق أداة التحليل الحدي مشكلة عدم توفر المعلومات الكافية عن الآثار الحدية للبرامج الصحية المختلفة وكذلك صعوبة قياسها بشكل عملي مما أثر سلباً في الدراسات العملية في هذا المجال ويجعل هذا الموضوع مجالاً هاماً للدراسة والبحث المستقبلي [24].

6. 2. 2 آلية السوق Market Mechanism:

تُعَدُّ آلية السوق "العرض والطلب" من أكثر أدوات التحليل الاقتصادي استخداماً لدراسة الكميات المنتجة أو المطلوبة من سلعة أو خدمة ما وسعر هذه السلعة والتغيرات التي تحدث سواء على الكمية أو السعر. ولتوضيح هذه الآلية لا بدّ من تعريف كل من العرض والطلب والوضع التوازني.

- ❖ **العرض:** مجموع الكميات التي يستطيع المنتجون إنتاجها وبيعها في السوق من سلعة أو خدمة ما عند مستويات سعر مختلفة خلال فترة زمنية محددة.
- ❖ **الطلب:** مجموع الكميات التي يستطيع المستهلكون شراءها من سلعة أو خدمة ما عند مستويات سعر مختلفة خلال فترة زمنية محددة.

❖ **توازن السوق:** الحالة أو مستوى السعر الذي تتساوى فيه الكمية المعروضة مع الكمية المطلوبة من السلعة أو الخدمة.

نحتاج لتوضيح هذه المفاهيم أكثر إلى مناقشتها في إطار الرعاية الصحية وليس فقط الإطار الاقتصادي المجرد، ولهذا نورد الملاحظات التالية:

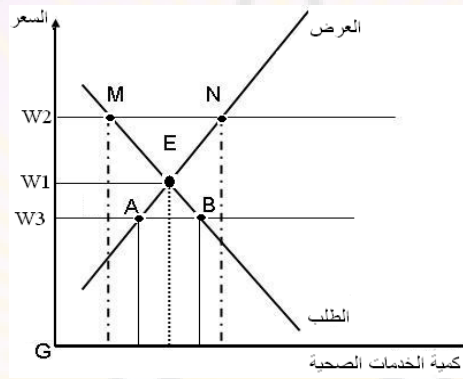
أ. تُطلب خدمات الرعاية الصحية من قبل الأطباء بالنيابة عن المستهلكين "المرضى" فالمرضى يراجع طبيبه الذي قد ينصحه بالراحة فقط وتناول بعض المشروبات، أو قد يصف بعض الأدوية، أو قد يطلب منه إجراء بعض التحاليل الطبية و\أو الصور الشعاعية وغيرها، أو قد يتم قبوله في المستشفى لإجراء عمل جراحي أو غيره. بالحصلة من يطلب الخدمات الصحية ويُحدد أنواعها وكمياتها؟ إنه الطبيب بالنيابة عن المريض.

ب. يعتمد الطلب على الخدمات الصحية، بشكل أكبر، على أساس الحاجة (-Needs Based Demand) أكثر من السعر ودخل المريض أي قدرته على الدفع. هذا لا يعني أنّ السعر لا يؤثر في الكمية المطلوبة من الخدمات الصحية ولا يُقلل من أهمية السعر كعاملٍ مُحدد لهذه الكمية. وبالفعل في جوانب مختلفة من الطلب على الخدمات الصحية يكون تأثير السعر واضحاً [42].

ج. يُعدّ الطلب على الخدمات الصحية طلباً مُشتقاً وليس طلباً نهائياً¹⁷. ويُقصد بذلك أنّ الطلب على هذه الخدمات ليس من أجلها بذاتها وإنما من أجل تحسين الصحة. مثلاً لا نتوقع من أيّ شخصٍ جيد الصحة أن يقوم بإجراء تصوير شعاعي أو تحليل طبي ما لمجرد أنّ تكاليفها منخفضة أو أنّ أحد المشافي يُقدّمها مجاناً ولكنّ شخصاً مريضاً سيشتري هذه الخدمات كي تُساعده في تحسين مستوى صحته.

¹⁷ الطلب النهائي: هو الطلب على السلعة بحد ذاتها و يُؤدّي إلى فوائدها تدريجياً مثل شراء أي سلعة غذائية أو أدوات منزلية وكذلك مثل الطلب على الصحة الجيدة. أمّا الطلب المشتق فهو الطلب على سلعة أو خدمة ما من أجل إنتاج سلعة أو خدمة أخرى مثل الطلب على المرضى والأطباء من أجل إنتاج الخدمات الصحية.

د. يُمكن تقسيم العرض من الخدمات الصحية من حيث علاقته بالسعر إلى قسمين: خاص وعام. ترتبط الكميات المعروضة من الخدمات الصحية في القطاع الخاص بعلاقة قوية و مباشرة بالسعر السوقي لهذه الخدمات، ومؤسسات القطاع الخاص عادةً لا تقدم هذه الخدمات لمن لا يستطيع دفع كامل تكاليفها. أمّا في القطاع العام فلا نلاحظ هذه الارتباط بين عرض الخدمات الصحية والسعر وفي جميع دول العالم كما في سورية تُقدّم هذه الخدمات مدعومة إما كلياً أو جزئياً. ويمكننا الآن شرح آلية السوق بالاستعانة بالشكل (1.6).



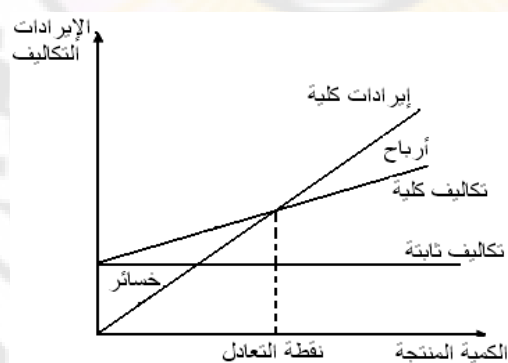
الشكل (1.6): آلية السوق

يُمثّل السعر على المحور العمودي تكلفة الوحدة الواحدة من الخدمات الصحية أو المقابل المادي للحصول على هذه الخدمات والكمية من هذه الخدمات على المحور الأفقي. يكون منحنى العرض موجب الميل "ينتقل من يسار وأسفل الشكل نحو اليمين والأعلى" بالمقابل يكون ميل منحنى الطلب سالباً. يمكن تفسير الميل لكل من منحنى العرض والطلب من خلال الدور الثنائي للسعر فبالنسبة للمنتج كلما كان السعر أعلى ازداد إيراده وربحه وبالتالي يزيد الكميات التي ينتجها. أي توجد علاقة طردية بين السعر والكمية المعروضة، وبالتالي يكون ميل منحنى العرض موجباً. بالمقابل يُمثّل السعر بالنسبة للمشتري

تكلفة الشراء. وهذا يعني أنه كلما ارتفع السعر ازدادت تكلفة الشراء وبالتالي يطلب المشتري كمية أقل، أي تكون العلاقة عكسية بين ميل الكمية المطلوبة وبين السعر ولذلك ميل هذا المنحني سالب.

يحدث التوازن في السوق عند مستوى السعر الذي تتساوى عنده الكمية المعروضة مع الكمية المطلوبة (W1). أما إذا انحرف السعر عن المستوى التوازني ارتفاعاً أو انخفاضاً فسيحدث فجوة في السوق. وسبب ذلك الأثر المتعاكس للسعر على الكمية المعروضة والكمية المطلوبة. بافتراض ارتفاع السعر إلى (W2) فإنّ هذا الارتفاع سيزيد من دخل المنتجين وأرباحهم وبالتالي تزداد الكمية المعروضة إلى (GN). بالمقابل تزداد تكاليف الشراء على الأفراد فتتخفض الكمية المطلوبة إلى (GM). ويحدث العكس تماماً في حال انخفض السعر عن المستوى التوازني إلى (W3).

توضّح آلية السوق كيفية تشكّل سعر المنتج أو الخدمة الطبية في السوق على أساس تفاعل العرض والطلب والمنافسة بين المنتجين وكذلك بين المستهلكين "المرضى". لكن توجد استراتيجيات أو طرق أخرى للتسعير منها التسعير على أساس الكلفة، والتسعير على أساس نقطة التعادل كما في الشكل (2.6).



الشكل (2.6): التسعير وفق نقطة التعادل

يبدأ تسعير الخدمة الصحية على أساس التكلفة بحساب مجموع التكاليف "الإنتاج والتسويق الكلية" ومن ثمّ يُضاف إليها هامش ربح تُحدّده إدارة المشفى فنحصل على السعر المطلوب مقابل هذه الخدمة.

ترتكز طريقة التسعير على أساس نقطة التعادل على حساب الإيرادات والتكاليف الكلية التي تُحقّقها المشفى وحساب كمية الإنتاج التي تتساوى عندها هذه الإيرادات مع التكاليف وتُسمّى هذه الكمية بنقطة التعادل أي التي لا تُحقّق خسارة أو ربحاً للمشفى، كما يُبيّن الشكل (6. 2). وتُحسب نقطة التعادل كما يلي:

$$\text{نقطة التعادل} = \frac{\text{التكاليف الثابتة للمشفى}}{\text{سعر الوحدة} - \text{التكاليف المتغيرة بالوحدة}}$$

مثال عملي:

تبلغ التكاليف الثابتة الشهرية في أحد المشافي 1 مليون ل.س كما تبلغ التكاليف المتغيرة للمريض الواحد 200 ل.س. ما هي نقطة التعادل إذا علمت أنّ تكلفة المراجعة للمريض الواحد 400 ل.س؟
 بالتعويض بقانون نقطة التعادل نجد:

$$\text{نقطة التعادل} = \frac{1.000.000}{200 - 400} = 5000 \text{ مراجعة شهرياً}$$

6. 3 تمويل المشافي ومؤسسات الرعاية الطبية Healthcare institutions and Hospital Funding:

تتحمل المؤسسات المختلفة التي تعمل في مجال إنتاج الخدمات الطبية مجموعة كبيرة من التكاليف من أجل تقديم هذه الخدمات بالكميات والنوعيات التي يطلبها الأفراد وتشمل هذه التكاليف المدفوعات لقاء خدمات العنصر البشري من أطباء وممرضين وفنيين وغيرهم وكذلك المدفوعات الاستثمارية للأبنية وشراء الآلات والتجهيزات والأجهزة الطبية وكذلك المدفوعات لأثمان المواد المستهلة مثل الأدوية والمصنوعات والمعدات وغيرها. لذلك بدون توفر مصادر تمويل تؤمن هذه المؤسسات من خلالها الأموال اللازمة لتغطية هذه التكاليف وتحقيق حجم معين من الأرباح وكذلك بدون إدارة فعالة وقادرة لهذه الموارد المالية فإن هذه المؤسسات تصبح غير قادرة على العمل والاستمرار.

يمكننا تقسيم هذه المؤسسات وفق معيار مصادر التمويل إلى ثلاث مجموعات كما يلي:

أ. **المرضى وطالبي الخدمات الطبية Out-of-Pocket:** وهي المصدر الرئيسي للتمويل في أغلب المؤسسات الخاصة حيث يدفع الفرد المتلقي للخدمة الطبية تكلفة الحصول عليها مباشرة إلى الجهة المقدمة لها "طبيب خاص، مشفى، مخبر طبي، صيدلية ... إلخ".

ب. **الجهة الحكومية المختصة Public Funding:** مثل وزارة الصحة وغيرها؛ حيث يتم سنوياً تخصيص جزء من الإنفاق الحكومي لأغراض الصحة، ويمثل هذا المصدر المورد الرئيسي للأموال في مؤسسات الرعاية الطبية العامة مثل المشافي والمخابر العامة وفي بعض الدول تتحمل المؤسسات الحكومية المختصة جزءاً من تكاليف مؤسسات الخدمات الطبية الخاصة.

لا بدّ هنا من توضيح نقطة هامة وهي أنّ المصدر الرئيس لدخل الدولة هي الضرائب التي تُفرض على الأفراد لأسبابٍ مختلفة. وهذا يعني بالمحصلة أنّ من يتحمل أعباء الإنفاق الحكومي على الصحة هم الأفراد أنفسهم عبر اشتراكاتهم الضريبية ولكن بشكلٍ غير مباشرٍ وبدرجاتٍ تختلف من فردٍ لآخر.

ج. الدفع عن طريق طرف ثالث **Third-Party**: مثل مؤسسات التأمين والضمان الصحي والجمعيات الخيرية وغيرها والتي تتحمّل نسبةً من تكاليف الخدمات الطبية بالنيابة عن الفرد في حال اشتراكه في هذه المؤسسات. نشير هنا إلى حدوث تطورٍ كبيرٍ على مستوى العالم في برامج وسياسات التأمين الصحي كما سنناقش لاحقاً في هذا الفصل [41].

كما في كلّ دول العالم يتمّ في سورية تمويل مؤسسات المشافي وغيرها من مؤسسات الرعاية الطبية بمزيجٍ من الطرق الثلاثة المذكورة أعلاه؛ إذ تقوم الحكومة السورية بتقديم الخدمات الطبية المدعومة للمواطنين ليس فقط من خلال وزارة الصحة المزود الرئيسي بهذه الخدمات، وإنّما عبر وزاراتٍ أخرى أيضاً مثل التعليم العالي والدفاع والشرطة. كذلك فقد تطورت خلال السنوات العشر الأخيرة مؤسسات التأمين ولاسيما التأمين الصحي وازدادت مساهمة الشركات الخاصة في هذا المجال. أخيراً يوجد العديد من المواطنين غير المتعاقدين مع شركات التأمين والذين يقومون بتمويل مشترياتهم من الخدمات الطبية من دخلهم الخاص.

تحتل قضية تمويل خدمات الرعاية الطبية بجدلٍ ونقاشٍ متعاضمين لاسيما في الدول المتقدمة ويرتكز هذا الجدل حول أفضل الخيارات الممكنة أو المزيج من هذه الخيارات لتأمين الموارد والإيرادات المالية التي يحتاجها قطاع الصحة [50].

6. 4 التأمين الصحي Health Insurance:

يؤدي التأمين بشكل عام وظيفة مهمة اقتصادياً واجتماعياً ومن الأفضل قبل البحث في هذا الموضوع توضيح الفكرة الأساسية التي يستند إليها مفهوم التأمين. من حيث المبدأ في مجال الاقتصاد والمجالات الأخرى أيضاً يستخدم الأفراد المعلومات المتاحة لهم من أجل اتخاذ قرارات مختلفة لاستخدام موارد متاحة لهم من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف المنسجمة فيما بينها والتي تُحقق المنافع لهؤلاء الأفراد أصحاب القرارات. أي توجد فترة زمنية فاصلة بين لحظة أخذ القرار وبين لحظة الوصول إلى الأهداف والنتائج تكبر هذه الفترة وتتغير من مجال لآخر وخلال هذه الفترة تحدث تغييرات عديدة تؤثر بدرجات متفاوتة في احتمال تحقيق الأهداف. وتظهر من هنا أهمية التأمين ضد الأمور والحوادث غير المتوقعة والتي قد تكون مكلفة جداً وبأشكال مختلفة.

يؤدي التأمين الصحي وظيفة هامة من هذا المنظور، إذ يصعب على أي فرد التنبؤ بوقت المرض أو حدوث الإصابة التي تمنع الفرد من العمل والتمتع بوقت التسلية ومتابعة الحياة بشكل طبيعي والتي يترتب عليها خسائر مادية متعددة، أهمها خسارة الدخل العمل خلال فترة المرض. من جهة ثانية فإن تكاليف العلاج المادية قد تكون في بعض الحالات أكبر من دخل الفرد الذي لا يستطيع تحملها ويضاف لما تقدم أن الصحة السيئة (المرض) يمكن أن يترتب عليها مضاعفات خطيرة قد تصل إلى الوفاة. كل العوامل المذكورة أعلاه تدفع الأفراد للمفاضلة والاختيار بين خيارين هما:

❖ مواجهة خطر احتمال المرض والإصابة بشراء تأمين صحي يُمكنه من دفع تكاليف الخدمات الصحية التي قد يحتاجها وذلك مقابل سعر أو مبلغ معين يُمثل تكلفة التأمين.

❖ عدم شراء التأمين الصحي وتوفير تكاليفه مقابل أن يتحمل وحده تكاليف الخدمات الطبية التي قد يحتاجها في حال المرض والإصابة.

بشكلٍ عامٍّ يتأثر قرار الأفراد في شراء أو عدم شراء التأمين الصحي بعوامل أهمها:
أ. احتمال الإصابة والمرض: كلما كان هذا الاحتمال أكبر كان ذلك محفزاً للأفراد على شراء التأمين الصحي.

ب. تكاليف العلاج والتداوي: كلما كانت تكاليف العلاج في البلد أكبر ازداد الحافز عند الأفراد على شراء التأمين الصحي. وبالمقابل إذا كانت الخدمات الصحية في البلد مدعومة من قبل الدولة أو مجانية فيضعف دور هذا العامل.

ج. مستوى الدخل: يؤثر هذا العامل بشكل موجب ومزدوج في طلب الأفراد على التأمين؛ فكلما ارتفع دخل الفرد (1) ازدادت قدرته المالية على شراء التأمين وبالتالي يزداد الطلب عليه "أثر الدخل" و (2) ازدادت خسارة الفرد في حال توقفه عن العمل، وبالتالي يزداد طلبه على التأمين. يمكننا شرح هذا العامل بمثال؛ ولنفترض موظفان في شركة خاصة، الأول موظف عادي ودخله الشهري 15 ألف ليرة شهرياً، والثاني مهندس مختص بدخل شهري 35 ألف ليرة شهرياً. وفق معيار الدخل الشخص الثاني أقدر مالياً على شراء التأمين من الشخص الأول. لنفترض أنّ كلا الشخصين غير مؤمنين صحياً وتوقفاً عن العمل بسبب الإصابة لمدة شهرٍ نلاحظ أنّ الخسارة الشهرية هي 30 ألف للمهندس و 15 ألف للموظف وهي تُعادل الضعف تماماً. ولهذا الحافز عند المهندس أكبر من الموظف على شراء التأمين.

د. مستوى كره المخاطرة **Risk Aversion**: يختلف مستوى استعداد وقبول الأفراد من حيث كره المخاطرة وهنا كلما كان الفرد يكره المخاطرة "في حالتنا هنا المخاطرة بصحته" كان احتمال شرائه للتأمين الصحي أكبر.

هـ. تكلفة أو سعر التأمين: يشتري المؤمن خدمة التأمين من شركة التأمين، ومثل أيّ سلعة أو خدمة أخرى، كلما ارتفع سعر الخدمة انخفض الطلب عليها.
للتأمين الصحي أنواع كثيرة تُبيّن فيما يلي أهم هذه الأنواع:

1. التأمين القابل للحسم: وفق هذا التأمين يدفع المؤمن مبلغاً ثابتاً من الوحدات النقدية من تكلفة الخدمة، وتكفل شركة التأمين بدفع المبلغ المتبقي ضمن سقف معين.
2. التأمين المشترك: يدفع المؤمن هنا نسبةً من تكلفة الخدمة مثلاً 10% و تدفع شركة التأمين النسبة المتبقية ضمن سقفٍ محددٍ.
3. الحدود والتغطية القصوى: تلتزم شركة التأمين وفق هذا النوع بدفع حدٍّ أو سقفٍ من تكلفة الخدمة وعلى المؤمن دفع الجزء المتبقي.
4. التعويض المباشر مقابل منافع الخدمة: صيغة تأمين تلتزم وفقها شركة التأمين بدفع كل تكاليف المشفى لفترة محددة من الزمن وضمن سقف يتفق عليه.

يُثير موضوع التأمين الصحي جدلاً كبيراً بين المختصين في اقتصاديات الصحة وغيرهم من أصحاب العلاقة بهذا الموضوع ويتركز هذا الجدل على عدّة نقاطٍ مهمةٍ لعلّ أبرزها تأثيره في كفاءة استخدام الخدمات الطبية. ويجادل بعضهم مثلاً بأنّ المشافي تحاول الحصول على إيرادات أكبر من خلال دفع الأطباء إلى تقديم خدمات لا يحتاجها المريض مثل بعض التحاليل أو الصور أو الفحوص والعمليات غير الضرورية وغيرها. كذلك قد يقوم الأفراد بمراجعة الأطباء حتى في الحالات التي لا تحتاج لذلك وسبب ذلك عدم المحاكمة الاقتصادية للتكلفة مقابل الخدمة كون من يدفع شركة التأمين وليس هو. نتيجة الحالات السابقة وغيرها تقوم شركات التأمين عادةً بإجراءات مختلفة للحدّ منها، فمثلاً تُعيّن بعض هذه الشركات طبيباً مقيماً في المشفى يقوم بتقييم طلب إجراء أيّ خدمة طبية للمريض وقد يتم الاستعاضة عنه بطلب الحصول على موافقة طبيب المنظمة الموجود في مقرّ شركة التأمين على أيّ خدمة قبل الموافقة على تحمل تكاليفها. تُؤدّي هذه الإجراءات إلى تحميل شركات التأمين نفقاتٍ إضافية تدفع من جديد بتكلفة التأمين نحو الأعلى.

لكن بالرغم مما سبق يُجادل الكثيرون بأنّ الفوائد المترتبة على التأمين الصحي سواء على الفرد أو المجتمع أكبر بكثير من هذه السلبيات التي يمكن تلافيها أو التقليل من آثارها بعدة إجراءات.

6. 5 التسويق الصحي Healthcare Marketing:

تُنتج السلع والخدمات بهدف إشباع حاجات أفراد المجتمع وتلبية رغباتهم، ويُعد حجم الإنتاج الوطني والفردى من المقاييس المهمة في علم الاقتصاد لقياس قوة الاقتصاد، كما أنّ معدّل نمو هذا الإنتاج من أهم مقاييس التطور الاقتصادي. لكن، استخدام هذا الإنتاج في إشباع حاجات الأفراد ورغباتهم يتطلب القيام بمجموعة من الأنشطة وتنفيذ برامج تُمكن مؤسسات الإنتاج من توصيل منتجاتها إلى الأسواق المختلفة، ومن ثم إقناع الزبائن بشرائها، وهذا ما يُسمّى بعملية التسويق.

يمكننا تعريف التسويق بأنّه "مجموعة الأنشطة والوظائف المتكاملة المترابطة مع بعضها البعض والتي تعمل في مجموعها إلى تحقيق تسهيل تدفق السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك بالشكل الذي يُرضي المستهلك ويشبع رغباته وحاجاته ويحقق له المنافع الاقتصادية والاجتماعية وفي الوقت ذاته يحقق الفائدة والربح للمنظمة التي تعمل على تلبية تلك الرغبات للمستهلك مما يسمح لها بالاستمرار والبقاء في سوقٍ تنافسيةٍ سيدها وقائدها المستهلك" [20]. يُعرّف التسويق أيضاً بأنّه "نظامٌ من الأنشطة التي تجمع بين المنتج والمكان والسعر والترويج من أجل تحقيق توزيع مناسب للسلع والخدمات على المجتمع المقصود" [41].

السؤال المهمُّ في مجال الرعاية الصحية هو هل تحتاج مؤسسات الرعاية الصحية إلى تسويق خدماتها طالما أنّ جميع الأفراد في المجتمع بحاجة لهذه الخدمات؟
تجنبت المشافي وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية تقليدياً وتاريخياً عملية تسويق خدماتها والدخول في منافسةٍ سعيّة في السوق وحملات الإعلان والترويج. لكن ولعوامل

مختلفة تقوم معظم مؤسسات الرعاية الصحية بما فيها المشافي بأنشطة مختلفة لتسويق خدماتها والمحافظة على ولاء أو زيادة حصتها من سوق الخدمات الصحية. تشمل هذه الأنشطة دراسة وتحليل ثلاثة أطراف لها علاقة بالخدمة الصحية تشمل المشفى والمشافي المنافسة والمجتمع المستهدف الذي يشمل المرضى والأطباء وشركات التأمين. وبالتالي يجب على عمليات التسويق في المشافي دراسة حاجات كل من الأطباء والأفراد وتحديد ما ومن ثم تطوير استراتيجيات لإشباع هذه الحاجات بالحجم والنوع المطلوب. لا بد، من أجل فهم تسويق الخدمات الصحية، من التعرف على أهم السمات الخاصة بالخدمات بشكل عام والتي تؤثر في عملية تسويقها [3, 18, 41]:

أولاً: عدم القابلية للتخزين:

ليس للخدمات بشكل عام مثل الخدمات الصحية وجود مادي ملموس فهي لا تتجسد في كتلة أو حجم أو ما شابه ذلك، وبالتالي لا يمكن الاحتفاظ بها لفترات قادمة بعكس السلع ذات الوجود المادي مثل المنزل والسيارة والآلة والأغذية وغيرها. تؤثر هذه الخاصية على كل من منتج الخدمة ومستهلكها على حد سواء، إذ لا يمكن للمنتج الذي يتوقع ارتفاع الطلب في خدمته زيادة الإنتاج الحالي وتخزينه لمواجهة ارتفاع الطلب المستقبلي. كذلك المستهلك لا يمكنه مواجهة مخاطر التغيرات المستقبلية في إنتاج الخدمات عن طريق ادخار بعضها لوقت الحاجة. بالتحصل، ينتج عن خاصية عدم القابلية للتخزين تلازم عملية إنتاج واستهلاك الخدمات.

ثانياً: الخدمات غير ملموسة:

لا يستطيع الأفراد سواء المنتجين أو المستهلكين للخدمات معاينة هذه الخدمات بالحواس البشرية فهي لا تُرى ولا يمكن تحسسها لأنها لا وجود مادي لها. لكن قد يشعر الفرد بأثر الخدمة مثل الصحة الجيدة بعد المرض ونظافة الثياب بعد تنظيفها وكيها... إلخ. ويترتب على هذه الخاصية نتيجة هامة وهي عدم القدرة على تملك الخدمات.

ثالثاً: ارتباط الخدمات بشخصيات منتجها ومستهلكيها:

ترتبط هذه الخاصية بالخاصية السابقة أي لامللموسية الخدمات وتعني عدم قدرة المستهلك على تحديد جودة الخدمة، أي منفعتها أو الفائدة التي يحصل عليها من الخدمة إلا بعد الحصول عليها، وبالتالي لا يمكنه من المفاضلة بين مقدمي هذه الخدمات. لذلك يلجأ المستهلكون إلى أساليب عديدة لتحقيق هذا الهدف ومنها الاستفسار من أشخاص آخرين حصلوا على الخدمة نفسها من شخصٍ معيّنٍ مثل سؤال الأهل والأصدقاء عن مشفى ما أو طبيب مختص أو دار أشعة أو مخبر تحاليل وغيره. ولهذا من الطبيعي أن نجد في سوق الخدمات الطبية شخصاً يمتدح ويشي على طبيب أو مشفى، بينما يَدّم شخصٌ آخر المشفى نفسه أو الطبيب نفسه.

رابعاً: عدم تجانس العرض:

تنتج هذه الخاصية وترتبط بسابقتها، وتعني أنّ الخدمة نفسها تختلف من مُقدّمٍ إلى مُقدّمٍ آخر لها، مثلاً يمكن لمريض قلبية أن يلاحظ اختلافاً كبيراً في الخدمة التي يحصل عليها من زيارة طبيبي قلبية مختلفين وكثيراً ما يشعر مريض ما بعدم فاعلية زيارته لطبيب مختصّ بينما يلاحظ تحسناً واضحاً بعد زيارة طبيب آخر. ينطبق الأمر نفسه على المشافي وغيرها من مقدمي الخدمات الطبية مثل المخابر ودور الأشعة.

خامساً: موسمية الطلب على الخدمات:

يعني ذلك اختلاف الطلب على الخدمات من فترة زمنية إلى أخرى خلال العام، مثلاً يزداد الطلب على الخدمات الطبية في بداية فصل الشتاء مقارنةً بالصيف، وفي فترة افتتاح المدارس مقارنةً بالفترات الأخرى.

6. 5. 1 التخطيط التسويقي في المؤسسات الصحية:

تُعَدُّ الخدمات الصحية التي تُقدّمها مؤسسات الرعاية الصحية خدماتٍ أساسيةً يحتاج إليها كلُّ الأفراد في المجتمع، بغض النظر عن عمرهم أو جنسهم أو عملهم أو مكان

سكنهم أو مستوى دخلهم ... إلخ. لكن وبالرغم مما سبق وبالرغم من أنّ مؤسسات الرعاية الصحية سابقاً لم تقم بأنشطة تسويق أو دعاية أو إعلان - كما ذكرنا أعلاه - إلا أنّ العديد من التطورات الداخلية "في المشفى" والخارجية "في البيئة المحيطة بالمشفى" قد أدت إلى تزايد أنشطة التسويق الصحي الذي تقوم به هذه المؤسسات. يُعرّف التخطيط التسويقي بأنه "عملية دراسة الفرص التسويقية الممكنة، ومن ثمّ تحديد التصرفات اللازمة والمواد الضرورية لاستغلال هذه الفرص بما يمكن من تحقيق الأهداف المرغوبة، ويقسم إلى نوعين تشغيلي (Operational) يتعلّق بالأعمال اليومية والأنشطة الحالية واستراتيجي (Strategic) يتعلّق بالأعمال طويلة الأمد" [14].

حالياً، توجد في كلّ مشفى إدارةٌ خاصةٌ بالتسويق الصحي تتحمل مسؤولية القيام بأنشطة الدعاية والإعلان والترويج تسعى لتحقيق العديد من الأهداف والتي يمكن تلخيصها في الشكل (3.6) [3، 7، 41]:



الشكل (3.6): أهداف إدارة التسويق الصحي

يتكون التخطيط التسويقي في المشافي من العناصر التالية [41]:

◆ تحديد الوضع الحالي للمشفى (أعداد المرضى في العيادات الخارجية والأقسام الداخلية، الحالة المالية، المنافسة... إلخ).

◆ تحديد أهداف المشفى والتأكد من توافقها مع رسالته.

◆ صياغة الخطط الاستراتيجية والبرامج التنفيذية لتحقيق الخطط مع الاحتياط للمفاجآت وأساليب تقويم الأداء.

◆ الرقابة على الخطة.

تقوم إدارة التسويق الصحي من أجل تحقيق الأهداف المذكورة أعلاه بالعديد من الأنشطة المهمة والتي يمكن تلخيصها فيما يلي [3, 7]:

1. دراسة البيئة الخارجية وتحليلها، وتقييم التغيرات والتطورات الحاصلة فيها بالوقت المناسب وفهمها.

2. دراسة مجموعات الزبائن "المرضى" المستهدفين وتوضيح الموقف التنافسي للمشفى وتقديم الاقتراحات المناسبة من أجل تحسين هذا الموقف وتقويتها.

3. المساهمة في تقديم الاقتراحات حول مزيج الخدمات الأفضل الذي يجب على المشفى تقديمه.

4. إجراء أبحاث التسويق من أجل تحديد الاحتياجات المطلوبة في السوق.

5. وضع وإدارة نظام التغذية الراجعة و الرقابة الفاعلة التي تُساهم في دراسة مستويات الأداء في المشفى وتقييمه وتحسينه.

تواجه إدارة التسويق الصحي خلال تنفيذ المهام الخاصة بها من أجل تحقيق أهدافها العديد من الصعوبات التي يجب حلّها من أجل ضمان تحقيق تلك الأهداف والتقليل من المخاطر التي يواجهها المشفى وأهم هذه الصعوبات [3, 7, 41]:

- ❖ قصور برامج التسويق الصحي بسبب عدم اعتمادها على نتائج عمليات تخطيط تسويقي متكاملة ومدرسة من قبل مخططين أخصائيين من ذوي الخبرة العالية.
- ❖ تنفيذ برامج التسويق الصحي بواسطة عناصر بشرية لا تمتلك مستويات كافية من الخبرة و/أو التدريب و/أو المعرفة بمختلف الأنشطة التسويقية.
- ❖ عدم تقديم الدعم الكافي واللازم لأنشطة المشفى التسويقية من قبل المستويات الإدارية المختلفة.
- ❖ عدم وضع التسويق في المنظور الاستراتيجي الصحيح والاعتماد عليه في حال الحاجة لحل مشاكل ظرفية في المدى القصير.
- ❖ عدم وضوح الرؤية الكلية للتسويق كونه مسؤولية كل العاملين في المشفى أو مؤسسات الرعاية الصحية والنظر إليه وكأنه مسؤولية إدارة التسويق وحدها.

6. 5. 2 العلاقات العامة في المشافي Public Relations in Hospitals:

بشكل عام، ظهر مفهوم العلاقات العامة وتطور بشكل مواز لمجموعة من التغيرات الداخلية والخارجية في طبيعة وبيئة عمل المنظمات والمؤسسات المختلفة. كان من هذه العوامل طبيعة العلاقة بين المنظمة (معمل، مشفى، مصرف، جامعة ... إلخ)؛ إذ حدث تغيير هام في هذا المجال من النظرة الضيقة إلى المنظمة كمنتج لسلعة أو خدمة يبيعها في السوق من أجل تحقيق الربح "نظرة تجارية فقط" إلى نظرة أوسع. على أن هذه المنظمة عضو في المجتمع الذي تعمل به وكأي عضو آخر تتأثر أعمالها وقدرتها في البقاء والاستمرار بعلاقاتها والترابطات التي تقيمها في هذا الوسط الاجتماعي الذي تعمل به "نظرة اجتماعية". عامل آخر يمكن الإشارة إليه وهو نمو حجم هذه المؤسسات وانتقالها من خدمة أسواق محلية صغيرة حيث يعرف معظم مرتادو هذه السوق بعضهم إلى العمل على مستويات وطنية وعالمية ودخول هذه المؤسسات في منافسة قوية مع المؤسسات الأخرى. ساهمت هذه العوامل بتزايد أهمية دور ووظيفة العلاقات العامة في تحقيق ارتباط

جيد ودمج قوي للمؤسسة بالوسط الاجتماعي المحيط بها وفي إبراز الدور الاجتماعي لهذه المنظمة كعضوٍ فاعلٍ في هذا الوسط وفي هذا المجال "... ليس بغريب أن نلاحظ الكثير من منظمات الأعمال تصيغ استراتيجيتها انطلاقاً من مسؤوليتها الاجتماعية تُجاه البيئة المحيطة والمتمثلة بأفراد المجتمع." [4] .

نقوم، من أجل توضيح مفهوم العلاقات العامة باستعراض تعريفين لها [4]:
التعريف الأول مقدّم من قبل الجمعية الدولية للعلاقات العامة "وظيفة إدارية ذات طابعٍ مخططٍ ومستمرٍ تهدف من خلاله المنظمات والهيئات العامة والخاصة إلى كسب تعاطفٍ وتأيد أولئك الذين تهتم بهم والحفاظ على ثقتهم عن طريق تقييم الرأي العام المتعلق بها من أجل ربط سياستها وإجراءاتها قدر الإمكان ومن أجل تحقيق تعاونٍ مثمرٍ أكثر ومن أجل مقابلة المصالح العامة بدرجةٍ أكثر كفاءة عن طريق تخطيط المعلومات ونشرها".
أما التعريف الثاني فهو مقدّم من جمعية العلاقات العامة الأمريكية "النشاط الذي تقوم به أية منظمة لإقامة وتدعيم علاقات طيبة ومجزية مع فئات خاصة من الجماهير كالزبائن والمستثمرين والجمهور عامة وذلك بغرض التماسي مع الظروف المحيطة بالمنظمة ولتعريف المجتمع بها". يمكننا من التعريفين أعلاه الإشارة إلى عدّة خصائص هامة تتعلق بالعلاقات العامة:

1. العلاقات العامة نشاطٌ مخططٌ تتمُّ تأديته وفق مجموعة من البرامج المترابطة باستخدام أدواتٍ مختارة بشكلٍ موضوعي.
2. العلاقات العامة نشاطٌ عامٌ في كلّ مؤسسات الأعمال العامة والخاصة ولا يخصُّ مؤسسة دون أخرى مهما اختلفت المؤسسات سواء في الحجم أو طبيعة النشاط ونوعه وغيرها.
3. العلاقات العامة نشاطٌ مستمرٌ وليس مرتبطاً بمرحلة من عمل المنظمة دون أخرى.
4. العلاقات العامة نشاطٌ متخصصٌ تقوم به أقسامٌ خاصةٌ يعمل فيها موظفون متخصصون وفق أصولٍ وقواعدٍ محدّدة.

5. العلاقات العامة نشاطٌ هادفٌ مرتبطٌ بمصالح المنظمة وأهدافها العامة.

يشير كلُّ ما تقدم إلى أهمية العلاقات العامة بالنسبة للمشفى من أجل إقامة العلاقات الجيدة والمحافظة عليها بين المشفى وبين كلِّ من المرضى الحاليين والمحتملين والمؤسسات المانحة والمجتمع بشكلٍ عامٍّ. تتمُّ عادةً إدارة قسم العلاقات العامة في المشفى من قبل شخصٍ ٍ متخصصٍ ٍ مرتبطٍ بإدارة المشفى، لكن يجب أن يعمل هذا القسم بالتعاون مع كلِّ أقسام المشفى المختلفة.

يكون عمل قسم العلاقات العامة في المشفى على مستويين [41]:

المستوى الأول: يُعنى بالعلاقات العامة الداخلية، أي مع الموظفين وأفراد الطاقم الطبي والمرضى وأصدقاء المشفى؛ ويكون العمل على هذا المستوى أسهل و يمكن إنجازه من خلال نشرات أخبار المشفى التي يتمُّ توزيعها بشكلٍ دوري.

المستوى الثاني: يُعنى بالعلاقات العامة الخارجية، أي مع الجمهور الخارجي والذي يمكن أن يشمل المرضى المحتملين والمانحين المحتملين والمجتمع المحيط بالمشفى بشكلٍ عامٍّ. ويتطلَّب العمل على هذا المستوى جهوداً وتنسيقاً وأدوات أكثر وأدق ويمكن أن تشمل:

- كُتَيْب معلومات المريض، والذي يتضمَّن معلومات تخصُّ المرضى الداخليين إلى المشفى حول بيئة المشفى والمسموح والممنوع عمله ومعلومات الزائرين.
- دليل العاملين والموظفين ويحتوي على قواعد العمل في المشفى وحقوق وواجبات الموظفين والمزايا التي يمكنهم الحصول عليها.
- كُتَيْب أو كُرَّاس المنظمة، يمكن توزيعه على مجلس الأمناء وداخل المشفى وكذلك على المتطوعين ويوضَّح تاريخ المشفى ورسالته ورؤيته والقيم الأساسية له.
- التقرير السنوي، والذي يجب إنجازه بدقة وبحرفية عالية ويمكن توزيعه داخل المشفى وخارجها أي على المستويين الداخلي والخارجي.
- موقع على الشبكة العنكبوتية

يؤدي المشفى بشكل عام و عبر قسم العلاقات العامة بشكل خاص مهمة نشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع والتي تُساعد في تعزيز المستوى الصحي العام وذلك من خلال مزيج من برامج التوعية الصحية المختلفة. وبذلك تتضح وتتأكد المسؤولية الاجتماعية للمشفى.



أسئلة الفصل السادس:

1. علل أو فسر الميل السالب لمنحني طلب الخدمات الصحية والميل الموجب لمنحني عرض هذه الخدمات؟
2. ما هي أنواع التأمين الصحي؟ مع الشرح.
3. ما هي العوامل التي تُؤثر في الطلب على التأمين الصحي؟
4. قارن بين مزايا التأمين الصحي وسلبياته.
5. عدّد مع الشرح أهم مميزات الخدمات.
6. علل سبب تباين آراء الأفراد بمقدّمي الخدمات الصحية مثل الطبيب أو المشفى أو غيره (ارتباط الخدمات بمقدّمها وعدم تجانس العرض من الخدمات).
7. اشرح المقصود بالعبارة التالية "تلازم عمليات إنتاج واستهلاك الخدمات".
8. عدّد مع الشرح أهداف إدارة التسويق الصحي.
9. ما هي أهم المهام التي تقوم بها إدارة التسويق الصحي؟
10. ما هي أهم الصعوبات التي تواجه إدارة التسويق الصحي؟
11. ما هي أهم خصائص أنشطة العلاقات العامة؟
12. تحدّث عن مستويات نشاط قسم العلاقات العامة في المشافي.

الفصل السابع: الأبعاد القانونية و الأخلاقية للخدمات الصحية

Chapter 7: Legal and Ethical Aspects of Healthcare Services



الفصل السابع: الأبعاد القانونية و الأخلاقية للخدمات الصحية

Chapter 7: Legal and Ethical Aspects of Healthcare Services

الأهداف التعليمية:

1. شرح الضوابط التي تخضع لها أخلاقيات المهنة في الرعاية الطبية وأهمية هذه الأخلاقيات وطبيعة العلاقة التي تربط بين المريض والطبيب.
2. مناقشة مفهوم الخطأ الطبي والمسؤولية الطبية والعلاقة بينهما والتمييز بين الأنواع المختلفة للمسؤولية الطبية.
3. التعريف بأهم حقوق مريض المشفى وواجباته والمبادئ التي تحكم هذه الحقوق.
4. توضيح واجبات الطبيب تجاه المريض وشرحها.

7.1 أخلاقيات المهنة في الرعاية الصحية:

تخضع عملية إنتاج وتقديم الخدمات الصحية لمجموعة من القواعد و الضوابط التي تُحدّد حقوق وواجبات الأطراف المستفيدة منها. وتتصف هذه الضوابط بشكل عامّ بكونها [41، 34] :

- أ. مؤقتة: حيث تتغير هذه القواعد مع الزمن، كما في مختلف المجالات الأخرى، وذلك بشكل مرتبط مع تطورات الحياة بشكل عامّ ومع التطورات في مجال الطب والصحة.
- ب. ذات بعدٍ محلي في بعض جوانبها: حيث ترتبط بالمجتمع والعلاقات والقيم والمبادئ الاجتماعية والدينية والثقافات وغيرها، التي تحكم سلوك الأفراد في المجتمع (مثلاً قوانين الإجهاض وحرية الفرد في إنهاء حياته... إلخ).
- ج. عالمية في جوانب معينة: حيث تستهدف جميع هذه الأنظمة والقوانين حماية صحة الفرد والمجتمع.

تُقسم مُحددات العمل في المهن الطبية وقواعدها إلى مجموعتين [59]:

الأولى: مجموعة أنظمة المهنة: وهي القوانين والتشريعات الرسمية النازمة لمهنة الطب ومن يمارسها وهي إلزامية لا يمكن مخالفتها ومن لا يتقيد بها يُعدُّ مخالفاً للقانون وتجب محاكمته.

الثانية: مجموعة أخلاقيات مهنة الطب: تُمثّل المبادئ المحددة لكيفية أداء وممارسة الأنشطة الصحية المختلفة. تُبيّن هذه الأخلاق السلوك الجيد والسلوك الأجود وكذلك التصرف المقبول والتصرف الأفضل في الممارسة الطبية.

تُمثّل الأخلاق الطبية جزءاً مهماً من عملية اتخاذ القرار الطبي وبشكلٍ خاصّ في تحديد ما هو صحيح وما هو خاطئ كما تُؤثّر بقوة في ممارسات العاملين في مجال تقديم الخدمات الصحية.

ونظراً لأهمية مهنة الطب من جهةٍ وأهمية الأخلاق الطبية من جهةٍ ثانيةٍ، فقد حظيت هذه الأخلاق بالاهتمام والدراسة منذ القدم. ويُعدُّ في هذا المجال قسّم أبقراط من أولى القيم الأخلاقية النازمة للعلاقة بين المرضى والأطباء وأهمها.

ترى بعض الدراسات الحديثة أنّ العلاقة بين المريض والطبيب يمكن أن تأخذ أحد الأشكال التالية:

(أ) شكل العلاقة الأبوية: حيث يقوم الطبيب باتخاذ القرارات بالنيابة عن المريض لكون الأخير فاقد القدرة على فعل ذلك، كما في حالات الغيبوبة والإغماء والصرع وغيرها من حالات فقدان الوعي.

(ب) شكل علاقة التبعية أو المساعدة: حيث يتشارك كلٌّ من الطبيب والمريض في عملية اتخاذ القرار؛ إذ يساهم المريض بتقديم المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار الصائب عن

آلامه ومعاناته ومظاهرها ويقوم الطبيب بتقييم هذه المعلومات ومقارنتها ودراستها ويتخذ القرار الذي يراه مناسباً.

(ت) شكل علاقة المشاركة (العلاقة التبادلية): هنا لا تقتصر مساهمة المريض بتقديم المعلومات للطبيب، وإنما يشارك أيضاً في اختيار العلاج وغيره.

7. 2 الخطأ الطبي والمسؤولية الطبية (Medical error and medical responsibility):

7. 2. 1 الخطأ الطبي:

يُعدُّ احتمال الوقوع في الخطأ قائماً في كلّ مجالات حياة منظمات الأعمال ومنها المشافي. لكن تتنوع الأسباب المؤدية لحدوث الخطأ؛ فمنها ما يرتبط بالعامل البشري، ومنها ما يتعلق بالخلل الذي يصيب الآلات والمعدات والتجهيزات المستخدمة في العمل. كذلك تختلف درجات المخاطر الناجمة عن حدوث الخطأ، وبما أنّ الخطر المترتب على الخطأ الطبي يُعرّض صحة الأفراد وحياتهم وهي أعز ما يملكون للأذى، لهذا يمكننا القول إنّ الخطأ الطبي من أخطر هذه الأنواع على الإطلاق.

ووفقاً لما تقدّم فإنّ تخفيض احتمال حدوث الخطأ الطبي إلى الحدود الدنيا الممكنة هو أحد أهداف الخطط والاستراتيجيات الصحية على مختلف المستويات (الكلي – الدولة، والجزئي – المشفى أو الوحدة الصحية).

سنحاول في هذا الجزء من الدراسة تعريف الخطأ الطبي وتحديد المسؤوليات المترتبة عليه.

نورد فيما يلي التعريفات التالية للخطأ الطبي [26]:

- هو عدم قيام الطبيب بالالتزامات الخاصة التي فرضتها عليه مهنته.
- هو تقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول.

- هو إخلالٌ من الطبيب بواجبه في بذل العناية الوجدانية البقطة الموافقة للحقائق العلمية المستقرة.

إذاً نجد من التعريفات السابقة أنّ الخطأ الطبي يشتمل على تقصيرٍ في أداء الطبيب لأحد واجباته المهنية يمنع المريض من تحقيق هدفه في الوصول إلى الصحة الجيدة والتخلص من الألم و يُؤثر فيه سلباً؛ إما جسدياً أو نفسياً. بشكلٍ عامّ، يستلزم حدوث الخطأ في أيّ مجال مسؤولية المخطئ عن خطئه والنتائج المترتبة عليه وهذا الأمر يستلزم دراسة المسؤولية الطبية.

7. 2. 2 المسؤولية الطبية:

تنشأ المسؤولية الطبية نتيجة حدوث الخطأ الطبي. بشكلٍ عامّ، كلّ شخص عاقلٍ ويمتلك كامل إرادته مسؤول عن كلّ تصرفاته أفعالاً وأقوالاً. وبالتالي يمكننا القول إنّ المسؤولية عموماً "هي حالة الشخص الذي ارتكب أمراً يوجب المؤاخذه". وهنا لا بدّ من التمييز بين الأنواع المختلفة للمسؤولية الطبية [26]:

أ. المسؤولية الأدبية: تقوم في حال ارتكب الشخص أمراً يخالف القواعد الأخلاقية المتعارف عليها مما يستوجب الاستنكار والاستهجان من قبل الآخرين ولكن لا تتعدّى ذلك ويترتب عليها أثر قانوني.

ب. المسؤولية القانونية: تنشأ في حال ارتكب الشخص أمراً أدّى إلى إلحاق الأذى والضرر بالغير ويستوجب المحاسبة القانونية. تُقسم المسؤولية القانونية إلى نوعين هما: أولاً- المسؤولية الجنائية: حيث يكون الشخص الذي ارتكب الأمر الضارّ مسؤولاً أمام الدولة وهي تعدّ تصرفه جناية يُحاسب عليها القانون الجنائي للدولة.

وفقاً للمرجع [21] يمكن محاسبة الطبيب جنائياً في ثلاث حالات هي:

1. الجرائم العادية التي يرتكبها الطبيب كإنسانٍ عادي.

2. الجرائم المرتكبة أثناء مزاولته مهنته كطبيب.
3. حالات استثنائية أخرى حيث يُعاقب الطبيب الذي يرتكب خطأ مهنيًا جسيمًا لا يقع فيه الإنسان العادي، مثل عدم مراعاة القواعد الفنية الأساسية، مثال ذلك: عدم تعقيم الأدوات الطبية المستعملة أو القيام بعمل جراحي في حالة السكر أو امتناعه عن الاستمرار بمعالجة المريض... إلخ.

ثانيًا- المسؤولية المدنية: هي مسؤولية الطبيب الناجمة عن الإخلال بالتزام عليه. نظم القانون المدني السوري هذه الناحية بالمادة \ 164 \ منه والتي تنصّ على أنّ ((- كلُّ خطأ سبب ضرراً للغير يلزم من ارتكبه بالتعويض)) [21]. هنا تنقسم الآراء والدراسات إلى اتجاهين يمكن تلخيصهما بما يلي:

أولاً: المسؤولية المدنية العقدية: يرى أنصار هذا الفريق أنّ العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة عقدية حيث أنّ تخصيص الطبيب لحيز مكاني "عيادة" ووضع شاخصه عليها اسمه وبعض المعلومات الأخرى تُمثّل حالة الإيجاب بتقديم الخدمة الطبية وأنّ دخول المريض إلى هذه العيادة ودفع تكلفة العلاج تُمثّل حالة القبول بالخدمة وبالتالي فالطرفان محكومان بعقد ولو لم يكن مكتوباً. ووفقاً لما تقدّم فإنّ خطأ الطبيب في أداء عمله يُمثّل إخلالاً ببند هذا العقد، وبالتالي يتحمل مسؤولية عقدية. بناءً على ما تقدم نقول إنّ المسؤولية العقدية هي المسؤولية الناجمة عن إخلال الطبيب بوجه المريض بالتزام عليه، مصدر هذا الالتزام العقد القائم بين الطرفين.

ثانياً: المسؤولية المدنية التقصيرية: يرى أنصار هذا الفريق أنّ علاقة الطبيب مع المريض غير منتظمة بعقدٍ صحيحٍ وواضحٍ ومحدّد البنود وأنّ كلّ خطأ يقوم به الطبيب إنّما هو تقصير منه في أداء واجباته. وهذا يعني أنّه مُقصر في أداء عمله وبالتالي يتحمّل مسؤولية تقصيرية نتيجة إخلاله بمبدأ "عدم الإضرار بالغير". ويمكن تعريف هذه المسؤولية بأنّها

المسؤولية التي تنشأ نتيجة خطأ ارتكبه شخص فسبب ضرراً للغير لا تربطه به رابطة عقدية [21]. وبالتالي تنجم المسؤولية التقصيرية عن الإخلال بالتزام ينصُّ عليه ويفرضه القانون.

توجد ثلاثة أركان لازمة التحقيق حتى تنعقد المسؤولية الطبية (العقدية أو التقصيرية) وهي الخطأ الطبي والضرر والعلاقة السببية بين الخطأ والضرر.

بغض النظر عن طبيعة المسؤولية الطبية سواء عقدية أو تقصيرية فإنّه من المهم الانتباه إلى حساسية هذه القضية والآثار التي يمكن أن تنجم عنها ولاسيما على أداء الطبيب وجودة الخدمات الطبية التي تُقدّمها المشافي. وبالرغم من أهمية قضية المسؤولية الطبية في حماية المرضى و تأمين حقوقهم في حال حصول أخطاء طبية تضر بهم مادياً أو نفسياً، فإنّ عدم تنظيمها بدقة قد يُؤثر سلباً في الأطباء في حال كان تطبيق المسؤولية الطبية يهددهم أو يضر بمصالحهم وسمعتهم مما يدفعهم أحياناً إلى التهرب من بعض الأعمال الطبية الضرورية في حال كان احتمال الوقوع في الخطأ كبيراً [23, 26].

7. 3 حقوق المريض وواجباته:

تكفل القوانين والتشريعات الصحية وأخلاقيات المهنة آليات وطرق تقديم الخدمات الصحية المختلفة للأفراد. ويتمتع المرضى في كل دول العالم بعدد من الحقوق الأساسية. فقد نصّت المادة الثانية من نظام واجبات الطبيب وآداب المهنة في سورية الصادر عام 1978 على أنّ "كل عمل طبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة وأن تكون له ضرورة تبرره وأن يتمّ برضائه أو رضاء ولي أمره إن كان قاصراً أو مصاباً باضطرابات عقلية أفقدته الوعي" تتضمن حقوق المريض قائمة طويلة من العناصر وأهم هذه الحقوق [34] :

أ. لكل مريض الحق في الحصول على العلاج المناسب. ويعني ذلك أن يحصل المريض وبشكل مستمرّ على كلّ العلاج والرعاية الطبية التي يحتاجها من أجل الشفاء والتخلص من معاناته ومشكلته الصحية إذا كانت هذه المعالجة متوافرة في المشفى التي يتعالج فيها، وفي حال عدم توفر أيّ من مكونات العلاج المطلوب في هذه المشفى يجب إعلامه حول

أماكن وجود هذا العلاج. يجب عند معالجة المريض احترامه بشكلٍ كاملٍ ومعاملته معاملةً إنسانيةً لائقةً بغض النظر عن أي عاملٍ آخر (ديني، طائفي، اجتماعي، ثقافي... إلخ).

ب. الحق في الحصول على المعلومات المتعلقة بوضعه الصحي وطرق العلاج المتاحة والمخاطر المرتبطة بكلٍّ منها. كذلك يحقُّ للمريض الاطلاع على الملفات الخاصة به، إلا إذا كانت المعلومات الواردة فيها قد تتسبب بتدهور حالته الصحية أو النفسية.

ت. حقُّ المشاركة في خطة العلاج. والمقصود بالمشاركة أن يوافق ويُقر (هو أو من يختار لتمثيله) أو يرفض أو ينسحب من خطة علاجه. ويجب بشكلٍ خاصٍّ موافقة المريض على أيٍّ مكونٍ من مكونات العلاج يكون جزءاً من بحثٍ طبيٍّ سواء أكان ذلك استخدام أسلوبٍ علاجيٍّ جديد أو تقنية حديثة أو أدوية طبية أو ممارسات جراحية أو غيرها. وفي حال موافقة المريض على المشاركة بالبحث الطبي يجب تزويده بكلِّ المعلومات المتعلقة بالبحث وعدم حجب أيٍّ جزءٍ منها عنه.

ث. الحق في تقديم الشكوى وتقوم الخدمة بأيٍّ شكلٍ يختاره سواء شفهيّاً أو كتابيّاً وفي كلِّ مجالات الخدمات الصحية وغير الصحية المقدّمة له. يجب على الجهة المعنية في المشفى الاستجابة للشكوى وتقديم الرد المناسب. كذلك يحقُّ للمريض مقاضاة المشفى في حال وجود إهمال يترتب عليه ذلك أضرار جسمانية أو نفسية للمريض.

ج. الحقُّ في مراجعة تكاليف العلاج والحصول على توضيحٍ وشرحٍ كاملٍ ومُفصّلٍ لتكاليف علاجه وللمريض أيضاً الحقُّ في مراجعة المشفى في حال وجود أيٍّ خطأ من أيٍّ نوع.

ح. حقُّ المريض في السلامة والأمان ضدَّ كلِّ أنواع المخاطر التي قد يتعرض لها أثناء وجوده في المشفى وبشكلٍ خاصٍّ مخاطر انتقال العدوى أو الإصابة بأمراض.

بشكلٍ عام ترتكز حقوق المرضى إلى أربعة من المبادئ يمكن تلخيصها بما يلي [41]:

1. مبدأ عدم التسبب بالأذى:

يجب ألا ينجم عن تقديم الخدمة الصحية أيُّ أذى أو ضرر على المستفيد منها سواءً عمداً أو نتيجة الإهمال. يرتبط عادةً مقدار الأذى بمستوى خبرة مقدّم الخدمة الصحية وكفاءته.

2. مبدأ الاستقلالية:

أي حرية المريض في معرفة كلّ الخيارات الطبية المتاحة له واختيار ما يناسبه منها. من الخدمات الطبية ويدلّ ذلك على تزايد استقلالية المرضى.

تجب الإشارة إلى عدم إمكانية تطبيق هذا المبدأ في بعض الحالات كما في حالات الجنون، الغيبوبة، أو الحالات التي يكون فيها المريض قاصراً لم يبلغ سن الرشد بعد، حيث يكون المريض فاقداً لإرادته أو ليس في كامل قواه العقلية.

تقوم المستشفيات عادةً باحترام استقلالية المريض والطلب إليه ملء استمارة قبول والتوقيع عليها قبل إجراء أيّ عملٍ جراحيّ له. إلّا أنّ هذا الإجراء ليس كفيلاً بحلّ كلّ أنواع المشاكل التي قد تترتب على استقلالية المريض. مثلاً، ما هو التصرف الأمثل للمستشفى إذا طلب مريض بالشلل الرباعي وقف التغذية والشرب عنه؟ لذلك نجد استمرار الجدل والنقاش حول مدى الاستقلالية التي يمكن أن تُقدم للمريض.

3. مبدأ المصلحة العظمى:

بالإضافة إلى ضرورة العمل من أجل تحقيق أفضل فائدة للمريض، يجب بذل الجهد لحمايته وإزالة الأذى عنه.

4. مبدأ العدالة الاجتماعية:

يُقصد بالعدالة تقديم رعاية صحية ومعاملةً منصفة لكل أفراد المجتمع بدون الاستناد لأي اعتبارات أخرى اقتصادية أو اجتماعية أو غيرها، الأمر الذي يمكن هؤلاء الأفراد جميعاً من الوصول إلى مستويات جيدة من الصحة البدنية والنفسية.

بمقابل هذه الحقوق تقع على عاتق المريض عدة واجبات لا بدّ من أدائها وأهم هذه الواجبات [33]:

- أ. تزويد المشفى بكلّ المعلومات الصحية وبشكلٍ خاصّ المعلومات ذات الصلة بمشكلته الصحية حالياً أو بشكل مسبق أو يمكن أن يكون لها ارتباط وتأثير في هذه الحالة.
- ب. التأكيد على فهمه للتوجيهات والمطلوب منه من قبل الطبيب أو أيّ من مقدّمي الخدمة الصحية وفي حال لم يتمّ ذلك يجب على المريض الاستيضاح حول المقصود بتعليماتهم وإرشاداتهم.
- ت. إعلام المشفى عن التأمين الصحي، في حال وجوده، من أجل مطالبة شركة التأمين ولدفع الالتزامات المالية المترتبة وبالشكل اللائق.
- ث. التقيد بتنفيذ كلّ التعليمات والإرشادات المقدّمة إليه وبشكلٍ دقيقٍ سواء المتعلقة بخطة العلاج أو بالمحافظة على المواعيد بكلّ دقةٍ أو غيرها.
- ج. المحافظة على قواعد السلوك السليم واحترام الآخرين ومراعاتهم من أطباء وممرضين ومرضى وغيرهم.

7. 4 واجبات الطبيب تجاه المرضى:

- يُحدّد قانون نقابة الأطباء السوري في الفصل الثالث منه هذه الواجبات بما يلي:
- أ. بذل كلّ ما يستطيع من جهدٍ وطاقَةٍ لتقديم العناية الصحية اللائقة لكلّ المرضى على حدّ سواء.

- ب. يجب على الطبيب مراعاة ما يلي:
- حرية المريض في اختيار الطبيب.
 - حرية الطبيب في ما يصفه مع مراعاة ظروف المريض المادية.
 - يحقُّ للطبيب رفض المعالجة لأسباب مهنية أو شخصية باستثناء الحالات الطارئة.
 - يمكن للطبيب أن يتنصل من معالجة مريضه بشرط ألاّ يضرّ ذلك بمصلحة المريض وأن يُقدّم الطبيب كلّ المعلومات اللازمة لمتابعة العلاج.
 - ت. يجب على الطبيب عند كتابة التقارير و الوثائق الطبية الالتزام بسرّ المهنة ومراعاة الأحكام الخاصة بكتابة هذه الوثائق.
 - ث. يجب على الطبيب، بغضّ النظر عن تخصصه، العمل على إجراء الإسعاف الأولي للمريض المهددة حياته بالخطر، إلّا في حال وجود قوة قاهرة تحول دون ذلك ، وعندما لا يكون بالإمكان توفير العناية الطبية له من قبل طبيب اختصاصي.
 - ج. يجب على الطبيب عدم إخفاء خطورة المرض عن المريض ولا يجوز البوح له بالترجيح المميت، إلّا بكلّ حيطة وحذر، ويستحسن أن يُحاط الأهل علماً في حالة إخفاء الأمر عن المريض.
 - ح. يُحظرّ على الطبيب إجراء الإجهاض الاختياري بأية وسيلة كانت إلّا إذا كان استمرار الحمل خطراً على حياة الحامل مع مراعاة القوانين المرعية (راجع الملحق (1) للمزيد من المعلومات عن نظام واجبات الطبيب وآداب المهنة في سورية).

7. 5 قضايا قانونية تهم المشفى:

بالإضافة للقضايا المذكورة أعلاه المتعلقة بحقوق كل من المريض والطبيب وواجباتهما، لا تزال توجد بعض القضايا الأخرى التي لها أبعاد قانونية هامة تحتاج للمناقشة والتوضيح وهي [33]:

أولاً: إيذاء المريض:

يُعدُّ كلُّ من المشفى والأفراد مسؤولين عن الأخطاء المرتكبة وبالتالي النتائج المترتبة عليها. و تقع على عاتق المشفى مسؤولية قانونية مباشرة عن أيّ أذى أو خسارة يتسبب بها للفرد المريض نتيجة الإهمال أو التقصير وذلك بغضّ النظر عن طبيعة ومسبب هذا الإهمال أو التقصير أو أيّ عامل آخر. بالمقابل، يتحمّل المريض مسؤولية كلِّ أفعاله وأخطائه وكذلك كلِّ إخلال بالشروط القانونية يقع منه.

ثانياً: إيذاء موظفي المشفى والزوّار:

تتحمّل المشفى مسؤولية المحافظة على سلامة الموظفين العاملين فيها والزوّار القادمين إليها وتشمل هذه المسؤولية تحديد الأشخاص المتسببين بالأذى والمخلّين بقواعد المشفى والقوانين النافذة.

ثالثاً: مغادرة المريض للمشفى:

يُعدُّ المريض صاحب قراره ولا يمكن للمشفى مخالفة ذلك ورغبته بإلزامه على البقاء فيها إن هو قرر المغادرة ويجب في هذه الحالة أن تُقدّم المشفى للمريض النصح والإرشاد وكذلك المعلومات حول عواقب قراره مغادرة المشفى. تقتضي القوانين المعمول بها عادةً في هذه الأحوال أن يقوم المريض بالتوقيع على ورقة المغادرة وبالتالي يتحمّل مسؤولية وتبعات هذا القرار وفي حال لم يُوقّع يجب على الطبيب المعالج أو من ينوب عنه تدوين ذلك على الورقة.

أسئلة الفصل السابع:

1. تحدّث عن الأشكال المختلفة للعلاقة بين الطبيب والمريض.
2. عرّف الخطأ الطبي.
3. تحدّث عن الأنواع المختلفة للمسؤولية الطبية.
4. ما هي أهم حقوق المريض؟
5. ما هي أهم واجبات الطبيب تجاه المريض؟

الفصل الثامن: إدارات مختلفة في المشفى

Chapter 8: Other Departments in the Hospital



الفصل الثامن: إدارات مختلفة في المشفى

Chapter 8: Other Departments in the Hospital

الأهداف التعليمية:

1. توضيح حركة التدفقات المالية الدخلة والخارجة إلى المشفى والمراحل المختلفة لعملية التخطيط المالي فيها.
2. استعراض الإدارات المختلفة في المشفى وبنية كل واحدة من هذه الإدارات.
3. مناقشة المصادر المختلفة لتمويل المشفى وأنواع إيراداتها ونفقاتها المختلفة.
4. استعراض وشرح أنواع التكاليف المالية التي تواجهها المشفى.
5. شرح عملية التحفيز الوظيفي في المشفى والعلاقة بين الحافز من جهة والحاجات المختلفة للعاملين من جهة ثانية.

8.1 الإدارة المالية Financial Department:

تُمثّل المشفى وحدةً خدميةً إنتاجيةً تُقدم مجموعة كبيرة من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع. يترتب على عملية الإنتاج هذه حركة تدفقات مالية بين المشفى والآخرين وفي الاتجاهين حيث تخرج تدفقات مالية (مدفوعات أو نفقات) من المشفى إلى الآخرين لقاء الحصول على السلع والخدمات التي تحتاجها وتستخدمها المشفى من أجل تقديم خدماتها. تتطلب عمليات إنتاج الخدمات الصحية في المشفى استخدام موارد اقتصادية مختلفة مثل الموارد البشرية (أطباء من اختصاصات مختلفة، ممرضين، صيادلة، مهندسين، فنيين، عمال عاديين، وغيرهم) وكذلك موارد رأسمالية كالآلات والتجهيزات والسيارات والمعدات المختلفة وكذلك تحتاج المشافي في عملها إلى الكثير من المواد الأولية مثل الأدوية والوقود وغيرها.

وبالمقابل تدخل تدفقات مالية إلى المشفى نتيجة بيع خدماتها إلى الزبائن "المرضى" وبعض الخدمات الأخرى التي تقوم بها وتحصل منها على عائد وتشمل هذه الخدمة معاينة المرضى والخدمات الفندقية وغيرها.

يتطلب أداء الوظائف الإدارية المختلفة من تخطيط وتنظيم ورقابة بشكل فاعل وصحيح وكذلك تحسين مستويات العمل والأداء ضبط التحركات المالية الداخلة والخارجة من وإلى المشفى ولهذا يتم عادةً تخصيص إدارة منفصلة لهذه المهمة تُسمى "الإدارة المالية" أو "إدارة الشؤون المالية". يُبين الشكل (1.8) أحد أشكال التنظيمات الإدارية في إحدى المشافي.



الشكل (1.8): التنظيم الإداري للإدارة المالية في إحدى المشافي [33].

8.1. التخطيط المالي وتمويل المشفى Financial Planninh and :Hospital Funding

تبدأ عملية التخطيط المالي في المشفى، كأى مشروع استثماري آخر، من مرحلة التفكير بالمشروع و البدء ببنائه وتستمر خلال المراحل الثلاث كما يلي [46]:

أ. مرحلة التحضير: وتمتد من لحظة البدء ببناء المشروع وحتى لحظة البدء بالعمل وتقديم الخدمات الصحية. يجب خلال هذه المرحلة التقيد التام بالمخطط الموضوع للمشفى ولاسيما فيما يخص التكاليف المرصودة للمشروع لأنّ التوسع في الإنفاق غير المخطط سيؤدّي إلى تحميل المشروع ضغوطات مالية تتمثل في الديون والفوائد المترتبة عليها والتي يمكن أن تؤثر سلباً في الوضع المالي للمشفى خلال المرحلة التالية. تتمثل الحاجة للتمويل خلال هذه الفترة لتغطية تكاليف الإنشاءات والأبنية والأرض وكذلك الآلات والتجهيزات والرواتب المختلفة.

ب. مرحلة العمل: وتشمل المرحلة التي تمارس فيها المشفى نشاطها الفعلي أي يتم فيها إنتاج وتقديم الخدمات الصحية للزبائن. تبدأ الإدارة المالية عملها الفعلي مع بداية هذه المرحلة بشكل مواكب لبدء النشاط الفعلي للمشفى حيث يترتب على استخدام الموارد أو المدخلات المختلفة التزامات "مطالب للغير" على المشفى كما أنّ تقديم الخدمات الصحية وغيرها للأفراد يولّد حقوقاً مالية "مطالب على الغير" للمشفى. يجب على الإدارة خلال هذه المرحلة المحافظة على توفر السيولة اللازمة مع التأكيد على تخفيض التكاليف للحدود الدنيا.

يجب خلال هذه المرحلة مراقبة الأصول الحالية وتقييمها بشكل مستمر وكذلك دراسة مستويات الاشغال واستخدام طاقات المشفى وتخطيط المطالب المترتبة على المشفى بشكل مسبق.

ج. مرحلة التوسع: وهي المرحلة التي تبدأ فيها المشفى بإضافة طاقات إنتاجية جديدة مثل بناء وحدات إضافية أو بإضافة أسرة جديدة أو تجهيزات جديدة. يجب على إدارة المشفى خلال هذه المرحلة المحافظة على كفاية عمل الطاقات الإنتاجية الحالية وكذلك الحصول والإشراف على الأموال اللازمة لعمليات التوسع.

يجب خلال عمليات التوسع تقدير تكاليف هذه العمليات ومراقبتها حتى لا تُعرض المشفى لمخاطر مالية.

8. 1. 2 مصادر تمويل المشافي:

تحصل المشافي على الأموال اللازمة لتمويل نفقاتها المختلفة من مصادر متنوعة. تُشكل مخصصات الصحة من ميزانية الحكومة المصدر الرئيس للتمويل في المشافي الحكومية وغيرها من المراكز الصحية العامة حيث توزع هذه المخصصات وفق الاعتمادات التي تخططها كل مشفى لفترة زمنية مستقبلية عادةً سنة. كذلك تحصل المشافي العامة على موارد مالية من الإيرادات الناجمة عن الأقسام الخاصة التي تستوفي كامل قيمة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى يُضاف إليها العوائد المتحققة من الخدمات الصحية المدعومة نسبياً من الحكومة. وأخيراً، تحصل المشافي العامة على إيرادات مالية من الخدمات غير الصحية التي تؤمنها للمرضى ومرافقيهم وزوارهم مثل رسوم المواقف المأجورة والهاتف ومحلات الهدايا والزهور وغيرها الموجودة في المشفى.

تعتمد المشافي الخاصة على نوعين من المصادر لتمويل نشاطاتها وتكاليفها المختلفة المصادر الذاتية وتضم الحصص التي يُساهم فيها المؤسسون "المالكون" وكذلك الإيرادات التي تتحقق للمشفى من نشاطاتها وتقديم خدماتها الصحية وغير الصحية للأفراد أما المجموعة الثانية فتسمى التمويل بالدين (Debt Financing) وتمثل الأموال والقروض التي تستدينها المشفى من الآخرين [58].

8.1.3 إيرادات المشفى ونفقاته:

يتمثل الهدف من هذه الفقرة في تقديم شرح مبسط لمختلف أنواع الإيرادات التي تحقق والنفقات التي تتحملها المشفى.

يمكن تقسيم إيرادات المشفى "التدفقات المالية الداخلة إلى المشفى" الناتجة عن عملها إلى ثلاث مجموعات كما يُبين الشكل (8.1) [33]:



الشكل (8.1): أنواع إيرادات المشفى.

بمقابل هذه الإيرادات تتحمل المشفى عبء نفقاتٍ أو تكاليف "تدفقات مالية خارجة من المشفى" مختلفة ويمكن التمييز بين نوعين من التكاليف [22]:

النوع الأول- التكاليف الثابتة والتكاليف المتغيرة:

تُعرف التكاليف الثابتة بأنها: النفقات التي تدفعها المشفى ولا ترتبط بحجم النشاط والأعمال فيها وبالتالي لا تتغير بتغير حجم أعمالها خلال مدة الخطّة، ومثال ذلك: أجور العاملين في الإدارة ونفقات التأمين وحراسة المشفى والإنارة والتكييف والهاتف الثابت وفوائد القروض في حال وجودها وغيرها.

بالمقابل تُمثّل التكاليف المتغيرة الأعباء المالية التي تتحملها المشفى وترتبط قيمتها بحجم نشاط المشفى فتزداد بزيادة الحجم وتنخفض بانخفاضه أي كلما ازدادت الخدمات التي يقدمها المشفى ارتفعت قيمة التكاليف المتغيرة وإذا توقف المشفى عن العمل تصبح هذه التكاليف معدومة. وتشمل هذه التكاليف بنوداً كثيرة منها: الأدوية والتزويد الطبي، الكهرباء، المياه، الطعام وخدمات التغذية، صيانة الأجهزة، خدمات الغسيل، التنظيف، النقل، الاتصالات، المواصلات وغيرها.

النوع الثاني- التكاليف المباشرة والتكاليف غير المباشرة:

يُمكن التمييز بين فئات التكاليف في المشفى وفق علاقة كلّ من هذه التكاليف بالخدمات التي يُقدّمها المشفى حيث تُقسم هذه التكاليف وفق هذا المعيار إلى مجموعتين: الأولى هي التكاليف المباشرة وتضمّ جميع الأعباء المالية المدفوعة بشكلٍ مرتبطٍ مباشرةً بخدمة معينة أو نشاط محدد أو برنامج معين ويسهل تتبعها، مثل: التكاليف الطبية المباشرة، توريدات المستشفيات، وأجور العاملين الطبيين، والمستحضرات الدوائية وغيرها، كما وتدخل تحت تصنيف التكاليف المتغيرة أو تكاليف التشغيل أيضاً. أمّا المجموعة الثانية: فهي مجموعة التكاليف غير المباشرة وتشمل كلّ المدفوعات التي لا يمكن ربطها أو نسبتها إلى المنتج أو البرنامج أو الخدمة بسهولة وبوضوح، مثل: استهلاكات الآلات، تكاليف الكهرباء، ورواتب الإداريين والتأمين وخدمات الصيانة عامةً، والتي يندرج بعضها تحت مسمى التكاليف الثابتة أو التكاليف غير التشغيلية أيضاً.

8. 1. 4 أقسام الإدارة المالية:

تتوزع مهام الإدارة المالية على عدة أقسام وظيفية متخصصة تضم ستة أقسام كما يلي [13, 33] :

أولاً: قسم الرواتب:

يعمل قسم الرواتب على تدقيق جداول الرواتب المعدّة والمحوّلة من إدارة شؤون الموظفين ومن ثمّ تحضير اعتمادات الصرف، كما يتولى هذا القسم مهام تنظيم كشوفات التقاعد والضمان والاقتطاعات الأخرى.

ثانياً: قسم الميزانية:

يُمكن تلخيص المهام الرئيسة لهذا القسم بما يلي:

- أ. وضع التقديرات لتكاليف الخطط المستقبلية الخاصة بعمليات التوسّع واستحداث البرامج والخدمات الجديدة.
- ب. إعداد الموازنات للوحدات التشغيلية في المستشفى من خلال تحديد تكاليف هذه الوحدات، من رواتب وأجور ومستلزمات وأجهزة، وإجراء الإسقاطات المالية المستقبلية اللازمة، وموافقة الإدارة العليا لوضع الميزانية التقديرية للمستشفى للسنة المالية المقبلة.
- ت. تزويد رؤساء الأقسام والإدارة العليا بالتغييرات في الميزانية.
- ث. تحليل موازنات خطط المشفى حسب الأعوام والشهور والموازنة الفعلية وقياس الانحرافات فيها.

ثالثاً: قسم الحسابات:

- يُعَدُّ هذا القسم أحد أكبر أقسام الإدارة المالية ويؤدّي العديد من المهام ومنها:
- إمساك دفتر الأستاذ العام وتحديثه باستمرار وذلك بتسجيل القيود اليومية فيه.
 - إعداد الحسابات الختامية في نهاية السنة المالية والميزانية العمومية (بيان المركز المالي).

- مراقبة كلّ العمليات المالية من إيرادات ومصروفات المقابلة للخدمات والأدوية وغيرها.
- إعداد الحسابات والتقارير الدورية من خلاصة العمليات المالية (أسبوع، شهر، ربع سنوي، نصف سنوي، سنوي).
- تدقيق عمليات التسجيل في السجلات المحاسبية ومراجعتها.
- تسديد المبالغ المستحقة للموردين، بعد تدقيق البيانات المسجلة في الفواتير والتأكد من صحتها.
- أداء المعاملات المالية المرتبطة بالقبض والصرف عن طريق أمين الصندوق.

رابعاً: قسم حسابات المرضى:

المهام الرئيسة لهذا القسم:

- ◆ تحصيل سلفة مالية من المرضى عند دخول المستشفى تأميناً لتغطية تكاليف الفاتورة النهائية للمستشفى عند الخروج.
- ◆ إجراء عمليات التدقيق لكلّ المرفقات المالية من واقع ملف المريض الطبي (المتضمنة على سبيل المثال قيمة كشف زيارة المريض للطبيب، تكاليف الدواء والفحوص المخبرية والإشعاعية، تكاليف العملية الجراحية وأجور غرفة العمليات، أجور المنامة).
- ◆ إعداد فواتير المرضى عقب انتهائهم من العلاج، وتحصيل حصة المشفى منها.

خامساً: قسم التدقيق الداخلي:

يقوم هذا القسم بإجراء عمليات التقييم المستقل للسجلات المالية والتأكد من صحتها ومطابقتها للتعليمات والإجراءات المالية الخاصة بالمشفى وتصحيح الأخطاء في حال وجودها، وضبط عمليات التلاعب والاحتيايل، وإعداد التقارير عن سير تطبيق التعليمات المالية ورفعها إلى إدارة المشفى.

8. 2 إدارة المواد Materials Department:

تختص هذه الإدارة بتأمين احتياجات المشفى من المواد المختلفة اللازمة لتقديم خدماتها المتنوعة للمرضى. ولهذا فإن الدور الذي تقوم به هذه الإدارة في تأمين هذه المواد بالكميات والنوعيات المطلوبة ذو أهمية حاسمة في استمرار عمل المشفى بدون عقبات أو انقطاعات.

بشكل مُفصّل تقوم هذه الإدارة بما يلي [33]:

- تخطيط الاحتياجات من المواد المختلفة بالاعتماد على معلومات وتقارير مستويات الأداء السابقة والنشاطات والخطط المتوقعة وباستخدام الأساليب الإحصائية والمفاهيم الاقتصادية المتاحة.
- تأمين وشراء المواد والإمدادات المختلفة اللازمة لعمليات المشفى التشغيلية وتنظيم الإيصالات الخاصة بالشراء.
- استلام وفحص ومطابقة المواد المشتراة للمواصفات المطلوبة
- متابعة عمليات تخزين المواد المختلفة ومراعاة شروط التخزين الخاصة بكل منها و ملائمة المخازن من حيث الحرارة أو البرودة والتهوية والحماية من الحريق.
- استلام طلبات الأقسام المختلفة والإشراف على صرف المواد إلى هذه الأقسام.
- إجراء عمليات الجرد على المستودعات ومطابقة الرصيد الدفترى للمواد والإمدادات مع الموجود الفعلي منها لمنع التخزين الزائد للمواد والتقليل من تكاليف نفاد المخزون ومنع السرقات.
- الحصول على تغذية استرجاعية من المستخدمين والأقسام فيما يتعلق بنوعية المواد الموردة وكميتها، ونفاد المخزون والمشاكل التي تتّم مواجهتها... إلخ. يتم عادة تقسيم إدارة المواد إلى قسمين هما المشتريات والمخازن.

8. 2. 1 قسم المشتريات:

تحصل المشفى عبر هذا القسم على كل أنواع المواد ومستلزمات العمل فيها وبالتالي يعمل هذا القسم كحلقة وصل بين المشفى من جهة والموردين لها بما تحتاجه من مواد ومستلزمات مختلفة فيما عدا الأدوية والعقاقير الطبية التي يتم شراؤها عن طريق الصيدلية أو بالتعاون معها.

يمكن تلخيص مسؤوليات قسم المشتريات بالمهام التالية [33]:

- تأمين كل مستلزمات عمليات المشفى التشغيلية بشكل دائم ومستمر.
- إعداد وتنفيذ الدراسات والمسوحات الخاصة عن توفر المواد والمستلزمات التي يستخدمها المشفى في الأسواق المحلية والخارجية، وكذلك إعداد وتحديث دليل الموردين.
- إصدار أوامر الشراء اللازمة وفق الصيغ المعتمدة متضمنة المعلومات المطلوبة بشكل كامل. ومتابعة هذه الطلبات حتى الانتهاء من استلام المشتريات.

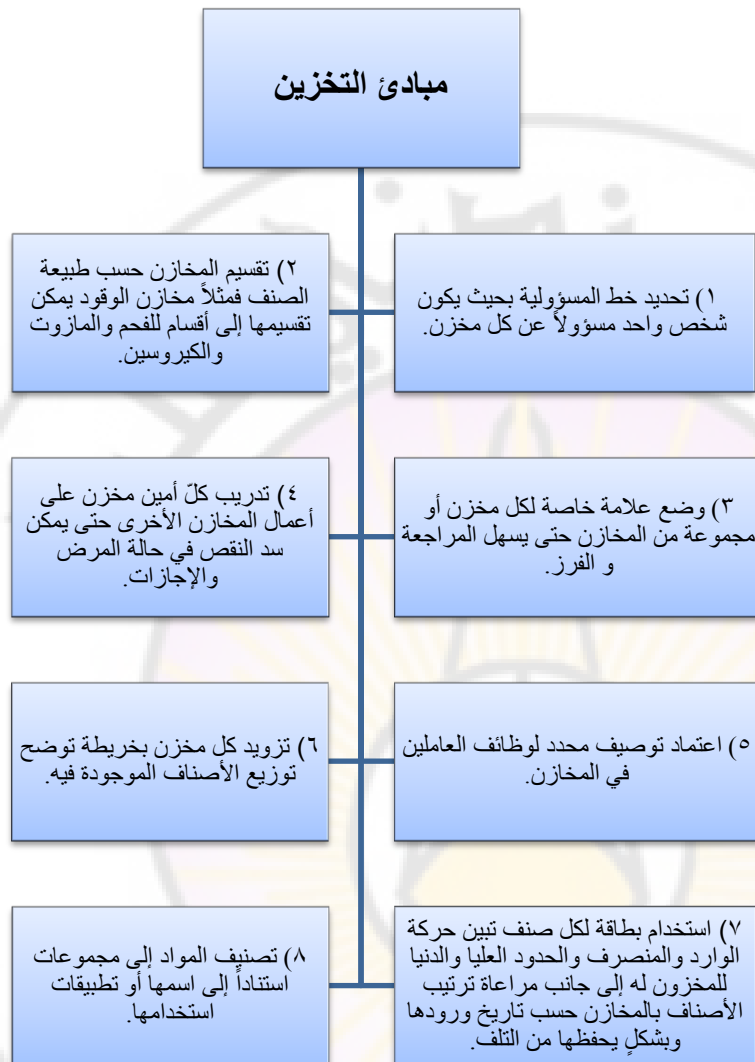
8. 2. 2 قسم المخازن:

يقوم هذا القسم بالإشراف على تخزين المواد المستلمة من الموردين منذ لحظة وصولها إلى أن يتم توزيعها على أقسام المشفى المختلفة. ينجم عن التنوع الكبير في أنواع الخدمات الصحية التي يقدمها المشفى تنوع هائل في المواد والمستلزمات التي يشتريها المشفى. ولهذا أثران: الأول: الحاجة لوجود كوادر بشرية متخصصة في إدارة المخازن تستطيع تأمين متطلبات التخزين اللازم لكل من هذه المواد والمحافظة على سلامتها من التلف ومن كل أنواع المخاطر التي قد تؤدي إلى خسارتها. أما الأثر الثاني فهو تهيئة أبنية المخازن المتلفة بمتطلبات التخزين المتنوعة لكل من المواد والمستلزمات المشتراة، على سبيل المثال تحتاج المواد القابلة للاشتعال كالأوكسجين والأخشاب والورق لمخازن ذات تهوية طبيعية وجيدة ومزودة بأجهزة إطفاء الحريق. بالمقابل يجب تخزين أفلام الأشعة في الوعاء نفسه الواردة فيه من

المنتج ووضعتها في غرف للتبريد في فصل الصيف بسبب قابليتها للتلف بالتعرض للضوء أو الحرارة أو الأشعة. أمّا بالنسبة للأقمشة والمفروشات بشكلٍ عامّ فيجب أن تُخزّن في أماكن ذات إضاءة قوية كونها معرّضةً لخطر العثة وللحشرات والفئران بينما تحتاج الغيارات والقطن والشاش أن تبقى ضمن صناديق الكرتون التي وردت بها في مخازن جافة جداً.

بالإضافة لما تقدّم يُمكننا الإشارة إلى المهام التالية لقسم المخازن [33]:

- إعداد "دليل المواد والمستلزمات" الذي يتضمن تصنيف المواد المخزنة ووصفها ومجالات استخدامها والرموز الدالة على مكان حفظها.
- استلام مشتريات المشفى من المواد والمستلزمات المختلفة وإجراء عمليات المطابقة للمواصفات والتأكد من عددها ووزنها ومقاساتها وتاريخ صلاحيتها.
- متابعة تخزين المواد والمستلزمات المستلمة وفقاً للأنظمة المتبعة.
- اتخاذ الإجراءات والتدابير وتوفير المعدات والإمكانات اللازمة من أجل الحفاظ على المخزون وحمايته.
- صرف الطلبات المحوّلة من الإدارات والأقسام الأخرى في المشفى من المواد والمستلزمات وفقاً لأوامر الصرف المعتمدة.
- إعداد التقارير التي تُبيّن مستويات المخزون من المواد المختلفة (الحد الأعلى، نقطة إعادة الطلب، الحد الأدنى) وإرسال صورة منها لقسم المشتريات لاتخاذ الإجراء المناسب لتأمين كافة الأصناف عندما يصل كلّ منها إلى مستوى "نقطة إعادة الطلب".
- تنفيذ عمليات الجرد الدوري أو المفاجئ للمواد المخزنة ومطابقتها مع الرصيد الدفتری. أخيراً لا بدّ من الإشارة إلى أنّ نجاح إدارة قسم المخازن في أداء هذه المهام المُشار إليها أعلاه يفترض ضرورة التقيد بالمبادئ الأساسية الخاصة بعملية التخزين والتي يُبيّنها الشكل (2.8).



الشكل (8.2): المبادئ الأساسية الخاصة بعملية التخزين

8. 3 إدارة الموارد البشرية :Human Resources Department

التسمية القديمة لهذه الإدارة هي "إدارة شؤون الموظفين" وهي من الإدارات المهمة في المشفى بشكلٍ خاصٍّ وكلِّ منظمات الأعمال بشكلٍ عامٍّ. تتركز أهمية هذه الإدارة في المشافي من التنوع الكبير للموارد البشرية في المشفى حتى ضمن الفئة الوظيفية الواحدة مثل الأطباء حيث تتعدد بشكلٍ كبيرٍ اختصاصاتهم وكذلك المرضى والمهندسين وأخصائيي الأشعة والمخابر وغيرهم. السبب الآخر في أهمية هذه الإدارة هو أنّ لكل فرد من العاملين في المشفى، وبغض النظر عن اختصاصه، دورٌ مهمٌ في عملية إنتاج الخدمة الطبية، ويكون معظم الأفراد العاملين في المشفى على اتصالٍ مباشرٍ مع المستفيد من الخدمة (المرضى) وبالتالي فإداء الأفراد لأدوارهم يؤثر مباشرةً في جودة هذه الخدمة ونوعيتها وفي رأي المستفيد منها.

يمكن تعريف إدارة الموارد البشرية بأنها "الجهة المسؤولة عن إدارة العاملين في المشفى من خلال القيام بعدد من الممارسات أو الوظائف والتي تشمل: وظيفة تكوين الموارد البشرية، و وظيفة إدارة الأجور والتعويضات، ووظيفة تنمية الموارد البشرية. تستهدف هذه الممارسات والوظائف في مجموعها توفير موارد بشرية مؤهلة ومدربة وقادرة على تحقيق أهداف المشفى ورسالته".

8. 3. 1 مهمات إدارة الموارد البشرية:

يمكن أن نستخلص من التعريف السابق أهم الوظائف والمهام الفرعية لإدارة الموارد البشرية وفق الآتي:

أولاً- وظيفة تكوين الموارد البشرية:

هي وظيفة معنية بتأمين ما تحتاج إليه المشفى من الموارد البشرية في الوقت المناسب والتي تستهدف وضع الفرد المناسب في المكان الوظيفي المناسب وتشمل المهام أو الوظائف الفرعية الآتية:

أ. وظيفة تصميم العمل و تحليله: حيث يتم من خلاله تحديد ما يُسمّى بوصف العمل ومواصفاته. أي تحديد مهام الوظيفة ومسؤولياتها ومواصفاتها Job description، وكذلك مواصفات العامل الذي سيشغلها Job specifications.

ب. تخطيط الموارد البشرية: هي وظيفة معنية بتحديد العدد المناسب من الموارد البشرية ونوعيتها اللازمة للعمل ويتم ذلك في ضوء نتائج تصميم العمل وتحليله.

ت. استقطاب الموارد البشرية: أي جذب الموارد البشرية من سوق العمل بعد معرفة كمية الموارد البشرية ونوعيتها من خلال الوظيفتين السابقتين.

ث. اختيار وتعيين الموارد البشرية: يتم ذلك بعد ناتج غربلة الأفراد المستقطبين في الوظيفة السابقة والذي تتوفر فيهم مواصفات شغل الوظيفة في المشفى.

ج. تأهيل الموارد البشرية: هو نشاط يتم من خلاله إخضاع الأفراد المعيّنين حديثاً لدورات تدريبية أولية لتعريفهم بالمنظمة و بأعمالهم.

إنّ هدف وظيفة تكوين الموارد البشرية هي وضع الفرد المناسب في المكان الوظيفي المناسب.

ثانياً- وظيفة منح الأجور والتعويضات والمكافآت: و تشمل الوظائف الفرعية التالية:

أ. وظيفة تقويم الوظائف: يتم من خلالها تحديد قيمة كلّ وظيفة وأهميتها النسبية قياساً بكلّ وظائف المشفى ليتمّ تحديد أجرها.

ب. وظيفة دفع الأجور المباشرة (الراتب): ويتم ذلك بناءً على عملية تقويم الوظائف.

ت. وظيفة دفع الحوافز والمكافآت المالية: ويتمّ من خلالها منح الحوافز المادية أو المالية بعد مزاولة العمل والتميز فيه من خلال الأداء والنتائج.

ث. وظيفة المزايا الإضافية: وتتميز في الخدمات التي يقدّمه المشفى للعاملين مثل: التأمين الصحي والضمان الاجتماعي وغيرهما.

ج. وظيفة تقويم الأداء: ويُقصد به مختلف الإجراءات التي يتمُّ بوساطتها تقويم أداء العاملين في المشفى خلال مدة محددة يمنح بعدها العاملون العلاوات المالية والمكافآت الأخرى.

إنَّ هدف كلِّ تلك الوظائف الفرعية لوظيفة منح الأجور والتعويضات هو تحقيق العدالة والموضوعية في المشفى.

ثالثاً- وظيفة تنمية الموارد البشرية والمحافظة عليها: ويضمُّ الوظائف الفرعية الآتية:
أ. وظيفة التدريب والتعليم: التي تستهدف إكساب العاملين في المشفى المعارف والسلوكيات والمهارات الجديدة.

ب. وظيفة التنمية المستمرة: من خلال تزويد العاملين بكلِّ جديد في مجالات المعرفة المتخصصة.

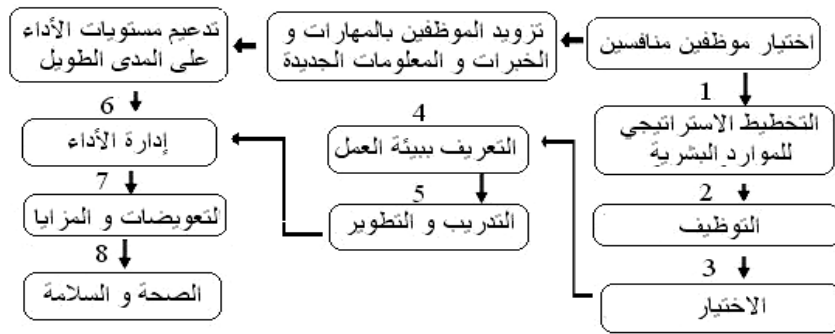
ت. تخطيط المسار الوظيفي: و إعداد جيل جديد من العاملين لإحلالهم مكان من يخرج إلى التقاعد.

تستهدف تلك الوظيفة الرئيسية رفع مستوى قدرات العاملين في المشفى ومهاراتهم بما يساعدهم على تأدية أعمالهم بفاعلية وكفاءة عالية.

رابعاً- وظيفة صيانة (المحافظة) الموارد البشرية: وتشملوظيفتين الآتيتين:
الأولى: وظيفة توفير السلامة المهنية: من خلال البرامج والإجراءات التي تهدف إلى حماية العاملين من حوادث وإصابات العمل.

الثانية: وظيفة توفير مقومات الصحة اللازمة: البدنية والنفسية من خلال تصميم برامج طبية وصحية مناسبة.

يتضمّن المفهوم المعاصر لإدارة الموارد البشرية بعداً استراتيجياً حيث يشترك مدير الموارد البشرية في وضع خطط المشفى فيما يتعلق بالموارد البشرية العاملة. يُقدّم المرجع [54] نموذجاً حديثاً لمكونات إدارة الموارد البشرية كما يُوضّح الشكل (8. 3).



الشكل (8. 3): مكونات وظيفة إدارة الموارد البشرية.

يُبين الشكل (8. 3) أنّ عملية إدارة الموارد البشرية تُقسم إلى ثلاث مراحل تبدأ في المرحلة الأولى باختيار الموظفين الجيدين "المنافسين" ويحتاج ذلك لتخطيط استراتيجي وتوظيف موظفين جُدد وأحياناً التخلص من بعض الموظفين الحاليين وأخيراً اختيار الموظفين الأكفاء. يتمّ في المرحلة الثانية تحديث معلومات وخبرات الموظفين ويبدأ ذلك بتعريفهم بمكان العمل الجديد والقواعد والتعليمات النافذة فيه وكلّ ما يحتاجونه في هذا المجال ومن ثمّ تتمّ عملية تدريبهم على أداء المهمات والمسؤوليات التي يحملونها. وتتضمّن المرحلة الأخيرة متابعة مستويات أداء الموظفين وسُبل تحسينها على المدى الطويل وذلك وفق ثلاث خطوات كما هو موضّح في الشكل (8. 3) أعلاه.

8. 3. 2 التحفيز والحاجات الفردية للموظفين:

تُؤدّي الحوافز المختلفة دوراً هاماً في تنشيط العاملين و دفعهم إلى تحسين مستويات العمل و الأداء بما يُؤدّي بالحصلة إلى رفع مستويات الإنتاجية و الكفاءة في المشفى. قد يكون لعملية استخدام الحوافز دوراً موجباً في كلّ منظمات الأعمال إلاّ أنّ لهذه الحوافز

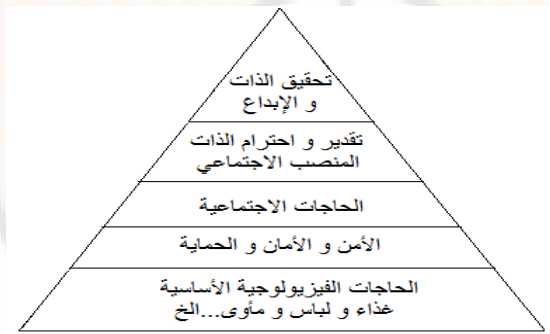
وغيرها من أساليب تشجيع العاملين والموظفين على العمل دوراً خاصاً في المؤسسات الخدمية مثل المشافي حيث يكون مشتري الخدمة أو الزبون "المريض في حال المشفى" موجوداً بشكلٍ دائمٍ مع منتجها. ولهذا يكون أسلوب العمل في تقديم الخدمة والتعامل مع المريض جزءاً من العلاج بعكس السلع العادية والتي يمكن شراؤها من صالات البيع بعيداً جداً عن أماكن إنتاجها وبدون معرفة من ساهم في عملية الإنتاج. ويمكننا كمقدمة لهذه الفقرة تصور حالتين؛ في الأولى يراجع مريض قسم العيادات الخارجية في مشفى ما بسبب حالة مرضية والطبيب المناوب لا يعطيه القدر الكافي من الاهتمام لأنّ الطبيب يحصل في نهاية الشهر على راتبه الشهري بغض النظر عن عدد الحالات التي يعالجها ولا يُقدّم المشفى أيّ نوعٍ من الحوافز للأطباء فيها (قد تكون هذه الحالة مماثلة تقريباً لحالة الأطباء في المشافي العامة). أمّا الحالة الثانية ففيها يراجع مريضٌ ما مجمعاً طبياً لعدد من أطباء الداخلية حيث يحصل كلُّ طبيب في نهاية الشهر على دخلٍ مكوّن من جزأين الأول مبلغ ثابت من المال، والثاني يرتبط بعدد الحالات التي يقوم بعلاجها. طبعاً في الحالة الثانية سيكون لدى الطبيب حافزٌ "مادي" كبيرٌ ودائم للاهتمام بكلِّ مريضٍ حتى يجذبه ويجذب المرضى الآخرين إليه لأنّ ذلك يساهم في تحسين دخله.

يتبيّن لنا من هذه المناقشة للحالتين أعلاه أنّ عملية إدارة الموارد البشرية تصبح فعّالة أكثر إذا نجحت هذه العملية في دمج أهداف الأفراد العاملين مع أهداف المنظمة التي يعملون فيها باستخدام سياسة مناسبة وملائمة للحوافز. وهذا ما سنركّز عليه في هذه الفقرة.

نبدأ أولاً بتعريف مصطلح الحافز ونستخدم تعريف الدراسة [54] هو "الموافقة على بذل جهد أكبر لتحقيق أهداف المنظمة مشروطةً بقدرة هذا الجهد على إشباع حاجة أو أكثر عند الفرد." نستطيع أن نلاحظ من هذا التعريف العناصر الثلاثة التي يربط بينها الحافز وهي الجهد في العمل وأهداف المنظمة والحاجة عند الفرد العامل. فالعمل الجاد

والقاسي شرطاً أساسياً لنجاح عملية التحفيز لكنه ليس كافياً لتحقيق نتائج إيجابية ما لم يرتبط ويساعد في تحقيق أهداف المنظمة وبالمقابل لن تنجح سياسة التحفيز ولن يبذل العامل جهداً أكبر إذا لم يحصل على منفعة أو إشباع لحاجة خاصة به واقتصرت كل نتائج الجهد على المنظمة التي يعمل فيها.

لفهم دور الحافز بشكلٍ أعمق وكيف تتحقق الفائدة منه في تحقيق أهداف كلٍّ من منظمة العمل (المشفى في دراستنا) وكذلك أهداف أو حاجات الموظفين. وسندرس بشكلٍ مختصر مفهوم الحاجة وأنواعها. يمكننا عدُّ الحاجة الفردية بأنها حالة أو شعور أو وضع ما يُؤثر في الفرد تجعله يرغب بالحصول على ما يمكنه من تغيير حالته أو وضعه إلى حالة أخرى أفضل بالنسبة له. قام الباحث الأمريكي ماسلو بتوزيع حاجات الأفراد الإنسانية ضمن خمس مجموعات متوضّعة هرمياً كما يبين الشكل (8.4) [30, 37]:



الشكل (8.4): هرم ماسلو للحاجات الإنسانية.

يفيدنا هرم ماسلو في تصميم سياسة تحفيز العاملين والموظفين في المشفى وذلك بتحديد نوع الحاجات التي يجب اختيارها للتحفيز إذ تختلف هذه الحاجات بين فئات الموظفين بشكلٍ كبيرٍ. فالحافز الذي يركز على إشباع حاجة عند الطبيب قد لا يكون فعالاً في تحفيز و تنشيط عامل صيانة الأجهزة الطبية أو موظف الاستقبال في المشفى وهكذا.

يمكننا الاستعانة بمثال لتوضيح كيفية استخدام هرم ماسلو للحاجات في تحفيز مجموعة من الأطباء [30]. يرغب مدير مشفى بتحفيز أحد الأطباء للقيام بعمل ما يتضمن مستوى عالٍ من الصعوبة والمخاطرة ولديه ثلاثة أطباء يستطيعون هذا العمل هم:

الطبيب الأول ويمكن تحفيزه بحاجات السلامة والأمان
الطبيب الثاني ويمكن تحفيزه بالحاجات الاجتماعية
الطبيب الثالث ويمكن تحفيزه بحاجات تقدير واحترام الذات.

مبدئياً سيرفض الطبيب الأول القيام بالعمل لأن حاجته للسلامة والأمان كبيرة والعمل يحمل تهديداً له من هذا الجانب لذلك على المدير إذا أراد من هذا الطبيب القيام بالعمل تحفيزه بشرح خطوات العمل وتوضيح إجراءات السلامة المتخذة لتلافي تهديد سلامته وتقليل احتمال تعرضه للخطر إلى الحدود الدنيا، وفي مثل هذه الحالة يمكن باحتمال أكبر أن يقبل هذا الطبيب القيام بالعمل. كذلك سيرفض الطبيب الثاني مبدئياً القيام بالعمل المطلوب لأنه قد يُقلل من شعبيته عند الآخرين ويهدد احترامهم له في حال لم تتم تأدية العمل بالشكل المطلوب، لكن يستطيع المدير تحفيز هذا الطبيب وإقناعه بأداء العمل إذا أوضح للطبيب الاحترام الكبير الذي سيلقاه من زملائه عند نجاحه في أداء العمل. أخيراً فإنّ الطبيب الثالث قد يقبل بدون تحفيز أداء العمل لأنه يحب التقدير واحترام الذات وهذا ما يحققه له أداء هذا العمل الصعب. لكن ماذا سيكون قرار الطبيب الثالث إذا قام المدير بتحفيزه عن طريق تبسيط العمل، وأنه عمل روتيني لا يتضمن مخاطر أو تهديدات؟ على الأغلب سيرفض العمل لأنه يحب التحدي.

إنّ نجاح عملية التحفيز مرهونة بقدرة المدير أو المشرف على فهم طبيعة العاملين لديه وحاجاتهم المختلفة التي بناءً عليها يمكن اختيار الحافز الذي يشجعهم على العمل إلاّ أنّه توجد بعض المغالطات الشائعة المتعلقة بهذا الموضوع وأهمها [37]:

أ. الخلط بين الحفز والأداء: حيث يعتقد بعضهم أنّ العامل المحفّز أكثر إنتاجاً من العامل غير المحفّز، وهذا غير دقيق لأنّ محددات إنتاجية العامل مثل مستوى التعليم والتأهيل والتدريب والخبرة تختلف عن عملية التحفيز. دليلنا على ما سبق هو أنّ التحفيز الجيد والمخطط لعامل ضعيف الإنتاجية لن يؤدي إلى تحسين إنتاجيته.

ب. الحفز سمة ذاتية: وبالتالي يكون بعض الأفراد محفّزين وبعضهم الآخر غير محفّزين وهذا أيضاً غير صحيح لأنّ التحفيز ليس خاصية ذاتية أي لا يولد بعض الأفراد محفّزين وبينما يولد أفراد آخرون غير محفّزين. يجب فهم التحفيز على أنّه حالة يمكن من خلالها تحقيق بعض المزايا "الأهداف" لكلّ من منظمة الأعمال و الموظف.

8. 3.3 الوصف الوظيفي Job Description:

تفرض الأهمية الحاسمة للعنصر البشري "الموارد البشرية" في منظمات الأعمال وكذلك على المستوى الاقتصادي الكلي ضرورة الاهتمام بعملية التوظيف واختيار المنتسبين الجدد إلى المنظمة. ومن الواضح أنّ إدارة الموارد البشرية هي القسم المعنيّ بشكل مباشر بإنجاز هذه المهمة الحساسة، ولذلك ومن أجل الوصول القرار الصحيح في عملية اختيار الموظفين من مختلف المستويات والاختصاصات يتم عادةً وضع مُسمّى وظيفياً لكلّ الوظائف في المنظمة هو بمثابة الدليل الشامل لهذه الوظيفة حيث يُبيّن وبدقة المؤهلات العلمية والخبرات العملية والمهارات العامة والخاصة، التي يجب أن يتمتع بها شاغل الوظيفة. كذلك يجب أن يُحدّد الوصف الوظيفي حقوق وواجبات ومسؤوليات الموقع الوظيفي وكذلك تبعيته الإدارية.

تكمن أهمية الوصف الوظيفي في نقطتين هامتين أولاً يساهم في اختيار الموظف الأفضل من المتقدمين للعمل وثانياً يمكن أن يُستخدم لاحقاً كأداة لتقييم الأداء ومستوى انجاز الموظف وكذلك لتحديد أجره والتعويضات التي تُصرف له.

بشكلٍ عام يتضمّن الوصف الوظيفي ما يلي [47]:

- اسم الوظيفة
- القسم الذي يتبع له الموقع الوظيفي
- الرئيس المباشر
- مسؤوليات الموقع الوظيفي العامة و الخاصة
- مدّة العمل
- المؤهلات العلمية والخبرات العملية
- الأجر

8. 4. إدارة التغذية Nutrition Department:

8. 4. 1 أهمية إدارة التغذية في المشافي:

تُعَدُّ إدارة التغذية من الخدمات العامة المساعدة في المشفى وهي من الإدارات المهمة فيها للأسباب التالية [13] :

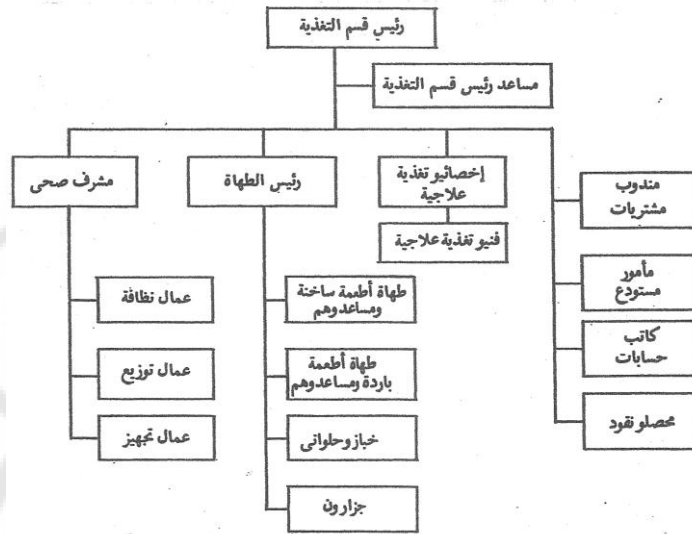
- يُشكّل الغذاء جزءاً من العلاج لبعض المرضى عن طريق اتباعهم حميات غذائية معينة، أو كون بعضهم غير قادرين على تناول الغذاء عن طريق الفم ويجب تقديمه لهم إما بواسطة الأنبوب أو عن طريق الحقن بالأعواء أو حسب الحالة المرضية.
- يجب على قسم التغذية في المشفى إعداد وتحضير الغذاء الصحي المتوافق مع قواعد وشروط التغذية وأن يُشبع حاجات المرضى ورغباتهم؛ لذلك يحتاج إلى تحديد نوعيته (بروتينات، فيتامينات، نشويات، سكريات ... إلخ) ومصادره (نباتية، حيوانية، بقوليات، فواكه، حلويات... إلخ) وكمية الوجبات الغذائية (حساب السعرات الحرارية) خبرة خاصة من قبل أخصائي التغذية لكي يساعد هذا الغذاء

المريض على التعافي والشفاء دون أن يُصاب بسوء تغذية عند تقديم الرعاية الطبية له.

● وجود احتمال لانتقال بعض الأمراض عن طريق الطعام أو حصول تسمم غذائي إذا لم يتمّ التقيد بقواعد إعداد الطعام وحفظه، وما قد يترتب عليها من انتكاسات مرضية وزيادة في مدّة الإقامة. وهنا يأتي دور مختص علم الأمراض للقيام بعمليات الفحوص الدورية والمستمرة على وجبات الطعام والتأكد من سلامتها، بالإضافة إلى إجراء عمليات التفتيش على المطابخ وإجراءات إعداد الطعام ومدى تقيد فنيي التغذية بقواعد النظافة ومراقبة عمليات التنظيف والمواد المستخدمة فيها تحقيق شروط ومتطلبات السلامة والنظافة من أجل تخفيض معدلات التلوث ونقل أمراض التسمم الغذائي خلال المراحل المتتالية لإعداد الطعام وتوزيعه وحفظه.

● يتمّ صرف مبالغ مالية كبيرة على شراء الأطعمة المتنوعة يومياً وأدوات التنظيف، إذ تُكلّف هذه الإدارة المشفى وسطياً 10% من إجمالي مصاريف المشفى. بالإضافة إلى ضرورة الاهتمام بإجراءات وأماكن التخزين المناسبة للمواد الغذائية المتعددة والتي تختلف شروط تخزينها وحفظها تبعاً لطبيعتها خوفاً من أن تفسد أو تنخفض قيمتها الغذائية. بسبب هذا يقوم قسم التغذية بإجراء عمليات شراء وفحص واستلام وتخزين الأطعمة بشكلٍ مستقلٍّ عن إدارة المواد في المشفى.

● يقوم قسم التغذية بإنتاج وتوزيع وجبات الطعام ليس فقط للمرضى وإنما للأطباء، الكادر التمريضي وجزء من الكادر الإداري، وبالتالي عندما يُقدّم الغذاء الصحي والمتوازن فهو يساهم في المحافظة على صحتهم وسلامتهم. يُبيّن الشكل (8. 5) التنظيم الوظيفي للعاملين في قسم التغذية في إحدى المشافي الكبيرة.



الشكل (8. 5) : التنظيم الوظيفي للعاملين في قسم التغذية في إحدى المشافي الكبيرة [13] .

من المهمات الأخرى لقسم التغذية نذكر [33]:

- دراسة وتقييم احتياجات القسم من الموارد البشرية ومستوى المهارة المطلوبة، ويحدد الوصف الوظيفي لهم بالتعاون مع إدارة الموارد البشرية.
- تدريب عمال القسم وتزويدهم بالخبرات اللازمة لإعداد الطعام واستخدام الأجهزة المختلفة وتثقيفهم بقواعد النظافة والتعقيم.
- تحديد حاجة القسم من الموارد المادية اللازمة من تجهيزات وكافة المستهلكات... إلخ.
- وضع وإعداد الميزانية التقديرية للسنة المقبلة بناء على معدلات شغل الأسرة خلال السنة ومعدل دوران العاملين... إلخ.
- وضع التقديرات للكميات والنوعيات اللازمة من الأغذية أسبوعياً.

- استلام الأغذية الموردة إلى المستشفى والتأكد من مطابقتها للشروط والمواصفات الصحية الخاصة، وتحديد أسلوب التخزين للمواد الغذائية وإجراء المراقبة الدورية عليها.
- تحديد أسلوب الإنتاج وجدولة العمليات من حيث تحضير الوجبات الغذائية وتجهيزها والتأكد من مكوناتها وإيصالها إلى المرضى في الوقت المحدد طبقاً لنظام أوقات توزيع الوجبات الغذائية المعمول به.
- دراسة ملاحظات الأطباء وشكوى المرضى بشأن الوجبات الغذائية المقدمة لهم والعمل على حلها.

8. 4. 2 دور أخصائي التغذية في المشافي:

لأخصائي التغذية دورٌ كبيرٌ وهامٌ في المشافي، ومن أهم مسؤولياتهم [5]:

1. الاستشارة الغذائية: هي أن يكون الأخصائي على اتصال دائم بالطبيب المعالج ، ويشارك في الاستشارة الغذائية.
2. إجراء التقييم الغذائي لكل مريض لوحده: تبرز أهمية هذا التقييم لأنه يعرف الحالة الغذائية للمريض، يمكن من تصميم برنامج غذائي يتماشى مع احتياجات المريض لتصحيح الحالة الغذائية، ويقدم النصائح والإرشادات الغذائية. يحصل أخصائي التغذية على المعلومات من المريض نفسه أو أحد أقاربه ومن السجل الطبي . أمّا محتويات التقييم الغذائي فهي:
 - التشخيص المرضي (التاريخ الطبي) ، الأعراض ، المضاعفات.
 - القياسات الجسمانية وتشمل : الوزن والطول ومؤشر الكتلة ، سمك ثنية الجلد وغيرها.
 - التاريخ الغذائي .
 - التحاليل المخبرية.

- الأدوية التي يستعملها المريض.
- النشاط الذي يمارسه المريض (خفيف ، متوسط ، عالي).
- حالة المريض الاجتماعية ، الاقتصادية ، الثقافية.
- جنس المريض وعمره وجنسيته.

إذاً يقوم أخصائي التغذية بتخطيط البرنامج الغذائي المناسب للحالة الصحية التي يعاني منها كل مريض، وإعطاء المعلومات الغذائية الدقيقة للمريض ولمرافقيه بصورتها الصحيحة. بالإضافة إلى متابعة سير الخدمة الغذائية داخل المشفى ومتابعة توزيع سير الوجبات لحين وصولها للمريض مع عمل محضر استلام مواد غذائية يومي وأسبوعي والتأكد من توفرها وجودتها وإجراء استطلاع رأي للمرضى شهرياً حول الوجبات المقدمة.

أسئلة الفصل الثامن:

1. تحدّث عن المراحل المختلفة لعملية التخطيط المالي في المشفى.
2. بيّن المصادر الأساسية لتمويل المشافي العامة و الخاصة.
3. عدد مع الشرح أنواع إيرادات المشفى؟
4. ما الفرق بين التكاليف الثابتة والتكاليف المتغيرة في المشفى؟
5. ما هي أهم المهام التي يؤدّيها قسم الحسابات في المشفى؟
6. اشرح أهم المغالطات الشائعة المتعلقة بعملية التحفيز الوظيفي.

The logo of Damascus University is a large, faint watermark in the background. It is a circular emblem. The outer ring contains the text 'وقل رب زدني علما' at the top and 'جامعة دمشق' at the bottom. The inner circle features a stylized yellow and white emblem resembling a lamp or a flower, with radiating lines. The text 'Chapter 9: Health Human Resources' is centered over this logo.

الفصل التاسع: الموارد البشرية الصحية

Chapter 9: Health Human Resources



الفصل التاسع: الموارد البشرية الصحية

Chapter 9: Health Human Resources

الأهداف التعليمية:

1. التعريف بالهيئة الطبية في المشفى، أعضاؤها، ضوابط عملها، مهماتها والأنشطة التي تقوم بها.
2. شرح التقسيمات المختلفة لأعضاء الهيئة الطبية وفق معايير مختلفة وكذلك لجان الهيئة الطبية.
3. توضيح مهمات إدارة التمريض وأنواع الخدمات التي يُقدّمها الكادر التمريضي والأساليب التي يتم بموجبها تقديم هذه الخدمات.
4. شرح، بإيجاز، مسؤوليات الصيادلة ومهامهم في المشفى.

9. 1 الهيئة الطبية Medical staff¹⁸:

تُعَدُّ الخدمات الصحية التي تُقدّم في المشافي وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية أحد أكثر أنواع الخدمات تخصصاً بسبب حاجتها واعتمادها على عوامل إنتاج عالية التخصص. بشكلٍ دقيقٍ، يتطلّب تقديم هذه الخدمات مدخلات مادية (أجهزة وتجهيزات وغيرها) ذات تكنولوجيا عالية وحديثة ومدخلات بشرية (أطباء، صيادلة، ممرضين وفنيين وغيرهم) مؤهلين تأهيلاً عالياً من حيث الدراسة الأكاديمية والتخصص والتدريب ومتابعة التدريب.

لقد جعلت التطورات التقنية والتكنولوجية من جهة وتطور مستويات المعيشة وظهور أمراض جديدة وتعقد الأسباب المؤدية إلى حدوث الأمراض والإصابات من جهة ثانية دور الكوادر البشرية الطبية والتمريضية وغيرها في المشافي دوراً حاسماً في تقديم الخدمات الصحية

¹⁸ نستخدم في هذا الكتاب مصطلحي الفريق الطبي والهيئة الطبية بشكل متبادل للدلالة على نفس الفئة من العاملين في المشفى وهم الأطباء.

المتنوعة. بناءً على ذلك كان لا بدّ من دراسة الموارد البشرية الصحية والتعرف على تقسيماتها وتنظيمها والمسؤوليات التي تتحملها وغيرها من الأمور الهامة التي تخصّ هذه الفئة.

يُعدُّ الأطباء، مسؤولين مسؤوليةً مباشرةً أكثر من غيرهم عن تقديم الخدمات الطبية كونهم الجهة الأكثر تخصصاً ومعرفةً بحالة مرضاهم حيث يتكامل عملهم مع بقية العاملين المساعدين لهم، وهناك ثلاث مستويات من تلك المسؤولية هي:

أ. مسؤولية الطبيب أمام مريضه: وهي مسؤولية تقضي بأن يبذل جهده من أجل تقديم أفضل رعاية طبية ممكنة.

ب. مسؤولية الطبيب أمام الهيئة الطبية: وهي مسؤولية تفرض عليه التقيد والالتزام بالقواعد والقوانين والتعليمات الداخلية للهيئة.

ت. مسؤولية الطبيب أمام مجلس إدارة المشفى¹⁹: وهي مسؤولية تفرض عليه العمل على تحقيق أهداف المشفى المختلفة.

تفرض الأهمية الخاصة للخدمات الصحية بالنسبة للمرضى وغيرهم من الأفراد وكذلك المسؤوليات المتعددة للأطباء وجود عدد من الضوابط لعمل الهيئة الطبية وأهمها [13]:

أ. توافر هيئة طبية منظمة ومسؤولة أمام إدارة المشفى عن تقويم جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

¹⁹ يُعد مجلس الإدارة قمة الهيكل الإداري و يتكون من عدد من الأشخاص يمثلون الفئات العاملة في المستشفى. يرأس المجلس مدير ويضم في عضويته كلاً من نائب مدير المستشفى للشؤون الإدارية، رئيس الشؤون الطبية والفنية، رئيس قسم الشؤون الإدارية، رئيس قسم الشؤون الهندسية، ورئيسة التمريض. يمتلك مجلس الإدارة في المستشفى السلطة العليا فيها وأهم مسؤولياته المحافظة على تقديم أفضل خدمات رعاية طبية ممكنة بأقل مستوى من التكاليف. يجب على المجلس تعيين مدير تنفيذي للمستشفى وتفويضه بالصلاحيات اللازمة لإدارة وتشغيل المستشفى [33].

ب. يكون للهيئة الطبية لائحة داخلية تضبط نشاطات أعضائها وتنظم عملية مساءلتهم أمام إدارة المشفى.

ت. تحديد الصلاحيات السريرية الخاصة بكل عضو في الهيئة الطبية مع حظر تجاوز هذه الصلاحيات.

ث. مراقبة جودة الرعاية المقدمة في المشفى وتقييمها ومدى ملاءمتها للمرضى.

ج. إسهام أعضاء الهيئة الطبية في عملية التعليم المستمر.

يؤدي أعضاء الفريق الطبي عدداً كبيراً من المهمات وتُخلص بما يلي [33]:

- تقديم خدمات الرعاية الصحية والمتابعة للمرضى.
 - متابعة وتقييم العمل على تحسين كفاءة أداء الأطباء في تقديم الخدمات الطبية.
 - القيام بعمليات تنظيم وتنسيق العمل والمهام بين أفراد الهيئة الطبية وكذلك ضمن المشفى.
 - رفع وتحسين خبرات ومهارات أعضاء الهيئة من خلال التعليم والتدريب بكل الوسائل مثل المحاضرات النظرية والتطبيقات العملية.
 - وضع المعايير والمقاييس اللازمة من أجل متابعة وتقييم عملية أداء الخدمة في المشفى وتشكيل اللجان اللازمة لتحقيق ذلك.
 - مساعدة إدارة المشفى ودعمها في أداء مهامها المختلفة لاسيما فيما يخص النواحي الفنية للخدمات الطبية.
 - تشكيل اللجان الطبية من بين أعضائها لدراسة موضوعات محددة أو اقتراح الوسائل التي تكفل إنجاز الأهداف المحددة.
 - تنظيم تقديم الاستشارة الجماعية في الحالات التي يصعب تشخيصها أو علاجها.
- يحتاج أداء وتنفيذ المهام المذكور أعلاه إلى تخطيط وتنفيذ عدد من الأنشطة ذات الصلة الوثيقة بها ويمكننا الإشارة هنا إلى أهم هذه الأنشطة :

- إدخال المريض إلى المستشفى في حال استلزم الأمر لذلك.
- فحص المريض وتشخيص حالته بشكلٍ متكاملٍ.
- طلب الفحوصات المخبرية والشعاعية وغيرها اللازمة للمريض.
- معالجة المريض والإشراف عليه وفق خطة مدروسة.
- تقرير تخريج المريض أو تحديد إقامته أو تغيير المعالجة أو إعادة التشخيص و وفق متطلبات حالة المريض.
- تقوم عملية العلاج من خلال دراسة سجلات المرضى الطبية.

9. 1. 1 تنظيم الهيئة الطبية:

يُقسم أعضاء الفريق الطبي من الناحية التنظيمية إلى خمس مجموعات ويُبين الجدول (9. 1) هذه المجموعات وتوصيف كلٍّ منها [33].

الجدول (9. 1): المجموعات المكونة للفريق الطبي .

المجموعة	التوصيف
الأطباء المتدربون أو الممارسون العامون	أي الأطباء المتخرجين حديثاً في الجامعات والذين يجب عليهم قضاء عام من التدريب في أقسام المشفى المختلفة بعد التخرج و يكون عملهم تحت إشراف الأطباء المتخصصين ولا يتحملون أي مسؤولية مباشرة عن رعاية المرضى.
الأطباء المقيمون	هم الأطباء الذين أنهوا سنة التدريب بعد التخرج ويتابعون تأهيلهم كأطباء متخصصين للعمل في المشفى عبر الدراسة والتدريب لمدةٍ زمنيةٍ تتراوح بين سنتين إلى أربع سنوات في التخصص المختار. ويمكن أن تسند لأعضاء هذه المجموعة مسؤولية مباشرة لرعاية وعلاج المرضى.
الأطباء المتخصصون	هم حملة شهادات الدراسات العليا ويُعدُّ أعضاء هذه المجموعة مسؤولين مباشرة عن علاج ورعاية مرضى المشفى. يُقسم أعضاء هذه المجموعة إلى فئتين المتفرغون كلياً في المشفى والمستقلون من أصحاب العيادات الخاصة.
الأطباء المستشارون	تضمُّ حملة شهادات الدراسة العليا الذين يمتلكون خبرات وتجارب عملية واسعة ويقومون بتقديم المشورة للأطباء المتخصصين في معالجة مرضاهم.
الأطباء المسؤولون عن الخدمات الفنية الأخرى	مثل الأشعة والمختبر والتخدير والعلاج الطبيعي...إلخ.

أمّا من حيث التخصص فيمكن تقسيم الأطباء في المشافي إلى عدة مجموعات رئيسة تضمّ كلٌّ منها عدداً من التخصصات الفرعية كما يلي [6]:

أ. الطب الباطني ويضمّ التخصصات التالية: باطنية عامة - طب الأسرة والمجتمع - الهضمية - الجلدية - الصحة النفسية - طب الطوارئ - الأطفال - القلبية - الصدرية - الأمراض العدية وأمراض المناطق الحارة - أمراض الكلى - الأعصاب - أمراض الروماتيزم - أمراض الدم والأورام - أمراض الغدد الصماء والسكري - أمراض النساء والتوليد.

ب. الجراحة وتضمّ التخصصات التالية: الجراحة العامة - جراحة العظام - جراحة العيون - جراحة الأنف والأذن والحنجرة - جراحة المسالك البولية - جراحة المخ والأعصاب - جراحة الصدر والقلب - جراحة التجميل.

ج. الخدمات الطبية المساعدة وتضمّ التخصصات التالية: العلاج الطبيعي و التأهيل الطبي - التخدير - الطب النووي - الأمراض السريرية المخبرية - الأشعة التشخيصية - الطب الشرعي.

د. خدمات الصحة العامة وتضمّ التخصصات التالية: الصحة العامة - صحة الغذاء - الصحة الصناعية والمهنية - الصحة المدرسية - التوعية الصحية.

فعلياً، لا ينتظم الأطباء في هيكلٍ تنظيميٍّ موحدٍ ومحدّد في جميع المشافي ويعود السبب في ذلك إلى حجم التباينات الكبير بين هذه المشافي سواء من حيث الحجم أو الملكية أو الأهداف وغيرها.

هناك عدة أنواع من هذه الهياكل التنظيمية في المشافي ويمكن الإشارة إلى النوعين التاليين [4] :

أولاً: الهيكل التنظيمي الشديد الصرامة:

يتناسب هذا الهيكل مع حالة المشافي الكبيرة ويُحقق عدة مزايا منها:

- أ. متابعة ورعاية مستمرتين للمرضى على مدار وقت العمل.
- ب. توزيع الكادر الطبي على الأقسام الطبية الرئيسية في المشفى ومن ثمّ توزيعهم على الأقسام الأكثر تخصصاً.
- ت. جدولة الأنشطة بما يتلاءم مع الأنشطة التعليمية المقررة في المشفى.
- ث. رقابة شديدة على عمليات الكادر الطبي.

ثانياً: الهيكل التنظيمي الشديد المرونة:

يُعتمد هذا النمط في المشافي الصغيرة ويتمتع بالمزايا التالية:

- أ. تقسيم الكادر الطبي على الأقسام المتاحة في المشفى مع قابلية نقلهم بين الأقسام.
- ب. جدولة محدودة للأنشطة التي تمارس في ضوء التخصصات العلمية المتاحة.
- ت. العمل بتوقيات محددة.

بشكلٍ عام، يكون للهيئة الطبية (الفريق الطبي) في المشفى رئيس يتم اختياره من بين أعضائها ويُشترط أن يتمتع بالقدرات والكفاءات المهنية والإدارية والقيادية المتميزة. تبدأ عملية اختيار رئيس الهيئة الطبية بترشيح الهيئة لأحد أعضائها لهذا المنصب ثمّ يجب قبول الترشيح من قبل مجلس إدارة المشفى. تمتد فترة رئاسة الهيئة الطبية من سنتين إلى ثلاث سنوات ويمكن تجديدها مرة ثانية ويكون رئيس الهيئة مسؤولاً أمام مجلس الإدارة عن أعمال الهيئة. عادةً، يُساعد رئيس الهيئة في عمله مساعد لرئيس الهيئة الطبية وكذلك لجنة تنفيذية تتألف من المساعد ورؤساء الأقسام والدوائر الطبية في المشفى وعدد من كبار الأطباء.

9. 1. 2 لجان الهيئة الطبية :Commeetties of Medical Staff

تُعد طبيعة العمل في المشافي مُعقدة جداً وكما ذكرنا أعلاه تقع على عاتق أفراد الهيئة الطبية بشكلٍ خاصٍّ وكلّ العاملين بالمشفى بشكلٍ عامٍّ مسؤولياتٌ مُتعددة وكثيرة. أضف لما تقدم أنّ الخدمة الصحية ذات طبيعة خاصة تشبع حاجة فائقة الأهمية عند الأفراد المحتاجين لها وبالتالي فإنّ هامش الخطأ في هذا المجال يجب أن يكون ضيقاً جداً وأقرب ما يكون إلى الصفر.

لذلك يتم عادةً تقسيم العمل في المشافي بين أعضاء الهيئة الطبية من خلال تشكيل مجموعة من اللجان المتخصصة وأهم هذه اللجان [33] :

أولاً: اللجنة التنفيذية:

من وظائف هذه اللجنة تسمية وتعيين أعضاء اللجان الأخرى للهيئة الطبية ومتابعة التنسيق بين أقسام المشفى المختلفة والمشاركة في وضع السياسات الطبية للمشفى. يُعدّ رئيس الهيئة الطبية المسؤول المباشر عن عمل هذه الهيئة التي تضم في عضويتها كبار الأطباء ورؤساء الأقسام الطبية والجراحية في المشفى، وتجتمع مرةً على الأقل شهرياً وبشكلٍ دوريّ.

ثانياً: لجنة قبول العضوية:

تدرس وتقيم هذه اللجنة طلبات العمل من الأطباء الجدد، بالإضافة إلى متابعة العقوبات الصادرة بحق أعضاء الهيئة الطبية في المشفى وترفع توصياتها إلى اللجنة التنفيذية للمصادقة عليها وإقرارها من قبل مجلس إدارة المشفى.

ثالثاً: لجنة السجلات الطبية:

تعمل هذه اللجنة بالتنسيق المستمر مع إدارة السجلات الطبية في المشفى وتُقدّم إرشاداتها وتوصياتها لها بهدف المحافظة على سجلات المشفى الطبية كاملة وحديثة المعلومات. تضم لجنة السجلات الطبية في عضويتها رئيس الهيئة الطبية ورؤساء الأقسام الطبية ورئيس إدارة

السجلات الطبية وتجتمع مرةً على الأقل شهرياً وترفع تقاريرها إلى اللجنة التنفيذية للهيئة الطبية.

رابعاً: لجنة التدقيق الطبي:

بهدف المحافظة على مستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة من المشفى للمرضى، تقوم هذه اللجنة بدراسة السجلات الطبية للمرضى بالإضافة إلى سجلات الوفيات وفحص محتوياتها من البيانات والمعلومات والتعرف على جوانب الخلل التي تكون قد حدثت خلال عمليات المعالجة. تتألف عادةً لجنة التدقيق الطبي من 3-5 أطباء من مختلف الأقسام الطبية في المشفى، وتجتمع مرةً شهرياً على الأقل وترفع توصياتها وتقاريرها إلى اللجنة التنفيذية.

خامساً: لجنة مراجعة استخدام إمكانيات المشفى:

تستهدف هذه اللجنة تخفيض الهدر الحاصل في المشفى إلى الحدود الدنيا الممكنة بحيث يحقق المشفى أهدافه بأقل تكاليف وأعلى جودة. يتم ذلك بمراجعة كامل أنشطة المشفى مثل سياسات وإجراءات إدخال وتخريج المرضى من أجل التقليل من حالات الدخول غير الضروري التي يمكن معالجتها في قسم العيادات الخارجية، أيضاً تعمل لتخفيض مدة الإقامة في المشفى لاسيما حالات الإقامة غير المبررة. كذلك تعمل هذه اللجنة على التأكد من ضرورات الخدمات الطبية المقدمة للمرضى و مبرراتها.

سادساً: لجنة الدواء والصيدلية:

تقوم هذه اللجنة بوضع الخطط الكفيلة لتأمين حاجة المشفى من الأدوية ومراجعة إجراءات توزيع هذه الأدوية وقواعد استعمالها، بالإضافة إلى مراجعة واستطلاع الأدوية المتوفرة في السوق واختيار أفضل البدائل منها. تضم هذه اللجنة في عضويتها عادةً أربعة أطباء على الأقل ويعمل كبير الصيدلة في المشفى سكرتيراً لها.

سابعاً: لجنة السيطرة على العدوى:

تقوم هذه اللجنة بدراسة مستويات ومصادر التلوث في المشفى ووضع الخطط الكفيلة بمعالجتها والتخلص منها. تتألف هذه اللجنة من ممثلين عن الهيئة الطبية والمخابر وغرف العمليات والهيئة التمريضية والإدارة ومسؤولي النظافة وغيرهم؛ وعلى هذه اللجنة الاجتماع بشكل نصف شهريّ على الأقل وإعداد تقاريرها ومن ثم رفعها إلى اللجنة التنفيذية.

ثامناً: لجنة المساءلة والتأديب:

تدرس هذه اللجنة ممارسات وسلوكيات أعضاء الكادر الطبي في المشفى من أجل التأكد من توافقها مع قواعد السلوك والعمل الوظيفي. تتلقى هذه اللجنة أية شكاوى أو إحالات لحالات التقصير أو غيرها وتقوم بدراستها ولقاء الطبيب موضوع الحالة وسماع رأيه في ذلك. من الممكن أن تقابل اللجنة أيّ شخص في المشفى للتأكد من الشكاوى التي تتمّ معالجتها. أخيراً، تقوم اللجنة باقتراح العقوبة التي تراها مناسبة بحق عضو الهيئة الطبية الذي يثبت مخالفته أو تقصيره في العمل وعليها رفع تقاريرها بشكلٍ دائمٍ إلى اللجنة التنفيذية.

9. 1. 3 العلاقة بين الأطباء والإدارة:

تُعَدُّ العلاقة بين أعضاء الهيئة الطبية من جهة وبين إدارة المشفى من جهة ثانية مجالاً خصباً لعددٍ كبيرٍ من الدراسات ويمكننا القول إنّ هذه العلاقة من أكثر العلاقات خصوصيةً بين فئة من العاملين في منظمة أعمال وبين إدارة هذه المنظمة. إلا أنّ هناك عدداً من الحواجز في العلاقة بين الأطباء والإدارة وأهمها [55]:

1. يُوجد تباين واضح في توجهات كلٍّ من الأطباء والإداريين إذ يوجد العديد من الحواجز التي تُؤدّي إلى خلافاتٍ بين الأطباء وإدارة المشفى ومن هذه الحواجز:
أ. يستمد الأطباء سلطتهم وقوتهم من خبراتهم التقنية في حين يعتمد المديرون في سلطتهم وقوتهم على مواقعهم في التنظيم الإداري وكذلك على أسلوبهم وخبراتهم الإدارية.

ب. توزع السلطة بين الأطباء أفقي بشكل متشتت في حين أنّ بنية السلطة بين الإداريين تراتبية هرمية.

ج. تتركز أهداف الأطباء السريريين على معالجة المرضى، بينما تسعى إدارة المشفى نحو المحافظة على المنظمة (المشفى).

د. تقوم العلاقات التنظيمية بين الأطباء بشكل كبير على أساس الزمالة وهي علاقات غير رسمية، بينما يسعى الإداريون إلى علاقات تنظيمية رسمية.

2. يكون أعضاء الفريق الطبي مشغولين عادةً، وكثيراً ما يشعرون بالاستياء من إنفاق الوقت على الأمور الإدارية.

3. تتعارض المصالح الشخصية مع الأهداف المؤسسية العامة فبعض المديرين والأطباء يهتمون أكثر بوضعهم الخاص وسلطتهم أكثر من الأهداف العليا للمشفى.

9. 2 الكادر التمريضي Nursing staff:

يتكامل عمل فريق الهيئة الطبية مع عمل الفريق التمريضي وذلك من أجل النجاح في تقديم الخدمة الطبية للمرضى. يتولّى الأطباء كما قدّمنا أعلاه تقديم خدمات التطبيب وتشخيص المرض وتحديد برنامج العلاج المناسب الذي قد يتضمن إجراء تحاليل مخبرية، تصوير شعاعي، عمليات جراحية، وصف أدوية، تأهيل نفسي وغيره. أمّا دور الفريق التمريضي فيأتي في تنفيذ البرنامج العلاجي هذا ومراقبة تطور حالة المريض بشكل عام وإعلام الأطباء وغيرهم بهذه التطورات. هذا بالإضافة إلى عدد من المسؤوليات الأخرى. تجب الإشارة هنا إلى أنّ عمل الممرضين يمتدّ على كامل اليوم ليلاً ونهاراً وهذه نقطة تُميّز عمل هذا الكادر البشري من غيره في المشفى وتُبيّن جزءاً من أهمية عمل الممرضين [2].

يمكن أيضاً الإشارة إلى أهمية عمل الممرضين وحجم المسؤوليات التي يتحملونها ويقومون بها من خلال النسبة الكبيرة التي يشغلونها من إجمالي العاملين في المشفى، حيث تبين الدراسات في هذا المجال أنّ هذه النسبة تصل إلى 40%. بالإضافة لما تقدم يشارك

المرضى في معظم لجان المشفى مثل (تحسين الجودة، السيطرة على الإنتان، الاستخدام الدوائي، السجلات الطبية، إجراءات السلامة.. وغيرها).

يمكننا تعريف مهنة التمريض على أنها "علم وفن ومهارة يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية للمجتمع، فهي علم لأنها تعتمد على كثير من العلوم الأساسية لعلم التشريح ووظائف الأعضاء؛ وهي فن ومهارة لأنها تتطلب دقة في العمل وسرعة في البديهة والأداء المخلص [4].

نظراً لحجم عمل الممرضين وأهميته في المشفى لا بد أن يتمتع هؤلاء المرضى ببعض الخصائص الهامة مثل [4]:

1. يجب أن يكون الممرض مؤهلاً علمياً.
2. يُقدّم المرضى خدمات صحية للمريض، بشكل متكامل مع و ليس بديلاً للطبيب في إجراء المعالجة الطبية للمريض.
3. يجب أن يساهم المرضى في نشر قواعد النظام الصحي والاحترام في التعامل بين العاملين في المشفى أو مع ذوي المريض أو أي أطراف أخرى.
4. يجب على الممرضين المساهمة بفعالية في رفع المستوى الصحي للمواطنين والمجتمع ككل وذلك من خلال المشاركة في برامج التوعية والتثقيف الصحي.
5. رفع مستوى الثقة النفسية لدى المريض في قدرته على الشفاء.
6. التمتع بصفات أخلاقية تعكس حقيقة المشاعر الإنسانية التي يجب التعامل بها مع المريض.

بشكل عام تسعى إدارة أو وحدة التمريض إلى تحقيق الأهداف التالية (أ) تقديم الرعاية التمريضية للمرضى في المشفى بمهارة تامة (ب) مساعدة ودعم المرضى أثناء فترة المرض (ج) تأمين الرعاية المستمرة للمرضى من خلال تقييم احتياجاتهم وتنفيذ خطة الرعاية التمريضية (د) تنفيذ الإجراءات العلاجية حسب تعليمات الأطباء [29].

9. 2. 1 أساليب تقديم خدمات التمريض:

تقوم إدارة التمريض بتقديم خدماتها وأداء المهام الموكلة إليها وفق عدة طرق وأساليب مختلفة. وتُعدُّ كلُّ هذه الأساليب مقبولةً ولإدارة التمريض اختيار الأسلوب أو مزيج من الأساليب التي تُمكنها من أداء مهامها بفعالية كبيرة. يمكننا هنا الإشارة إلى ثلاثة أساليب هي [13, 33]:

أولاً: أسلوب المهام:

يعتمد هذا الأسلوب على تخصيص كلِّ ممرضة بمهمة واحدة أو مجموعة محددة من المهام ويجب على هذه الممرضة أداء المهام الموكلة إليها عادةً من قبل رئيسة الممرضات مباشرةً.

ثانياً: أسلوب الفريق:

يدعم هذا الأسلوب العمل الجماعي حيث يتمُّ تشكيل مجموعة فرق، يضمُّ كلُّ منها عدداً من الممرضات وتُشرف على كلِّ فريق ممرضة مؤهلة وتتمحور مسؤوليته كلُّ فريق حول تقديم كلِّ الخدمات التمريضية للمرضى المخصَّصين له.

ثالثاً: أسلوب الممرضة الرئيسية:

يتمُّ وفق هذا الأسلوب تكليف كلِّ ممرضة مؤهلة برعاية عددٍ محدّدٍ من المرضى بشكلٍ كاملٍ ويجب على هذه الممرضة وضع الخطة التمريضية الملائمة لكلِّ مريض من المرضى المسؤولة عنهم وذلك وفق تعليمات الأطباء المعالجين وحاجات المرضى وتكون هذه الخطة مُلزِمة لباقي الممرضات حتى في الورديات اللاحقة.

8. 2. 2 مهمات إدارة التمريض:

يؤدي الممرضون، كما ذكرنا أعلاه، دوراً هاماً في تقديم الخدمة الصحية وتأدية الكثير من الأعباء والمسؤوليات الأخرى في المشافي. تستعرض هذا الفقرة بإيجاز مجموعة من المهام التي تتولى إدارة التمريض في المشفى تأديتها [33]:

أولاً: المهمات الإدارية:

يؤدي الممرضون عدداً من المهام الإدارية المرتبطة بعملهم والمسؤوليات المناطة بهم، ومنها مجموعة من الأعمال الروتينية كتوزيع العمل على ساعات وورديات بين الممرضين والممرضات وتحديد واجبات ومسؤوليات كل منهم. كذلك تتضمن المهام الإدارية التي يقوم بها الممرضون صرف وتداول الأدوية في الأقسام العلاجية وغيرها.

ثانياً: المهمات الفنية وشبه الفنية:

تتعلق هذه المهام بمتابعة تنفيذ متطلبات برامج علاج المرضى مثل تنفيذ تعليمات الأطباء ومتابعة حالة المريض وتقديم الرعاية له مثل قياس الضغط والحرارة وتغيير ضمادات الجروح ونقل المريض بين أقسام المستشفى المختلفة تبعاً لمتطلبات حالته والعلاج المقدم له.

تشمل هذه المهام أيضاً التأكد من توزيع الغذاء على المرضى وتسجيل ملاحظاتهم في هذا الخصوص وبشكل عام على الكادر التمريضي في المشفى الإشراف على حاجات الأقسام التي يعملون فيها من نظافة احتياجات الأمان وغيرها.

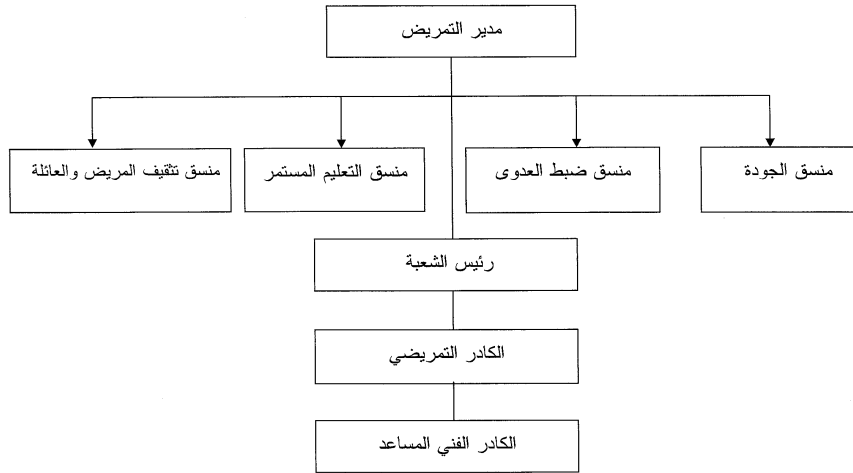
ثالثاً: المهمات الكتابية:

بالإضافة إلى ما تقدم ذكره من مهام يقوم الممرضون بأداء عدد من الأعمال المكتبية مثل حفظ سجلات وبطاقات المرضى وتجهيز كشوف التغذية وإعداد الإحصاءات اليومية للقسم ومختلف المستندات والكشوف الخاصة بالقسم.

9. 2. 3 تنظيم إدارة التمريض:

ليس هناك شكٌ وحيدٌ لتنظيم إدارة التمريض إذ يمكن أن نرى عملياً في المشافي تنوعاً في شكل الهيكل التنظيمي لهذه الإدارة. سنستعرض في هذا الفصل نوعين للهيكل التنظيمي في إدارة التمريض. يُبين الشكل (9. 1) النوع الأول حيث يرأس فيه الممرضين في المشفى مدير التمريض ويساعده في عمله مجموعة مُنسقين متخصصين مثل (الجودة،

وضبط العدوى، والتعليم المستمر، وتثقيف المريض والعائلة). يتبع مباشرةً لمدير التمريض رئيس الشعبة الذي يُشرف بدوره على أعمال الكادر التمريضي و يُساعد هذا الكادر في عمله الكادر الفني المساعد.



الشكل (9.1): الهيكل التنظيمي لتوزيع الكادر التمريضي في إحدى المشافي .

يُظهر النوع الثاني تنظيم إدارة التمريض وفق مستويات للسلطة و يُمكن توضيح هذا التنظيم بالشكل (9.2).



الشكل (9.2): تنظيم إدارة التمريض في المشفى.

نستعرض فيما يلي مؤهلات كل من المستويات الإدارية ومهامها التي يبينها الشكل (9.2).

أ. مدير التمريض:

يجب أن يكون مدير التمريض من ذوي المؤهلات العالية والخبرة الجيدة و يُفضّل أن يكون حائزاً على شهادة أكاديمية عليا (درجة الماجستير اختصاص التمريض). أمّا أهم واجبات مدير التمريض فهي:

أ. الإشراف بشكل مباشر على تقويم خدمات التمريض وإعداد التقارير الدورية عن ذلك ورفعها إلى مدير المستشفى وكبير الأطباء.

ب. المساهمة في تخطيط وتقدير احتياجات المستشفى من الممرضين.

ت. تنظيم خدمات التمريض في المشفى بما يكفل تحسين مستوى كفاءة وفعالية هذه الخدمات.

ث. الإشراف على برامج تأهيل الممرضين وتعليمهم وتدريبهم وتأهيلهم.

ج. توزيع وإعادة توزيع الممرضين بين الأقسام المختلفة وفقاً لحاجاتها ومتطلبات العمل فيها.

ح. تحديد منوبات أفراد الكادر التمريضي وتنظيم أوقات العطلات والإجازات السنوية.

ب. مشرف التمريض في القسم:

يجب تعيين مشرف تمريض في كلّ قسم من أقسام المشفى يرأس جميع الممرضين في ذلك القسم. من المفضل أن يكون هذا المشرف مؤهلاً أكاديمياً وحاصلاً على درجة الإجازة أو الدبلوم في التمريض يُضاف إليها خبرة عملية لعدة سنوات. تنظيمياً يكون مشرف التمريض في القسم مسؤولاً أمام مدير التمريض عن كلّ متطلبات القسم من الخدمات التمريضية. وأهم الواجبات التي يقوم بها مشرف التمريض:

أ. تنظيم جدول منوبات الممرضين والإشراف على تنفيذها والتقيّد بها.

ب. متابعة الإشراف على ما يُقدّمه القسم من خدمات تمريضية.

ت. متابعة وتقويم أداء الممرضين في القسم وإعلام مدير التمريض بالنتائج.

ث. مساعدة المرضى في القسم في تأدية واجباتهم المختلفة.
ج. متابعة احتياجات المرضى والتأكد من تلبية احتياجاتهم عن خدمات التمريض
"في حال وجودها" والعمل على حلها.

ج. رئيس التمريض في القسم:

يعمل رئيس التمريض في مساعدة مشرف التمريض في القسم بمتابعة عمل المرضى ويحمل
عادةً مؤهلات المشرف نفسها لكن أقل منه خبرةً.

د. الممرضون والممرضات:

تضم هذه الفئة مجموعتين هما الممرضين المؤهلين، وهم عادةً متخصصون في علوم التمريض
بدرجة إجازة أو دبلوم تمريض لمدة سنتين بعد الثانوية، والممرضين المساعدين وهم ممن
درسوا علوم التمريض لمدة ثلاث سنوات بعد الكفاءة المتوسطة.

تقع على عاتق أفراد هذه المجموعة مسؤولية القيام بعدد كبير من المهام والواجبات وأهمها:

- أ. مرافقة الأطباء أثناء الجولات الدورية على المرضى.
- ب. تنفيذ تعليمات الأطباء المعالجين.
- ت. التقويم الدوري والشامل لحالة مرضى الجناح.
- ث. قياس العلامات الحيوية للمرضى.
- ج. إعطاء الأدوية للمرضى وأخذ العينات المخبرية منهم ومساعدتهم.
- ح. إعداد وترتيب أسرة المرضى المشغولة وغير المشغولة.

9. 2. 4 أدلة عمل قسم التمريض:

يتطلب إنجاز الأعمال والمهام والمسؤوليات المتنوعة والكثيرة التي يقوم بها الممرضون
استخدام أدلة واضحة ومحددة يتبعها الجميع ولهذا يقوم قسم التمريض في المشفى بإعداد
وتوزيع دليلين؛ الأول هو الدليل التنظيمي لقسم التمريض، والثاني هو دليل الإجراءات

الإدارية والفنية ويتم عادةً توزيع هذه الأدلة على الكادر التمريضي ليسترشد بها خلال تأدية مهامه والواجبات الموكلة إليه بكفاءةٍ وفاعلية عاليتين [13] .

أولاً: الدليل التنظيمي لقسم التمريض:

يتضمّن هذا الدليل معلومات وشرحاً للمخطط التنظيمي لقسم التمريض في المشفى بالإضافة إلى تعداد للأنشطة المختلفة التي يقوم بها وتوضيح كيفية توزيع الوحدات التمريضية على هذه الأنشطة. كذلك يوضح هذا الدليل خطوط السلطة والمسؤوليات ونطاق الإشراف في القسم. أخيراً، يتضمّن الدليل توصيفاً دقيقاً لوظائف الممرضين وتحديدًا لشروط ومتطلبات شغل كلٍّ من هذه الوظائف وغيرها.

ثانياً: دليل الإجراءات الإدارية والفنية للتمريض:

يُعَدُّ هذا الدليل مهماً كونه يشتمل على شرحٍ وتوضيحٍ مفصلين لطرق أداء وتنفيذ المهام التمريضية المكلف بها قسم التمريض. لذلك يكون من الضروري أن يحتفظ كلُّ ممرضٍ بنسخةٍ من هذا الدليل ويطلع عليه بشكلٍ مستمرٍّ لضمان أداء العمل وفق المطلوب. و فيما يلي أهم محتويات هذا الدليل:

- أ. نظام العمل (عدد ساعات العمل، المناوبات الصباحية والمسائية والليلية، والعطل والإجازات المرضية).
- ب. التدابير الوقائية الخاصة بتداول الأدوية التي تحوي مواد مخدرة، أو مواد إشعاعية.
- ت. متطلبات وطرق تشغيل بعض الأجهزة الطبية.
- ث. إجراءات التنسيق بين قسم التمريض والأقسام الأخرى.
- ج. إجراءات التعامل مع المرضى في القسم ونقلهم إلى الأقسام الأخرى وتخرجهم وفقاً لأوامر الأطباء المعالجين وكذلك إجراءات العناية بهم.
- ح. إجراءات تنفيذ الأوامر والتعليمات المختلفة من الأطباء المعالجين.
- خ. الإجراءات المختلفة لإنعاش المرضى في حالات الطوارئ.

د. الإجراءات والترتيبات المتعلقة باستقبال المرضى الجدد.

ذ. الأطباء المعالجين وكذلك إجراءات العناية بهم.

9. 3 الصيدالة Pharmacists:

الصيدلية هي من المرافق العلاجية الأكثر استخداماً على نطاق واسع في المشفى، حيث تذهب نسبة عالية من نفقات المشفى الإجمالية على خدمات الصيدلية. فمن ناحية يتم فيها صرف كميات ضخمة من النقود على شراء الأدوية بشكل تكراري، ومن ناحية أخرى تُعد الصيدلية من أعلى المناطق المدرة للدخل في المشفى. يُؤكد هذا الحاجة إلى تخطيط وإدارة الصيدلية بأسلوب يؤدي إلى تقديم خدمات فعالة سريريا وإداريا [46]

الصيدلية الجيدة هي مزيج من أمور عدة: موظفون مؤهلون، مرافق حديثة، تنظيم وتشغيل فعال، وميزانية معقولة ودعم وتعاون من الطاقم الإداري، الطبي والتمريضي للمشفى. رئيس قسم الصيدلة هو صيدلاني يمتلك درجات علمية وخبرة مناسبة. هو عادة مسؤول أمام المدير الطبي. في المستشفيات الضخمة. على كل صيدلاني في المشفى أن يُسجل في نقابة الصيدالة وبدون هذا التسجيل لا يستطيع العمل في المشفى. الموظفون الآخرون في قسم الصيدلة هم الصيدالة الموظفون المسجلون، ومعاونو الصيدلة أو المساعدون، أمين مخزن الصيدلة ومحاسب الصيدلة [46]. بعض المستشفيات لديها نظام صيدلاني غير مركزي بصيدلية مركزية واحدة وصيدليات تابعة لها في كل وحدة تمريضية بالمشفى [41].

نستعرض فيما يلي الوظائف الأولية لقسم الصيدلة، بعضها يُنفذ مباشرة عن طريق

رئيس القسم [46]:

- شراء، واستلام، وتخزين، وتركيب، وتغليف، ووضع الملصقات وإتلاف عناصر دوائية. الصيدلية هي مكان تخصصي، يحتاج تشغيلها إلى معرفة قوية بالأدوية

وكيفية التعامل معها وأسلوب تخزينها. بسبب ذلك يقوم الصيدلانيون عادةً بعمليات شراء وتخزين الأدوية بأنفسهم ولا يتم تكليف قسم الشراء والتخزين المركزي للمشفى بها.

- العمل كمصدر لتقديم المعلومات الدوائية للأطباء، والصيدلانيين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين، والمرضى. فيما يتعلق بتجميع، تخزين، استرجاع، نشر المعلومات عن الأدوية وتقديم النصيحة والمشورة فيما يتعلق بالمعالجة الدوائية.
- المشاركة في برامج تقيف المشفى.
- تخطيط وتنظيم قسم الصيدلة، وضع سياسات و إجراءات، و تنفيذهم بالتوافق مع سياسات المشفى.
- المشاركة في عضوية لجنة الدواء و الصيدلة والمساهمة بفعالية بوظائفها ونشاطاتها وتنفيذ قراراتها.
- القيام بالبحوث والمشاركة في تقييم الأدوية الجديدة.
- المشاركة في إجراء تقييم للمعالجة الدوائية وفي التحضير لوصفات المشفى²⁰ بحيث تكون لها الفاعلية نفسها ولكن باستعمال أدوية أقل كلفة.
- تتبع للأدوية ومما تتشكل بالإضافة إلى مكوناتها المحظورة في البلد وأي مكانٍ آخر، والمحافظة على مواكبة مراجعة منظمة الصحة العالمية للقائمة الأساسية من الأدوية والإخطارات الأخرى.
- تنفيذ برامج ضمان للجودة عند وجود شك في فعالية أو قوة دواء عن طريق أخذ عينة منه وتحليلها إما داخل المشفى أو عبر مفتشية العقاقير.
- التوافق مع التشريعات القانونية، التراخيص الأولية التي يجب الحصول عليها، سجلات الصيانة المطلوبة قانونياً.

²⁰ المقصود بالوصفة الدوائية: قائمة من الأدوية الموافق عليها من قبل لجنة الدواء والصيدلة للاستعمال في المشفى وللتخزين فيها.

- تزويد طلاب الصيدلة بالتدريب العملي والذي هو جزء أساسي من متطلباتهم الدراسية.

9. 3. 1 توزيع الدواء وتحضيره:

توزع الصيدلية الدواء بشكلٍ أوليٍّ إلى الوحدات التمريضية حيث يتمُّ تقديمها إلى المرضى الداخليين. بشكلٍ عامٍّ، تُصنَّف الأدوية التي توزع أو تتلف عن طريق قسم الصيدلة في المشفى إلى ثلاث فئات [46]:

1. أدوية ترسل إلى الوحدات التمريضية ليتَّمَّ تخزينها هناك تمهيداً لاستخدامها من قبل المرضى الداخليين مجاناً.
 2. أدوية تُرسل إلى الوحدات التمريضية بشكلٍ مخصصٍ لمرضى منفردين بناءً على وصفة الطبيب ويقوم المريض بدفع التكلفة. يمكن أن ينفذ أمر بديل حيث يُطلب من المرضى شراء وصفاتهم الطبية من الصيدلية ومن ثمَّ تُقدَّم إلى وحدة التمريض ليتَّمَّ تخزينها في عربات الدواء الحاوية على أدراجٍ مخصصةٍ لكلِّ مريضٍ.
 3. الأدوية التي يتمُّ صرفها من قبل الصيدلية بناءً على وصفة طبية مقدَّمة من الطبيب. وتدفع هذه إلى حدٍّ كبيرٍ نقداً، وتُمثِّل الغالبية العظمى من الأدوية سواء من حيث الجودة والتكلفة.
- من الممكن أن يكون لصيدلية المشفى دورٌ في الاستغناء عن أدويةٍ وركيب أدويةٍ ومواد كيميائيةٍ لعمليات التشخيص والمعالجة المستخدمة في المشفى. في المشافي الصغيرة جداً من الممكن أن لا يوجد فيها قسم صيدلة نظامي، وفي هذه الحالة يمكن شراء البنود المطلوبة من صيدلية محلية والمحافظة فقط على تزويدٍ محدودٍ تحت إشراف الأمن.
- إنَّ قسم الصيدلة في المشفى مسؤول أيضاً عن تحضير وتوزيع محاليل السوائل الوريدية IV أو منتجات التغذية الوريدية مثل المواد الغذائية ووسطاء العلاج الكيميائي. إنَّ زمن التحضير والتسليم هو زمنٌ حرجٌ خاصةً أنَّ بعض هذه الحلول مستقرَّة لوقتٍ معينٍ فقط.

ومن الضروري المحافظة على بيئة معقمة أثناء عملية التحضير لذلك توجد حاجة لاستعمال المقصورات ذات التدفق الصفائحي في قسم الصيدلية من أجل تحضير هذه المحاليل العقيمة.

إحدى المهمات المنجزة في برامج تحسين الجودة هو تحديد دواعي استعمال الدواء تبعاً لنوعه. يمكن تطوير الاحصائيات للإشارة إلى نسبة المرضى المستخدمين لأنواع معينة من الأدوية خلال وجودهم في المشفى. وظيفة أخرى أنّ البرنامج يتفحص استخدام الأدوية وفقاً للتشخيص. في الماضي، كانت تتم مراجعة لعمليات تشخيص المرضى بهدف تحديد النسبة المئوية لحدوث مشكلة طبية ناتجة عن موانع استخدامات الأدوية، على سبيل المثال نذكر استخدام المنشطات مع وجود قرحة هضمية. وقد تمّ الاستعاضة عن هذا الأمر إلى حدّ كبير باستخدام البرمجيات في الصيدلية والتي تقوم بإلقاء الضوء على موانع الاستعمال وإساءة استخدام المنتجات الصيدلية [41].

9. 3. 2 الصعوبات التي تواجه قسم الصيدلة:

الصيدلية هي من أكثر الأماكن تعرضاً للسرقة في المشفى والأسوأ من ذلك أنّ سرقات الصيدلية قد تكون مكلفة، صعبة الكشف ومن الممكن أن تحدث بدون الانتباه لها. السارقون هم من موظفي المشفى أنفسهم أو بالتواطؤ معهم. أكثر المناطق التي تحدث فيها السرقات هي: منطقة التلف، المخازن، عملية الشراء، الاستلام، ودفع الفاتورة وحدات التمريض [46].

مع وجود كميات كبيرة من الأدوية موضوعة على رفوف مفتوحة في صيدلية الاستغناء، فإن القيام بالتحكم ذو معنى على الأدوية، هو أمر هائل حتى مع استخدام كافة مقاييس التحكم والتفتيش والأرصدة. يصبح الأمر جدياً خلال ورديات الليل عندما يوجد صيدلاني واحد فقط في الخدمة، ويصبح الأمر أكثر جدية في المستشفيات الصغيرة عندما يعمل الصيدلاني المناوب الليلي كمحاسب للصيدلية في الوقت نفسه. للسيطرة على

عمليات السرقة هذه يجب على كل مشفى أن تطبق نظاماً مناسباً لها يجعل عملية السرقة والاحتيال أمراً صعب التطبيق، وذلك عن طريق تأسيس نظم الرقابة السليمة. يعمل هذا النظام كرادع ويولد الخوف لدى الموظفين بأن عمليات السرقة والاحتيال سوف تُكشف وتُحاسب [46].

الأمر الثاني المهم جداً لقسم الصيدلة هو السيطرة على تداول واستعمال المخدرات والمهدئات، إذ يجب أن يمارس قسم الصيدلة رقابة صارمة على توزيع المخدرات والمهدئات ضمن المشفى وذلك عن طريق ما يلي [41]:

- يجب أن تبقى هذه الأدوية تحت حراسة أمنية على حدٍّ سواء في الصيدلية (عادةً في خزانة كبيرة) وفي وحدات التمريض (عادةً في جرعات محدودة جداً).
- يجب المحافظة على سجلاتٍ شاملة وكافية حول المخدرات والمهدئات.
- عند كل تغييرٍ لوردية ترميض يتمُّ عدُّ الأدوية المخدرة والمهدئة.
- يجب أن يتمَّ حفظ الأدوية المخدرة بالتوافق مع قوانين الدولة الصارمة، والتي من الممكن أن تقوم بأيِّ وقتٍ بتفتيشٍ داخل المشافي عبر وكلاء لها.
- يجب أن يضع الأطباء رقم ترخيص التعامل مع المواد المخدرة عند إعطاء وصفة طبية تحوي مادة مخدرة.
- عندما يتمُّ إعطاء أمرهاتفي لمرضة حول إعطاء مادة مخدرة لمريض، فعلى الممرضة التي تلقت الطلب أن تضع توقيعه وتفاصيل إصدار الأمر في سجل المريض الطبي خلال 48 ساعة.
- وضعت معظم المشافي إجراءً يمكن من خلاله تكرار أوامر إعطاء المواد المخدرة من قبل الطبيب بعد إنقضاء فترة زمنية محددة.
- يتمُّ تعريف وتنظيم تداول المواد المخدرة وفقاً للقوانين المحلية ذات الصلة.

النقطة الثالثة المهمة في عمل قسم الصيدلة في المشفى هو تأمين الأدوية المناسبة وبالسعر المناسب. فمن المعروف وجود تفاوت بين أسعار الأدوية ذات الأسماء العلمية²¹ مع تلك المسجلة بأسماء المنظمة المصنّعة بحيث تضع الأخيرة للأدوية أسماء تحوي علامات تجارية مسجلة ونتيجة لذلك تكون عادة أسعار الأدوية ذات الأسماء العلمية أقل من أسعار الأدوية ذات الأسماء التجارية [41].

²¹ الاسم العلمي لدواء (بدون تسجيل للملكية) هو الاسم الرسمي المتعارف به الدواء علمياً، وهو يعتمد على مادته الكيميائية، بغض النظر عن المنظمة المصنّعة.

أسئلة الفصل التاسع:

1. عدد أهم الضوابط التي تحكم عمل الهيئة الطبية.
2. عدد، مع الشرح، أنواع الهياكل التنظيمية في المشافي.
3. ما هي أهم العوائق المؤثرة في العلاقة بين الأطباء في المشفى وإدارة المشفى؟
4. اذكر الأساليب المختلفة لتقديم الخدمات التمريضية في المشفى.
5. اشرح أحد أساليب تنظيم إدارة التمريض في المشفى.

الفصل العاشر: الإدارة الهندسية

Chapter 10: Engineering Management



الفصل العاشر: الإدارة الهندسية

Chapter 10: Engineering Management

الأهداف التعليمية:

1. مراجعة المهمات الأساسية التي تقوم بها الإدارة الهندسية في المشافي.
2. مناقشة وشرح برامج الصيانة في المشافي وأنواع الصيانة وأهدافها وأولوياتها وأهم القواعد التي يجب التقيد بها.
3. تعداد أهم وظائف قسم الهندسة الطبية في المشافي.
4. شرح أنواع الحرائق في المشافي ومراجعة الأمور الأساسية المتعلقة بإخلاء المباني فيها.
5. التعرف على دور الإدارة البيئية المتكاملة في المشافي.
6. التعرف على الأنواع المختلفة للنفايات في المشافي ومراحل معالجتها والتخلص منها بشكل آمن.

10. 1 المهمات العامة : General Tasks

تُعدُّ المشافي من الأبنية التي تتطلب خدماتٍ متعددةٍ ومتداخلةٍ يجب أن يتمَّ الانتباه لها ومراعاتها منذ مرحلة التصميم الأولية. تشمل هذه الخدمات العديد من النواحي الهندسية الميكانيكية، الإلكترونية، الكهربائية، المدنية، المعمارية، والزراعية وغيرها. يُؤدّي المهندس الطبي دوراً مهماً في تقديم هذه الخدمات ويتركّز هذا الدور فيما يخص الأجهزة الطبية وعوامل الأمان والسلامة في المشفى.

تشمل الخدمات الأساسية التي يجب مراعاتها عند تصميم المشافي طيفاً واسعاً من الخدمات نذكر منها: تصميم نظام التهوية والتكييف المركزي، شبكة الغازات الطبية ونظام الأسطوانات، المراحل ومولدات البخار، أنظمة كشف ومكافحة الحريق، الهندسة الصحية العامة بما فيها محطة المعالجة للنفايات الطبية السائلة ومياه الصرف الصحي، نظام التزويد

بالمياه الباردة والساخنة، شبكات البيانات للحواسيب والاتصالات، أنظمة التحكم بتلوث الماء والهواء، إدارة النفايات الطبية الصلبة، الوقاية الإشعاعية، أنظمة الأمان والسلامة والعقامة بالإضافة إلى أنظمة الوقاية من انتشار العدوى داخل المشفى، نظام التغذية الكهربائية وتوابعه...إلخ.

يُنَفَّذ القسم الهندسي في المشفى عدداً كبيراً من الوظائف الهامة فهو مسؤول عن ضمان التشغيل الاقتصادي والأمن وعن عمليات الصيانة بالإضافة إلى تفعيل نظام مراقبة كامل على مدار الساعة واليوم لكافة خدمات المشفى ومعداتها مع تقديم الدعم الإداري والتقني اللازم لإدارة المشفى. يُعَدُّ رئيس القسم الهندسي كبير المهندسين وهو المسؤول الأساسي أمام المدير التنفيذي للمشفى أو أحد مساعديه عن مهام الإدارة الهندسية وعن تشكيل وتنسيق عمل الفرق الماهرة والمؤهلة مع بعضها بعضاً للوصول إلى تنفيذ الوظائف المطلوبة منها. تقوم، أحياناً، المشافي الكبيرة بتعيين مساعد أو أكثر لرئيس القسم الهندسي حيث يتمُّ عندها إحداث أقسامٍ فرعية في الإدارة الهندسية كالمهندسة الطبية، الهندسة الكهربائية وغيرها [46].

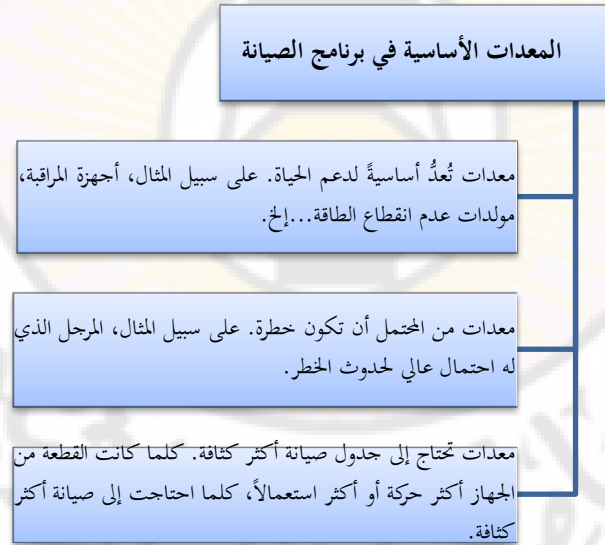
10. 2 إدارة الصيانة Maintenance Management :

بشكلٍ عام، يتمُّ تنفيذ عمليات وإجراءات الصيانة بشكلٍ دوريٍّ وذلك في جميع أنواع منظمات الأعمال الإنتاجية والخدمية. تكون أهمية عمليات الصيانة أكبر كلما كانت النتائج المترتبة على توقف العمل في المعدات والتجهيزات أكثر حساسيةً كما هو الحال في المعدات والأجهزة والتجهيزات الطبية المستخدمة في المشافي والتي تُؤثِّر بشكلٍ مباشرٍ في صحة وحياة المرضى والمستخدمين لها. كذلك، تبرز أهمية عمليات الصيانة بشكلٍ خاصٍّ في المؤسسات والمنظمات التي تستخدم في جزءٍ من مُدخلاتها آلاتٍ ومعداتٍ وتجهيزاتٍ مرتفعة التكلفة كما في المشافي والمباني، حيث تُساهم عمليات الصيانة هذه في تحقيق الوفرة المالي وتخفيض تكاليف العمل من خلال تأجيل قرار شراء أجهزةٍ

جديدة من جهة وتقليل الوقت الذي تكون فيه هذه الأجهزة والمعدات خارج العمل بسبب وجود الأعطال. بشكلٍ مُفصّل، يمكننا تلخيص أهداف عمليات الصيانة في المشافي بما يلي [16]:

- أ. تحقيق استخدام زمني أطول وإنتاجية أمثل للآلات والمعدات وكلّ المنشآت في المشفى.
- ب. التأكد من الجاهزية الدائمة لكافة الآلات والمعدات، خاصة لحالات الطوارئ.
- ت. التأكد من سلامة المرضى والعاملين عند استخدامهم للأجهزة المختلفة في المشفى.
- ث. الحصول على أفضل مستوى من الكلفة (خفض التكاليف) الضامن لأفضل مستوى من الصيانة.

نشير هنا إلى التأثير الهام لنوع المعدات والأجهزة المستخدمة في برنامج الصيانة حيث يتمّ تصنيف إحدى تلك المعدات بأنّها أساسية بالنسبة لبرنامج الصيانة إذا كانت مدرجةً ضمن واحد أو أكثر من المجموعات التي يُشير إليها الشكل (10. 1) [46]:



الشكل (10. 1) المعدات الأساسية في برنامج الصيانة.

يُستثنى من جدول عمليات الصيانة المعدات التي تتم صيانتها من قبل وكيل خارجي وفقاً لعقد خدمة وليس من قبل أفراد داخليين. تقوم بعض أقسام الصيانة بوضع إرشادات وإطار زمنيٍّ للأنواع المختلفة من أعمال الصيانة وذلك بتبويب جميع أنواع العمل ضمن فئاتٍ على أساس أولوياتها ومعاييرها كما يوضح الجدول (1.10).

الجدول (1.10): أولويات ومعايير الصيانة في إحدى المشافي [46].

الأولويات	المعايير
طوارئ	يوجد تهديد للحياة أو خطر عليها، خدمات المشفى ستتوقف بشكل تام أو تنقلص، قد تنشأ حالة طوارئ إذا لم تنفذ عملية الصيانة.
خلال 4 ساعات عمل	إصلاحات اعتيادية في مناطق المرضى.
خلال 8 ساعات عمل	إصلاحات اعتيادية في مناطق الدعم.
روتيني	مهام صغيرة، التأخير القليل له عواقب صغيرة.
مدى طويل	تمّ الطلب والتسجيل ولكن لم تتم الجدولة بعد.

بشكلٍ عامّ تُقسم أعمال الصيانة في المشافي إلى ثلاثة أقسام هي: الصيانة المخططة والصيانة غير المخططة والصيانة التعاقدية [46]:

أولاً: الصيانة المخططة: تتضمن كلّ عمليات الصيانة التي تتمّ بأسلوبٍ مخطط ومنهج من أجل إطالة العمر التشغيلي للمعدات المختلفة، تخفيض الأعطال المكلفة، الوصول إلى أعلى فعالية تشغيل، وتأمين بيئة وظيفية آمنة لكل المعدات والمرافق في المشفى.

تُعدّ عمليات الصيانة المخططة ضرورية للأسباب التالية: (أ) انتشار معدات المشافي المعقدة والتي لا يستطيع أي قسم هندسة طبية، مهما كان مجهزاً ومؤهلاً، أن يتكيف مع كثرة الطلب على الإصلاح عند حالات الطوارئ أو عند الطلب، (ب) التكلفة العالية غير المباشرة التي تتحملها المشفى ورعاية المريض في حال عدم توفر المعدات الرئيسة، و

(ج) خطورة المعدات التي تتم صيانتها بشكل غير جيد على الحياة والممتلكات وهدرها للكهرباء والطاقة.

تُقسم الصيانة المخططة إلى ثلاثة أنواع هي:

- **الصيانة الوقائية:** الهدف منها هو تنظيف، وتشحيم، وضبط، وتفتيش عن اهتراء قد يحصل في المعدات والأدوات، واستبدال مكوناتها التي من الممكن أن تُسبب عطلاً كلياً أو إخفاً وظيفياً فيها قبل التفتيش المجدول التالي.
- **الاختبارات الوظيفية والتحقق من الأداء:** يتم إجراء الاختبارات الوظيفية للتحقق من أنّ المعدات تعمل بكامل طاقتها وضمن الحدود المنطقية والمحددة مسبقاً.
- **المعايرة واختبارات السلامة.**

ثانياً: **الصيانة غير المخططة أو الطارئة:** يُقصد بها إصلاح فوري لجزء حيوي من الجهاز تعطل بشكل غير متوقع.

ثالثاً: **الصيانة التعاقدية:** تُنفذ الصيانة التعاقدية لإصلاحات المعدات عبر المواد واليد العاملة المتعاقد عليها بموجب اتفاقات الصيانة السنوية. يحصل هذا إما على أساس روتيني أو عند تعطل جزء من المعدات الخاضعة لعقد الصيانة.

يتم، عادةً، استخدام نظام التحكم بالمعدات من أجل تخفيض تكاليف الصيانة حيث يؤمن هذا النظام معلومات تفصيلية لكل جهاز ومكونات الأجهزة في المشفى، وصف للجهاز، تاريخ آخر خدمة نُفذت له، تاريخ الخدمة التالية... إلخ. تُساعد هذه المعلومات أيضاً في التحضير لتقرير الصيانة السنوي خلال العام لكل قطعة من الجهاز على شكل تكلفة الصيانة الكلي، التكلفة الكلية لقطع التبديل... إلخ.

يُساهم بفعالية في تخفيض تكاليف الصيانة مع المحافظة على فعالية تشغيلية عالية،
اتباع المشافي للقواعد والإرشادات التالي عند اختيار وصيانة المعدات [46]:

- تجنب شراء المعدات غير الموثوقة و/أو المكلفة عند إجراء الإصلاح والصيانة.
- تكليف أشخاص مؤهلين ومن ذوي الخبرة بعملية شراء المعدات وصيانتها.
- كتابة المواصفات التفصيلية قبل شراء أي من المعدات مع القيام بتحليل دقيق للتكلفة الأولية والتكاليف التشغيلية على مدى العمر المفترض لجزء معين من الجهاز. تجب الإشارة هنا إلى إمكانية أن تتجاوز تكلفة الصيانة العالية أو تكلفة التشغيل المرتفعة قيمة التكلفة الأولية للمعدات المصنعة بشكل غير جيد أو غير موثوق خلال مدة زمنية قصيرة.
- العمل على الحصول على معلومات عن كفاءة أداء المعدات المرغوب شراؤها وذلك من مشافي أخرى تستخدم هذه المعدات.
- التأكد من أن تطبيق خدمة الصيانة التعاقدية للمعدات الأساسية أوفر من صيانة المشفى. إذا لم يكن كذلك، القيام بتنفيذ الصيانة الأوفر مع ضمان وجود الخبرة المطلوبة لمهندسي المشفى.
- تأمين تدريب شامل لموظفي الصيانة ومُشغلي المعدات وتشجيعهم على تحديث معارفهم عن طريق برامج خاصة وزيارات ميدانية.
- الاحتفاظ بسجلات مناسبة لكل الأعمال والمواد المستخدمة مع وضع مقاييس تحكم داخلية للشراء، المحاسبة، التخزين، والعائدات.
- التأكد من التوفر المحلي والموثوق لخدمات ما بعد شراء المعدات.
- يمكن أن تزداد تكلفة الصيانة نتيجة بعض الممارسات الخاطئة مثل الصيانة غير السليمة باستعمال أدوات غير مناسبة للعمل، ونقص عمليات الصيانة والتشحيم والتنظيف أو تنفيذ الإصلاحات بشكل غير مناسب.

10. 3 الهندسة الطبية Biomedical Engineering :

يُعدُّ قسم الهندسة الطبية من الأقسام الرئيسة التي تقدم الخدمات المساعدة في المشافي. يكمن الهدف من وجود هذا القسم في المشافي في تأمين خبرة تقنية ودعم إداري لكلٍّ من إدارة المشفى، والقسم الهندسي والطاقي الطبي. فيما يلي بعض وظائف هذا القسم [46]:

- كتابة مواصفات المعدات والآلات الطبية الجديدة.
- تقييم المعدات والأجهزة الطبية من الناحية الوظيفية والتكلفة الأولية والتشغيلية.
- فحص المعدات والأجهزة الطبية القادمة وإجراء تفتيش ماقبل قبولها رسمياً والقيام بدفع التكلفة.
- وضع معايير التشغيل الآمن للأجهزة والأنظمة الطبية وضمان الامتثال لها.
- تنظيم برنامج تدريبي للموظفين في قسم الهندسة الطبية بالإضافة إلى المستخدمين للأجهزة الطبية في الأقسام الأخرى ليتمكنوا من استخدامها بالشكل الصحيح.
- تقييم الحاجة إلى معدات جديدة أو إلى استبدال معدات بأخرى وإجراء إصلاحاتٍ كبيرة.
- تقديم النصح وتوفير الخبراء للكادر الطبي والإدارة.
- تنظيم برنامج صيانةٍ مخططةٍ لكلِّ المعدات الطبية بالإضافة إلى الانتباه إلى كافة الأعطال الطارئة والإصلاحات اللازمة.
- وضع نظامٍ فعّالٍ للتحكم بالمعدات.
- تأسيس نظامٍ جردٍ لكلِّ المعدات الموجودة والقادمة.
- الحفاظ على سجل العمل وسجل تاريخ الصيانة.
- المشاركة الفاعلة في أنشطة لجنة السلامة في المشفى وفحص مخاطر السلامة.

يتم تنظيم مسؤوليات قسم الهندسة الطبية في المشفى وفق عدة مستويات حيث تتعلق مهام المستوى الأول بإجراء إصلاحات للمعدات وتحديث سجلات الصيانة فيما يخص تاريخ و تكاليف الصيانة؛ بينما تتعامل مهام المستوى الثاني مع الصيانة الوقائية، اختبارات السلامة الكهربائية، اختبارات المعدات الجديدة، وتحضيرات ما قبل الاستعمال؛ أخيراً تتضمن مهام المستوى الثالث الإدارة والتصميم وتعامل بشكل خاص مع تخطيط، وشراء، وتركيب، وتصميم، والإعلام عن الخطر، ودعم لجنة السلامة [41].

10. 4 إدارة الحريق Fire Management :

10. 4. 1 أشكال الحماية من الحريق:

تخص قضايا الحماية والسلامة من الحريق كل شخص بالمشفى وتُقسم أشكال الحماية من الحريق إلى أربع عمليات هي الإنذار، الإطفاء، الإخلاء والحد من انتشار الحريق والدخان. نذكر في هذا المجال، أنه على الرغم من اتخاذ العديد من الاجراءات لجعل أبنية المشافي أكثر أماناً من الحريق فإنه لا يوجد أي مكان خالٍ تماماً من مخاطر الحريق.

يحتاج حدوث الحريق وانتشاره إلى توفر ثلاثة عناصر هي الحرارة، الوقود، والأكسجين وهو ما يُطلق عليه، عادةً، مثلث الاشتعال. إذا تمّ إبعاد أو التخلص من أحد هذه العناصر الثلاثة فإنّ خطر حدوث الحريق سوف يتلاشى، وهذا هو المبدأ الأساسي لعملية إطفاء الحريق.

يمكن تصنيف معظم الحرائق في أربع فئات عامة [27]:

الفئة A: يحدث الحريق في المواد العادية القابلة للاشتعال مثل: الملابس، والأخشاب، والأوراق وغيرها. وتكون الطريقة الأفضل لإخماد هذا النوع من الحريق هو بإطفائه بالماء لتخفيض درجة حرارة احتراق المواد الى ما دون درجة الاشتعال.

الفئة B: يحدث الحريق بالسوائل والشحوم القابلة للاشتعال مثل البنزين أو الزيت أو المواد الكيميائية... إلخ. الطريقة المثلى للتعامل مع هذا النوع من الحرائق هي تقنية التغطية والتي تستهدف إبعاد الأكسجين عن النار وبالتالي قمع الاحتراق. يمكن لإطفاء هذا النوع من الحريق اللجوء إلى استخدام مواد مختلفة مثل الرغوة، ثاني أكسيد الكربون، الهالون والبودرة ويجب تجنب استعمال المياه بشكل كامل لأنها تساهم في انتشار هذا النوع من الحريق.

الفئة C: يحدث الحريق في المعدات الكهربائية بسبب التماس الكهربائي في المحركات، الأسلاك، القواطع، اللوحات وغيرها. يُعدُّ هذا النوع من الحريق مزيجاً من النوعين السابقين. بسبب مخاطر حصول دائرة قصر كهربائية، يجب استعمال معامل إطفاء عازل كهربائياً من أجل إخماد الحريق لذلك يُمكن استخدام ثاني أكسيد الكربون والهالون لإطفاء هذه الحرائق ويُمنع استعمال الماء والرغوة لاحتوائها على الماء لأن ذلك قد يُعرض الشخص المطفئ إلى خطر الصدمة الكهربائية.

الفئة D: الحرائق الناجمة عن المعادن كالبوتاسيوم والصوديوم والألمنيوم والمغنيزيوم وهذه الحرائق نادرة الحدوث حتى في المصانع أو المعامل. يستعمل نوع خاص من البودرة الجافة لإطفاء هذا النوع من الحرائق.

يجب أن يعرف كل موظف ما الذي يُؤدّي لحدوث الحريق ولأي نوع من الأنواع السابقة تنتمي، كيف يمكن منعها، وأمكنة توضع طفايات الحريق وصناديق الإنذار. ويجب تدريب جميع الموظفين على إجراءات مكافحة الحريق قبل أن يحدث الحريق فعلياً بحيث يستطيعون مكافحة الحريق ريثما يصل رجال إطفاء الدفاع المدني و إكمال المهمة.

أمّا فيما يتعلق بعملية الإخلاء فيجب الانتباه إلى الأمور التالية [8]:

أولاً: أنواع الإخلاء في المباني: يمكن للإخلاء أن يكون جزئياً أو كاملاً إلى خارج بناء المشفى ويقسم إلى نوعين:

1. إخلاء أفقي: من منطقة خطر إلى منطقة آمنة في الطابق نفسه من المبنى (الانتقال إلى قطاع حريق آخر منفصل بأبواب وجدران قاطعة مقاومة للحريق والدخان).
2. إخلاء عمودي: الإخلاء إلى منطقة آمنة في طابق آخر من المبنى.

ثانياً: **خطة الإخلاء الطارئ:** الهدف من هذه الخطة هو توفير الحماية اللازمة للعاملين والمرضى في المنظمة من أي خطر وذلك بإيجاد الطريقة المثلى لإخلائهم بسلام في أقصر وقت ممكن، ودون حوادث نوبات الهلع. ينبغي القيام بتدريبات إلزامية للطوارئ (ربع سنوية)، تُخصص واحدة منها في العام على الأقل للإخلاء، ويتضمن نقل المرضى العاجزون. يتم إبلاغ إدارة الدفاع المدني في المدينة عنها مسبقاً ويجب تنظيم اجتماع بعد التمرين تُؤخذ فيه تعليقات جميع المشاركين بهدف تطوير الخطة وتجنب النواقص والأخطاء.

ثالثاً: **زمن الإخلاء:** هو الزمن اللازم للإخلاء حيث يُقاس الوقت اللازم لإخلاء المبنى طبقاً لخطورته وللمواد الداخلة في إنشائه ومدى مقاومتها للاحتراق.

رابعاً: **معدل خروج الأشخاص من المخرج:** يُقصد بهذا المعدل عدد الأشخاص الذين يتم خروجهم في الدقيقة الواحدة، ويختلف هذا العدد باختلاف نوعية المبنى وكذلك باختلاف طريقة الخروج سواء أكانت أفقياً أم رأسياً (نزولاً أو صعوداً)، وحسب عرض المخرج. أمّا المعدل المقبول للمستشفيات فهو كالتالي: إخلاء أفقي (30 شخص/ دقيقة)، إخلاء عمودي: نزولاً (20 شخص/ دقيقة)، صعوداً (10 أشخاص/ دقيقة).

خامساً: **الرسم الجداري للإخلاء:** يُثبت على أبواب القاعات وفي أرجاء الممرات، ويحدد في كل لوحة المعلومات التالية:

- المخارج الأولية والثانوية للطوارئ للأجنحة المختلفة من المشفى، مناطق التجمع، مناطق الاحتماء المؤقت الآمنة والملاجئ. كذلك يُوضع رسم للإخلاء في مختلف مناطق المشفى يبين منطقة وجودك (أنت هنا) وبقية النقاط السابقة.

- مناطق معدات الحماية ومكافحة الحريق (طفايات الحريق، خراطيم الحريق، أجراس الإنذار، كواشف الدخان والحرارة).
- مناطق توزيع أدوات الحماية الشخصية مثل (مواد الإسعافات الأولية، مغاسل العيون، عربات جهاز الصدمات الكهربائية القلبية).
- توجيهات بسيطة للإخلاء.
- مناطق المنظمة وأرقام الطوارئ.

أما فيما يتعلق بانتشار الحريق في أنحاء مبنى، فمن المعروف أنّ ذلك يتمّ بسرعة نتيجة اختلاف ضغط الهواء بين مكان نشوب الحريق والمناطق المحيطة بمكان الحريق. حيث يتحرك الدخان من المنطقة مرتفعة الضغط إلى المنطقة منخفضة الضغط. هذا وتعتمد كمية الدخان على نوعية المادة المحترقة وكمية الأكسجين المتوفرة، وتعتمد سرعة واتجاه انتشاره على اختلاف ضغط الهواء. يتمّ التحكم بانتشار الدخان في المبنى بطريقتين هما [31]:

- **الطريقة الأولى:** تقسيم المبنى إلى مناطق تُسمّى الحجرات المانعة لانتشار الدخان، تتكون الحجرة من فراغاتٍ محاطةٍ بجدران وأرضيات وأسقف تمنع مرور الدخان من خلالها إلى المناطق المجاورة.
- **الطريقة الثانية:** التحكم في انتشار الدخان ودفعه إلى خارج المبنى باستخدام أنظمة ميكانيكية وكهربائية خاصة مثل المراوح وفتحات تهوية آلية أو من خلال فتحات التهوية تلقائية الفتح.

10. 4. 2 مهام إدارة الحريق في المشفى:

تُؤدّي هذه الإدارة مجموعتين من المهام الأولى منهنّما وقائية والثانية علاجية كما يلي [33]:

أولاً: مهام الوقاية من أجل منع الحريق:

من أجل تحقيق وقاية فعّالة ومستمرة تقوم إدارة الحريق في المشفى بالإجراءات التالية:

1. جمع ودراسة كلّ المعلومات الضرورية لتجنّب حصول الحريق في المشفى مثل مسببات الحريق وكيفية حماية الأقسام المختلفة والأدوات اللازمة من أجل تنفيذ عمليات الإنقاذ في المشفى.
2. توعية العاملين في المشفى فيما يتعلق بأساليب الوقاية من الحريق والإجراءات المتخذة في حال حدوث حريق، سواء بتنظيم الندوات أو الدورات التدريبية لاستعمال أجهزة مكافحة الحريق و عمليات الإخلاء عند اندلاع حريق واختبار أجهزة ونقاط الإنذار عن الحريق وغيرها.
3. مراقبة المصادر المحتملة للحريق مثل شبكات الغاز الطبية وخزانات المواد القابلة للاشتعال والأجهزة والتجهيزات الكهربائية وأجهزة التسخين وحمولة الأسلاك الكهربائية وغيرها.
4. القيام بأعمال الصيانة الدورية لشبكات الإنذار والإطفاء والتأكد من جاهزيتها المستمرة.

ثانياً: مهام التصرف والعمل عند اندلاع الحريق:

مهما كانت إجراءات الوقاية من الحريق كاملةً ومستمرةً يبقى احتمال حدوث الحريق قائماً، لذلك يجب أن تكون إدارة الحريق مُستعدةً للتعامل مع أيّ حريق في حال حصوله ويشمل ذلك مايلي:

1. التنبيه باستخدام جهاز المناداة العام عن وجود الحريق و مكانه باستخدام كلمة السرّ الخاصة ويكرر التنبيه ثلاث مرات.

2. الإشراف على عمليات الإخلاء وتنظيمها والتأكد من خروج كل الأفراد والعمل على حفظ النظام ونقل الوثائق والسجلات الهامة والقيمة.
3. القيام بأعمال مكافحة الحريق بوسائل الإطفاء المتوفرة في المباني والاتصال بالجهات المختصة مثل الدفاع المدني والوزارات المختصة كالصحة أو التعليم العالي وغيرها.
4. فصل التيار الكهربائي وشبكة الغازات الطبية عن مكان الحريق والتأكد من بقائهما كذلك وأيضاً من عزل قطاعات الحريق المصابة لمنع انتشار الحريق إلى باقي أقسام المشفى.
5. دراسة وإعادة تقويم أداء فريق إدارة الحريق وتحديد الأخطاء الحاصلة وتحليلها ووضع الخطط الكفيلة بتلافيها.

10. 5 الإدارة البيئية المتكاملة في المشافي:

Integrated Environmental Management in Hospitals

تؤدي الإدارة البيئية المتكاملة للمشافي دوراً مهماً جداً في مجال التحكم بتلوث البيئة الخارجية للمشافي والحد من تأثير ذلك التلوث في المرضى والعاملين في تلك المشافي. يُساعد النجاح في أداء ذلك الدور في تقليص مستويات الإنفاق الناتج في المشافي نتيجة تخفيض احتمالات حدوث مختلف أنواع العدوى ولا سيما بعد العمليات وما ينتج عن ذلك من زيادة في مدة الإقامة السريرية للمرضى.

عملياً، يبدأ إدماج البعد البيئي في إدارة المشافي منذ مراحل التخطيط لإنشائها، إذاً لا بد من اختيار مواقع إقامة المشافي بعناية وحذر عن طريق إجراء دراسات تقييم الأثر البيئي للبيئة المحيطة بالموقع المختار في كفاية تشغيل المشفى بجميع أقسامها. لاحقاً، يجب ملاحظة البعد البيئي عند دراسة المدخلات الهندسية في التصميم، واختيار مواد البناء والتشطيب المناسبة بما يساعد في الحد من تأثير التلوث الخارجي، بالإضافة إلى تسهيل

مهمة فريق الحدّ من العدوى، ورفع كفاءة عمليات التعقيم والتطهير اللازمة داخل وحدات المشافي.

يتمّ تنفيذ أعمال عملية الإدارة البيئية المتكاملة للمشافي من خلال تشكيل مجموعة من فرق العمل أو اللجان مثل لجنة الجودة، لجنة السيطرة على العدوى، لجنة السلامة والصحة المهنية للعاملين في المشافي، إدارة النفايات الطبية الصلبة والسائلة، إدارة الشؤون الهندسية [19].

10. 5. 1 تأثير تلوث البيئة في أداء المشفى:

يترتّب على تلوث الهواء الخارجي أثراً سلبياً مزدوجاً في عمل وأداء المشافي. أولاً، تزداد، نتيجة هذا التلوث، معدلات الإصابة بالأمراض الصدرية الحادة والتي تستدعي في بعض الحالات إدخال الأفراد إلى المشافي من أجل المعالجة ثانياً، يُؤثر هذا التلوث في كفاءة عمل وفعالية نظم التكييف والتدفئة وتنقية الهواء الداخل في مختلف أقسام المشفى حيث يترتّب على ذلك ارتفاع تكاليف صيانة واستبدال المرشحات (الفلاتر) لا سيما في المناطق الحساسة من المشفى مثل غرف العمليات والعناية المركزة وغرف مراكز زراعة الأعضاء ونقي العظام وغيرها... إلخ.

أمّا فيما يخصّ مصادر هذا التلوث فهي عديدة ومتنوعة نذكر منها وجود محارق للنفايات الطبية الصلبة سواء داخل حرم المشافي أو بجوارها. كذلك، ينتج عن استخدام الغاز الطبيعي في تسخين المياه وفي إعداد الطعام كما في في معظم مطابخ المشافي التي تكون غالباً الطوابق السفلية "أو الأقبية" في مباني المشافي انطلاق غاز أول أكسيد الكربون الضار.

بالنسبة للمياه في المشافي، فلا بدّ من معالجتها بغض النظر عن مصادرها (شبكة رئيسية، خزانات، آبار... إلخ) من أجل التأكد من الحصول على مياه ذات نوعية جيدة

تتلاءم مع الاستخدامات المختلفة في المشافي. أيضاً، يجب وباستمرار وبشكلٍ دوري إجراء عمليات فحص وتفتيش لأنابيب شبكات توزيع المياه والخزانات (سواء المياه الباردة أو الساخنة) من أجل التأكد من عدم تشكل مواد خطرة فيها.

يُعدُّ الضجيج أحد المصادر العديدة ذات التأثير السلبي في أداء العمل في المشافي، وكذلك في المرضى المحتاجين إلى فترات طويلة من الراحة لسرعة الشفاء. في هذا المجال، يجب القيام بإجراء تعديلات تصميمية أساسية لعزل الضجيج حيث توجد عدة خيارات هنا مثل تركيب النوافذ متعددة الطبقات، أو تركيب تصميمات هندسية في الواجهات تقوكم بتشتت الموجات الصوتية.

أخيراً، لا بدّ من ملاحظة وتقييم مستوى تأثير المجالات الكهرومغناطيسية المتزايدة في البيئة المحيطة بالمشافي والتي تنتج عن عدة مصادر مثل خطوط نقل الكهرباء، ومحطات تقوية الهاتف المحمول، والبث الإذاعي حيث يُلاحظ تأثير هذه المجالات السلبي في كفاءة وحساسية بعض الأجهزة الطبية [19].

10. 5. 2 إدارة النفايات الطبية الصلبة والسائلة:

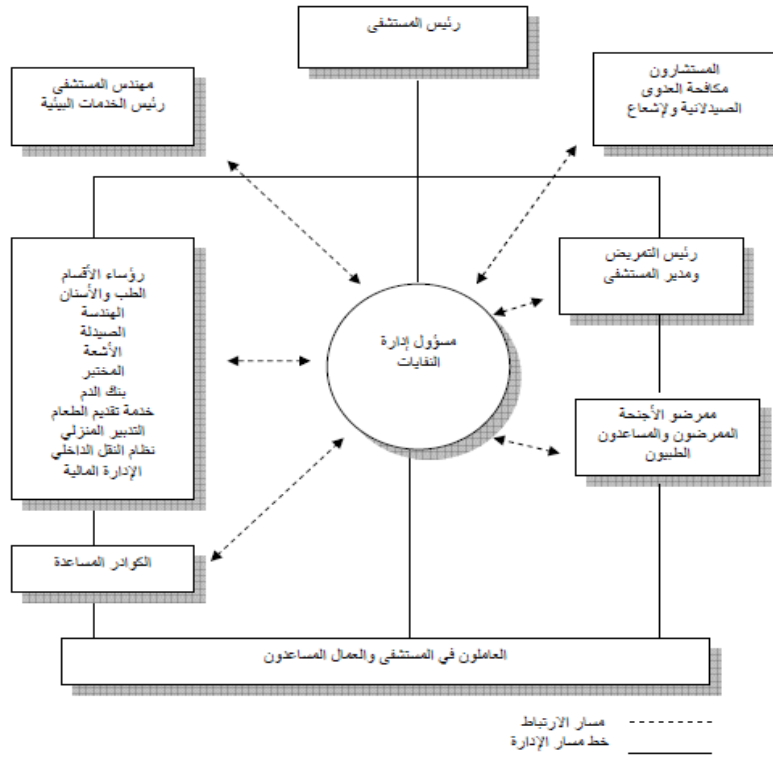
يُقصد بنفايات الرعاية الصحية جميع أنواع النفايات الناتجة عن عمل مؤسسات الرعاية الصحية، ومراكز الأبحاث، والمخابر. عملياً، ليست كلُّ هذه النفايات خطرة حيث يشير بعضهم إلى أنّ 75% إلى 90% من تلك النفايات غير خطرة وهي تشبه إلى حدّ كبير النفايات المنزلية بينما تُعدُّ النسبة الباقية والتي تتراوح بين 10 إلى 25% خطرة وقد تسبب مخاطر صحية متنوعة. يُبيّن الجدول (10. 2) فئات نفايات الرعاية الصحية [35].

الجدول (10. 2): فئات نفايات الرعاية الصحية.

فئة النفايات	الوصف والأمثلة
النفايات المعدية	هي النفايات التي يُحتمل أن تحتوي على جراثيم ممرضة مثل مستنبتات المخابر، نفايات أجنحة العزل، والقطن الطبي، والمواد والمعدات التي لامست المرضى المصابين، وإفرازات الجسم.
النفايات الممرضة (الباثولوجية)	تشمل الأنسجة أو السوائل البشرية مثل أجزاء الجسم، والدم وسوائل الجسم الأخرى والأجنة.
الأدوات الحادة	تتضمن كل أنواع نفايات الأدوات الحادة مثل الإبر والمشارط والسكاكين والشفرة والزجاج المكسور وغيرها.
النفايات الصيدلانية	وهي النفايات المحتوية على مواد صيدلانية مثل المواد الصيدلانية منتهية الصلاحية أو التي لم تعد هناك حاجة إليها، والمواد الملوثة بالمواد الصيدلانية أو المحتوية لها (كالقوارير والصناديق).
النفايات السامة للجينات	تشمل النفايات التي تحتوي على مواد لها خاصية السمية الجينية مثل النفايات التي تحتوي على عقاقير تؤثر في نشاط الخلايا (المنشطة للخلايا) تستخدم عادة في علاج السرطان، والكيماويات السامة جينياً.
النفايات الكيميائية	تتضمن كل النفايات التي تحتوي على مواد كيميائية مثل المواد المخبرية، ومظهر الأفلام، والمطهرات التي انتهت صلاحيتها أو التي لم تعد هناك حاجة إليها، والمذيبات.
النفايات ذات المحتوى العالي من المعادن الثقيلة	تشمل طيفاً واسعاً من المعدات مثل البطاريات، وموازين الحرارة المكسورة، وأجهزة قياس ضغط الدم وغيرها.
العبوات المضغوطة	مثل أسطوانات الغاز، وخراطيش الغاز، وعلب الأيروسول.
النفايات المشعة	وهي النفايات التي تحتوي على مواد مشعة مثل السوائل غير المستعملة من العلاج بالإشعاع أو بحوث المخابر، والزجاجيات والعبوات أو الأوراق الماصة الملوثة، والبول والبراز من المرضى المعالجين أو الذين تم فحصهم باستخدام

تقوم بعض المشافي عادةً بتشكيل فرق خاصة ضمن إدارة النفايات الطبية للتأكد من التخلص الفعال من هذه المواد الضارة؛ وفي هذا المجال تبرز مسؤولية المهندس (الذي يُفضّل أن يكون مهندساً طبياً) في إدارة النفايات الطبية التي تتعلق بتركيب وصيانة مرافق تخزين النفايات ومعدات مناولتها وضرورة تتطابقها مع مواصفات الدلائل الإرشادية الوطنية. كذلك يُعدّ هذا المهندس مسؤولاً أيضاً عن تشغيل وصيانة معدات معالجة النفايات في الموقع، وكذلك يكون هذا المهندس مسؤولاً عن الفريق الذي يتولّى معالجة النفايات من أجل التأكد من مستوى تدريب فريق العمل فيما يخصّ التخلص من النفايات، ويقوم بواجباته وفقاً لخطة المشفى لإدارة النفايات؛ كذلك، فإنّه يجب على أعضاء الفريق المسؤول عن تشغيل مرافق معالجة النفايات في الموقع أن يكونوا مدربين بشكلٍ جيّدٍ على عمليات التشغيل والصيانة.

يُبيّن الشكل (2.10) تصوراً لهيكل نموذجي لإدارة النفايات في المشفى مع خطّ مسار مسؤوليات الإدارة ومسارات الارتباط والاتصال بين الموظفين الرئيسيين. ويمكن تعديل هذا الهيكل ليتناسب مع الاحتياجات الخاصة لكلّ مشفى.



الشكل (2.10): هيكل لإدارة النفايات الطبية في إحدى المشافي.

10.5.2.1 مراحل معالجة النفايات الطبية الصلبة:

تمرّ عملية التخلص الآمن من مختلف أنواع النفايات الطبية الصلبة في المشافي بعدة مراحل يمكن تلخيصها بما يلي:

أولاً: فرز النفايات وتعبئتها:

تبدأ كل عمليات معالجة النفايات الطبية على اختلاف أنواعها بفرز (فصل) وتحديد نوعية تلك النفايات ولهذا المرحلة أهمية كبيرة في تقليل كمية نفايات الرعاية الصحية وهي تُعدّ الخطوة الأولى في طريق النجاح لتحقيق إدارة فعّالة وآمنة لهذه النفايات. من الضروري هنا التأكيد على قيام مُنتج النفايات نفسه بفرز تلك النفايات، وأن يتم ذلك في أقرب منطقة

إلى مكان تولّد النفايات، وأن تتمّ متابعة المحافظة عليها في مناطق التخزين وأثناء النقل. يُبيّن الجدول (10. 3) خطة الترميز اللوني الموصى بها لحاويات نفايات الرعاية الصحية.

الجدول (10. 3): الرموز اللونية الموصى بها لنفايات الرعاية الصحية.

نوع النفايات	لون الحاويات والعلامات	نوع الحاوية
نفايات شديدة العدوى	أصفر وعليها عبارة "شديدة العدوى"	كيس بلاستيكي متين ومانع للتسرب أو حاوية يمكن تعقيمها بالأتوكليف
النفايات المعدية الأخرى، والنفايات الممرضة والنفايات التشريحية	أصفر	كيس بلاستيكي مقاوم للتسرب أو حاوية
الأدوات الحادة	أصفر وعليها عبارة "أدوات حادة"	حاوية مقاومة للثقب
النفايات الكيميائية والصيدلانية	بني	كيس بلاستيكي أو حاوية
النفايات المشعة	-	علبة رصاص موسومة برموز الإشعاع
النفايات العامة للرعاية الصحية	أسود	كيس بلاستيكي

يُعدُّ جزءاً من السلوك الآمن فيما يخص النفايات الطبية الخطرة العمل على لصق تعليمات فرز النفايات وتعريفها وتحديدّها في كلّ نقاط تجمع النفايات بحيث تقدّم هذه التعليمات المعلومات اللازمة حول الإجراءات الواجب على الأفراد اتباعها. من الضروري جداً، في هذا المجال، عدم قيام الأفراد سواء أكانوا مختصين أم غير مختصين بتصحيح أخطاء الفرز مثل إخراج مواد من الكيس أو الحاوية بعد التخلص منها أو وضع كيس في داخل كيس آخر مختلف اللون أو غير ذلك؛ وفي حال حدوث ذلك ونتج عنه خلط للنفايات العامة مع النفايات الخطرة، فيجب عندها معاملة كلّ خليط النفايات هذا كنفايات خطيرة.

أمّا بالنسبة للأكياس والحاويات المخصصة لهذه النفايات فيجب أن يُلصق عليها بطاقات البيان والتي تتضمن المعلومات الأساسية عن كلّ من محتوياتها ومنتج هذه النفايات - انظر الجدول (10. 4). يجب، بناءً على توصيات الأمم المتحدة، أن تظهر على بطاقة البيانات المعلومات التالية:

- التصنيف المعتمد من قبل الأمم المتحدة للمادة
- رمز الأمم المتحدة للتغليف مثل الرمز الدولي للمواد (انظر الشكل (10. 3))
- اسم الشحن المناسب ورقم الأمم المتحدة
- الكمية الكلية (الكتلة أو الحجم) للنفايات التي يشملها الوصف
- اسم الدولة المسؤولة عن مكان وضع بطاقات البيان (تحدد بنظام الكود الدولي المستخدم على الآليات).



الرمز الدولي للمادة المعدية



الرمز الدولي للمواد السامة



الرمز الدولي للإشعاع المؤين



الرمز الدولي للمواد المؤكسدة



حاوية كرتونية للأدوات الحادة

الشكل (10. 3): الرموز الدولية لبعض أنواع النفايات الطبية الصلبة.

كذلك يجب وضع آخر رقمين من تاريخ سنة تعبئة الكيس أو الحاوية والكود الخاص الذي يُحدّد نوع الشحنة داخل الكيس أو الحاوية أيضاً. بالإضافة إلى كلّ ما تقدّم، يجب وضع المعلومات الإضافية التالية على بطاقة بيان نفايات الرعاية الصحية: فئة

النفائات، وتاريخ الجمع، وموقع إنتاج النفائات في المشفى (الجناح مثلاً)، والمكان الذي ستتجه إليه النفائات.

الجدول (4.10) بطاقة بيان فارغة.

	الرمز
	(تصنيف UN / سنة تغليف النفائات)
	(رقم UN / اسم الشحن المناسب)
	(الدولة / اسم المنتج)
	(نوع النفائات / تالايخ الانتاج)
	ملاحظات خاصة
	كمية النفائات / اتجاه النفائات

ثانياً: تجميع النفائات ونقلها وتخزينها في الموقع:

بعد فرز النفائات وتعبئتها في المشافي وفق الخطوات والإرشادات المذكورة في الفقرة السابقة يتم الانتقال إلى المرحلة الثانية وهي جميع هذه النفائات تمهيداً لنقلها. لكن يجب هنا التأكد من إحكام إغلاق جميع أكياس النفائات الطبية عند امتلائها حتى ثلاثة أرباعها، وكذلك التأكيد على عدم مُراكمة هذه النفائات عند نقطة الإنتاج . من المفيد في هذا المجال الإشارة إلى التوصيات التالي للعمال المساعدين المسؤولين عن تجميع النفائات:

- تُجمع النفائات يومياً (أو بشكل متكرر حسب الحاجة) وتُنقل إلى موقع التخزين المركزي المحدد.

- عدم نقل الأكياس التي لا يوجد عليها بطاقة بيان تحدد مكان تولدها (المشفى أو الجناح أو القسم) و محتوياتها.
- توفير امدادات أكياس أو حاويات جديدة في كل المواقع التي تنتج النفايات.
- بعد التأكد من كل المتطلبات السابقة بخصوص تجميع النفايات الطبية يتم الانتقال إلى الخطوة المتعلقة بتخزين تلك النفايات والتي تتطلب قبل كل شيء اختيار موقع تخزين تلك النفايات وتحديد هذا الموقع بصفات تصميمية خاصة منها:
- يجب أن تكون أرضية منطقة التخزين صلبة غير نفاذة ومزودة بشبكة تصريف مياه جيدة، كما يجب أن تكون سهلة التنظيف والتطهير.
- يجب توفير مصدر مياه لأغراض التنظيف.
- يجب تسهيل الدخول إلى منطقة التخزين من قبل الفريق المسؤول عن مناولة النفايات.
- يجب أن يكون بالإمكان إغلاق المخزن لمنع دخول الأشخاص غير المخولين.
- سهولة دخول مركبات تجميع النفايات.
- يجب توفير وسيلة للحماية من أشعة الشمس.
- يجب أن تكون منطقة التخزين محصنة ضد دخول الحيوانات والحشرات والطيور إليها.
- يجب توفير الإضاءة الجيدة، وعلى الأقل تهوية سلبية الضغط.
- يجب ألا تكون منطقة التخزين موجودة بالقرب من مخازن الإغذية الطازجة أو أماكن تجهيز الطعام .
- يجب توفير معدات التنظيف والملابس الواقية وأكياس النفايات أو الحاويات في موقع ملائم وقريب من منطقة التخزين.

- يجب تخزين النفايات السامة للخلايا بشكلٍ منفصلٍ عن نفايات الرعاية الصحية الأخرى في موقع محدد وآمن.
 - يجب تخزين النفايات المشعة في حاويات تمنع التشتت معزولة بالرصاص عن المحيط الخارجي.
- إذا لم تتوفر غرفة مُبرّدة للتخزين، فإنَّ مدَّة تخزين نفايات الرعاية الصحية يجب ألاَّ تتجاوز التالي:

في المناخ المعتدل 72 : ساعة في الشتاء

48 : ساعة في الصيف

في المناخ الدافئ 48 : ساعة أثناء الفصول الباردة

24 : ساعة أثناء الفصول الحارة

ثالثاً: نقل النفايات:

- بعد تجميع النفايات في الأماكن المخصصة لها يتمُّ نقلها سواء داخل المشفى أو إلى خارجه باستخدام إمَّا عربات ذات عجلات أو بواسطة الحاويات، أو عربات اليد المجهزة بعجلات والتي لا تستخدم لأيِّ غرضٍ آخر. يجب أن تكون تلك العربات:
 - أ. سهلة التحميل والتفريغ.
 - ب. خالية من أي أطراف حادة يمكن أن تسبب الضرر لأكياس النفايات أو الحاويات أثناء التحميل و التفريغ.
 - ت. سهلة التنظيف والتعقيم.

تُبيّن الإرشادات الخاصة في هذا المجال ضرورة القيام بتنظيف وتطهير²² مركبات نقل النفايات في المشافي يومياً باستخدام المطهرات المناسبة.

عند نقل النفايات خارج الموقع، يجب على مُنتج تلك النفايات التأكد من التغليف الآمن لها ووضع بطاقة البيان الصحيحة على الأكياس أو الحاويات التي تُنقل خارج الموقع وتحديد المكان المتجهة إليه. هنا يجب التأكيد على ضرورة التقيد بالأنظمة الوطنية الخاصة بنقل النفايات الخطرة وعند التغليف ووضع اللصاقات وعدم اللجوء إلى أي أساليب وطرق أخرى.

رابعاً: معالجة نفايات الرعاية الصحية والتخلص منها:

نصل في هذه المرحلة إلى الخطوة الأخيرة في عملية التخلص الآمن من النفايات الطبية. تتضمن هذه المرحلة عدداً كبيراً من الخيارات المتاحة والتي لا بدّ من اختيار البديل الأنسب من بينها والذي يُراعي نوع النفايات الطبية وخصائصها. يُلخص الجدول (10). 5) أهم مزايا ومساوئ الطرق المتبعة في معالجة والتخلص من النفايات الطبية.

الجدول (10. 5): أهم المزايا والمساوئ الرئيسة لخيارات المعالجة والتخلص من النفايات الطبية.

المساوئ	المزايا	المعالجة طريقة التخلص
تكاليف الاستثمار والتشغيل مرتفعة.	ملائم لكافة النفايات المعدية، ومعظم النفايات الكيميائية والنفايات الصيدلانية.	الفرن الدوار
تخطيم غير كامل للنفايات	كفاءة تطهير عالية جداً، ملائمة لجميع	الترميد الحراري

²² التطهير هو المعالجة التي تستهدف تقليل عدد الميكروبات إلى المستويات الآمنة أو الآمنة نسبياً، أمّا التعقيم فهو تقليل الميكروبات لأكثر من 10^6 (يتم قتل أكثر من 99.9999% من الميكروبات). و يتم إنجاز ذلك بواسطة الطرق الفيزيائية أو الكيميائية أو الميكانيكية أو بواسطة التشعيع.

النفائات المعدية ومعظم النفائات الكيميائية والصيدلانية.	السامة للخلايا. تكاليف الاستثمار والتشغيل مرتفعة نسبياً.	
ترميد الغرفة الواحدة	كفاءة تطهير جيدة. تقليل حاد في وزن و حجم النفائات. يمكن التخلص من المتبقيات في المكان. لا ضرورة لمشغلين مدربين بشكل عالٍ. تكاليف الاستثمار والتشغيل منخفضة نسبياً.	انبعاثات شديدة للملوثات الجوية. تحتاج إلى إزالة دورية للخبث. عدم الكفاءة في تدمير الكيميائية والأدوية المقاومة للحرارة مثل النفائات السامة للخلايا.
مروم البرميل أو الطوب	تقليل حاد في وزن و حجم النفائات. تكاليف الاستثمار والتشغيل منخفضة جداً.	تقضي على 99% من الميكروبات لا تحطم الكثير من المواد الكيميائية والصيدلانية. انبعاث كثيف للدخان الأسود والرماد المتطاير، وغاز المدخنة السام والروائح.
التطهير الكيميائي	تطهير عالي الكفاءة تحت ظروف التشغيل الجيدة. بعض المطهرات الكيميائية رخيصة الثمن. تقليل حاد في حجم النفائات.	يحتاج إلى فنيين مؤهلين على درجة عالية لتشغيل عمليات المعالجة. تستخدم مواد خطيرة تحتاج إلى إجراءات سلامة شاملة. غير ملائم لنفائات المواد الصيدلانية والكيميائية وبعض أنواع من النفائات المعدية.

المعالجة الحرارية الرطبة	آمن بيئياً. تقليل حاد في حجم النفايات. تكاليف الاستثمار والتشغيل منخفضة نسبياً.	آلات التقطيع معرضة للأعطال المتكررة و الأداء الضعيف. يحتاج التشغيل إلى فنيين مؤهلين. غير ملائمة للنفايات التشريحية و الصيدلانية و الكيميائية و النفايات غير المنفذة للبخر بسهولة.
التشيع بالميكروويف	كفاءة تطهير جيدة تحت ظروف التشغيل المناسبة. تقليل حاد في حجم النفايات. آمن بيئياً.	تكاليف الاستثمار والتشغيل مرتفعة نسبياً. احتمالية حدوث مشاكل في التشغيل والصيانة.
الكبسلة	بسيط ومنخفض التكاليف وآمن. يمكن استخدامه مع المواد الصيدلانية أيضاً.	لا يوصى به للنفايات المعدية غير الحادة.
الدفن الآمن	منخفض التكاليف. آمن نسبياً إذا كان الدخول إلى الموقع مقيداً وحيث الإرتشاح الطبيعي محدوداً.	آمن فقط إذا كان الدخول إلى الموقع مقيداً وعند اتخاذ بعض الاحتياطات.
التخميد	رخيص نسبياً.	لا ينطبق على النفايات المعدية.

10. 5. 2. 2 معالجة النفايات الطبية السائلة:

بسبب الطبيعة الخاصة للنفايات الطبية السائلة يتم عادةً معالجتها لوحدها وبشكل يختلف عن النفايات الأخرى. من حيث المبدأ، تُعدُّ نوعية المياه العادمة الناتجة من مؤسسات الرعاية الصحية مشابِهة لنوعية المياه العادمة البلدية أم المنزلية ولكن تختلف عنها في احتوائها على مكونات خطيرة محتملة مثل الممرضات الميكروبية (البكتيريا، والفيروسات،

والديدان الطفيلية المعوية وغيرها)، المواد الكيميائية الخطرة (ناجمة عن عمليات التنظيف و التطهير)، المواد الصيدلانية (تضمُّ المضادات الحيوية والأدوية ذات السمية الجينية)، والنظائر المشعة [35] .

يتمُّ، عادةً، معالجة النفايات السائلة في المشافي على عدة مراحل كما يلي:

المرحلة الأولى - المعالجة الأولية.

المرحلة الثانية -التنقية البيولوجية الثانوية: يتمُّ في نهاية هذه المرحلة الحصول على تدفق ثانوي من النفايات السائلة خالٍ تقريباً من الديدان الطفيلية ولكنّه مازال حاوياً على تراكيز معدنية من البكتيريا والفيروسات.

المرحلة الثالثة- الترسيب أو الترشيح: من المحتمل أن يحتوي التدفق الثانوي على 20 ملغم/لتر على الأقل من المادة العضوية المعلقة وهي نسبة عالية جداً لا تستطيع المرحلة النهائية من المعالجة (التطهير بالكلور) التعامل معها. لذلك يجب أن تخضع لمعالجة ثالثة، مثل الترسيب في برك (في حال توفر مساحات مناسبة) أو الترشيح بالرمل. هدف هذه المرحلة الحصول على تدفقٍ ثالثٍ بمحتوى منخفض جداً من المواد العضوية العالقة العالقة (> 10 ملغم / لتر).

المرحلة الرابعة - التطهير بالكلور: هذه هي المرحلة الأخيرة من المعالجة والتي تهدف إلى الحصول على تراكيز من المواد الممرضة مشابهة لما هو موجود في المياه الطبيعية. يتمُّ تحقيق ذلك عن طريق تعريض التدفق الثالث للتطهير بالكلور لدرجة التنقية باستخدام ثاني أكسيد الكلور (الأكثر فعالية)، أو هيبوكلوريت الصوديوم، أو غاز الكلور والخيار الآخر هو التطهير بالأشعة فوق البنفسجية.

أسئلة الفصل العاشر:

1. عدد أهم الوظائف التي يقوم بها القسم الهندسي ورئيس هذا القسم.
2. تحدث عن إدارة الصيانة في المشفى من حيث أهميتها والمهام التي تقوم بها وأهدافها.
3. عدد، مع الشرح، أنواع عمليات الصيانة الرئيسة في المشافي.
4. ما هي أهم وظائف قسم الهندسة الطبية؟
5. اذكر وشرح بالتفصيل الفئات الأربع لتصنيف الحرائق.
6. ما هي أهم المهام الوقائية لإدارة الحريق؟
7. ما هو المقصود بالنفايات المعدية في المشافي؟
8. عدد مراحل معالجة النفايات الطبية السائلة في المشافي.

الملحق (1)

نظام واجبات الطبيب وآداب المهنة في سورية

الذي أقرّه المؤتمر العام في دورته العادية الخامسة المنعقدة بتاريخ 20 و 21 نيسان 1978 والمصادق عليه من قبل السيّد وزير الصّحة بموجب كتابه رقم - 7962/1/3 - 5/10 تاريخ 25 \ 6 \ 1978.

الفصل الأول: خصائص الطب البشري

الفصل الثاني: واجبات الطبيب العامة

الفصل الثالث: واجبات الطبيب تجاه المرضى

الفصل الرابع: سر المهنة

الفصل الخامس: حقوق الزمالة

الفصل السادس: الأتعاب والأجور

الفصل السابع: صلات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى

الفصل الأول: خصائص الطب البشري

المادة 1

إنّ مهنة الطب مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية قديمة قدم الإنسان، أكسبتها الحقب الطويلة تقاليد ومواصفات تحتم على من يمارسها أن يحترم الشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال وأن يكون قدوة حسنة في سلوكه ومعاملته مستقيماً في عمله، محافظاً على أرواح الناس وأعراضهم، رحيماً بهم باذلاً جهده في خدمتهم.

المادة 2

كلّ عمل طبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة وأن تكون له ضرورة تبرره وأن يتمّ برضائه أو رضاء ولي أمره إن كان قاصراً أو مصاباً باضطرابات عقلية أفقدته الوعي.

الفصل الثاني: واجبات الطبيب العامة

المادة 3

أ- يُحظر على الطبيب الذي يشغل منصباً ما أن يستغل منصبه لغايات مهنية تستهدف زيادة مرضاه، كما يحظر عليه استغلال وظيفته للحصول على كسب مادي من المرضى، أو تقاضي أجر عن عمل يدخل في اختصاص وظيفته التي يؤجر عليها من جهة أخرى.

ب- للنقابة حق الإشراف على الندوات الصحية المذاعة في وسائل الإعلام المرئية والإذاعية والمقالات الطبية المنشورة في مختلف وسائل النشر، ولها حق محاسبة الأطباء القائمين بذلك إذا أخطأوا أو حاولوا استغلال ما يقولونه أو ينشرونه لغايات مادية أو معنوية.

المادة 4

أ- يحظر على الطبيب الإعلان عن نفسه أو القيام بدعاية مباشرة أو بالواسطة بشتى طرق النشر أو الدعاية أو بكتابته على لوحات أو البطاقات أو الوصفات الطبية ألقاباً أو اختصاصات لم ينلها بشكل قانوني ، على أنه يجوز له الإعلان مرة واحدة في الصحف لمدة لا تزيد عن أسبوعين عند بدء مزاولته العمل أو عند انتقاله إلى عيادة جديدة أو بلدة أخرى أو عند حصوله على اختصاص جديد أو لقب علمي جديد.

ب- يحق للطبيب عند تغييره عن مركز عمله لمدة شهر أو عند تغيير ساعات عمله أن يعلن عن ذلك في الصحف لمدة أسبوعين فقط.

المادة 5

تكون اللافتة التي يضعها الطبيب على مدخل عيادته بمقياس لا يتجاوز 30×40 سم ويجوز له أن يضع لافتة أخرى على واجهة العيادة أو على شرفتها إذا كانت العيادة في طابق علوي على أن لا يتجاوز قياسها 70×100 سم . ويحق له وضع سهم واحد يشير إلى مكان العيادة إذا كانت هذه في شارع فرعي ويجب أن لا يسجل على اللافتة سوى المعلومات المسموح بالإعلان عنها والواردة في الفقرة (أ) من المادة السابقة مع

مراعاة أن تكون الالفة ذات شكل لائق خال من الزخارف التزيينية

المادة 6

تحتوي أوراق الوصفات الطبية المعلومات المسموح بإدراجها في إعلان الصحف والالفتات فقط ويجب أن يذكر على الوصفة الطبية اسم المريض وعمره والتاريخ وتوقيع الطبيب. إلا أنه يحق لبعض الاختصاصات إغفال ذكر الاسم والعمر لضرورات خاصة.

المادة 7

لا تجوز الممارسة في أمكنة غير معدة إعداداً مهنيّاً لائقاً ويجب أن يخطر الطبيب فرع نقابته عن اعتزامه فتح عيادة في مكان يحدده، أو عندما يريد نقل عيادته إلى مكان آخر. ، يجب على فرع النقابة أن يكشف على العيادة قبل السماح بفتحها أو قبل الانتقال إليها للتأكد من توفر المواصفات اللازمة فيها، ويحق للنقابة التفتيش على عيادات الأطباء كلما رأت ضرورة لذلك.

المادة 8

يُحظر على الطبيب:

- أ- اللجوء إلى أساليب يمكنها أن تسف بمهنة الطب وخاصة منها ما يدخل في زمرة الغش والتدجيل والادعاء باكتشاف طريقة للتشخيص أو العلاج غير مثبتة علمياً.
- ب- الكتابة في الصحف والمجلات واستعمال أية وسيلة أخرى للنشر بأسلوب يفهم منه الدعاية الشخصية أو بشكل يسيء إلى المهنة وإلى حقوق الزمالة الطبية والمهن الطبية الأخرى.
- ت- إقامة أي نوع من العلاقات تقوم على السمسرة أو المكافأة الطبية مع أي من زملائه أو من المؤسسات الطبية أو مؤسسات المهن الطبية الأخرى وأفرادها، أو استخدام من يقوم بهذا العمل.
- ث- بيع العينات الطبية سواء كان ذلك لمريض أو لأي شخص أو مؤسسة.

ج- ممارسة أي عمل يتنافى مع كرامة المهنة وعدم آتيان أي عمل من الأعمال التالية:

1. السماح باستعمال اسمه في ترويج الأدوية والعقاقير ومختلف أنواع العلاج.
2. إعارة اسمه لأغراض تجارية بأية صورة من الصور.
3. طلب أو قبول مكافأة أو أجر مهما يكن نوعه لقاء التعهد بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى أو لقاء إرسالهم إلى مستشفى أو مصح علاجي أو دور للتمريض أو صيدلية أو مختبر محدد.
4. إجراء الاستشارات في محال تجارية أو في ملحقاتها مما هو معدّ لبيع الأدوية أو الأجهزة بقصد النصح باستعمالها سواء أكان ذلك بالبحان أو نظير مرتب أو مكافأة.
5. لا يجوز للطبيب أن يقاسم أجره مع أي من زملائه إلا من يشترك معه في العلاج فعلاً كما لا يجوز له أن يعمل وسيطاً بأجر لطبيب آخر أو مستشفى أو مخبر بأية صورة من الصور.

المادة 9

على الطبيب أن يجتنب المزاحمة غير المشروعة في المهنة، وحماية الدجالين الذين يأتون أعمالاً مخالفة للقانون في أي من فروع الطب.

الفصل الثالث: واجبات الطبيب تجاه المرضى

المادة 10

على الطبيب عند قبوله رعاية أي شخص سواء في عيادته الخاصة أو في منشأة صحية أن يبذل كل جهده وطاقته لتقديم العناية والعطف بإخلاص لكل المرضى على حد سواء.

المادة 11

على الطبيب في مجال الرعاية الطبية الخاصة مراعاة التقاليد التالية:

أ- حرية المريض في اختيار الطبيب.

ب- حرية الطبيب في ما يصفه مع مراعاة ظروف المريض المادية.
ت- فيما عدا الحالات الطارئة، للطبيب الحق في رفض المعالجة لأسباب مهنية أو شخصية

ث- يمكن للطبيب أن يتنصل من معالجة مريضه بشرط :

1. أن لا يضر ذلك بمصلحة المريض.
2. أن يقدم المعلومات اللازمة لمواصلة العلاج.

المادة 12

تقتضي ممارسة الطب في بعض الأحيان إعطاء وثائق أو تقارير أو مصدقات يحددها القانون. وكل وثيقة من هذا النوع يجب أن تحمل توقيع الطبيب الذي يعطيها ممهوراً بخط يده.

أ- يجب على الطبيب عند إعداد التقرير الطبي أن لا ينسى أنه ملزم بسر المهنة إلا في الحالات التي يحددها القانون.

ب- يجب على الطبيب عند إعداد التقرير أن يكون موضوعياً ودقيقاً وحذراً جداً.

ت- يستحسن أن يبين في التقرير الأسباب التي أوجبت كتابته.

ث- يجب أن تكون المعلومات الواردة في التقرير موافقة للهدف المطلوب.

ج- على الطبيب عند كتابة التقرير أن يتقيد بالمعلومات التي يحصل عليها بالفحص الذي يجريه للمريض وأن لا يتطرق إلى المعلومات الإضافية التي يعطيها المريض أو أي شخص آخر مما لا يتعلق بالحالة المرضية، وإذا اضطر لأن يدون في التقرير تشخيص أو معاناة طبيب آخر فعليه أن يسجل اسم الطبيب وعنوانه في التقرير.

ح- يجب أن يسجل هوية المريض على التقرير، وعلى من لا يحمل هويته أن يأتي بشخصين معرفين يحملان هوياتهما، ويجب أن يضع صاحب التقرير بصمة إبهامه الأيسر عليه.

خ- يجب تدوين تاريخ الفحص بشكل واضح في التقرير، وتاريخ إعطائه وتوقيع الطبيب

الذي أعطاه مع ذكر عنوانه.

د- يجب أن لا يحوي التقرير الطبي سوى معلومات طبية.

ذ- إن إعطاء تقرير طبي مغرض أو بقصد المجاملة يعتبر خطأ يحاسب عليه.

المادة 13

في حال استدعاء طبيب للكشف عن متوفٍ يجب عليه أولاً التأكد من حدوث الوفاة، ولا يجوز له إعطاء تقرير عن متوفٍ، لم يكن قد شهد نزعه أو اطلع على مرضه السابق لوفاته بعد اقتناعه بسبب الوفاة حسب خبرته الطبية. وفي الحوادث المشتبه بكونها جنائية عليه إعلام السلطات القضائية التي تكون حينئذ صاحبة الحق في إجازة الدفن بعد الفحص من قبل الطبيب الشرعي فحصاً ظاهرياً أو تشريحياً. وعلى الطبيب المعالج في الوقائع الجنائية التي تنتهي بالموت أن يمتنع عن إعطاء شهادة وفاة وأن يخبر السلطات التي يعود إليها حق التصرف بالواقعة.

المادة 14

قد تقع حوادث موتٍ فجائي في العيادات الخاصة وتكون موضوع مسؤولية الطبيب المهنية ولا سيما ما يقع منها إثر عمليات صغرى كحقن علاج أو عمليات شرجية أو قثطرة أو بزل وغيرها. فعلى الطبيب في مثل هذه الوقائع أن يمتنع عن إعطاء شهادة وفاة وأن يخبر أقرب سلطة مختصة ويحاول إخبار العائلة بدون تأخير إن أمكن.

المادة 15

على الطبيب مهما يكن عمله أو اختصاصه أن يقوم بالإسعاف الأولي للمريض المهددة حياته بالخطر ما لم تكن هناك قوة قاهرة تحول دون ذلك، وعندما لا يكون بالإمكان توفير العناية الطبية له من قبل طبيب اختصاصي.

المادة 16

إذا طلب الطبيب بشكل طارئ إسعاف مريض قاصر أو فاقد للوعي ولم يتمكن من الحصول على الموافقة القانونية في الوقت المناسب مع تثبيت ذلك في حينه، فعليه أن يقوم بالمعالجة اللازمة دون النظر إلى أي اعتبار آخر.

المادة 17

على الطبيب عدم إخفاء خطورة المرض عن المريض ولا يجوز البوح له بالترجيح المميت إلا بكل حيلة وحذر، ويستحسن أن يحاط الأهل علماً في حالة إخفاء الأمر عن المريض.

المادة 18

على الطبيب طبقاً للقوانين النافذة أن يخبر المراجع الصحية المختصة عن معالجته مريضاً مصاباً بمرض سار أو معد أو يشتبه بإصابته بمرض سار أو معد وأن يعطي إرشادات الوقاية الصحية للوسط الذي يعيش فيه ذلك المريض وكذلك النصائح والإجراءات المناسبة لفرض قواعد الصحة العامة.

المادة 19

أ- مع مراعاة القوانين المرعية يُحظر على الطبيب إجراء الإجهاض الاختياري بأية وسيلة كانت إلا إذا كان استمرار الحمل خطراً على حياة الحامل .
فيشترط حينئذ:

1. أن يتم الإجهاض في مشفى مرخص من قبل طبيب مختص وبموافقة طبيب آخر.
2. أن يُحرر محضر بتقرير الحاجة الملحة للإجهاض قبل إجراء العملية.
3. أن تنظم منه أربع نسخ أو أكثر حسب اللزوم يوقعها الأطباء والمريضة وزوجها أو وليها وتحفظ نسخة في إضبارة المريضة .

ب- إذا رفضت الحامل إجراء العملية رغم توضيح الطبيب لها خطورة وضعها فعليه الامتنال لإرادتها بعد تثبيت معارضتها.

الفصل الرابع: سر المهنة

المادة 20

يدخل في نطاق السر الطبي ما يطلع عليه الطبيب من أحوال مريضه الصحية والاجتماعية وما قد يراه أو يفهمه من مريضه أثناء اتصاله المهني به من أموره وأمره غيره.

المادة 21

على الطبيب ألا يفشي بدون رضا مريضه معلومات حصل عليها أثناء علاقته المهنية إلا في الأحوال التي يتطلبها القانون ولا يشترط في السر أن ينبه المريض طبيبه للحفاظ عليه.

المادة 22

يجوز إفشاء سر المهنة بأحد الأسباب الآتية:

- أ- للمريض نفسه لما يتعلق به من مرضه أو مستقبله.
- ب- للوصي أو الولي فيما يتعلق بسر مريض قاصر أو غير مدرك.
- ت- لذوي المريض إذا عرف أن لهذا الإفشاء فائدة في المعالجة وكانت حالة المريض لا تساعد على إدراك ذلك.
- ث- أثناء خبرة طبية قضائية أو طبابة شرعية.
- ج- لأغراض عملية وللبحوث الطبية دون ذكر الأسماء والصور المعرفة.
- ح- يمكن للطبيب أثناء تأدية الخبرة الطبية أن يذكر سوابق المريض المفحوص المرضية. إذا حصل على طلب خطي من قبل القضاء يسمح له بذلك.

المادة 23

على الطبيب أن لا يعطي شهادة بالموت تذكر اسم المرض أو أي بيان لطبيعته بصورة صريحة إذا كان في ذلك إفشاء لسر المهنة، إلا إذا أجبرته الدولة على ذلك في القانون.

الفصل الخامس: حقوق الزمالة

المادة 24

يجب أن تسود علاقات الأطباء ببعضهم صلات الزمالة الحسنة التي تضمن توفر الاحترام والثقة المتبادلة فيما بينهم وتيسر سبل تعاونهم في كل ما يخدم المرضى ويحفظ مكانة المهنة.

المادة 25

على الأطباء تحاشي وقوع ما يسيء إلى علاقات الزمالة وأن يسعوا إلى حل ما قد يحصل بينهم من خلافات بطريق التفاهم الودي، وإذا استعصى ذلك رفع الأمر إلى فرع النقابة.

المادة 26

يُحظر على الطبيب بشكل مطلق أن يطعن بأحد زملائه أو أن يردد الإشاعات التي تسيء إليه أو تؤذي في ممارسته لمهنته.

المادة 27

يمنع الطبيب من السعي لاستدراج مرضى الآخرين إليه سواء أكان ذلك مباشرة أو بالواسطة كما لا يقبل منه السكوت عما يقوم بذلك لمصلحته ويعلمه.

المادة 28

من حق الطبيب أن يستقبل في عيادته كل المرضى دون التزام نحو أي طبيب آخر سبق له أن عالجهم.

المادة 29

على الطبيب أن يقترح إجراء الاستشارة الطبية إذا تطلبت ظروف المعالجة ذلك وعليه أن يقبل إجراء الاستشارة إذا طلب المريض أو أهله إجراءها وفي كلتا الحالتين فإن الطبيب المعالج يقترح استشارة الطبيب الذي يراه أهلاً لذلك. مع الأخذ بعين الاعتبار رغبات المريض والقبول مبدئياً بالالتقاء بكل طبيب مسجل في سجل النقابة إذا لم تكن لديه أسباب هامة تبرر عدم القبول، ويكون مكلفاً بتنظيم إجراءات الاستشارة، وإذا كان الطبيب مداوي لا يرى ضرورة لقبول ما يطلب منه فيمكنه الانسحاب دون أن يكون

لأحد الحق في طلب تفسير لذلك منه. وينطبق هذا على اختيار الجراح أو أي أخصائي آخر أو مؤسسة علاجية.

المادة 30

يتمتع على الطبيب المعالج والمستشار إبداء ما يسيء إلى أي منهما لدى المريض أو ذويه وبعد الاستشارة يتم تحرير الاستنتاجات وأسلوب المعالجة موقعاً وإذا لم يحرر ذلك فإنه يعني مشاركة المستشار للطبيب المعالج في رأيه.

المادة 31

إذا اختلفت وجهات النظر أثناء الاستشارة في أمر لم يمكن التغلب عليه يحق للطبيب المعالج أن يرفض تطبيق أسلوب المستشار في المعالجة، وإذا كانت الاستشارة مقبولة من قبل المريض فللطبيب المعالج الحق بالتخلي عن رعاية المريض طيلة مدة علاجه هذه.

المادة 32

ليس من حق الطبيب المستشار العودة لزيارة المريض خلال الفترة المرضية التي تمت بشأنها الاستشارة إلا بعلم الطبيب المعالج وموافقته.

المادة 33

يتداول الأطباء المستشارون مع الطبيب المعالج حالة المريض بمعزل عنه وعن ذويه.

المادة 34

لا يسمح لطبيب أن يدير عيادة زميل له بصورة مؤقتة لمدة لا تزيد عن شهرين متصليين إلا بموافقة فرع النقابة.

المادة 35

لا يجوز للطبيب أن ينيب عنه بصورة مؤقتة لمراقبة ومعالجة مرضاه إلا طبيباً مسجلاً في النقابة ومرخصاً له بالعمل في ذات الاختصاص.

المادة 36

لا يحق للطبيب الممارس افتتاح عيادة في بناء فيه زميل آخر ممارس وله نفس المدخل إلا بموافقة الطبيب الأسبق أو بموافقة فرع النقابة، يستثنى من ذلك الحالات التي يكون فيها الأمر متعلقاً بأطباء ذوي اختصاصات مختلفة أو بطبيب مختص وآخر ممارس.

المادة 37

لا يجوز أن يتخذ الطبيب أكثر من عيادة واحدة.

المادة 38

في حال معالجة المريض في مشفى خاص أم عام فإنه يطبق على اشتراك طبيب آخر في معالجته ما يطبق في المادة 29 بشأن الاستشارة الطبية مع مراعاة النظم الإدارية في المشافي العامة ولا يجوز لأي طبيب أن يتصل بهذا المريض علاجياً إلا بموافقة الطبيب المعالج أو من ينوب عنه.

الفصل السادس: الأتعاب والأجور

المادة 39

يحظر على الطبيب تقاضي أجور أخفض من الأجور المقررة من قبل الأجهزة المهنية وذلك بقصد المنافسة، ولكن الطبيب حر في أن يقدم خدمات مجانية عندما يدفعه ضميره إلى ذلك. ومن المعترف به أن يقوم الطبيب برعاية أقرائه وزملائه والأشخاص الذين يعيّلهم وطلاب الطب والعاملين لديه ومساعديه بشكل مجاني ولا يعتبر تقاضيه من هؤلاء بعض الأجور مخالفة لمسلكية.

المادة 40

لا يجوز الإعلان عن أوقات محددة للمعالجة المجانية وللطبيب الحق في أداء واجبه مجاناً لأسباب وجدانية وإنسانية في جميع الأوقات.

المادة 41

يُحظر الشرط على مدة المعالجة إلا في الولادات والأعمال الجراحية والمعالجات الفيزيائية وفي مراكز الاستشفاء وفي بعض حالات استثنائية تتعلق بعدد من العمليات الجراحية، والاتفاق على نجاح المعالجة ممنوع في جميع الظروف.

المادة 42

إذا قام طبيب آخر بمساعدة الجراح فإن له الحق في تقاضي أتعابه من أجر العملية يأخذه مباشرة أو تتضمنه فاتورة أجور العملية الجراحية على أن تحدد نسبته في التعرفة.

المادة 43

اجتماع الطبيب المعالج مع زميل آخر في استشارة طبية يبرر حصوله على أتعاب خاصة.

المادة 44

ينظم الطبيب سجلاً أو اضبارات لمرضاه يدون فيه التشخيص ووسائله والعلاج وطبيعته وما قد يعنّ له من ملاحظات، والاحتفاظ بمثل هذا السجل واضحاً يعدّ خير وثيقة يرجع إليها في التأكد مما قام به من عمل وما أجراه من تصرفات في ممارسته المهنية وكثيراً ما يكون منقذاً له من مواقف حرجة

الفصل السابع: صلات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى

المادة 45

يجب أن تسود علاقات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى روابط التعاون والاحترام ومراعاة استقلال مصالح الجميع والحرص على عدم الإساءة إليهم مادياً ومعنوياً وتجنب كل

تدخل لا تتطلبه مصلحة المريض أو المهنة. وكل خلل يصيب هذه العلاقات يرفع إلى النقابات المهنية ذات العلاقة.

المادة 46

لا يجوز للطبيب الذي له عيادة أو مشفى خاص أن يشارك في أي مؤسسة دوائية أو مخبرية طبية بنفس المدينة باستثناء الشركات المساهمة العادية كما لا يجوز أن يتقاضى أي راتب أو عمولة أو هبة باستثناء العينات والهدايا التي يجري توزيعها بشكل عام من أية مؤسسة متصلة بالعمل الطبي.

المادة 47

على الطبيب أن يمتنع عن إعطاء أي شهادة خطية بشأن أي مستحضر طبي إلا لغايات علمية وبأسلوب علمي دون ذكر الاسم التجاري للمستحضر أو اسم المصنع المنتج.

أحكام عامة

المادة 48

إن المسؤولية الطبية تجاه المريض هي مسؤولية شفاء.

المادة 49

يجب أن تكون الصفات واضحة الخط وتامة الكلمات دون مفهوم ضمني أو غموض وحاوية على شرح واضح لطريقة استعمال العلاج. كما يجب أن تكون السجلات واضحة .

المادة 50

لا يجوز إنهاء حياة مريض مصاب بمرض مستعص غير قابل للشفاء مهما رافق ذلك من آلام، أو أصبح هذا المريض عبئاً على من يحيط به.

المادة 51

تطبق أحكام هذا النظام على كل طبيب مسجل في سجل نقابة الأطباء وكل مخالفة لهذه الأحكام تعرض مرتكبها للإحالة إلى مجلس التأديب. بالإضافة إلى إجراء التبعات الأخرى المنصوص عليها في القوانين والأنظمة النافذة.

المادة 52

تحدد فترة انتقالية لمدة عام واحد اعتباراً من تاريخ نفاذ هذا النظام لتطبيق أحكامه.

الملحق (2)

إصابة مريض دائمة تابعة لوزارة الصحة السورية

الجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

إصابة مريض دائمة

الاسم: النسبة:
اسم الأب: اسم الأم:
مكان وتاريخ الولادة:
المهنة:
الرمز الوطني:
العنوان:
الهاتف:
التشخيص عند القبول:
التصنيف الدولي للمرض:
تاريخ القبول: تاريخ الخروج:
ساعة القبول: مدة المكث:
القسم والشعبة:

نوع القبول

☐ إسعاف	☐ خاص	☐ مؤسسات	☐ تأمين صحي
--------------------------------	------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

رقم الإصابة

--	--	--	--	--

القصة المرضية والفحص السريري	
اسم المريض :	العمر : الشعبة : تاريخ : / / ٢٠١
الشكوى الرئيسية	
القصة المرضية	
العادات الشخصية	
السوابق المرضية	
القصة العائلية	
استعراض وظائف الأعضاء	الجهاز البولي التناسلي
	المس الشرجي
	الأعضاء التناسلية



الجهاز الهضمي				
الراس والعنق				
الجهاز العصبي والحركي				
الاطراف والأوعية المحيطة				
الجلد والعقد اللمفاوية				
الصدر والقلب				
العمود الفقري الرقبى				
العمود الظهري والقطني				
المظهر الخارجى				
الوزن	الطول	النبض	الضغط	الحرارة
الفحص الفيزيائى				
التشخيص المبدئى				
اسم وتوقيع الطبيب				
التاريخ : / / ٢٠١				

صفحة متابعة	
	اليوم متابعة صباحية
	اليوم متابعة مسائية
	اليوم متابعة صباحية
	اليوم متابعة مسائية

صحيفة المتابعة اليومية

[illegible]

صحيحة التحليل المخبرية	اسم المريض :		العمر :		رقم الاضبارة :	
	تاريخ الدخول :		الاختصاص المشرف :		الشعبة :	
	السرير :					
						التاريخ
						WBC
						L/N
						HT
						Hg
						PT
						ESR
						Glucose
						Creatinine
						Urea
						Uric.A
						CPK
						LDH
						Chol.
						Tg
						Alk.pho.
						SGPT
						SGOT
						INR/PT
						K
						Na
						Ca
						P
						T.protein
						Albumin
						Fe
						TIBC
						HBsAg
						Anti-HCV
						Amelase
						فحص البول والرواسب
						بروتين بول ٢٤ ساعة
						كرياتينين البول
						تصفية الكرياتينين
						فوسفور
						شوارد
						كلس
						حمض البول
						ASO
						C3
						C4
						غازات الدم الشرياني
						بيلروبين
						زمرة دموية
						FPSA/PAS
						AFP
						PTI+
						BHCG
						CYFRA
						CRB
						Therefore
						فيرتين

فحوص أخرى

5

صحيفة المراقبة الحيوية العامة GRAPHIC SHEET 	اسم المريض :		العمر :		رقم الإضبارة :
	تاريخ الدخول		الشعبة :		السري :
	التاريخ / الشهر				
	يوم / المشفى				
	يوم بعد الجراحة				
	الساعة				
	الضغط الدموي				
	230				
	220				
	210				
200					
190					
180					
170					
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					
20					
حمية سكرية					
حمية هضمية					
حمية بدون ملح					
حمية قليلة البروتين					

رقم الإضبارة :	العمر :	اسم المريض :
الغرفة والسرير :	الشعبة :	تاريخ الدخول / /
التشخيص البدائي :		
ملخص طلب الاستشارة		
اسم وتوقيع الطبيب :		
تاريخ / /		
تقرير الاستشارة الطبية		
التاريخ / /		
الطبيب الاختصاصي المستشار		
ملخص طلب الاستشارة		
اسم وتوقيع الطبيب :		
تاريخ / /		
تقرير الاستشارة القلبية		
التاريخ / /		
الطبيب الاختصاصي المستشار		

صحيفة العمل الجراحي والتخدير Operation and Anesthetic Sheet	اسم المريض :		العمر :	رقم الإضبارة :
	تاريخ الدخول / /		الاختصاصي المشرف	الشعبة
	الجراح :	مساعد الجراح :	طبيب التخدير :	ممرضة العمليات :
	التشخيص المبدئي قبل العمل الجراحي :			
	التوقيت : من الساعة : الى الساعة :			
	العمل الجراحي المقترض :			
	ملخص العمل الجراحي :			
	التشخيص بعد العمل الجراحي :			
	اسم وتوقيع الجراح :			
	عينات التشريح المرضي			
توصيات ما بعد العمل الجراحي وغرفة الانعاش :				

استمارة خروج المريض	
اسم المريض :	اسم الاختصاصي المشرف :
التشخيص عند القبول :	رقم التصنيف الدولي :
التشخيص النهائي :	رقم التصنيف الدولي :
الاجراءات الطبية المتخذة :	
حالة المريض عند الخروج	شفاء ☐ تحسن ☐ لا تحسن ☐ وفاة ☐ احواله ☐ لشفى آخر ☐
ساعة وتاريخ الوفاة : طب شرعي :	
ملاحظات :	
تاريخ الخروج / / ساعة الخروج	
اسم وتوقيع الاختصاصي المشرف	اسم وتوقيع الاختصاصي للقيم
اسم وتوقيع رئيس الشعب	

شهادة خروج المريض على مسؤوليته الخاصة	
انا الموقع أدناه	المريض في مستشفى
الرأي الطبي لأطبائي للعالمين وقد تم اعلامي بالمخاطر المترتبة على ذلك . وبذلك اعفي الأطباء العالمين وإدارة المستشفى وكل العاملين من المسؤولية عن أي تأثيرات قد تتجمل من مغادرتي للمستشفى .	
اسم وتوقيع المريض أو أحد أهله أو الوصي	اسم وتوقيع الشاهد
دمشق في / /	

تفويض بإجراء معالجة المريض أو توسط جراحي من المريض أو ذويه	
انا الموقع أدناه	افوض الطبيب أو الأطباء المسؤولين عن المعالجة بالقيام بآية معالجة طبية لازمة أو تخدير لازم وبإجراء العمليات الجراحية أو فحص طبي بعد أن علمت بطبيعة هذه الإجراءات ونتائجها وكذلك أوفوض أطباء المستشفى بإجراء أية مداخلات أخرى قد يرونها مناسبة .
توقيع المريض أو ولي أمره	توقيع الشاهد الأول
توقيع الشاهد الثاني	
دمشق في / /	

القبول في المستشفى

[illegible]



الملحق (3)

نموذج لتقرير إحصائي يومي تابع لوزارة الصحة السورية

الجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

تقرير اقصائي يو.مي

[illegible]

اسم و توقيع الممرضة



المصطلحات العلمية

Business Management	إدارة الأعمال
Maintenance Management	إدارة الصيانة
Quality Management	إدارة الجودة
Total Quality Management TQM	إدارة الجودة الشاملة
Hospital Statistics	إحصائيات المشافي
Duality of authority	ازدواجية السلطة
Integrated Environmental Management	الإدارة البيئية المتكاملة
Health Administration	الإدارة الصحية
Public Administration	الإدارة العامة
Accreditation in Hospitals	الاعتمادية في المشافي
Conditional Accreditation	الاعتماد المشروط
Accreditation with commendation	الاعتماد مع الثناء
Health Insurance	التأمين الصحي
Healthcare Marketing	التسويق الصحي
Optimal analysis	التحليل الأمثلي
Medical Error	الخطأ الطبي
Staff Authority	السلطة الاستشارية
Functional Authority	السلطة التنفيذية
Line Authority	السلطة الوظيفية

Public Relations in Hospitals	العلاقات العامة في المشافي
Effectiveness	الفاعلية
Administrative Decisions	القرارات الإدارية
Operational Decisions	القرارات التشغيلية
Programmable Decisions	القرارات القابلة للبرمجة
End-Means Decisions	القرارات النهائية
Healthcare Economics	اقتصاديات الرعاية الصحية
Efficiency	الكفاية
Microeconomic Efficiency	الكفاية الاقتصادية الجزئية
Macroeconomic Efficiency	الكفاية الاقتصادية الكلية
Medical Responsibility	المسؤولية الطبية
Market Mechanism	آلية السوق
Healthcare Quality	جودة الخدمات الصحية
Quality Policy	سياسة الجودة
Quality Assurance	ضمان الجودة
Primary health care	مستوى الرعاية الأولية
Secondary health care	مستوى الرعاية الثانوية
Tertiary health care	مستوى الرعاية من الدرجة الثالثة
Quality System	نظام الجودة
Hospital Information Systems	نظام معلومات المشفى

المراجع العربية

1. إبراهيم ، طلعت الدمرداش (2000). "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة المدينة، مصر.
2. إدارة الخدمات الطبية العسكرية، الفرع العلاجي. " الاعتمادية - مرشد التطبيق العملي"، وزارة الدفاع، الجمهورية العربية السورية (بدون تاريخ).
3. البكري، ثامر ياسر(2005). "تسويق الخدمات الصحية". دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
4. البكري، ثامر ياسر(2005). "إدارة المستشفيات". دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
5. الأحمد، خالد (2003). " أخصائي التغذية بين الواقع و التطوع"، ورشة العمل الثانية في أسس التثقيف الغذائي، مستشفى الملك فهد الجامعي، المملكة العربية السعودية.
6. الأحمد، طلال بن عايد (2004). "إدارة الرعاية الصحية". معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية.
7. الأحمد، طلال بن عايد (2002). "إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان استمرار الالتزام بها ". معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، ترجمة لكتاب:

Koch, H. C. H., (1992). "Implementing and Sustaining Total Quality in Health Care", Longman Group UK Limited.

8. الإدارة العامة للتمريض (2010). "الإخلاء الطارئ للمستشفيات"، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
9. الحاج، عرابة (2010). "إزدواجية السلطة في المستشفيات : المفهوم والإشكالية"، مجلة الباحث، العدد السابع، جامعة ورقلة، الجزائر.
10. الخضر، علي؛ الخير، طارق؛ زاهر، تيسير؛ ديوب، إيمان؛ و التزه، بسام (2011). "مبادئ الإدارة و وظائفها"، منشورات جامعة دمشق، كلية الاقتصاد.
11. الدويك، مصباح عبد الهادي حسن (2010). "نظم المعلومات الصحية المحوسبة و أثرها على القرارات الادارية و الطبية: دراسة تطبيقية على مشفى غزة الأوروبي"، رسالة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.
12. العسالي، محمد أديب (2006). "واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي"، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير التقاني، وارة الصحة، سوريا.
13. حرستاني، حسان محمد نذير (1990). "إدارة المستشفيات". معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية.
14. ديوب، محمد عباس وعطية، هنادي (2005) "إدارة التسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي ومشفى الباسل بطرطوس" مجلة جامعة تشرين للبحوث العلمية — سلسلة العلوم الاقتصادية و القانونية المجلد (27) العدد (2).
15. دنقير، عبد الرزاق بشير (2005). "دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الرعاية الصحية"، مؤتمر الجودة من أجل تعزيز مبادئ و أسس الجودة، ليبيا.

16. ذياب، صلاح محمود (2004). "دور الصيانة في أداء المستشفيات وإنتاجها". ورقة علمية مقدمة إلى المؤتمر العربي الثالث "الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات"، جمهورية مصر العربية.
17. رفة، مسعودة عمر (2010). "النظام الصحي بالمستشفيات"، ورقة عمل، شعبة إدارة الخدمات الصحية، قسم الإدارة، أكاديمية الدراسات العليا - جنزور، ليبيا.
18. ربحان، محمد (بلا تاريخ). "التسويق لخدمة الرعاية الصحية"، المركز الطبي للمقاولون العرب.
19. سعد، سامية جلال (2006). "الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية.
20. سفيان، عصماني (2006) "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها - المرضى - دراسة حالة مصحة الصنوبر بمدينة سطيف" مذكّرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
21. سوسو، حكمت (2009). "المسؤولية القانونية للطبيب في التشريع السوري (المدني والجزائي)"، مجلة المحامون Bulletin v3.6.8, Jelsoft Enterprises Ltd.
22. شبرد، د. س.؛ هودجكن، د. و أنتوني، إ. إ. (2001). "تحليل تكاليف المستشفيات - دليل للمديرين"، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية.
23. صالح، فواز (2006). "المسؤولية المدنية للطبيب دراسة مقارنة في القانون السوري والفرنسي"، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 22، العدد الأول.
24. عبد الله، محمد حامد (2007). "اقتصاديات الرعاية الصحية"، الطبعة الثانية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، ترجمة لكتاب:

Feldstein, P. J., (1993). "Healthcare Economics", Delmar Publisher Inc.

25. علي، هشام حسن (2004)، "محاضرات في تخطيط و تنسيق المستشفيات"، قسم الهندسة المعمارية، كلية الهندسة، جامعة أسيوط.

26. عساف، وائل (2008) "المسؤولية المدنية للطبيب: دراسة مقارنة" أطروحة ماجستير في القانون الخاص، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

27. عون، أحمدية و الغامدي، سعدية (2009). "طفايات الحريق". الصحة المدرسية، إدارة التربية والتعليم بالمنخوة، وزارة التربية والتعليم، المملكة العربية السعودية.

28. فؤاد، فؤاد محمد (2008). "هل يمكن أن نقيس الصحة؟ مفاهيم ومؤشرات جديدة لقياس الصحة"، نقابة أطباء حلب، الجمهورية العربية السورية.

29. قزاقزة، يوسف؛ العجلوني، كامل؛ فضة، وفاء و جرادات، وفاء (2002). "إدارة الخدمات الصحية و التمريض"، الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

30. كامل، وديع (1987). "المرشد في إدارة المستشفيات مع أمثلة من العالم العربي"، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الدول العربية.

31. كود البناء السعودي (2007). "اشتراطات الحماية من الحريق"، امانة منطقة الرياض، المملكة العربية السعودية.

32. مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية (2007). "الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية"، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، أكاديميا إنترناشيونال.

33. مخير، حنان محمود (2010). "إدارة المستشفيات"، المركز العربي للتعريب و الترجمة و التأليف و النشر، دمشق، الجمهورية العربية السورية.

34. مخير، عبد العزيز و الطعامة، محمد (2003). " الاتجاهات الحديثة في إدارة المشافي (المفاهيم والتطبيقات)"، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، www.Arado.org.

35. منظمة الصحة العالمية (2006). "الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية". المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، عمان- الأردن.

36. منظمة الصحة العالمية (2000). "التقرير الخاص بالصحة في العالم: تحسين أداء النظم الصحية".

37. نصيرات، فريد توفيق (2008). " إدارة منظمات الرعاية الصحية ". الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الأردن.

38. وزارة الصحة (بلا تاريخ). " دليل إحصائيات المستشفيات". الجمهورية العربية السورية.

39. Coyne, J. S. and Hilsenrath, P., (2002). "The World Health Report 2000", American Journal of Public Health, Vol. 92, No.1.
40. Donabedian, A. (1980). "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment", Health Administration Press.
41. Griffin, D., (2006). "Hospitals: What They Are and How They Work", 3rd edition, Jones and Bartlett Publishers, Inc., U. S. A.
42. Getzen, T. E., (2004). "Health Economics: Fundamental and Flow of Funds", 2nd edition, John Wiley and Sons, Inc., U. S. A.
43. IFEBP (2003). "Medical Records Guide", International Foundation of Employee Benefit Plans, Inc.
44. Juran, J. M., and Godfrey, A, B, (1999). "Juran's Quality Handbook". McGraw Hill International.
45. Kelley, E. and Hurst, J. (2006). "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper" , OECD Health Working Paper No. 23.
46. Kunders, G. D. (2004). "Hospitals; Facilities Planning and Management", Tala McGraw-Hill Publishing Company Limited, New Delhi.
47. Lindenberger, Judith (2012) " How To Write A Job Description" Download from the web site (<http://www.businessknowhow.com/manage/jobdesc.htm>) on 20/11/2012
48. Managing Public Sector Records (1999). "Managing Hospital Records – A Training Programme", Version 1,

International Council Archives and International Records Management Trust, United Kingdom.

49. Meyer, J. A.; Silow-Carroll, S.; Kutyla, T.; Stepnick, L. S. and Rybowski, L. S. (2004). "Hospital Quality: Ingredients for Success – Overview and Lessons Learned", Commonwealth Fund Publication.

50. Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J. and Kutzin, J. (Editors) (2002) "Funding Health Care: Options for Europe", European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham.

51. National Commission on Correctional Health Care (2011). "NCCHC Health Services Accreditation", AccredBrochur.

52. Navarro, V. (2002). "Can Health Care Systems be Compared Using a Single Measure of Performance?", American Journal of Public Health, Vol. 92, No.1.

53. Offei, A. K. ; Bannerman, c.; and Kyereneh, K. (2004). "Healthcare Quality Assurance Manual – For Sub-Districts", Ghana Health Service.

54. Robbins, S. and DeCenzo, D. (2008) "Fundamentals of Management: Essential Concepts and Applications" 6th edition, Pearson International Edition.

55. Schulz, R. and Johnson, A. C., (2003). "Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance", 3rd edition, BreadBooks, Washington, D. C.

56. Shaw, C. (2004) "Developing Hospital Accreditation in Europe" Division of country support, World Health Organization regional office for Europe, EUR/04/5051758.

57. Working Party (2000). “ Quality of Health Care / Hospital Activities”. Quality Care in Hospitals of HOPE's Sub-Committee on Co-ordination.
58. Srinivasan, A. V. (editor), (2008). “Managing a Modern Hospital”, 2nd edition, SAGE Publications inc, India.
59. Saudi Council for Health Specialties (2003). “Ethics of the Medical Profession”, A Manual Guide for Medical Practitioners, Second Edition, KSA.
60. Horton, L. A. (2007). "Calculating and Reporting Healthcare Statistics", 2nd edition, American Health Information Management Association, Chicago, Illinois.