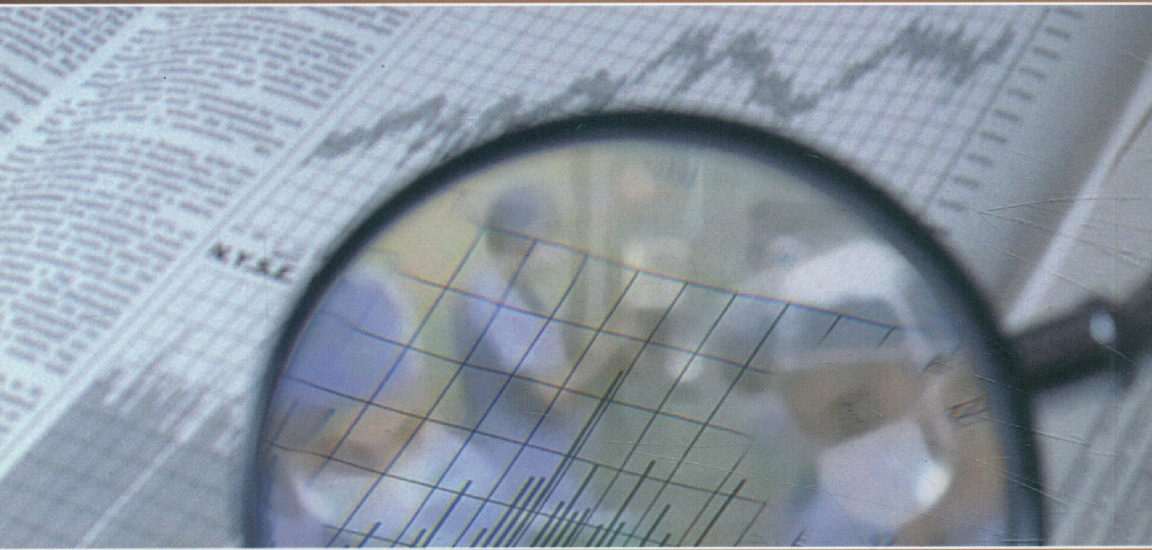


# إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق



الدكتور عبدالإله سيف الدين ساعاتي

مركز النشر العالمي  
جامعة الملك عبد العزيز  
جدة



## المؤلف في سطور

- ◀ حاصل على درجة الدكتوراه في الإدارة العامة من جامعة (الاباما) الامريكية (١٩٨٥ م).
- ◀ حاصل على دبلوم عالي بعد الدكتوراه في إدارة الصحة والمستشفيات من جامعة ولاية جورجيا الامريكية (١٩٩١ م).
- ◀ يعمل حالياً أستاذاً مساعداً ووكيلاً لكلية المجتمع بجامعة الملك عبدالعزيز بجدة.
- ◀ عمل مديراً عاماً للشركة السعودية للتأمين .
- ◀ عمل مشرفاً عاماً للتدريب والإبتعاث ومديراً عاماً للإعلام الصحي والعلاقات العامة والنشر بوزارة الصحة.
- ◀ عمل مديراً مساعداً لمديرية الشؤون الصحية بجدة.
- ◀ عمل مديراً مساعداً لمستشفى الملك فهد بجدة.

## المؤلفات

- ◀ مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية (الرياض : ١٩٩٩ م).
- ◀ الضمان الصحي التعاوني بين النظرية والتطبيق ( جدة : ٢٠٠٢ م).
- ◀ تطور الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية (٢٠٠٤).

## هذا الكتاب

من أبرز التحديات الحالية التي تواجه إدارة المستشفيات، هو اختلال التوازن بين إيراداتها وتكاليف خدماتها، فني وقت تتناقص فيه إيرادات المستشفيات بصورة واضحة، تترافق فيه تكاليف تشغيلها تزايداً هائلاً وسريعاً ومتواصلًا. ولذلك تحتاج المستشفيات اليوم إلى " هندرة "

تمكثها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستح  
المطلوبة. ويعتبر هذا الكتاب مرجعاً للدارسين والعاملين  
الخدمات الصحية، وبصفة أساسية في مجال إدارة المستش  
التطبيق فلقد حرصنا على تضمين الكتاب تطبيق  
المستشفيات وإدارتها في المملكة العربية السعودية. و  
هذا الكتاب أن يكون سهلاً ومبسّطاً يسهل فهم  
مضامينه، ليكون إضافةً للمكتبة العربية في



د. عبدالله بن سيف الدين ساعاتي

بريد إلكتروني:  
assaati@gmail.com

الموقع الإلكتروني:  
www.kau.edu.sa/assaati

ردمك : ٣-٥٤٠-٣



## المملكة العربية السعودية







إهداء ٢٠١٤  
الملحقية الثقافية السعودية  
القاهرة



# إدارة المستشفيات

## بين النظرية والتطبيق

د. عبد الإله سيف الدين ساعاتي

كلية الاقتصاد والإدارة - جامعة الملك عبد العزيز

مركز النشر العلمي  
جامعة الملك عبد العزيز  
ص ب ٨٠٢٠٠ - جدة ٢١٥٨٩  
الهيئة العامة للإعلامية

جامعة الملك عبد العزيز ١٤٣١هـ (٢٠١٠م)  
جميع حقوق الطبع محفوظة.  
الطبعة الأولى: ١٤٣١هـ (٢٠١٠م)

تم نشر هذا الكتاب ضمن برنامج الخدمات العلمية بالجامعة ( النشر الموازي)

**فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر**

ساعاتي، عبد الإله سيف الدين

إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق / عبد الإله سيف الدين

... ص ؛ ... سم

ردمك: ٣- ٥٤٠ - ٠٦ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨

المستشفيات - تنظيم وإدارة أ. العنوان

١٤٣١/٢٤٣٠

٣٥٠,٨٤١ ديوي

رقم الإيداع: ١٤٣١/٢٤٣٠

ردمك : ٣- ٥٤٠ - ٠٦ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨



## إهداء

إلى والدي ووالدتي تغمدهما الله بواسع رحمته وغفرانه  
إلى أخي ومعلمي الدكتور أمين ساعاتي  
إلى زوجتي الغالية .. رفيقة دربي ..  
إلى أبنائي .. نَفْسِي المديد  
( هتان .. أهداب .. ريان .. محمد )



إلى معالي الأستاذ الدكتور أسامة بن صادق طيب  
مدير جامعة الملك عبد العزيز ....  
رائد مرحلة التطوير النوعي بجامعة الملك عبد العزيز،  
ومؤسس جامعات : طيبة، والحدود الشمالية،  
وجازان ، وتبوك.





## تقديم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين  
نبينا محمد، وعلى آله وصحبه أجمعين، أما بعد:

فقد شهدت الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية تطوراً واسعاً كما  
ونوعاً، وذلك بفضل الله سبحانه وتعالى أولاً وأخيراً، ثم بفضل اهتمام ولاية  
الأمر ( يحفظهم الله) بصحة الإنسان على امتداد هذا الوطن المعطاء، وكان من  
ثمرة هذا الاهتمام أن ارتفع عدد المستشفيات في المملكة ليلبغ حالياً (٣٨٧)  
مستشفى عام وخاص، وتعد المستشفيات الحديثة الرافد الرئيسي للرعاية  
الصحية، نظراً للوظائف الهامة التي تقوم بها، والتي تتجاوز حدود الخدمات  
الصحية العلاجية إلى الخدمات الصحية الوقائية، وإجراء الدراسات والبحوث  
الصحية، وإعداد وتدريب القوى العاملة الصحية، ولكن الخدمات الصحية عموماً  
وخدمات المستشفيات على وجه الخصوص، تواجه تحديات كبيرة تتمثل في  
الارتفاع الكبير والمتواصل في تكاليف توفير هذه الخدمات، نتيجة لتسارع  
ظهور التقنيات الطبية الحديثة عالية الكلفة، وكذلك نتيجة التزايد المستمر في  
معدلات الطلب على هذه الخدمات الناتج عن الزيادة السكانية، وارتفاع متوسط  
مأمول الحياة، وزيادة الوعي الصحي، وتغير أنماط الأمراض، حيث أصبحت  
الأمراض المزمنة عالية الكلفة هي السائدة في العالم، وهذه التحديات التي تواجه  
خدمات المستشفيات تقتضي الاهتمام بإدارة موارد المستشفيات المادية والبشرية  
بما يحقق الاستخدام الأمثل لهذه الموارد، ويسهم بالتالي في ترشيد التكاليف  
وتحسين جودة الخدمات.

ومع تزايد أهمية "إدارة المستشفيات" تتزايد الحاجة إلى كتب متخصصة  
في هذا المجال، لاسيما في ظل قلة المراجع الموجودة حالياً باللغة العربية.

ومن هذا المنطلق، فلقد أسعدني قيام الدكتور عبد الإله ساعاتي، بإصدار هذا الكتاب، الذي يتناول مبادئ إدارة المستشفيات.. بين النظرية والتطبيق، والذي جاء بصورة علمية مبسطة، سهلة الاستيعاب، ليمثل إضافة جديدة للمكتبة العربية .

أسأل الله سبحانه وتعالى أن ينفع به ... والله ولي التوفيق ،،،

مدير جامعة الملك عبدالعزيز

الأستاذ الدكتور أسامة بن صادق طيب

## تمهيد

تطورت المستشفيات - بصفة عامة - في دورها ووظائفها وحجمها وإمكانياتها، وتقنياتها، وهياكلها، وتنظيماتها، وكان للتطور المذهل الذي شهدته العلوم الطبية دور محوري في ذلك، ولقد اقتضى هذا التطور الكبير في المستشفيات إلى جانب تزايد أعداد المستشفيات ظهور أساليب حديثة في إدارة موارد وإمكانيات هذه المؤسسات الطبية الضخمة "المادية والبشرية"، بما يكفل تحقيق الكفاءة والفعالية المطلوبة، ونتيجة لهذه الحاجة المتزايدة ظهر علم إدارة المستشفيات كعلم له نظرياته ومقوماته، وتبلور كحقل علمي في مطلع الثلاثينيات الميلادية بالولايات المتحدة، في عدد من جامعاتها، ابتداء من جامعة نورث ويسترن في شيكاغو، وهي أول جامعة تقدم برنامج إدارة المستشفيات، وجامعات شيكاغو، ومينيسوتا، ونيويورك، وواشنطن، وأيووا، ومينشيگان، وبيتسبرغ، وويسكانسن، وغيرها ... حتى أصبح علم إدارة المستشفيات من العلوم الإدارية الهامة.

وتؤكد البحوث العلمية المتخصصة أن "المستشفى" سوف تظل المحور الرئيسي للخدمات الصحية مستقبلاً، الأمر الذي يتطلب وبالضرورة توافر إدارة علمية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كمًا ونوعًا، وتتعامل مع المستجدات الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، والصحية، وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.

إن مواجهة التحديات الآنية والمستقبلية تتطلب تحولات مدروسة في كيفية إدارة وتشغيل المستشفيات، وتتطلب تقنيات إدارية حديثة تحقق تطورات فعالة في الجودة، والكفاءة، والفعالية، والمناخ التنظيمي المطلوب، ورضا المراجع، والإنتاجية، والموارد البشرية والإبداع، وإدارة التغيير.

ومن أبرز التحديات التي تواجه المستشفيات اختلال التوازن بين إيراداتها وتكاليف خدماتها، ففي وقت تتناقص فيه إيرادات المستشفيات بصورة واضحة تتزايد فيه تكاليف تشغيلها تزايداً هائلاً وسريعاً ومتواصلًا.

وباختصار نستطيع القول إن المستشفيات اليوم بحاجة إلى "هندرة" تمكنها من مواكبة المتغيرات، والتكيف مع المستجدات العلمية المطلوبة، ولقد ركزت منظمة الصحة العالمية، ومنظمات دولية متخصصة على أهمية إدارة المستشفيات كعلم متطور، وكممارسة مهنية بات لها أهميتها البالغة في إدارة المستشفيات العصرية.

إن المكتبة العربية عموماً تفتقر إلى مؤلفات باللغة العربية تتناول إدارة المستشفيات. ومن هذا المنطلق نبعت فكرة إصدار هذا الكتاب ليكون مرجعاً للدارسين والعاملين في مجال إدارة الخدمات الصحية، وبصفة أساسية في مجال إدارة المستشفيات. ولأهمية التطبيق، فلقد حرصنا على تضمين الكتاب تطبيقات على واقع المستشفيات وإدارتها في المملكة العربية السعودية.

ولقد راعينا في هذا الكتاب أن يكون سهلاً ومبسّطاً يسهل فهمه، واستيعاب مضامينه. وتم تقسيم الكتاب إلى ثلاثة أبواب:

**الباب الأول:** بعنوان "المستشفيات"... ويتضمن ثلاثة فصول. الفصل الأول: يتناول التطور التاريخي للمستشفيات من الحضارات القديمة إلى العصر الحديث، كما يتناول هذا الفصل تعريف المستشفى وطبيعتها، وتصنيف المستشفيات، وبيئة المستشفيات. ويتناول الفصل الثاني وظائف المستشفيات. أما الفصل الثالث: فيتناول المستشفيات في المملكة العربية السعودية، تاريخها وتطورها النوعي والكمي، وأساليب إدارتها ومستقبلها.



أما الباب الثاني: فهو بعنوان "إدارة المستشفيات"... ويتناول في الفصل الأول تعريف إدارة المستشفيات، نشأة إدارة المستشفيات، طبيعة الإدارة في المستشفى، ثم موضوع قياس كفاءة استخدام المستشفيات. أما الفصل الثاني فهو بعنوان: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، ويتضمن: الإدارة بالأهداف في المستشفيات، والإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات، وهندرة المستشفيات، أما الفصل الثالث من هذا الباب وعنوانه: بدائل تمويل المستشفيات العامة: فيتناول خصصة المستشفيات العامة، والتأمين الصحي.

أما الباب الثالث: فهو بعنوان "وظائف إدارة المستشفيات"... ورغم أن لوظائف الإدارة عناصر عدة منها: التوجيه، والاتصال، والتوظيف، والتدريب. إلا أننا اقتصرنا هنا على تناول أهم عناصر العملية الإدارية، لاسيما للمستشفيات، وهي التخطيط والتنظيم والقيادة والتنسيق والرقابة، حيث يشمل هذا الباب خمسة فصول، الأول بعنوان "التخطيط في المستشفيات" ويتناول عملية التخطيط في المستشفى أهميته، وأنواعه، ومراحله؛ ويتضمن الفصل الثاني: تنظيم المستشفى بمبادئه، وعناصره، وأنواعه، وخطواته، وهيكلته. أما الفصل الثالث: فيتناول القيادة الإدارية للمستشفى من حيث من يتولاها: الطبيب أم الإداري، وكذلك مهام وواجبات مدير المستشفى، ويتناول الفصل الرابع موضوع التنسيق في المستشفيات من حيث أهدافه، وأنواعه، ووسائله، وفوائده، أما الفصل الخامس والأخير: فلقد خصص لموضوع الرقابة كعنصر هام من عناصر العملية الإدارية من حيث أهدافها، وأنواعها، ومراحلها، ووسائلها.

والله ولي التوفيق ،،،

المؤلف



## المحتويات

هـ	الإهداء .....
ز	تقديم .....
ط	تمهيد .....

### الباب الأول: المستشفيات

#### الفصل الأول: تاريخ ومفاهيم المستشفيات

٥	التطور التاريخي للمستشفيات .....
٥	المستشفيات في الحضارات القديمة .....
٧	المستشفيات في العصر الإسلامي .....
١١	المستشفيات في العصر الحديث .....
١٣	توجهات المستشفيات الحديثة .....
١٧	تعريف المستشفى .....
٢٠	طبيعة المستشفى .....
٢١	تصنيف المستشفيات .....
٢٦	بيئة المستشفيات .....
٢٧	المنهج البيئي (( الايكولوجي )) .....
٣٣	نظرية النظم .....

#### الفصل الثاني: وظائف المستشفيات

٤١	تقديم الخدمة العلاجية .....
٤٣	الوقاية من الأمراض .....
٤٣	التعليم والتدريب .....
٤٨	إجراء البحوث الصحية .....
٤٩	دور المستشفيات في تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية .....

### الفصل الثالث: المستشفيات في المملكة العربية السعودية

٦٣	..... نبذة تاريخية
٦٥	..... الخدمات الصحية في الخمسينيات
٦٦	..... المستشفيات والمستوصفات في عهد الملك عبد العزيز
٦٨	..... إنشاء وزارة الصحة
٦٩	..... الوزراء الذين تعاقبوا على وزارة الصحة
٧٠	..... التطور الكمي للمستشفيات
٧٥	..... التطور النوعي للمستشفيات
٨٢	..... مستويات الخدمة الصحية بالمملكة
٨٣	..... الموارد الصحية بالمملكة لعام ١٤٢٨هـ
٨٦	..... ملامح التنظيم الإداري للمستشفيات بالمملكة
٨٧	..... أساليب إدارة وتشغيل المستشفيات بالمملكة
٩٥	..... مستقبل المستشفيات بالمملكة

### الباب الثاني: إدارة المستشفيات

#### الفصل الأول: مفاهيم وتعريفات

١٠٣	..... تعريف إدارة المستشفيات
١٠٤	..... نشأة علم إدارة المستشفيات
١٠٦	..... طبيعة الإدارة في المستشفى
١٠٩	..... قياس كفاءة استخدام المستشفيات

#### الفصل الثاني: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات

١١٩	..... الإدارة بالأهداف
-----	------------------------



الإدارة بالجودة الشاملة ..... ١٢٦

الهندرة ..... ١٣٨

### الفصل الثالث: بدائل تمويل المستشفيات العامة

خصخصة المستشفيات العامة ..... ١٤٩

التعريف..... ١٤٩

أساليب وأشكال خصخصة المستشفيات ..... ١٥٠

مبررات خصخصة المستشفيات ..... ١٥٠

مميزات خصخصة المستشفيات ..... ١٥٢

متطلبات خصخصة المستشفيات ..... ١٥٣

النموذج السعودي لخصخصة المستشفيات ..... ١٥٤

دوافع ومبررات خصخصة المستشفيات في المملكة ..... ١٥٥

القطاع الخاص في المملكة ..... ١٥٨

نمو القطاع الصحي الخاص في المملكة ..... ١٥٨

كفاءة أداء المستشفى بين القطاعين (العام والخاص) في المملكة ..... ١٥٩

النموذج المقترح لخصخصة المستشفيات ..... ١٦٠

عناصر النموذج المقترح ..... ١٦٠

عيوب ومخاطر الخصخصة ..... ١٦١

التأمين الصحي ..... ١٦٣

حجم سوق التأمين في المملكة ..... ١٦٧

نسبة التغطية بالتأمين الصحي في بعض الدول المتقدمة ..... ١٦٨

خلل التوازن بين الموارد والتكاليف ..... ١٦٩

فلسفة الضمان الصحي ..... ١٧٠

- ١٧١ ..... مبررات ودوافع تطبيق الضمان الصحي
- ١٧٤ ..... أهداف تطبيق الضمان الصحي في المملكة
- ١٧٧ ..... محاذير ومحددات تطبيق الضمان الصحي التعاوني
- ١٧٩ ..... متطلبات نجاح تطبيق الضمان الصحي

### الباب الثالث: وظائف إدارة المستشفيات

#### الفصل الأول: التخطيط في المستشفيات

- ١٨٧ ..... تعريف التخطيط
- ١٨٨ ..... أهمية التخطيط وفوائده
- ١٨٩ ..... أنواع التخطيط
- ١٩٠ ..... مراحل التخطيط
- ١٩٦ ..... مثال تطبيقي

#### الفصل الثاني: التنظيم الإداري للمستشفيات

- ٢٠٨ ..... تعريف التنظيم
- ٢٠٨ ..... عناصر التنظيم
- ٢١٠ ..... مبادئ التنظيم
- ٢١٢ ..... أنواع التنظيم
- ٢١٣ ..... إعادة التنظيم
- ٢١٤ ..... خطوات تنظيم المستشفى
- ٢١٥ ..... مجلس إدارة المستشفى
- ٢١٧ ..... المجلس الطبي
- ٢١٨ ..... أقسام المستشفى
- ٢٢٨ ..... الهياكل التنظيمية

**الفصل الثالث: القيادة الإدارية للمستشفيات**

- ٢٣٧ ..... من يدير المستشفى الطبيب أم الإداري ؟
- ٢٥٥ ..... واجبات مدير المستشفى

**الفصل الرابع: التنسيق في المستشفيات**

- ٢٦٣ ..... تعريف التنسيق
- ٢٦٤ ..... أهداف التنسيق
- ٢٦٤ ..... أنواع التنسيق
- ٢٦٥ ..... وسائل التنسيق
- ٢٦٦ ..... فوائد التنسيق

**الفصل الخامس: الرقابة الإدارية**

- ٢٧١ ..... تعريف الرقابة
- ٢٧٢ ..... أهداف الرقابة
- ٢٧٣ ..... أنواع الرقابة
- ٢٧٥ ..... مراحل الرقابة
- ٢٧٥ ..... وسائل الرقابة
- ٢٧٧ ..... المراجع

**الملاحق**

- ٢٨٩ ..... ملحق (١) النظام الصحي السعودي

- ملحق (٢) نظام الضمان الصحي التعاوني ..... ٣٠٢
- ملحق (٣) وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية ..... ٣٠٧
- ملحق (٤) دراسة موجزة لمكونات مستشفى عام ..... ٣٠٩
- ملحق (٥) جدول المتطلبات القياسية من القوى العاملة
- للمستشفيات ..... ٣١٢

# الباب الأول

---

## المستشفيات

الفصل الأول: تاريخ ومفاهيم المستشفيات

الفصل الثاني: وظائف المستشفيات

الفصل الثالث: المستشفيات في المملكة العربية السعودية





## الفصل الأول

### تاريخ ومفاهيم المستشفيات

- التطور التاريخي للمستشفيات
- تعريف المستشفى
- طبيعة المستشفى
- تصنيف المستشفيات
- بيئة المستشفيات



## التطور التاريخي للمستشفيات

لم يصل المستشفى الحديث إلى ما وصل إليه إلا من خلال تطورات تاريخية، تعود جذورها إلى الحضارات القديمة، وتجسد محاولات الإنسان المستمرة لتوفير أماكن لعلاج المرضى وإنقاذ المصابين.

ونستعرض هنا التطورات التاريخية للمستشفى منذ الحضارات القديمة، وحتى العصر الحديث.

### المستشفيات في الحضارات القديمة

تشير بعض الوثائق التاريخية في مصر: أن الفراعنة كانوا يستخدمون بعض معابدهم لإيواء وعلاج مرضاهم حوالي سنة ٦٠٠ ق. م<sup>(١)</sup>.

ومن الثابت أن الطبيب الإغريقي الشهير (أبو قراط Hippocrates) ٢٧٠ - ٤٦٠ ق.م يعد أول من وضع أساسيات معالجة المرضى، وكان يقوم بمعالجة المرضى في المعابد الإغريقية التي تعد النواة الأولى للمستشفيات الحالية، حيث كانت تستخدم للعبادة كما تستخدم لإيواء المرضى وعلاجهم<sup>(٢)</sup>، وكان يجري فيها العمليات الجراحية، كما كان يتم فيها تعليم الراغبين في ممارسة الطب.

ويذكر المؤرخون أن الحضارة الهندية شهدت بناء أماكن متواضعة لإيواء المرضى، وعلاجهم، وإجراء الجراحات فيها، وذلك منذ العام ٦٠٠ ق.م، وخلال فترة رئاسة الملك (اسوكا) ٢٧٣ - ٢٣٢ ق.م أصبحت هناك مستشفيات متطورة في الهند، وفقاً لمعايير ذلك الزمان، وكانوا يطلقون عليها مسمى "السيكستا" (Cikista)<sup>(٣)</sup>.

ولقد حرصت الإمبراطورية الرومانية علي إنشاء أماكن لإيواء وعلاج المرضى، ملحقة بالكنائس المسيحية خلال الفترة ٣٥٠-٥٠٠م، كما كانت هناك مستشفيات مصغرة لعلاج العسكريين، حيث كان يتم نقل المصابين من الجنود في المعارك إلى هذه المستشفيات لتلقي العلاج، وأقيمت علي الحدود مبنية بالحجارة والخشب، ومزودة بأدوات وأدوية، وفي عهد الإمبراطور قسطنطين ٣٣٥م بدأ بناء المستشفيات المسيحية.

وأنشأت الإمبراطورية الفارسية مستشفيات في مدنها الرئيسية لعلاج المرضى، وكانت تسمى (بيمارستانات) وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى، ولقد اشتهر بعض هذه البيمارستانات، وخاصة بيمارستان جنديسابور، فعندما مرض الخليفة العباسي المنصور سنة ١٤٨هـ استدعى لمعالجته جورجوس بن جبريل رئيس بيمارستان جنديسابور.

ومن أبرز سمات المستشفيات في بعض الحضارات القديمة ما يلي:

- استخدام المستشفى كمركز تدريب.
- قيام الأطباء بإجراء العمليات الجراحية، وتجبير العقاقير الطبية في تلك المستشفيات.
- دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة علي حالة الصحة والمرض.
- استخدام المستشفى مكاناً لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز علي صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته ونظافته.
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.



## المستشفيات في العصر الإسلامي

تؤكد الحقائق التاريخية أن المستشفيات التي شيدها العرب المسلمون - لاسيما في دمشق، وبغداد، والقاهرة - كانت سابقة لزمانها، حيث اتسمت بالتنظيم الدقيق، والكفاءة وجودة الخدمة، وكانت المستشفى تقسم بناء على أساس علمي طبي إلي أجنحة منفصلة للأمراض المختلفة مثل: قسم أمراض النساء، قسم أمراض العيون، قسم الجراحة، قسم معالجة الحمي وغيرها...، كما تضم قسماً خاصاً لمعالجة الحالات الطارئة، وكان بها سجلات وتقارير طبية للمرضى، ومكتبة طبية، حيث كان المستشفى يقوم بدور التعليم أيضاً من خلال المكتبة، والسجلات، والتقارير الطبية.

يقول هيسوس بينيا: "إن المستشفيات عالية الكفاءة التي شيدها المسلمون في العصر الإسلامي خلال العصور الوسطى تعد إسهاماً رائعاً ومتميزاً للحضارة الإسلامية. ولا يمكن مقارنة المستشفيات العسكرية الرومانية، والمستشفيات المسيحية بذلك المستوى الرفيع للمستشفيات العربية من حيث العدد، ومن حيث التنظيم، ومن حيث التميز، إن المصحات النفسية والعقلية أنشأها المسلمون قبل أن تعرفها أوروبا بعشرة قرون"<sup>(٥)</sup>.

وعندما نعود إلى التطور التاريخي للمستشفيات في العصر الإسلامي فإن (خيمة رفيدة) التي كانت في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم - تعتبر أول مستشفى ثابت في الإسلام، حيث كانت رفيدة الأسلمية تعالج فيها المرضى، ومنهم سعد بن معاذ - رضي الله عنه - حيث أمرها الرسول ﷺ أن تشرف على معالجته<sup>(٦)</sup>.

كما أقام عبد الله بن الزبير خيمة لعلاج المرضى والمصابين، وذلك في المسجد الحرام، بعد أن أعلن خروجه عن الدولة الأموية، ثم أقام الخليفة الأموي

الوليد بن عبد الملك أول مستشفى في الشام لإيواء وعلاج المرضى، وذلك عام ٨٨هـ. كما أقام مستشفى للمجنومين لأول مرة في التاريخ الإنساني، وأقام عامله في العراق، الحجاج بن يوسف الثقفي أول مستشفى في العراق، وكان المستشفى بسيطاً تتوفر فيه صيدلية وأطباء وخدم.

أما العصر العباسي، فلقد شهد ازدهاراً كبيراً في الطب والاستشفاء، نتيجة لحركة الترجمة الواسعة، وانتشار الفتوحات الإسلامية، وتواصل المسلمين مع الحضارات الأخرى، وخاصة الفارسية. ولقد أقام هارون الرشيد مستشفى أشرف عليها أطباء فرس مشهورين آنذاك، كما أقام البرامكة مستشفى آخر ثم انتشرت المستشفيات التي أقامها الأهالي، حتى وصل عدد المستشفيات في بغداد في العهد العباسي إلى أربعة عشر مستشفى كبيراً<sup>(١٤)</sup>، وكانوا يطلقون عليها مسمى بيمرستان أو مارستان.

ويمكن تصنيف المستشفيات في العهد العباسي علي النحو التالي:

أولاً: المستشفيات الثابتة، وتشمل:

(أ) المستشفيات الكبيرة (البيمارستانات): ولقد كان المسلمون يختارون مواقع خلابة لإقامة المستشفيات، والكثير منها أقيم على ضفاف نهري دجلة والفرات، فلقد شيّد بيمارستان السيدة أم المقتدر على نهر دجلة في عام ٣٠٦هـ، وبيمارستان المقتدر على نهر دجلة في نفس العام، وفي عام ٣١٧هـ شيّد عضد الدولة البيمارستان العضدي على نهر دجلة، وهناك البيمارستان النوري في دمشق الذي بُني سنة ٥٤٩هـ، والمنصوري في القاهرة، ومارستان المنصور أبي يوسف في مراکش، ومارستان مكة المكرمة، وكانوا يعتنون بجمال منظر البيمارستانات، ويستخدمون الزخارف، والنقوش، والنوافير، والأشجار لتجميلها.

وكانوا يقسمون المستشفى إلى قسمين: أحدهما للرجال، والآخر للنساء، وإلى قاعات. كل منها مخصص لعلاج معين، فهناك قاعات للتجبير، وأخرى للمنومين، وثالثة للجراحة، ورابعة للمجانين.

ويضم المستشفى: صيدلية يشرف عليها صيدلاني متخصص في تركيب الأدوية، ويعاونه مساعدون، وخدم، ويتوفر بالصيدلية كمية كافية، ومتنوعة من الأدوية، ومخزن لتخزين العقاقير. كما يضم المستشفى مكتبة بها كتب تتناول أمور الطب، والعقاقير والأدوية، وكثيراً ما يوقف بعض المسلمين كتبهم لصالح مكتبات المستشفيات، فلقد أوقف الملك نور الدين زنكي عددًا كبيراً من الكتب الطبية، وغير الطبية للبيمارستان النوري بدمشق، كما أودع أحمد بن طولون ما يزيد عن ألف مجلد من الكتب الطبية في المارستان الذي أنشأه في القاهرة.

أما سبل تمويل البيمارستانات فيتم عن طريق المقتدرين، وما أوقف لها وهناك أوقف كثيرة رصد ريعها للنفقة علي المارستانات.

**ب) مستشفى المدرسة:** أقام المسلمون مستشفيات في المدارس الكبيرة مثل: المدرسة المستنصرية، تتولى هذه المستشفيات علاج العاملين بالمدرسة من مدرسين، وطلاب، وخدم، وغيرهم.... وتضم المستشفى صيدلية بها أدوية وعقاقير. ويتم تركيب الدواء حسب طلب الطبيب.

**ج) مستشفى السجن:** أنشأ المسلمون في العهد العباسي مستشفيات في السجون، تتولى علاج المسجونين، والعاملين فيها. ولقد قام وزير الخليفة المقتدر ويُدعى "علي الجراح" بإنشاء مستشفيات في السجون بعد أن زارها وساءه ما كان عليه حال المسجونين.

ثانيًا: المستشفيات المتنقلة، وتشمل:

(أ) **مستشفيات السبيل:** وهي المستشفيات التي كانت ترافق قوافل الحجاج في ترحالهم من العراق والشام إلى بيت الله الحرام، والمشاعر المقدسة، وتزود عادة بالأدوية والعقاقير والأطباء، والمرضين بهدف علاج من يحتاج في هذه القوافل، ويمولها المحسنون الذين كانوا يتسابقون للمساهمة في تحمل نفقاتها.

وتعود جذور هذه المستشفيات إلى أيام معاوية بن أبي سفيان، الذي أوفد الطبيب أبا الحكم الدمشقي ليشرف على ابنه يزيد بن معاوية، ومن معه في القافلة المتجهة إلى الحج. وكان مع الطبيب الدمشقي مساعدون، وممرضون، وأدوية وأدوات وغير ذلك.

(ب) **المستشفيات المحمولة:** وهي المستشفيات التي تنتقل إلى المناطق النائية، تعالج المرضى، والمصابين، وتزودهم بالأدوية التي يحتاجونها، ويرجع تاريخها إلى عهد الخليفة المقتدر العباسي ... حيث قام وزيره "على الجراح" بإنشاء مستشفى محمول، ينتقل حيث الحاجة من مكان إلى آخر.

(ج) **مستشفى الجيش:** ويقصد به البيمارستانات التي ترافق الجيوش، ويكون بها طبيب أو أكثر، ومساعدون، وصيادلة، وخدم، ومعهم أدوية، وأدوات، وعقاقير.

ثالثاً: مستشفيات العزل، وتشمل:

(أ) **دور المجذومين:** وتعود جذورها إلى عهد الخليفة الأموي "الوليد بن عبد الملك" الذي خصص دوراً خاصة لمرضى الجذام في الشام، ثم أقام عامله الحجاج بن يوسف الثقفي دوراً خاصة في العراق لعلاج المجذومين وعزلهم.

وفي العصر العباسي انتشرت دور المجذومين، ثم أصبح فيها أطباء مختصون، وكذلك أصبحت هناك دور لذوي العاهات، والعميان، والبؤساء.

ب) دور المجانين: كان المسلمون يرفقون بحال المجانين، ويعتنون بهم، ويعملون على دراسة حالتهم، ومعالجتهم، ولقد أقاموا دوراً لإيوائهم ومعالجتهم من قبل أطباء يعملون بها، ومعهم صيادلة وخدم، ومن هذه المستشفيات مستشفى القاهرة الذي شيده صلاح الدين الأيوبي، ودار المجانين في دمشق<sup>(٧)</sup>.

ولقد لخص الأستاذ حسان نذير حرساني أبرز سمات مستشفيات العصور الإسلامية على النحو التالي<sup>(٨)</sup>:

• عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.

• اختيار موقع بيئي صحي مناسب لإقامة المستشفى.

• وجود المستشفيات المتنقلة.

• وجود مستشفيات عامة ومتخصصة.

• الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.

• التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

• تنظيم مزاوله مهنة الطب والصيدلة عن طريق الترخيص بواسطة

الامتحان.

### المستشفيات في العصر الحديث

المستشفى العصري هو: الذي يقدم الخدمة العلاجية لمن يحتاجها، كما يقدم التعليم الصحي لطلاب الطب والتمريض والتخصصات الصحية الأخرى، كذلك يقدم تعليم صحي مستمر لجميع العاملين بالمستشفى، ويسهم في التثقيف الصحي

للمجتمع. وكذلك يقوم بالدراسات والأبحاث الطبية التي تسهم في تحسين الوضع الصحي العام.

وتعتبر الولايات المتحدة مركز الطب في العالم الحديث، وذلك نأخذها هنا كنموذج للتطور التاريخي لمستشفيات العصر الحديث. فقد كانت المستشفيات في بداياتها تنشأ وتدار من قبل الكنائس وكانت تأوي المشردين، وأصحاب الأمراض المستعصية، ففي عام ١٧٥١م أنشئ أول مستشفى عام في الولايات المتحدة، انتشرت المستشفيات وبدأت تؤدي دورها العلاجي الفعال في القرن التاسع عشر الميلادي، وباستخدام نتائج الاكتشافات الطبية التي توالفت في ذلك الحين، حيث أدى التطور الطبي إلى نمو المستشفيات وكبر حجمها، وخلال الفترة من ١٨٧٣-١٩٢٣م زاد عدد المستشفيات من (١٧٠) مستشفى إلى (٤٥٠٠) مستشفى، معظمها مستشفيات عامة. وعقب الحرب العالمية الثانية حدث تطور تقني طبي هائل انعكس على المستشفيات وطور أدائها.

وفي عام ١٩٦٥م بدأ تطبيق نظامي التأمين الحكومي لكبار السن (Medi care) وللفقراء (Medicaid). ولقد ارتفع عدد مراجعي العيادات الخارجية والطوارئ في المستشفيات الأمريكية من ٦٥ مليون إلى ١٨٠ مليون في عام ١٩٨٠م، إلى أن بلغ العدد ٢٥٠ مليوناً في عام ١٩٩٠م.

وفي العام ٢٠٠٨م أصبح في الولايات المتحدة الأمريكية نحو (٦٠٠٠) مستشفى بسعة سريرية قدرها حوالي (مليون) سرير، منها (٣٠٠٠) مستشفى غير حكومية وغير ربحية، و (١٠٠٠) مستشفى ربحي. وبلغ عدد المنومين حوالي (٣٨) مليون مريض، وبلغت مصروفاتها مجتمعة (٦٩٠) مليار دولار.

وتحرص المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية على الحصول على اعتراف من جهة الاعتماد الرسمية ( Joint Commission on Accreditation of

(Hospitals) الهيئة الأمريكية لاعتماد المؤسسات الصحية، التي تستند في اعتمادها على مقاييس ومقومات لا بد من توافرها بالمستشفى للحصول على الاعتراف<sup>(١)</sup>.

ويوجد في الصين (٦٣١٠١) مستشفى، وفي البرازيل (٢٨٩٤٥) مستشفى، وفي الهند (٢٥٤٥٢) مستشفى، وفي روسيا (١٢٧١١) مستشفى.

وتعد اليابان أفضل دول العالم في معدل الأسرة إلى السكان، حيث يوجد بها ١٣٦ سريراً لكل ١٠,٠٠٠ من السكان، ثم كوريا الشمالية وروسيا وبها ١٣٥ سريراً لكل ١٠,٠٠٠ من السكان، ثم الولايات المتحدة الأمريكية وبها ٤٧ سريراً لكل ١٠,٠٠٠ من السكان، ثم البرازيل ٣٧ سريراً لكل ١٠,٠٠٠ من السكان و ٧ أسرة لكل ١٠,٠٠٠ من السكان في كندا، وفي بريطانيا ٦٣ سريراً لكل ١٠,٠٠٠ من السكان، وفي المملكة العربية السعودية ٢٢,١ لكل ١٠,٠٠٠ من السكان.

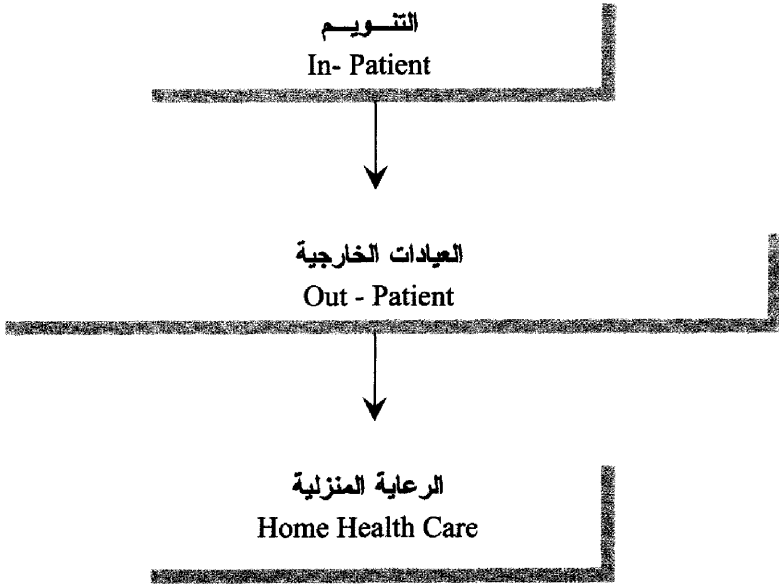
تتمتع روسيا وأوكرانيا بأفضل معدل في توفر عدد الأطباء، حيث يوجد طبيب لكل ٢٢٦ من السكان، ثم إيطاليا طبيب لكل ٢٢٨ من السكان، ثم أسبانيا طبيب لكل ٢٥٧ من السكان، وفي بريطانيا ١٤٠ طبيباً لكل ١٠٠ ألف من السكان، وفي المملكة العربية السعودية ١,٦ طبيب لكل ١٠٠٠ من السكان.

ويوجد في الصين ٨٠٨ طبيب، وفي روسيا ٦٥٧٨٠٠ طبيب، وفي الولايات المتحدة ٦١٤ ألف طبيب، وفي الهند ٢٦٥ ألف طبيب، وفي أسبانيا ١٥٦٦٠٣ طبيب، وفي المملكة العربية السعودية ٤٧٩١٩ طبيب<sup>(١)</sup>.

### توجهات المستشفيات الحديثة

لعل من أبرز صفات وتحولات المستشفيات في العصر الحديث ما يلي:

التركيز على العيادات الخارجية: تتميز المستشفيات الحديثة بالتحول من التركيز على التنويم إلى التركيز على العيادات الخارجية، وإلى التركيز على ما يعرف بالرعاية المنزلية (Home Health Care) والمتمثلة في إيصال خدمات المستشفى إلى المريض في منزله، وذلك بعد أن أكدت الدراسات أن هذا التوجه يؤدي إلى إحداث خفض كبير في النفقات، ذلك أن تكاليف تقديم الخدمة للمريض المنوم تشكل عبئاً كبيراً على إمكانيات المستشفى المادية والبشرية.



شكل (١-١). توجهات مستشفيات العصر الحديث.

عمليات اليوم الواحد D.C: يتميز المستشفى الحديث باعتماده على تقنيات إجرائية حديثة، من ضمنها: التركيز على عمليات اليوم الواحد، التي لا تتطلب بقاء المريض أكثر من يوم واحد بالمستشفى.



**عمليات المناظير:** ومن التقنيات الطبية الحديثة، التي تستخدم بشكل واسع في المستشفيات العصرية عمليات المناظير، والتي يعود تاريخها إلى عام ١٩٨٧م، حيث تمت أول عمليات لاستئصال المرارة باستخدام المناظير في فرنسا ثم اتسع استخدامها وانتشر في مختلف دول العالم، وتسهم عمليات المناظير في تخفيض فترة بقاء المريض بالمستشفى، وبالتالي تنخفض التكاليف، على سبيل المثال: تنخفض فترة إقامة المريض بالمستشفى بعد استئصال المرارة بواسطة المنظار إلى يوم واحد فقط بدلاً من أربعة أيام في العمليات التقليدية.

كما أن عمليات المناظير تقلل من تعرض المريض للمخدر، ومن ارتفاع معدل العدوى، وتقلل من فترة معاناته مع الألم، وتعيده إلى عمله وحياته الطبيعية في زمن أسرع، كما يؤدي هذا النوع من العمليات الجراحية إلى إجراء عدد أكبر من العمليات، وتقليل فترة انتظار المرضى لمواعيدهم لإجراء العمليات.

**استخدام الليزر:** وفي إطار استخدام التقنيات المتطورة ينتشر في المستشفيات الحديثة استخدام الليزر، وهو أيضاً ساهم في تخفيف معاناة المريض من الألم، وتقليل مدة بقائه وتكاليف علاجه وعودته السريعة إلى عمله أو دراسته، ولقد بدئ باستخدام الليزر في جراحات العيون، أما اليوم فلقد اتسع نطاق استخدامها إلى جراحات المسالك البولية، وبعض الجراحات العامة.

**استخدام الطب الاتصالي (Telemedicine):** يقوم المستشفى العصري باستخدام الطب الاتصالي الذي يعد خدمة طبية متطورة تمكن من تبادل الاستشارات الطبية بين الأطباء في المؤسسات الطبية المختلفة في مختلف أنحاء العالم، كما يمكن تقديم الاستشارات الطبية للمريض من قبل الطبيب وإن باعدت المسافات، ومن فوائده أيضاً تدريب وتعليم الأطباء على أحدث التقنيات الطبية،

حيث يمكن من النقل المباشر للمحاضرات والعمليات الجراحية هوائياً بواسطة الأقمار الصناعية.

ويوفر الطب الاتصالي الوقت، والمال، والعناء على المرضى، حيث يتم إرسال نتائج الفحوصات في دقائق من الزمن إلى مختصين عالميين، ويوفر على المريض تكاليف انتقاله ونوّه إلى مكان وجود هؤلاء المتخصصين، وهذه التقنية توفر أيضاً الجودة في الخدمة المقدمة للمرضى، حيث يتم استشارة كبار الاختصاصيين العالميين، كما يتم استخدام هذه التقنية في التعليم والتدريب لمنسوبي المستشفى.

**الميكنة البشرية:** تسيير مهام العمل الوظيفي في مختلف أقسام المستشفى الحديث يتم باستخدام الحاسب الآلي. وتحرص المستشفيات العصرية على تأهيل قواها البشرية على شؤون الميكنة عن طريق التدريب والتوعية.

ويتزايد استخدام ما يعرف بـ (النانوتكنولوجي) التقنيات الدقيقة صغيرة الحجم في المستشفيات الحديثة، بما في ذلك حجم ذرة الغبار لإجراء عمليات جراحية لمهاجمة وتدمير الخلايا السرطانية.

**معايير الجودة:** تتميز المستشفيات العصرية بتطبيق مناهج إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M) والجودة المستمرة (C.Q.I) للوصول إلى أعلى مستوى من الجودة في الخدمات التي تقدمها - لاسيما في ظل المناخ التنافسي بين المستشفيات.

**أساليب إدارية حديثة:** تستخدم المستشفيات الحديثة أساليب إدارية إبداعية مثل: هندرة المستشفيات (Re-engineering Hospitals) أو إعادة تصميم وصياغة المستشفيات (Re-inventing Hospitals) وغيرها، بهدف الوصول إلى

رضا المستفيدين من خدمات المستشفى، من حيث جودة الخدمة وخفض التكاليف.

**مواكبة التطورات الطبية:** أصبح المتعارف عليه أن المعلومات الطبية تتضاعف كل خمس سنوات تقريباً، وأصبحت هناك حلول طبية للعديد من المشاكل المرضية، التي لم يكن بمقدور الإنسان معالجتها في الماضي، والمستشفى الحديث يواكب هذه التغيرات بيقظة وتفاعل.

وأخيراً يقول كلايتون شيرمان: "المستشفى الحديث ليس مجرد موقع، أو مبنى، بل هو مجموعة من المعتقدات والممارسات في كيفية خدمة المريض، وفي كيفية استثمار وتحفيز الموظف وفي كيفية إدارة المستشفى"<sup>(١)</sup>.

### تعريف المستشفى

لم يعد دور (المستشفى) في عصرنا الحالي يقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية، ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى، والمصابين، كما كان في الماضي، حيث كان أقدم وأبسط تعريف للمستشفى هو: أنه مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم، ولكن المستشفى الحديث يعد تنظيمًا طبيًا متكاملًا، يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل... وقاية وعلاجًا وتعليمًا طبيًا، إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها.

ويتميز المستشفى عن غيره من المؤسسات الصحية: كالمستوصفات والعيادات في كونه يحتوي على أسرة تنويم.

وتعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: تنظيم طبي، جزء أساسي من تنظيم اجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجاً ووقاية،

وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى هو أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية<sup>(١٢)</sup>.

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات (American Hospitals Association) فتعرف المستشفى بأنه: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء، وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى<sup>(١٣)</sup>.

أما نظام المؤسسات الطبية الخاصة في المملكة العربية السعودية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/٥٨) وتاريخ ١٤٠٧/١١/٣ هـ فقد عرف المستشفى بأنه: "كل مكان يعد لاستقبال المرضى والكشف عليهم وعلاجهم وتنويمهم فيه"

فالمستشفى وفقاً لما سبق هو مكان لتتويج المرضى وعلاجهم بما يتطلب ذلك من خدمات فندقية، وتوفير التغذية للمرضى. والمستشفى أيضاً مكاناً للتدريب والتعليم المستمر، ومكان لإجراء البحوث في مختلف الحقول الصحية.

ورأت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية في عام ١٩٦٧م أنه من الضروري تعريف المستشفى بصورة عملية، بحيث يكون التعريف بسيطاً وشاملاً كي ينطبق على شتى المستشفيات مهما كان نوعها، وفي أي مكان تكون، ولذلك فقد عرفت هذه اللجنة المستشفى بأنه: "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي ماوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض".

ولكن اللجنة استدركت لتؤكد أنه يمكن التوسع في التعريف، حتى يشمل المستشفيات التي تؤدي أعمالاً أخرى مثل: التعليم، والتدريب، والبحوث، الطبية والوبائية، والاجتماعية، والتنظيمية<sup>(١٤)</sup>.

ويقسم بعض علماء إدارة المستشفيات تعريف المستشفى إلى نوعين:

### الأول: التعريف التنظيمي (Structural Definition)

وهو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمنومين، وبهذا التعريف التنظيمي يسهل التمييز بين المستشفى، والمؤسسات الصحية الأخرى. وتميز الجمعية الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه<sup>(١٥)</sup>:

- يضم على الأقل ٦ أسرة تتويم تسمح ببقاء المريض مدة تزيد عن (٢٤) ساعة.
- مؤسسة طبية مرخص لها رسميًا.
- تضم هيئة طبية منظمة.
- تتوفر فيها سجلات طبية منظمة.
- تتوفر فيها الخدمة الطبية على مدار الأربع والعشرين ساعة.
- تتوفر فيها غرف عمليات ووسائل تقديم خدمة طبية تشخيصية وعلاجية متكاملة.
- تتوفر فيها خدمات الأشعة والمختبرات.

### الثاني: التعريف الوظيفي (Operational Definition)

- ويركز التعريف الوظيفي على الغرض من المستشفى، وليس أجزائه، ويتمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع، وتبعاً لتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع. ومن هذا المنطلق فإن التعريف الوظيفي هو:
- يتيح للمستشفى التوسع في أهدافه وأغراضه في الإطار الصحي.
  - يتيح للمستفيدين من خدمة المستشفى المساهمة في تحديد نظام الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.

- يركز على أن احتياجات المجتمع والاستخدام الفعال للخدمة مقابل التكلفة هما المعيار الذي تعتمد عليه المستشفى في تحديد نظام خدماتها.
- يؤكد على أن مصلحة المجتمع تظل هي المعيار لحسن إدارة المستشفى.

### طبيعة المستشفى

المستشفى منظمة صحية بالغة التعقيد، فهي تتضمن جزءاً فنياً تقنياً يضم الأجهزة، والآلات، والمعدات الطبية، وغير الطبية، كما يضم قوى عاملة عالية المهارة والثقافة، وقوى عاملة فنية متوسطة، وأخرى إدارية، إلي جانب قوى عاملة بلا مهارة، مثل المستخدمين، وهؤلاء جميعاً يؤديون أدواراً مختلفة، ولكنها متداخلة تستهدف في النهاية تحقيق أهداف المستشفى والوصول إلى الغايات التي أنشئت من أجلها.

والمستشفى جزء أساسي من المجتمع الذي يعيش فيه، يؤثر فيه ويتأثر به، يستقبل منه مداخلته، ويصدر إليه مخرجاته، والمستشفى بذلك يعد نظاماً مفتوحاً (open system).

ولقد اتفق بعض العلماء على معايير معينة يحكم من خلالها على المنظمة ما إذا كانت معقدة أم بسيطة، ويمكن تلخيصها في التالي:

- التخصص الدقيق لأداء الأنشطة.
- كبر حجم المنظمة.
- كبر عدد العاملين بها.
- استخدام أساليب تقنية ومعارف متنوعة لأداء أعمالها.
- يتطلب تكاليف عالية لتشغيلها<sup>(١٦)</sup>.

وبتطبيق هذه المعايير على المستشفى نجد أنها تتطبق عليها، فالمستشفى - إذن - تنظيم معقد، حيث إنها تحتوي على تخصصات دقيقة في الكثير من أقسامها، كما أنها منظمة ضخمة في حجمها - بصفة عامة - ويعمل بها عدد كبير من الموظفين على اختلاف فئاتهم، وتخصصاتهم، وتستخدم فيها تقنيات طبية عالية ومتنوعة، كما أن تكاليف تشغيلها تعد باهظة في أي مكان من العالم.

والمستشفى نظام مفتوح شامل يضم عدة أنظمة فرعية (subsystems) مثل: النظام الطبي، والنظام التمريضي، والنظام الإداري، والنظام الاجتماعي، حيث تضم المستشفى فئات وطبقات مجتمعة مختلفة - كما أشرنا - متباينة في خصائصها، وتخصصاتها، ومستوياتها العلمية، والتعليمية، والاقتصادية.

ويتمثل النظام الاقتصادي في الإدارة المالية للمستشفى، وفي تنظيم الاستخدام الأمثل للموارد المادية، والبشرية، وتوازن الإيرادات مع المصروفات، وترشيد الإنفاق.

ولكل من هذه الأنظمة خصائصها، ولكنها تتفاعل مع باقي الأنظمة في إطار النظام الشامل للمستشفى.

وقبل هذا، فإن المستشفى يعد تنظيمًا صحيًا.. ينظر إليه المجتمع على أنه مركز مكافحة الأمراض وتطوير المستوي الصحي في المجتمع.

### تصنيف المستشفيات

تعدد أساليب تصنيف المستشفيات وفقاً لمعايير التصنيف المستخدمة. وأهم هذه المعايير، الملكية، والحجم، والتخصصية، ونوعيه الخدمة، وتوفر مقومات التعليم، الاعتراف المهني. وتقسّم المستشفيات بصفة عامة إلي نوعين رئيسيين:

**المستشفى العام (General Hospital):** وهو المستشفى الذي يضم تخصصات طبية متعددة مثل: الأمراض الباطنية، والجراحة العامة، والنساء والولادة، وأمراض القلب، وأمراض الأطفال، والأمراض الجلدية والتناسلية، والأنف والأذن والحنجرة، والعظام. وعادة لا يعالج الأمراض المعدية، وإن كانت هناك مستشفيات عامة تضم أقسامًا لعلاج هذه الأمراض.

**المستشفى التخصصي (Specialist Hospital):** وهو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض: كأمراض العظام، أو أمراض الأورام (السرطان) أو الأمراض النفسية، أو الأمراض المعدية، أو المستشفى المتخصص في علاج فئة معينة في المجتمع، مثل: النساء والأطفال، أو أن يكون المستشفى التخصصي متخصصاً في علاج أمراض جزء معين من جسم الإنسان مثل: المستشفى التخصصي للعيون، والمستشفى التخصصي لعلاج أمراض الأنف، والأذن، والحنجرة، أو المستشفى التخصصي لعلاج أمراض العظام. ورغم أن منظمة الصحة العالمية من خلال إحدى لجانها<sup>(١٧)</sup> كانت قد قسمت أنواع المستشفيات إلى:

- مستشفى المنطقة (Regional Hospital)
- مستشفى الضاحية (District Hospital)
- المستشفى المحلي (Local Hospital)

إلا أن هذا التقسيم لا يعتبر عملياً ولم يعد سائداً في معظم دول العالم.

وفي ظل هذا التزايد الكبير والسريع لتكاليف الخدمات الصحية، واختلال التوازن بين تكاليف الخدمات الصحية ومواردها، أصبح الاتجاه السائد في التخطيط لإقامة المستشفيات إلى إنشاء المستشفيات العامة ذات التخصصات الطبية المتعددة. وتقسّم المستشفيات أيضاً من حيث ملكيتها إلى:



(أ) **المستشفى الحكومي (Public Hospital):** وهو المستشفى الذي يدار بواسطة جهة حكومية قد تكون: وزارة الصحة، أو وزارة الدفاع، أو وزارة الداخلية، أو الجامعات، أو غيرها ... هذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في تنظيماتها ولوائحها المالية والإدارية والإجرائية، وإن كان تشغيل بعض هذه المستشفيات يتم عن طريق شركات خاصة، ويدرار هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة ولا يستهدف تحقيق الربح.

(ب) **المستشفى الخاص (Private Hospital):** وهو المستشفى المملوك لشخص أو مجموعة أشخاص أو لشركة أهلية. ويستهدف تحقيق الربح، ويدرار وفق أساليب إدارة الأعمال.

(ج) **المستشفى الخيري:** وهو المستشفى الذي تملكه إحدى المؤسسات الخيرية، ولا يستهدف الربح، ولكنه يدار بأساليب إدارة الأعمال. ويمكن التفصيل بشكل واسع وفق أهم المعايير التي تصنف بناء عليها المستشفيات، وذلك على النحو التالي:

### بناء على الملكية

١- **المستشفى الحكومي:** وتنقسم المستشفيات الحكومية إلى عدة أنواع

نذكر منها:

- **المستشفى العام :** الذي يقدم خدماته لجميع فئات المجتمع.
- **المستشفى العسكري:** ويقدم خدماته لفئات العسكريين.
- **المستشفى التعليمي:** وهو المستشفى الذي يرتبط بمؤسسة تعليمية طبية. وهدفه الأساسي التعليم الطبي، ويقوم في ذات الوقت بتقديم خدماته الطبية لفئات المجتمع المختلفة.

والمستشفى الكومي يكون مملوكاً للدولة، قد تديره مباشرة أو عن طريق شركة متخصصة.

٢- **المستشفى غير الربحي:** وهو مستشفى خيري لا يستهدف الربح. ويقدم المستشفى الخيري (Non Profit Hospital) خدماته الصحية للمحتاجين وفق معايير تحددها إدارة المستشفى أو مالكيه، وقد يكون المالك مؤسسة، أو جمعية خيرية، أو دينية، أو أحد المواطنين.

٣- **المستشفى الربحي:** وهو مستشفى يستهدف الربح المادي، وتملكه مؤسسة، أو شخص، أو مجموعة أشخاص. ويعرض الجدول (١-١) توزيع المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية حسب الملكية خلال عام ١٩٩٩م<sup>(١٨)</sup>. الجدول (١-١). توزيع المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية حسب الملكية خلال عام ١٩٩٩م.

المستشفى	عدد الأسرة	عدد الأسرة	المستشفيات/ الأسرة%	الأسرة/ %	الميزانية السنوية بملايين الدولارات
المستشفيات الحكومية	١٥٤٥	٢.٩٥١٤	٪٢٨,٩	٪٢٢,٩	٣١,٠
المستشفيات غير الربحية	٢٠٠٠	٥٩.٦٣٦	٪٥٦,٢	٪٦٤,٥	١٣٦,٩
المستشفيات الربحية	٧٩٧	١١٥.٠٧٤	٪١٤,٩	٪١٢,٦	١٧,٢
المجموع	٥٣٤٢	٩١٥٢٢٤	٪١٠٠	٪١٠٠	١٨٥,١

### بناء على مدة الإقامة

تقسم المستشفيات أيضًا حسب مدة الإقامة، أو متوسط مدة الإقامة (Average Length of Stay)، فهناك مستشفيات لديها إمكانية استيعاب مدة إقامة طويلة، ومستشفيات لا تسمح إمكانياتها بإقامة طويلة للمرضى، والمستشفيات ذات المدة القصيرة للإقامة (Short Term Hospitals) لا يزيد متوسط الإقامة فيها عن ٣٠ يوماً، بينما يزيد عن ذلك في المستشفيات ذات مدة الإقامة الطويلة<sup>(١٩)</sup>.

### بناء على السعة السريرية

وتصنف المستشفيات أيضًا حسب حجمها من حيث: عدد أسرتها (٦-٢٤) سريرًا، و(٢٥-٤٩) سريرًا، و(٥٠-٩٩) سريرًا، و(١٠٠-١٩٩) سريرًا، و(٢٠٠-٢٩٩) سريرًا، و(٥٠٠ فأكثر) سريرًا.

### حسب الاعتراف (الترخيص)

وتصنف المستشفيات أيضًا حسب حصولها على اعتراف من هيئات الترخيص (Accreditation Agencies)، فهناك مستشفيات معتمدة ومرخص لها من قبل هذه الهيئات وفق معايير محددة، وأخرى لم تحصل على اعتماد أو ترخيص من قبل هذه الهيئات، ولاسيما من الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية أو الجمعية الأمريكية للمستشفيات. واعتماد المستشفى من قبل الهيئات المتخصصة يدل على مستوى مرتفع من جودة الأداء في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى.

### حسب توفر مقومات التعليم

وتصنف المستشفيات أيضًا حسب توفر إمكانيات، ووسائل التعليم الطبي فيها، فهناك مستشفى تعليمي كامل (Full Teaching Hospital) أو مستشفى

تعليمي جزئي (Partial Teaching Hospital) أو مستشفى غير تعليمي لا تتوفر فيه الموارد البشرية والتجهيزية اللازمة للتعليم الطبي.

### حسب نوعية الخدمة

وتصنف المستشفيات أيضًا حسب مدى تخصصية الخدمة الطبية التي تقدمها، فهناك المستشفى الذي يقدم خدمات طبية أولية ( Primary Care Hospital) والمستشفى الذي يقدم خدمات طبية ثانوية أكثر تخصصًا (Secondary Care Hospital) والمستشفى التخصصي الذي يقدم خدمات طبية عالية التخصص والمهارة (Tertiary Care Hospital).

### حسب التخصص

وتصنف المستشفيات أيضًا حسب التخصص إلى: مستشفى عام، ويضم معظم التخصصات الطبية الأساسية، ومستشفى تخصصي متخصص في علاج جزء معين من أجزاء الجسم مثل: العيون، أو القلب، أو العظام، أو أن يكون المستشفى متخصص في علاج مرض معين، مثل مستشفى علاج أمراض السرطان.

### بيئة المستشفيات

يقسم العلماء الإداريون تطور علم الإدارة إلى ثلاث مراحل ومدارس رئيسية:

#### ١- مرحلة مدرسة الإدارة العلمية (Scientific Management)

ويتزعمها فردريك تايلور (F. Taylor et al.) وآخرون، ولقد ركزت على عوامل الوقت والحركة، وأهملت الإنسان، ونظرت إليه وكأنه آلة.

## ٢- مرحلة المدرسة السلوكية (Behavioral School)

ويترجمها مايو (Mayo et al.) وآخرين؛ وظهرت هذه المدرسة كرد فعل لمدرسة الإدارة العلمية، حيث اهتمت هذه المدرسة بالإنسان، والعوامل الإنسانية والسلوكية.

## ٣- مرحلة المدرسة البيئية (Ecological School)

ولقد ظهرت هذه المدرسة في أواخر الأربعينات الميلادية، وبصفة خاصة مع ظهور مقال البروفيسور الأمريكي جون قوس (John Gaus).

### المنهج البيئي (الايكولوجي) Ecological School

وكلمة ايكولوجي (Ecology) هي كلمة يونانية الأصل مكونة من كلمتين (Ekos) ومعناها ما يحيط بالشيء، وكلمة (Logy) ومعناها علم، وهي تعني علم البيئة المحيطة بالشيء محل الدراسة، وكذلك تعني العلاقة المتبادلة بين الكائن الحي وبيئته<sup>(٢٠)</sup>.

ولقد كانت تستخدم في العلوم الطبيعية، وخاصة علم الأحياء، لتدل على العلاقة بين الكائنات المختلفة التي يعيش فيها، ثم أصبحت تستخدم في العلوم الاجتماعية، وبدأ استخدامها في علم الإدارة في مطلع الأربعينات الميلادية.

وتتمثل مفاهيم المدرسة البيئية في دراسة الإدارة باختصار في أن المنظمة، أي منظمة في أي مجتمع، هي جزء من ذلك المجتمع تتفاعل مع مكوناته السياسية والاقتصادية والاجتماعية والجغرافية والمناخية والثقافية. والمقصود بالبيئة مجموعة العوامل الاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية، والثقافية المحيطة، وتبعاً لا يمكن دراسة المنظمة والتعرف على اتجاهاتها دون التعرف على البيئة المحيطة بها.

والمنهج البيئي ينطلق من قاع المجتمع إلي قمته، من عناصر المناخ والموقع إلي الأفراد الذين يعيشون فيه، من حيث حجم السكان وعلاقتهم ومعلوماتهم وتوزيعهم الجغرافي وطرق التعامل الاجتماعي وأساليب حياتهم في هذا الإطار، يدرس أداؤهم لأعمالهم ومن ثم يتم تقييم ذلك بصورة موضوعية.

ومن هذا المنطلق، فإن المنهج البيئي ومن خلال الملاحظات الدقيقة يتيح للدارسين التعرف على مشاكل الأداء والاتجاهات والموقف في أداء الوظائف من بيئة إلي أخرى.

والبروفيسور جون قوس (John Gaus) أول من استخدم مصطلح إيكولوجي في الإدارة في مقاله الشهيرة التي نشرت في عام ١٩٤٧م<sup>(٢١)</sup>.

فلقد عرف قوس في مقاله مفهوم المنهج البيئي، وقال: بأنه يشمل عناصر المكان: والمناخ والزمان والناس الذين يعيشون في المكان، من حيث أعدادهم ومتوسط أعمارهم، ومستويات تعليمهم والجوانب الاجتماعية المختلفة<sup>(٢٢)</sup>.

ونظر قوس إلي الايكولوجي نظرة شمولية مؤكداً التأثير المتواصل لعناصرها على المنظمات الإدارية بصفه عامة.

وفي أواخر عام ١٩٤٧م نشر روبرت دال (Robert Dahl) مقاله الشهير في مجلة الإدارة العامة الأمريكية، مؤكداً أهمية المنهج البيئي لدراسة الإدارة، حيث قال فيه: إن تعميم عملية إدارية معينة طبقت بنجاح في بلد معين على بقية البلدان لا يمكن، نظراً لاختلاف بيئة كل بلد عن البلد الآخر، ولكن المبادئ الإدارية العامة من الممكن تطبيقها في بيئات مختلفة، ومع هذا فإن إمكانية تطبيقها لا تتحدد إلا بعد دراسة تلك البيئة، ولا يمكن أن يكون هناك تعميم عالمي إلا بعد دراسات دقيقة للأمم وصفاتها، وخصائصها. ولذلك فإن علم الإدارة يجب أن يعتمد على مرتكزات شمولية واسعة، وليس فقط على معلومات،

وتقنيات، وعمليات ضيقة ومحددة، بل تمتد لتشمل العوامل التاريخية والاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية، التي تعطي الإدارة صفتها، وخصوصيتها المتفردة في كل دولة<sup>(٢٣)</sup>.

وفي منتصف الستينات الميلادية قام البروفيسور فريد ريجز (Fred Riggs) بتطوير المنهج الايكولوجي، ووضعه في قوالب نظرية علمية، حيث قدم دراسات عديدة وواسعة عن العوامل البيئية، منفصلة ومجمعة، ومتداخلة، منها كتابه "الإدارة في الدول النامية" (Administration in Developing Countries)<sup>(٢٤)</sup> الذي نشر فيه نظريته الشهيرة النظرية المنشورية (The Prismatic Theory) حول المجتمعات الانتقالية (Transitional Societies) التي تقع بين المجتمعات الصناعية المتقدمة والزراعية البدائية<sup>(٢٥)</sup> ولقد بنى دراسته تلك من خلال تجربة واقعية، حيث عاش لعدة سنوات في عدد من دول شرق آسيا لدراسة الظواهر الإدارية فيها<sup>(٢٦)</sup>.

ولقد ذكر ريجز في كتابه بعض الصفات التي يتصف بها النظام الإداري في هذه المجتمعات الانتقالية، ومنها:

**المحسوبية بناء على صلة القرابة (Nepotism):** حيث أكد أن صلة القرابة لها تأثير على القرارات الإدارية، حيث يقدم الموظف لقريبه مميزات لا يقدمها للشخص العادي، وإذا كان للموظف سلطة التوظيف، وتقدم قريبه لشغل وظيفة شاغرة، تجده ينال الأولوية. حتى وإن كان من بين المتقدمين للوظيفة من هو أكثر كفاءة وجدارة، وكذلك الحال في الترقيات الوظيفية، وكثيراً ما يقوم الموظف بتجاوز الأنظمة واللوائح أو تكييفها لصالح قريبه، مؤكداً أن الموظف المسئول يعطي أولوية في منح الخدمة التي يتولاها للمستفيدين، الذين يرتبط معهم بروابط أسرية، أو روابط صداقة، أو ارتباط جغرافي. ويقول أن لهذه

العلاقات في الدول النامية الانتقالية أثر واضح في سير العمل الإداري، وفي صنع القرارات واتخاذها، وفي مستوى الخدمة المقدمة.

**الأفضلية (Favoritism):** الصداقة والواسطة في المجتمعات النامية لهما أثر في سير العمل الإداري، وفي صنع القرارات الإدارية، وفي مستوى الخدمة المقدمة، حيث يقدم الموظف أو المسؤول في إدارة معينة خدمات للصديق، أو لمن يأتي عن طريق الواسطة لا يعطيها للمراجع العادي.

**المركزية الشديدة (Over Centralization):** ويؤكد ريجز على وجود مركزية إدارية شديدة في الدول النامية، في الجهاز الإداري على اختلاف مستوياته وتنظيماته، وقد يكون للنظام الاجتماعي، وهيكل نظام القبيلة، والعائلة، وسلطة الرجل في الأسرة دور في ذلك. ولذلك فإنه كلما تجاهلت المنظمة أي من العوامل الإيكولوجية كلما واجهت أزمات وصعوبات.

**ويقول ريجز:** لم يعد من الممكن التفكير في سبل تطوير الأداء الإداري دون النظر إلى بيئة التنظيم الإداري، والتعامل معه كنظام مفتوح (Open System) وليس كنظام منعزل مغلق (Closed System) <sup>(٢٧)</sup>.

وخلال الستينيات والسبعينيات الميلادية كانت هناك مساهمات من الدول الغربية لتطوير النظم الإدارية في الكثير من الدول النامية، ولقد شكلت تلك المساهمات تجارب إدارية تطبيقية ثرية أكدت أهمية المنهج الإيكولوجي في دراسة النظم الإدارية وتطويرها، حيث كانت تنقل نماذج إدارية ناجحة تمامًا في المجتمعات الغربية إلى الدول النامية، ولكن المفاجأة للغربيين تمثلت في عدم نجاح بعض هذه النماذج عند تطبيقها في المجتمعات النامية، حتى تبين أن سبب ذلك هو اختلاف العوامل البيئية للمجتمعات النامية عنها في المجتمعات الغربية، حيث لا يمكن تطبيق نموذج إداري معين نجاحًا فائقًا في مجتمع ما لم يكن



ملائماً للظروف البيئية الإيكولوجية للمجتمع المراد تطبيقه فيه، فالنظام الإداري في أي مجتمع هو جزء من ذلك المجتمع، وعندما يدرس يتوجب أن يدرس في هذا الإطار وليس كتنظيم منفصل قائم بذاته.

ويدرس المنهج البيئي الإدارة عن طريق تحليل خصائص المجتمع الذي تطبق فيه، ذلك أن التنظيمات والأنماط الإدارية تتأثر بالعوامل السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والحضارية السائدة في المجتمع.

والمستشفى جزء من المجتمع يتأثر به ويؤثر فيه. يتأثر بمكوناته السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية. هناك على سبيل المثال ممارسات طبية معينة من الممكن أن تمارس في مستشفى معين في مجتمع معين، ولكن لا يمكن أن تمارس في مستشفى آخر بمكان آخر بفعل العوامل الإيكولوجية (البيئية).

على سبيل المثال، عمليات الهندسة الوراثية والاستنساخ والإجهاض. هذه ممارسات طبية لا تسمح البيئة السعودية أن تمارس في مستشفى سعودي، ولكن تسمح بها دول أخرى في العالم. كما أن درجة اختلاط النساء بالرجال، والزي الذي ترتديه النساء العاملات بالمستشفى تخضع لتأثير العوامل البيئية الاجتماعية.

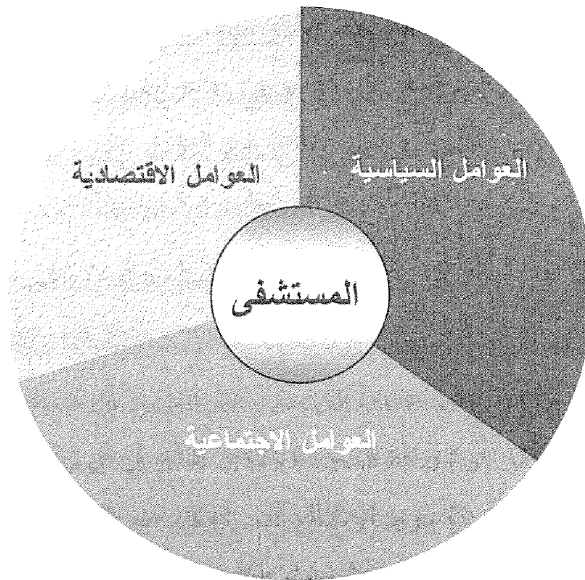
وعندما تكون الإمكانيات الاقتصادية متوفرة للمستشفى، فإن المستشفى يستطيع توفير أحدث الأجهزة والتقنيات الطبية وتوفير برامج صيانتها، كما يستطيع تأمين كوادر طبية عالية المستوى.

وكذلك فإن الاعتبارات السياسية والاقتصادية تؤثر في قرار استخدام أسلوب معين جديد لتمويل الخدمات الصحية، مثال ذلك فرض الرسوم على خدمات المستشفيات الحكومية، أو تطبيق نظام معين من نظم التأمين الصحي.

والمستشفى يؤثر في المجتمع من خلال مخرجاته الطبية التي تنعكس على الوضع الصحي والاجتماعي ومن ثم الاقتصادي والسياسي (شكل ٢-١).

وتصل رغبات وطلبات المجتمع إلي إدارة المستشفى من خلال:

- وسائل الإعلام.
- الاتصال المباشر من قبل أفراد من المجتمع مع المسؤولين في المستشفى.
- صناديق الشكاوي والاقتراحات الموجودة بالمستشفيات.
- الاستبيانات التي تجريها المستشفى للتعريف على رأي المراجعين في مستوى الخدمة التي تقدمها.



شكل (٢-١). العوامل البيئية للمستشفى.

## نظرية النظم

توضح نظرية النظم (Systems Theory) التي ابتكرها دايفيد غيستنون التأثير المتبادل بين البيئة والمنظمة من خلال المدخلات والتفاعلات ثم المخرجات.

واستخدم الكثير من علماء إدارة المستشفيات هذه النظرية لبيان أثر البيئة في المستشفى، حيث تتحول المدخلات (الموارد) من خلال مجموعة من عمليات إلى مخرجات تمثل النتائج والأهداف المتحققة (الخدمات الصحية).

فالمستشفى هو التنظيم الرسمي الذي يقدم خدمات صحية (مخرجات) من خلال استخدام الموارد (المدخلات). وتلعب إدارة المستشفى دوراً حيوياً من خلال إدارة هذه الموارد للوصول إلى الأهداف والنتائج بأقل التكاليف، وأحسن جودة، ومن خلال تفاعل مثمر من العوامل البيئية المتمثلة في الثقافات والقيم، والمعتقدات للعاملين، ولأفراد المجتمع، وذلك أن الموارد تأتي من البيئة الخارجية للمستشفى، كما أن استخدام هذه الموارد يتم من قبل العاملين بالمستشفى (البيئة الداخلية) والمخرجات تخرج إلى البيئة الخارجية للمستشفى، فالبيئة تؤثر في المستشفى من خلال المدخلات، وتتأثر بالمستشفى من خلال المخرجات، ويمكننا توضيح ذلك أكثر على النحو التالي:

**المدخلات (Input):** وتشمل: الموارد البشرية (العاملين بالمستشفى من أطباء وفنيين وإداريين ومستخدمين) والمواد والمستلزمات الطبية والأدوية، والأجهزة والمعدات مثل: أجهزة الأشعة، والرنين المغناطيسي، وجهاز القسطرة، وغيره، والمعلومات مثل: التقارير والمواعيد والإحصائيات والتكاليف وغيرها، والأموال، والمرضى ويمثلون المحور الأساسي الذي يستخدم الإمكانيات والموارد لمعالجتهم وتحويلهم من مرضى إلى معافين.

**العمليات (Processes):** وهي التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى مخرجات. وعناصر هذه العمليات تشمل: القوى البشرية العاملة التركيب الهيكلي (Structure) ويعني خطوط السلطة والمسؤولية والتنسيق والمعلومات والرقابة التقنية، الواجبات العملية ويقصد بها تصميم العمل وإجراءات العمل وتسلسله وطرقه.

**المخرجات (Out Put):** تتمثل في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى من خلال استخدام مواردها البشرية والمادية. وفي جودة هذه الخدمات واستمرار تحسينها وتطويرها، وتوفيرها بأقل تكلفة ممكنة. وتحقيق الأهداف التي أنشئت المستشفى من أجلها والمتمثلة في تقديم الخدمة الصحية بأعلى جودة، وأقل تكلفة، وتوفير التعليم الطبي، والبحوث الصحية.

**التغذية المرتدة (Feed Back):** وتبين تأثير المخرجات على المدخلات.

وبيئة المستشفى الخارجية في هذا الإطار على مستويين:

**أولاً: البيئة العامة (Macro Environment)**

مثل العوامل السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية العامة.

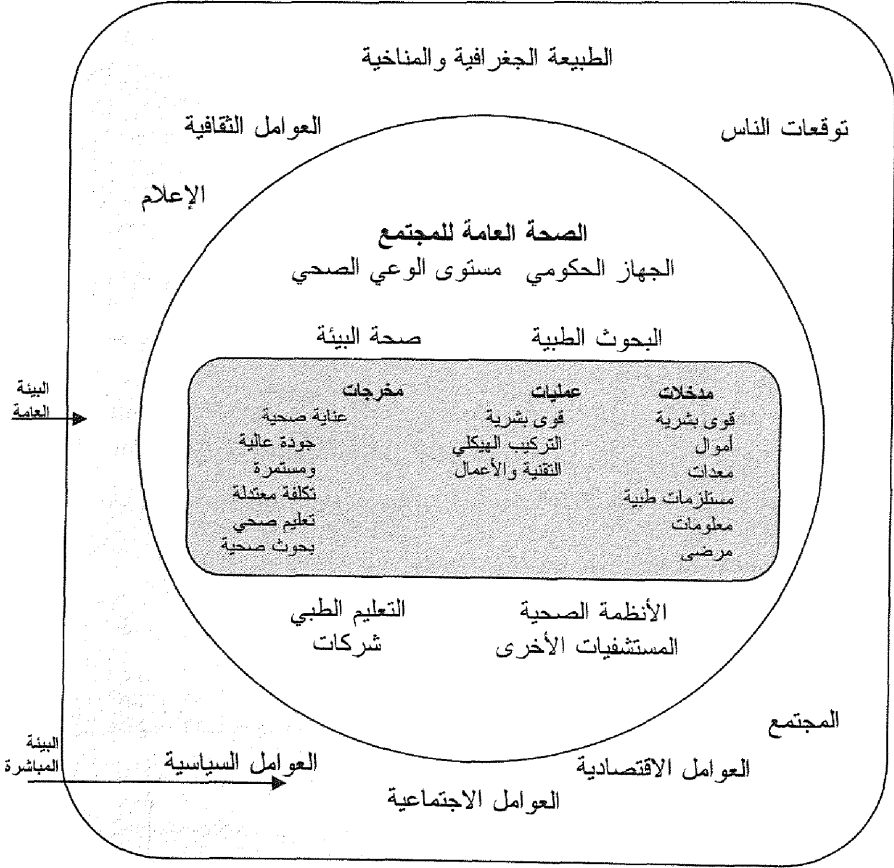
**ثانياً: البيئة الصحية الخاصة المباشرة (Micro Environment)**

وهي بيئة القطاع الصحي المباشرة مثل: الأنظمة الصحية، والتقنية الطبية، وأنظمة ومؤسسات التعليم الطبي، والصحة العامة للمجتمع، وشركات التأمين الطبي، وغيرها.

**والجوانب الثلاثة: المدخلات، والعمليات، والمخرجات، متداخلة ومترابطة، وتعتمد كل منها على الأخرى (interdependent and interrelated)، فلو كان مستوى القوى العاملة في المدخلات ضعيفاً "مثلاً" فإن ذلك سوف يؤثر في**

النهاية على المخرجات (مستوى العناية الصحية وجودتها). وكذلك الحال فيما لو كان مستوى الأجهزة والمعدات منخفضاً وقديماً لم يواكب التقنية الحديثة، فإن مستوى العمليات يكون ضعيفاً، وكذلك بالتالي مستوى (المخرجات) الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى .. وهكذا.

والشكل (٣-١) يوضح العلاقة المتبادلة بين الجوانب الثلاثة، وبيئة المستشفى المباشرة والعامّة.



شكل (٣-١). نظرية النظم - بيئة المستشفى.

## هوامش الفصل الأول

(١) إدموند هنتر، قصة الطب، ترجمة محمد العدناني، بيروت، لبنان: مكتبة لبنان، (١٩٨٠م)، ص١٦.

(٢) قسم أبو قراط - يؤديه الأطباء عند تخرجهم من كلية الطب في معظم كليات الطب في العالم.

(٣) إدموند هنتر، المصدر السابق، ص١٤.

(٤) حسان حرساتي، إدارة المستشفيات، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٩٩٠م)، ص٢٢.

(٥) Lawrence Wolper and Jesus Pena. *Health Care Administration*, Maryland: An Aspen Publication, (1987), P.5

(٦) سعيد الديوه جي، الموجز في الطب الإسلامي، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، (١٩٨٩م)، ص٢٢.

(٧) حسان نذير حرساتي، تاريخ اليمارساتانات في الإسلام، دمشق (١٣٥٧هـ)، ص: ٧٧.

(٨) حسان نذير حرساتي، المصدر السابق، ص٢٦.

(٩) Grolier Electronic Publishing

(١٠) American Hospital Association, *Guide to Health Care Field* Chicago : AHA , 199,PBB.

(١١) VV.Clayton Sherman, *Creating the New American Hospital* San Francisco: Jossey Bass Publishers, (1993), P. 15.

(١٢) منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية (٣٩٥)، جنيف، سويسرا :منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٠م)، ص١٦.

(١٣) *American Hospital Assification of Care Institutions* Chicago: American Hospital Association, (1974) P.10

- (١٤) منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم (٣٩٥) جنيف: منظمة الصحة العالمية، (١٩٦٨م)، ص ٦.
- (١٥) **R. Stevens**, *In Sickness and in Health: American Hospitals in the Twentieth Century*, New York : Basic Books, (1989) ,P.14
- (١٦) **Rosenzweig Kast**, *Organization and Management: A system Approach*, New York:McGraw- Hill,(1973) P.16
- (١٧) **WHO**, Technical Report, Sep. (1957), P.122.
- (١٨) **American Hospital Association**, *Guide to the Health Care Field*, Chicago: AHA,(1999), P.B3
- (١٩) **Lawrence Wolper and Jesus Pena**, *Health Care Administration*, Maryland: An Aspen Publication,(1987),P.16
- (٢٠) **عبد الكريم درويش**، ليلى تكلا، أصول الإدارة العامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية الطبعة الثالثة، (١٩٧٢م)، ص ١١٠.
- (٢١) **J.M. Gaus**, *Reflection on Public Administration*, University, Alabama: University of Alabama Press, (1987), P.P.8-9
- (٢٢) **Gaus**, *Op. Cit*, P.6
- (٢٣) **R.A. Dahl**, The Science of Public Administration: Three Problems, *Public Administration Review VII* ( 1947 ) , P.11
- (٢٤) **F.W Riggs**, *Administration in Developing Countries*, Boston : Houghton Mifflin Co, (1964) , P.12 Riggs, *Op. Cit*, P2
- (٢٥) التقى المؤلف بالبروفيسور ريجز في جامعة هاواي بالولايات المتحدة في عام (١٩٨٥م).
- (٢٦) **Fred Riggs**, *The Ecology and Context of Public Administration: A comparative Perspective* ,Public Administration Review 40 (1980), P.115.





## الفصل الثاني

### وظائف المستشفيات

- تقديم الخدمة العلاجية
- الوقاية من الأمراض
- التعليم والتدريب
- إجراء البحوث الصحية
- دور المستشفى في تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية



أصبحت وظائف المستشفى في عصرنا الحديث تتجاوز محدودية تقديم الخدمات العلاجية، وتمتد إلى تقديم الخدمات الوقائية، والتعليمية، والبحثية (شكل ٢-١). ولذلك فإن وظائف المستشفى تشمل التالي:

### تقديم الخدمة العلاجية

يأتي تقديم الخدمات العلاجية في مقدمة أهداف المستشفى، حيث تقدم المستشفى خدماتها للمرضى من خلال الأقسام التالية:

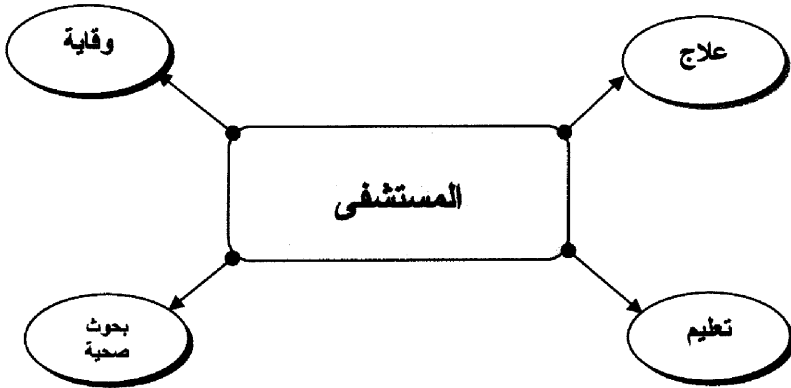
- العيادات الخارجية (Out Patient).
- الطوارئ (Emergency).
- التنويم (In-Patient).
- قسم العمليات الجراحية وأقسام تشخيصية مثل: المختبر، والأشعة.

ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة كوادر بشرية متخصصة من أطباء، وفنيين، وممرضين، وإداريين. وتسعى المستشفيات إلى تقليص فترات إقامة المريض بالمستشفى، لأن التنويم يكلف المستشفى الكثير ماديًا وبشريًا، كما تسعى المستشفيات الحديثة إلى استخدام أساليب رفع كفاءة وجودة الأداء لترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف (Cost containment).

إن تحقيق مستوى رفيع من الجودة في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى لمراجعيها تظل أهم وظائف المستشفى الحديث. وهناك عناصر ينبغي توفرها بالمستشفى، حتى يتمكن من تحقيق مستوى عالٍ في جودة خدماته العلاجية وهي:

- تطبيق أحدث التقنيات الطبية في التشخيص والعلاج.

- اهتمام الطبيب بالأحوال الاجتماعية والنفسية للمريض وليس فقط حالته العضوية، والتعامل مع المريض في إطار بيئته الاجتماعية، والاقتصادية.
  - وجود التسهيلات المريحة للمريض بالمستشفى، وتمكينه من الحصول على احتياجاته الفندقية ببسر، وسهولة، وراحة.
  - تقديم الخدمة الطبية بالحجم الملائم للمريض، وفق ما تحتاجه حالته الصحية، حتى يصل إلى مرحلة الشفاء.
  - تقديم الخدمة الطبية عالية الجودة بمتطلبات مالية مناسبة دون مغالاة<sup>(١)</sup>.
- ويتحقق التوازن بين تقديم مستوى عال من الجودة في الخدمات الطبية للمستشفيات، والتكاليف المالية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية، الذي يكفل تحقيق الكفاءة والفعالية في الأداء.



(شكل ٢-١). أهداف ووظائف المستشفى الحديث.

## الوقاية من الأمراض

ومن أهداف المستشفى الحديثة المساهمة في الوقاية من الأمراض، وأبرز السبل لذلك اضطلاع المستشفى بدور فعال في مجال التوعية الصحية ( Health Education) حيث تلجأ بعض المستشفيات إلى تنظيم ندوات للمرضى وذويهم، لتوعيتهم بجوانب الصحة، والمرض، والعادات المؤدية للمرض، وسبل المحافظة على الصحة، كما تقوم بعض المستشفيات بإذاعة برامج توعية صحية من خلال شبكة تلفزيونية في غرف المرضى وأماكن انتظار المرضى، كما يقوم الأطباء والممرضون بدور في توعية المرضى المراجعين بالأمر الصحي المختلفة.

وتشارك المستشفيات في توعية الطلاب والطالبات في المدارس من خلال إيفاد أطباء وطبيبات إلى المدارس، وإصدار الكتيبات الإرشادية والتوعوية، لتوزيعها على أفراد المجتمع. كما تقوم المستشفى بدور هام من خلال زيارات الأطباء والطبيبات إلى المدارس من كشف مبكر للمرض (Early Detection of Diseases). وكذلك تقوم المستشفى بدور وقائي من خلال القيام بإجراءات التطعيم والتحصين.

## التعليم والتدريب

إذا كانت تقارير المنظمات الدولية قد أكدت أن معدل النمو الاقتصادي الأعلى متوفر في الدول التي بلغت معدلات أعلى في تنمية القوي البشرية، وأولت التعليم والتدريب عناية فائقة. فإن منظمة الصحة العالمية أكدت على أن مستوى الخدمات الصحية الأعلى متوفر في المؤسسات الصحية التي تولي

اهتماماً كبيراً بالتعليم والتدريب. فالتعليم يوفر المعارف الأساسية، والتدريب يكمل التعليم بتوفير المهارات التطبيقية فتتحقق الأهداف التالية:

- تطوير وتنمية المعارف والمعلومات.
- تطوير وتنمية المهارات والقدرات.
- تطوير وتنمية الدوافع والسلوك الوظيفي.

ولقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بالسرعة وشدة التغيير في صناعة المستشفيات وجود حاجة إلى مهارات وقدرات جديدة في الموارد البشرية العاملة بالمستشفيات، ومنها:

- سرعة الاستجابة.
- قدرات التعاون والاتصال ضمن فريق العمل الطبي.
- القدرة علي تحليل المشاكل الصحية.

ولذلك فإن من وظائف المستشفيات الحديثة تعليم وتدريب القوي البشرية العاملة في التخصصات الصحية المختلفة. حيث تعتبر المستشفيات مراكز تعليمية توفر فيها الإمكانيات التدريبية والتعليمية لإكساب المتدربين المعلومات والمهارات والاتجاهات التي يحتاجونها في أعمالهم بعد التدريب. ويتم التدريب العملي لطلبة كليات الطب بالمستشفيات، كما يمضي طلاب كليات الطب ما يعرف بسنة الامتياز (Internship) كمتطلب أكاديمي أخير لطلاب الكلية بعد حصولهم علي درجة البكالوريوس، وكذلك يقضي الطبيب فترة التدريب العملي كطبيب مقيم بالمستشفى (Resident).

وهناك مستشفيات تتوفر بها الإمكانيات والمقومات المطلوبة للدراسات العليا المتخصصة في المجالات الطبية ومن هذه الإمكانيات: الأجهزة والمعدات،

والكوادر البشرية، والمكتبة العلمية، والمعامل الطبية، والسعة السريرية، وغيرها، حيث يحصل الطبيب علي درجة (الزمالة) بعد إضائه فترة التدريب بالمستشفى واجتيازه لامتحانات الزمالة.

والمستشفيات الجامعية مصممة ومجهزة بهدف التعليم والتدريب أكثر من غيرها من المستشفيات. كما يتم بالمستشفيات التدريب العملي لطلبة أقسام التمريض، والعلوم الطبية، وكليات العلوم الصحية، وغيرها.. مثل: فنيي المختبرات، والتخدير، والصيدلة، والتغذية، والعلاج الطبيعي، والأشعة، والعمليات، وإدارة الصحة والمستشفيات، وغيرها.

وتقوم المستشفيات بتنظيم برامج التدريب والتعليم المستمر، مثل عقد الدورات القصيرة، وتنظيم الحلقات العلمية والمؤتمرات والندوات المتخصصة في المجالات الصحية المختلفة. حيث يعد التعليم المستمر من أهم وسائل تحقيق مواكبة الفاعلة للتطورات العلمية في مختلف حقول المعرفة والحياة، كما يعتبر من أنجح سبل خلق الكفاءات البشرية المزودة بروافد العلم والمعرفة الحديثة المؤهلة بسبل إتقان المهارة العصرية.

فالتعليم المستمر هو عملية تعليمية تستهدف إحداث تغيير تطويري في معلومات المتدربين ومهاراتهم واتجاهاتهم.

ويستقطب التعليم المستمر أهمية خاصة في ميدان الطب، عطفاً على ما يتسم به هذا المجال من حيوية وتطوير سريع واكتشافات متواصلة، فضلاً عن طبيعة مهنة الطب والدور الإنساني السامي الذي تضطلع به، وارتباطها بأعلى ما يملك الإنسان (صحته).

وتعرف منظمة الصحة العالمية التعليم الطبي المستمر بأنه: التعليم أو التدريب الذي يتلقاه الطبيب بعد انتهاء دراسته الطبية الأساسية أو المتخصصة.

وتعرف هيئة الترخيص للتعليم الطبي المستمر (Accreditation Council for Continuing Medical Education) التعليم الطبي المستمر بأنه يتضمن نشاطات تعليمية تستهدف صيانة وتطوير وتنمية المعلومات والمهارات والأداء المهني والعلاقات التي يستخدمها الطبيب لتقديم الخدمات الطبية للمرضى والمجتمع وللمهنة، إن محتوى التعليم الطبي المستمر هو بناء من المعلومات والمهارات المقررة والمقبولة من قبل المهنة، ومثل أسس العلوم الطبية والعلوم الإكلينيكية ومعايير الرعاية الصحية للمجتمع.

والتعليم الطبي المستمر يعد من المنطلقات الأساسية لتحقيق أهداف الجودة الشاملة للخدمات الطبية المقدمة للمرضى.

يقول معالي وزير الصحة السعودي السابق الأستاذ الدكتور أسامة عبد المجيد شبكشي: "إن التعليم الطبي المستمر ضرورة لازمة وليس ترفاً بأي حال من الأحوال وإن الطبيب حينما يتخرج يصبح طبيباً إلا أنه بدون التعليم المستمر لا يبقى طبيباً فهو بعد أمد غير طويل من الزمن ينسى نصف ما تعلمه، وأما النصف الآخر الذي لا يزال يذكره ويتذكره، فإنه يصبح عديم الفائدة لا يتوكل مع ما استجد من معلومات ونظريات، وذلك لأن المعارف الطبية تتجدد بسرعة فائقة، ومع تجدد المعارف تتغير المفاهيم وأساليب العمل وطرق التشخيص والعلاج، وإن الذي لا يواكب هذه التغيرات السريعة يعد مقصراً في حق نفسه لأنه يصبح أقل شأنًا من زملائه، ومقصراً في حق مهنته، لأنه لم يراع أصولها



ومتطلباتها، ومقصرًا في حق مجتمعة الذي من حقه أن يتوقع منه رد الجميل بأطيب وأنجح وأحدث ما توصل إليه الطب من إمكانيات ووسائل<sup>(١)</sup>.

ويمكن إيجاز أهم فوائد التعليم الطبي المستمر في التالي:

- يسهم في رفع كفاءة ومهارة الطبيب وتمكينه من مواكبة المستجدات الطبية وينعكس ذلك علي ثقته بنفسه ومقدرته، وذلك يدعم الثقة بين الطبيب ومريضه.

- يقلص حدوث المضاعفات نتيجة لارتفاع كفاءة ومهارة الطبيب.

- تخفيض مدة بقاء المريض في المستشفى، وفي ذلك تخفيض للنفقات وتخفيف لمعاناة المريض.

- يسهم في الحد من اللجوء لوسائل التشخيص المكلفة، حيث يكتفي بالاستخدام الجيد لوسائل التشخيص الطبي الأقل كلفة، نتيجة لإتقان الطبيب لها من خلال حصوله علي جرعات تعليم طبي مستمر.

- الاستخدام المتقن للأجهزة، مما يسهم في تحقيق نتائج علاجية جيدة ويقلل من تعطلها، وربما تلفها لو لم يكن الطبيب قد تلقى تدريبًا جيدًا علي استخدامها.

إن عملية التعليم الطبي المستمر إنما هي "صيانة للعقل البشري" تتم من خلال المستشفيات، ولذلك فإذا كانت صيانة الأجهزة والمعدات الطبية تحظى بقدر من الاهتمام، فإن الاهتمام بصيانة العقل البشري الذي يدير هذه الأجهزة والمعدات ينبغي أن يكون أكبر، وهذا الدور يعد من أهم وظائف المستشفيات في العصر الحديث.

## إجراء البحوث الصحية

تعتبر المستشفيات مكاناً خصباً لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة، لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات المعملية والعمليات الجراحية.

ويساعد وجود نظام سجلات طبية منظم ومتكامل بالمستشفى في تعزيز البحوث الطبية، لما تحتويه السجلات من معلومات عن السيرة المرضية والتطور المرضي للمرضى، كذلك يساعد وجود نظام إحصائي متكامل في دعم جهود البحث العلمي بالمستشفيات، كما يوفر وجود المعامل الطبية والتجهيزات الطبية المختلفة مقومات إجراء البحوث الطبية التطبيقية إلى جانب وجود الهيئة الطبية المتخصصة القادرة على إجراء البحوث. كما يتم إجراء بحوث صحية تتناول التحولات الصحية في المجتمع وتبحث أسباب انتشار أمراض معينة في البلد، وقد تجرى البحوث الإدارية والمالية والسلوكية في المستشفيات.

وتلعب المستشفيات دوراً حيوياً في تعزيز القدرات البحثية في العلوم الصحية وفي العلوم البيولوجية وأثارها على الرعاية الصحية. وحيث إن السياسات الصحية يجب أن تركز على شواهد علمية صحيحة، فإن هذه الشواهد تستلزم إجراء بحوث صحية.

ولقد أشارت جمعية الصحة العالمية الثالثة والأربعون المنعقدة في ١٧ مايو ١٩٩٠م إلى أن هناك عدم تكافؤ بين عبء المرض وبين الاستثمارات في البحوث الصحية التي تركز إلى حد بعيد على المشاكل الصحية في البلدان الصناعية، ولذلك فقد دعت الجمعية الدول الأعضاء في المنظمة الاضطلاع بالبحوث الصحية الملائمة للاحتياجات الوطنية من أجل:

- تحديد وفهم المشاكل الصحية ذات الأولوية الخاصة بها.
- تحسين استخدام الموارد المتاحة.
- تحسين السياسة والإدارة الصحية.
- تشجيع روح الابتكار والتجربة.
- المساهمة في المعارف الجديدة.

### دور المستشفى في تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية

في عام (١٩٧٨م) وفي اجتماع "الما آتا" (Alma ata) اتفق ممثلو (١٦٦) دولة في منظمة الصحة العالمية على أن يكون هدف الصحة للجميع هو الهدف الذي يتوجب أن تسعى الدول إلى تحقيقه بحلول عام (٢٠٠٠م) وأصدر المجتمعون إعلان "الما آتا" التاريخي الذي نص على أن الرعاية الصحية الأولية هي وسيلة تحقيق هذا الهدف، ولقد حدد ذلك الإعلان الأسس والسبل والاستراتيجيات الرامية إلى تحقيق هدف الصحة للجميع عام (٢٠٠٠م).

وفي عام (١٩٨٨م) أي بعد عقد زمني من اجتماع "المآتا" عقد اجتماع ريجا (Riga) لتقييم ما تحقق نحو الوصول إلى هدف الصحة للجميع عام (٢٠٠٠م) وصدر عقب الاجتماع إعلان ريجا ( Riga Declaration ) الذي أعاد التأكيد على الاستراتيجيات، وعلى الرعاية الصحية الأولية كوسيلة لتحقيق الهدف<sup>(٣)</sup>.

ونتيجة لذلك تركزت السياسات الصحية للدول على الرعاية الصحية الأولية، التي أصبحت المحور الأساسي للخدمات الصحية، وحظيت باهتمام مكثف في الكثير من دول العالم.

وفي غمرة هذا الاهتمام المتزايد بالرعاية الصحية الأولية أغفل الدور الهام للمستشفى في آلية تطبيق برامج الرعاية الصحية الأولية في الكثير من الدول النامية... وظل النظر إلى دور المستشفى قاصراً ومحدداً باستقبال الحالات المحولة من مراكز الرعاية الصحية الأولية في إطار نظام الإحالة ( Referral System) هذا في وقت يتوجب فيه أن يتم تطبيق برنامج الرعاية الصحية الأولية في إطار نظام شامل للرعاية الصحية (Comprehensive Care) بحيث يظهر المستشفى في بوتقة الإطار العام لبرنامج الرعاية الصحية الأولية من خلال أسس محددة وواضحة تستهدف ترسيخ سبل التواصل المستمر والعلاقة الوثيقة بين المستشفى، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وبدون ذلك لا يمكن أن تحقق برامج الرعاية الصحية الأولية أهدافها بالصورة المأمولة.

وهذا ما أكده هافلدان ماهلر (Hafldan Mahler) مدير عام منظمة الصحة العالمية الأسبق، حيث قال: إن النظام الصحي القائم على الرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن يحقق أهدافه ويتطور، بل لا يمكن أن يوجد بدون شبكة من المستشفيات تنهض بمسؤولية دعم الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع.

ويمكن للمستشفى أن يقوم بدور مهم وفعال في تطبيق برامج الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال نشاطات متعددة، نذكر منها التالي:

**نظام الإحالة:** يستطيع المستشفى أن ينفذ نظام إحالة قوي ومنظم وسهل التطبيق، ويعد وسيلة دعم مهمة يقدمها المستشفى لبرنامج الرعاية الصحية الأولية.

**برامج الوقاية والتوعية الصحية:** تتوافد على العيادات الخارجية بالمستشفيات أعداد كبيرة من المراجعين - وعادة ما ينتظرون دورهم في

صالات كبيرة - وبالتالي فإن تنفيذ برنامج توعية صحية مكثف، من شأنه أن يحقق نتائج بالغة النجاح، حيث يمكن على سبيل المثال: التوعية بأهمية التطعيم، ولبن الأم، والنظافة، والعناية بالطفل، والعناية بالحامل، والتغذية، وصحة الفم، وصحة البيئة ... الخ. بل يمكن تطبيق هذا البرنامج في أقسام التنويم أيضاً.

**التطعيم:** يمكن للمستشفى أن يسهم في شمولية التطعيم، ورفع نسبة التطعيم بصورة كبيرة في المجتمع.

**صحة الفم والأسنان:** يمكن للمستشفى أن يقدم خدمات صحة الفم والأسنان، ومتابعتها للكبار والأطفال.

**رعاية الأمومة والطفولة:** من الممكن أن يقوم المستشفى بتنفيذ برنامج متكامل لرعاية الأمومة والطفولة.

**تنظيم برامج تدريبية:** تتوافر بالمستشفيات إمكانات مادية وبشرية وتكنولوجية عالية، حيث توجد قوى بشرية صحية مؤهلة تأهيلاً عالياً وقادرة على القيام بمهام التدريب والتعليم، هذا بالإضافة إلى توافر القاعات والمكتبات الطبية والوسائل التعليمية، وحيث لا تتوفر هذه الإمكانيات لدى مراكز الرعاية الصحية الأولية، فإنه يمكن الاستفادة من المستشفيات في تدريب منسوبي الرعاية الصحية الأولية، وبالتالي رفع كفاءتهم ومهاراتهم، وهذا ينعكس تبعاً على مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للسكان.

**إجراء الأبحاث:** نظراً لتوافر الإمكانيات البشرية والمادية، وتوافر الحالات المرضية المتنوعة، فإن المستشفيات أكثر قدرة على إجراء الأبحاث التي تخدم أهداف الرعاية الأولية.

إن المستشفيات تضم الإمكانات الرئيسية من الموارد الصحية المادية، كالأجهزة، والمعدات، والتجهيزات والموارد البشرية ذات المهارات التقنية، وبالتالي فإن نوعية الدعم والمساندة من المهارات التقنية، والموارد الصحية الضخمة لا تستطيع تقديمها إلا المستشفيات.

ولقد كان في السابق – وربما لازال – ينظر في بعض المواقع إلى المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية على أنها شيئان منفصلان تمامًا. ولكن مع تزايد الطلب على خدمات المستشفيات، وتناقص الموارد وارتفاع التكاليف أدى ذلك إلى وجود مبادرات لتوثيق الارتباط بين المستشفيات والمراكز الصحية، وتنمية التفاعل بينهما... وليكون للمستشفى دورها ضمن الإطار الواسع للنظام الصحي بتواصل فعال مع كامل شبكة الخدمات الصحية في المجتمع، حتى لا تكون المستشفيات كيانات معزولة وفادحة التكاليف، وبحيث لا يلجأ إلى خدمات المستشفى إلا عند الحاجة الفعلية فيقلل الاستخدام غير الضروري للمستشفيات إلى الحد الأدنى.

وفي تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية الصادر في عام ١٩٥٦م<sup>(٤)</sup> عن دور المستشفيات في إطار برنامج الرعاية الصحية الشاملة للمجتمع، شددت اللجنة على المستشفى أن يكون جزءاً لا يتجزأ من النظام المجتمعي، ومع تسليم اللجنة بأن توفير الخدمة العلاجية هي الوظيفة الرئيسية للمستشفى، إلا أنها أكدت على ضرورة تنمية مهامه الوقائية، وعلى أن تدريب العاملين الصحيين، وإجراء البحوث الطبية الحيوية والاجتماعية هما من الوظائف الأساسية للمستشفى العام.

وفي عام ١٩٥٩م ناقشت لجنة خبراء الصحة العالمية<sup>(٥)</sup> خدمات المستشفى خارج مبناها، ورأت أن هذه الخدمات تشمل: خدمات العيادة الخارجية، والرعاية المنزلية، والرعاية اللاحقة، والتأهيل الطبي، والتتقيف الصحي، والتطعيم.

ولقد أكدت مجموعة من خبراء منظمة الصحة العالمية على أنه لا يوجد نظام صحي محلي قائم على نهج الرعاية الصحية الأولية يمكنه أن يعمل بدون مستشفى يدعمه ويسانده، ونظام فعال لتحويل المرضى المحتاجين لرعاية أكثر تخصصاً من تلك التي يمكن الحصول عليها خارج المستشفى، ومع ذلك فعلى نفس الدرجة من الأهمية ألا تقدم المستشفيات علاجاً يمكن الحصول عليه في مؤسسات أخرى للخدمة الصحية، لأنها إن فعلت ذلك فسوف تزداد أعباؤها، وتعجز عن تقديم المساندة التي ينبغي تقديمها على صعيد المجتمع<sup>(٦)</sup>.

وكان الاتحاد الدولي للمستشفيات قد أعلن في عام ١٩٧٤م عن ضرورة مشاركة المستشفيات في برامج الرعاية الصحية الأولية<sup>(٧)</sup>.

إن الرعاية الصحية الأولية تركز على الجوانب الوقائية وعلى مستوى المجتمع ... بينما تركز المستشفيات على الجوانب العلاجية، وعلى مستوى الأفراد المرضى.

ورأت مجموعة من خبراء منظمة الصحة العالمية، سُكلت لدراسة دور المستشفيات في ظل نظام صحي قائم على الرعاية الصحية الأولية، أن عناصر هذا النظام تشمل:

### ١- تحديد المشكلات الصحية وتحليلها

ومن ثم تحديد الأولويات والبرامج والموارد المتاحة.

### ٢- تحديد مستويات تقديم الخدمة الصحية (شكل ٢-٢) وتشمل:

- الأسرة والمنزل.

- أنشطة صحة المجتمع (العمل المجتمعي بما في ذلك المدارس، وأماكن العمل).

- المرفق الصحي الأول (مركز الرعاية الصحية الأولية).

- مستوى الإحالة الأول (المستشفى العام).

- مستوى الإحالة الثاني (المستشفى التخصصي).

### ٣- البنية الأساسية الوظيفية للرعاية الصحية الأولية

وتشمل النظم الداعمة التالية:

- المعلومات: تقييم حالة المجتمع وتحديد احتياجاته.

- الأنشطة الإدارية: تشمل تخطيط البرامج وتنفيذها وتقييمها.

- القوى العاملة: تعليم وتدريب الموظفين.

- الإمدادات: وتشمل التوريدات، والأدوية، والمواصلات.

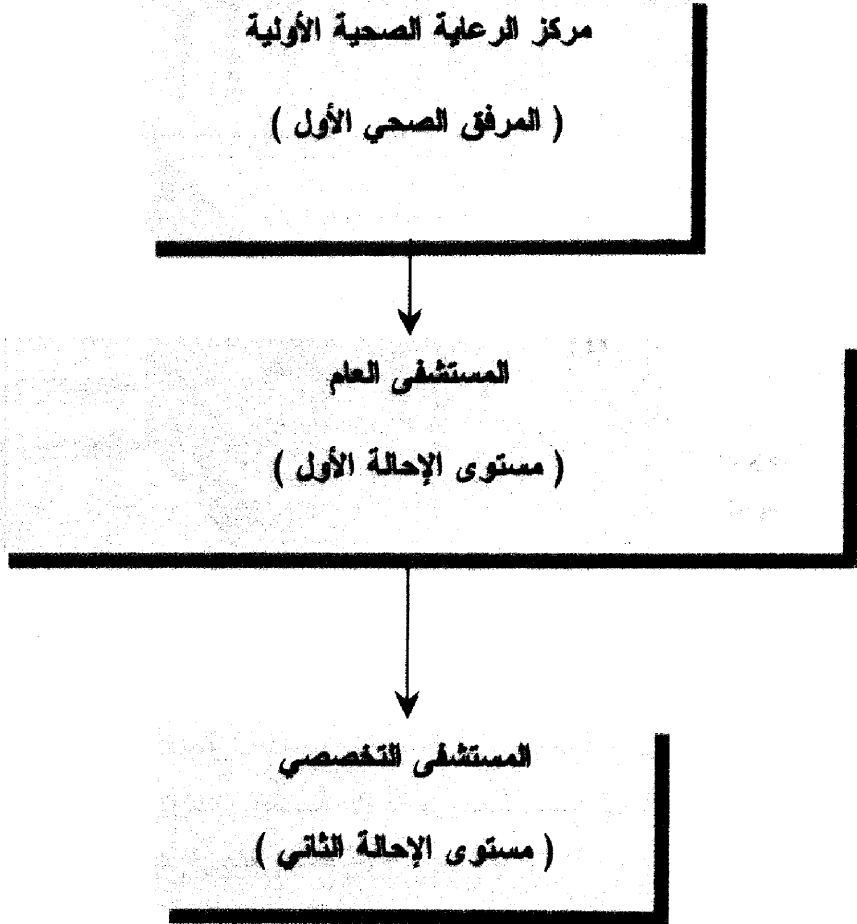
- البحوث: القدرة على إجراء بحوث لمواجهة المشكلات.

- المرافق: وتشمل تخطيط وتصميم المرافق واختيار مواقعها

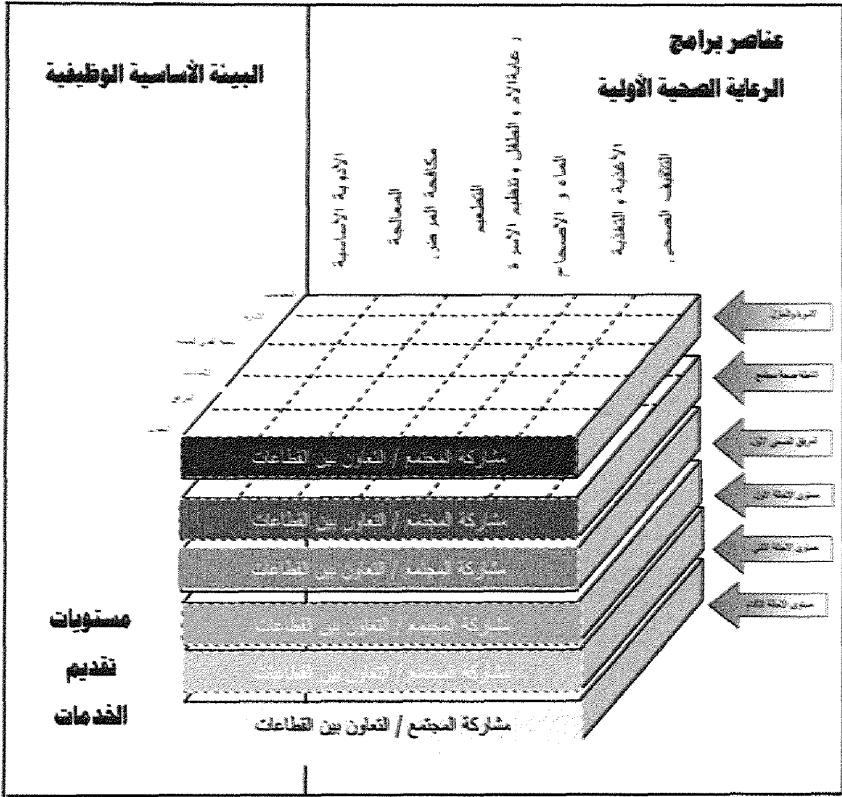
وتجهيزها.

ويبين الشكل (٢-٣) العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الأولية، والمستويات الأربعة لتقديم الخدمة الصحية، والبنية الأساسية الوظيفية، وتأثير مشاركة المجتمع، والتعاون بين القطاعات على جميع هذه العناصر، وكذلك يبين موقع المستشفى بالنسبة للمستويات الأخرى لتقديم الخدمات الصحية.





شكل (٢-٢). مستويات الخدمة الصحية.



شكل (٢-٣). نموذج فكري لنظام صحي شامل يقوم على مبادئ الرعاية الصحية الأولية<sup>(٨)</sup>.

وضعت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية التوصيات التالية لتعزيز دور المستشفيات في الرعاية الصحية الأولية من منطلق مسؤولية الحكومات الأساسية عن توفير خدمات الرعاية الصحية<sup>(٩)</sup>:

(١) تحديد الأدوار المعينة، التي يتعين أن تقوم بها مستشفيات الإحالة في المستوى الأول لدعم الرعاية الصحية الأولية، وإعطاء ذلك أولوية قصوى من أجل تنمية خدماتها الصحية.

٢) ضبط الترتيبات التنظيمية والوظيفية للخدمات الصحية، من أجل تسهيل مكونات الرعاية الصحية الأولية في مستوى المنطقة من جهة أخرى.

٣) إنشاء نظم متكاملة للمناطق الصحية شاملة المستشفيات، من أجل توفير خدمات صحية أفضل لمجتمع سكاني معين.

٤) توجيه اهتمام خاص للمناطق الصحية، لتجنب إيجاد مناطق صحية مصطنعة.

٥) التعاون مع المنظمات غير الحكومية والأطراف الأخرى المعنية، لتعزيز الأساليب التعاونية الهادفة إلى دعم دور مستشفيات الإحالة في المستوى الأول المساند للرعاية الصحية الأولية.

٦) تعيين المؤسسات المناسبة للمشاركة مع منظمة الصحة العالمية، ومع المنظمات غير الحكومية وغيرها من الأطراف المعنية في شبكات يمكن تنظيمها على مستوى إقليمي، وتستطيع الإسهام في تحقيق المزيد من التطورات العملية في هذا المجال.

٧) النظر بعين التعاطف إلى الأزمة المالية التي تواجهها الآن مستشفيات عديدة، والعمل على ضمان حصول القطاع الصحي ككل على نصيب عادل من الميزانية الوطنية.

٨) إنشاء الأجهزة المناسبة التي تكفل التنمية الفعالة، والإدارة الحكيمة لموارد المستشفيات المالية، والبشرية، والمادية.

٩) وضع السياسات وبرامج التدريب المناسبة لتطوير المستشفيات، وشؤونها الإدارية، والمالية، وصيانتها.

وأكدت لجنة الخبراء المشار إليها، أنه كلما زاد تفهم أسلوب الرعاية الصحية الأولية وتحسنت إمكانيات توفير خدمات صحية ناجحة لمجتمعات سكانية، كاملة فسوف يزداد وضوح الدور الجوهري لمستشفيات الإحالة في المستوى الأول، وأوصت اللجنة بأن تقوم مستشفيات مستوي الإحالة الأول بما يلي<sup>(١٠)</sup>:

- (أ) إعادة النظر في دورها الذي تلعبه داخل نظام المناطق الصحية.
- (ب) دراسة كيفية تعميق التكامل مع شركاء آخرين في نظام المناطق الصحية.
- (ج) إشراك موظفيها كلما أمكن في الرعاية الصحية الأولية خارج المستشفى، ووضع برامج توجيهية وتدريبية، لتعميق اهتمامهم وتعزيز أدوارهم في مجال الرعاية الصحية الأولية.
- (د) بحث كيفية مساعدتها في إقامة نظام للمعلومات يغطي المنطقة الصحية ويساعد في توضيح مشكلات السكان الصحية، ويساند عملية اتخاذ القرار على جميع مستويات الخدمات الصحية.
- (هـ) دراسة إمكانية تطوير طرق التمويل، وتوزيع الموارد على خير وجه حتى تتحقق مطالب المجتمع كله، وتساند القرارات الملائمة التي تتخذ في المستشفيات أو غيرها من مكونات المناطق الصحية.
- (و) بحث وسائل الارتقاء بأداء نظم الإحالة السريرية، لتؤدي وظائفها بمزيد من الفعالية، بما في ذلك الطرق التي تستطيع المستشفيات بها مساندة الوحدات الصحية البعيدة، وهكذا تزداد ثقة المجتمع المحلي بها، وتعزز قوة النظام الصحي كله.

- ز) دراسة كيفية إسهامها مع منظمة الصحة العالمية في شبكة من المؤسسات التي تتعاون معاً للعمل على تعزيز أدوار مستشفيات مستوى الإحالة الأول في دعم الرعاية الصحية الأولية.
- ح) إنشاء وتنظيم جمعيات مهنية تضم مديري المستشفيات والخدمات الصحية، إذا لم تكن مثل هذه التنظيمات قائمة بالفعل.

## هوامش الفصل الثاني

- (١) Donabedian, Avides The definition of quality and approaches to its assessment, Explorations in quality assessment and monitoring , Voll Ann Arbor, Michigan:Health Administration press (1980) , P.15.
- (٢) كلمة ألقاها معالي وزير الصحة السعودي السابق في افتتاح ندوة التعليم الطبي المستمر.. ضرورة أم ترف؟" المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة القصيم: مدونات الندوة - شعبان (١٤١٦هـ).
- (٣) عبد الإله ساعاتي. دور المستشفى في تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية، المجلة الطبية السعودية، العدد رقم (٧٢)، السنة الخامسة عشر، المحرم - ربيع الثاني (١٤١٢هـ)، ص ص: ٤-٦.
- (٤) 68-Who Technical Report Series, No.122, 1957, Role of Hospital in Programs of community health protection : First report of the committee on organization of medical care, P.4.
- (٥) مونيكوسوج، دور مستشفى الخط الأول ضمن نظام الخدمات الصحية المحلية، جنيف : منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٠م) ص ٨.
- (٦) المستشفيات وتوفير الصحة للجميع، تقرير خبراء منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية رقم ٧٧٤، الإسكندرية: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية (١٩٨٨م)، ص: ٩.
- (٧) المصدر السابق، ص ١٧.
- (٨) المستشفيات وتوفير الصحة للجميع، تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية رقم ٧٤٤، جنيف: منظمة الصحة العالمية (١٩٨٧م)، ص ٢٣.
- (٩) المستشفيات وتوفير الصحة للجميع، تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية رقم ٧٤٤، الإسكندرية: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية (١٩٨٨م)، ص ٨١.
- (١٠) المصدر السابق، ص ٨٣.

## الفصل الثالث

### المستشفيات في المملكة العربية السعودية

- نبذة تاريخية
- التطور الكمي للمستشفيات
- التطور النوعي للمستشفيات
- مستويات الخدمة الصحية بالمملكة
- الموارد الصحية بالمملكة للعام ١٤٢٨هـ
- ملامح التنظيم الإداري للمستشفيات بالمملكة
- أساليب إدارة وتشغيل المستشفيات بالمملكة
- مستقبل المستشفيات بالمملكة





## نبذة تاريخية

عندما تأسست المملكة العربية لم تكن هناك مرافق صحية بالمفهوم الصحيح سوى مستشفى جواد بمكة المكرمة الذي أنشئ في عام ١٢٨٨هـ ومستشفى باب شريف في جدة الذي كان اسطبلًا للجيش ثم حول إلى مستشفى في عام ١٣٠٨هـ، إلى جانب مستوصف صغير بالمدينة المنورة، وكان قبل ذلك في مكة المكرمة (بيمارستان القبان) وهو مكان لإيواء المرضى به مكان يستخدم كمسجد والآخر يستخدم كمدرسة أو (كتّاب)، وكانت هذه المرافق مجرد مبان صغيرة بإمكانيات مادية وبشرية محدودة تقدم خدمات صحية بدائية.

وكان الوضع الصحي - آنذاك - متردياً في جميع أرجاء البلاد، حيث كانت الأمراض متفشية وكان الاستشفاء يتم بطرق بدائية تقليدية تشمل: الحجامة، والكي بالنار، والوصفات الشعبية، ووصفات العطارين، وتجبير كسور العظام، وكانت الولادات تتم بواسطة "الدايات" وهن النساء اللاتي يقمن بتوليد النساء.

وكان الحجاج القادمون من مختلف أنحاء العالم لأداء المناسك يتعرضون لمخاطر الإصابة بالأوبئة والأمراض، الأمر الذي أدى إلى تدخل مكتب الصحة العالمي ( منظمة الصحة العالمية الآن ) مطالباً بتطبيق بعض المعايير الصحية الوقائية والعلاجية حماية للحجاج.

وعندما دخل الملك عبد العزيز آل سعود الحجاز أبدى اهتماماً بالصحة، حيث أمر في عام ١٣٤٤هـ (الموافق ١٩٢٦م) بإنشاء "دائرة الصحة" في مكة المكرمة كلفت هذه الدائرة بإنشاء مستشفيات ومستوصفات في مكة المكرمة والمدن الأخرى.

وفي السابع والعشرين من شهر شعبان من العام التالي ١٣٤٥هـ أصدر الملك عبد العزيز أمره بتغيير مسمى دائرة الصحة إلى "مديرية الصحة العامة والإسعاف" والتي ربطت في بادئ الأمر مباشرة بالنائب العام لجلالة الملك في الحجاز.. (وكان آنذاك الأمير فيصل بن عبد العزيز آل سعود) ثم ربطت بوزارة الداخلية في عام ١٣٥٠هـ، وفي عام ١٣٥٣هـ ربطت بمجلس الوكلاء<sup>(١)</sup>، ومن أهدافها:

- الاهتمام بصحة الإنسان.
  - الاهتمام بصحة البيئة بالتعاون مع إدارة البلديات.
  - الاهتمام بصحة الحجاج.
  - وضع الأنظمة الصحية.
  - إنشاء المستشفيات والمستوصفات.
- ولقد استطاعت مديرية الصحة والإسعاف إصدار العديد من الأنظمة واللوائح المنظمة للعمل الصحي ... ومنها:

- نظام الترخيص ببيع الأدوية ... وصدر في ١٢/٧/١٣٤٥هـ.
- نظام علاج المرضى من الحجاج ... وصدر في ١٠/٢٣/١٣٤٥هـ.
- نظام تسجيل الوفيات من الحجاج ... وصدر في عام ١٣٤٦هـ.
- نظام التطعيم ضد الجدري ... وصدر في عام ١٣٤٦هـ.
- نظام الطبابة والصيدلة ... وصدر في ١/٢١/١٣٤٧هـ.

وصدر في ١٨/٨/١٣٤٩هـ الأمر السامي رقم (٢٥٩١) بنظام المأمورين

الصحيين.

### الخدمات الصحية في الخمسينيات

في يوم ٢٩/٤/١٣٥١هـ صدر الأمر السامي رقم (٣٦٣٥) بتشكيل مجلس أعلى للصحة ... وكان ذلك يمثل قفزة تنظيمية للخدمات الصحية ... حيث شكل المجلس برئاسة النائب العام للملك في الحجاز وعضوية كل من: مدير الصحة، ومدير الكرنطينات، ومدير شرطة العاصمة المقدسة، ومدير الأوقاف، وأمين العاصمة المقدسة، ورئيس لجنة عين زبيدة.

وكان المجلس يجتمع شهرياً ويتخذ القرارات المتعلقة بتطوير الأحوال الصحية وتأمين الصحة العامة في موسم الحج، واتخاذ التدابير اللازمة لمكافحة الأمراض والأوبئة، وتوفير العلاج اللازم للسكان والحجاج.

ولقد رافق صدور أمر تشكيل هذا المجلس صدور أمر سامي آخر برقم (٣٦٣٦) في ٢٩/٤/١٣٥١هـ يقضي باشتراك المملكة في المكتب الصحي الدولي ( منظمة الصحة العالمية حالياً ).

وشهدت حقبة الخمسينات الهجرية من عهد الملك عبد العزيز صدور عدد من الأنظمة الصحية الهامة، ومنها:

- نظام الإحتياطات الوقائية من الأمراض المعدية... و صدر في عام ١٣٥٣هـ.

- نظام جمعية الإسعاف الخيري ... و صدر في عام ١٣٥٤هـ.

- نظام المستشفيات ... و صدر في ٢٤/٩/١٣٥٤هـ .

كما صدر الأمر السامي رقم (٢/١/١٦) في ١١/١/١٣٥٧هـ — متضمناً نظام الإتجار بالأدوية والعقاقير والمستحضرات والأعشاب.

كذلك صدر الأمر السامي رقم (٩/٢/١٦) في ١٣٥٨/٢/٢٨هـ الذي قضى بمنع بيع الأدوية في الدكاكين واقتصار بيعها على الصيدليات.

### المستشفيات والمستوصفات في عهد الملك عبدالعزيز آل سعود (يرحمه الله)

كما أشرنا - آنفاً - لم يكن في طول البلاد وعرضها قبل تأسيس المملكة سوى مستشفى القبان ومستشفى جباد ومستشفى باب شريف.. وكان كل منهم مجرد مرفق صغير محدود الإمكانيات يطلق عليه تجاوزاً مسمى "مستشفى". ولقد أمر الملك عبد العزيز بتوسعة هذه المستشفيات وتطويرها حيث بلغت سعة مستشفى باب شريف بعد التوسعة (٥٠) سريراً، وفي عام ١٣٧٢هـ بدأ تشغيل مشروع المحاجر الصحية في جدة - وهو المشروع الذي تكلف ستة ملايين ريال وهو مبلغ كبير آنذاك - حيث كان هذا المشروع يمثل أكبر مرفق صحي من نوعه في الشرق الأوسط في تلك الأيام حيث بلغت سعته (٢٠٠) سرير حميات و(٧٥) سريراً للجراحة و(٧٠) سريراً للأمراض الباطنية، ولقد جاء تنفيذ هذا المشروع في إطار حرص الملك عبد العزيز على توفير الخدمات الصحية الجيدة لحجاج بيت الله الحرام إلى جانب سكان البلاد.

كما تم في عام ١٣٧٢هـ افتتاح مستشفى للنساء والولادة في مدينة جدة بسعة (٣٠) سريراً.

وفي عام ١٣٦٦هـ أمر الملك المؤسس عبد العزيز آل سعود ببناء مستشفى الملك عبد العزيز (الزاهر) بمكة المكرمة والذي أفتتح في يوم ١٣٧١/٢/٣هـ بسعة سريرية قدرها (٥٠) سريراً، كذلك أمر الملك عبد العزيز بإنشاء مستشفى للصدرية بحذاء في طريق مكة جدة حيث أفتتح في عام ١٣٧٣هـ، وفي عام ١٣٧٨هـ تحول إلى مستشفى حذاء للجذام واعتباراً من عام ١٤٠٢هـ سُمي مستشفى ابن سينا.

كما أمر الملك عبد العزيز في عام ١٣٧٢ بإنشاء أربعة مستوصفات في أطراف مكة المكرمة لخدمة الحجاج وكذلك السكان.

وفي المدينة المنورة أصدر الملك عبد العزيز - طيب الله ثراه - أمره رقم (٧/٣/٦٤) في ١٣٥٦/١٢/٣هـ بإنشاء مستشفى في المدينة المنورة إلى جانب تطوير المستوصف الصغير الذي كان قائماً، ولقد اكتمل بناء المستشفى وبدأ في تقديم خدماته في عام ١٣٦٩هـ<sup>(١)</sup>.

ويعود تاريخ الخدمات الصحية في مدينة الرياض الى يوم ١٣٥١/٤/٢٦هـ حيث أفتتح مستوصفاً في بيت من طين كان يعمل به أطباء، وفي عام ١٣٦٧هـ صدر أمر الملك عبد العزيز ببناء مستشفى حيث بني بالطين والخشب بشوارع الملك فيصل قرب مسجد العيد.

ولقد بدئ في تنفيذ المستشفى المركزي (مجمع الرياض الطبي حالياً) في شهر صفر من عام ١٣٧٢هـ وأفتتح رسمياً في الثامن من شهر ربيع الثاني عام ١٣٧٦هـ .

وشهد عام ١٣٧٢هـ البدء بتنفيذ مشاريع بناء مستشفيات في كل من الدمام والخبر والإحساء والقطيف... ولقد أنشئ مستشفى الخرج العسكري في ١٣٧٢/١٠/١٧، ولقد أنشئ مستشفى الصحة النفسية في الطائف عام ١٣٧٠هـ، وفي عام ١٣٧١هـ بدأ العمل في إنشاء مستشفى الأمير منصور بن عبد العزيز العسكري في الطائف كأقدم مستشفى عسكري في المملكة، ولقد أنشئت مستوصفات في أبها وجيزان وعنيزة والدمام والهفوف وينبع والقطيف وأملج .. وذلك في أواخر الخمسينيات الهجرية.

## إنشاء وزارة الصحة

شهدت الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية نقلة كبيرة ومرحلة جديدة بصدور المرسوم الملكي رقم (٨٦٩٧/٤/١١/٥) في ١٦/٨/١٣٧٠هـ الذي قضى بإنشاء وزارة للصحة وتعيين الأمير عبد الله الفيصل وزيراً للصحة، كأول وزير لوزارة الصحة.

ورافق هذا المرسوم صدور الأمر السامي رقم (٨٤٩٧/١/٥) بالمصادقة على أول ميزانية لوزارة الصحة بمبلغ وقدره (٦,٥١٩,٦٧٠) ستة ملايين وخمسمائة وتسعة عشر ألفاً وستمائة وسبعين ريالاً.

وأصبح هيكل هذه الوزارة التنظيمي يضم الإدارات التالية:

الطب العلاجي، والطب الوقائي، وإدارة المستشفيات، وإدارة الصيدلة، وإدارة الرخص الطبية، والطب الشرعي، والتموين الطبي، وإدارة شئون الموظفين.

عقب ذلك صدر قرار وزاري بتحويل المنوبيات الصحية في المناطق إلى مديريات ومنحت المديريات صلاحيات واسعة في الإشراف على المستشفيات والمستوصفات التابعة لها (نظر أهداف وزارة الصحة في الملاحق).

وفي عام ١٣٩٠هـ دخلت أعمال وزارة الصحة مرحلة التخطيط المنظم في إطار أول خطة تنمية شاملة صدرت في المملكة (١٣٩٠-١٣٩٥هـ)، ولقد تضمنت الخطة الصحية الأولى الأهداف التالية:

- زيادة عدد الأطباء والفنيين والتوسع في برامج تدريب القوى العاملة الصحية.

- توسيع وتنمية الخدمات الصحية الوقائية.

• الاهتمام بإنشاء العديد من المرافق الصحية الحديثة وترميم المرافق الصحية القائمة للتمشي مع أهداف المملكة الرامية إلى تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين في جميع أنحاء المملكة<sup>(٢)</sup>.

وفي إطار العمل لتحقيق هذه الأهداف أنشئ العديد من المعاهد الصحية في جميع أنحاء المملكة، ويبلغ عدد المعاهد الصحية حتى عام ١٤٢٨هـ (٢٢) معهداً منها (١٢) معهد بنين و (١٠) للبنات، كما أنشأت وزارة الصحة كليات صحية للبنين والبنات بلغ عددها (١٣) كلية منها (٧) للبنين و(٦) للبنات.

ولقد أنتقل ملاك الكليات الصحية إلى وزارة التعليم العالي في عام ١٤٢٩هـ لتشرف عليها الجامعات السعودية.

#### الوزراء الذين تعاقبوا على وزارة الصحة

لقد تعاقب على وزارة الصحة الوزراء التالية أسمائهم:

- سمو الأمير عبد الله الفيصل (أول وزير للصحة) من ١٣٧٠/٨/٢٦هـ حتى ١٣٧٣/١٠/١٧هـ .
- معالي الدكتور رشاد فرعون من ١٣٧٣/١٠/١٧هـ حتى ١٣٨٠/٧/٣هـ .
- معالي الدكتور حسن نصيف من ١٣٨٠/٧/٣هـ حتى ١٣٨١/١٠/٩هـ
- معالي الدكتور حامد هرساني من ١٣٨١/١٠/١٣هـ حتى ١٣٨٢/٥/١٧هـ .
- معالي الدكتور يوسف الهاجري من ١٣٨٢/٦/٣هـ حتى ١٣٨٦/٨/٢٣هـ .
- معالي الشيخ حسن آل الشيخ من ١٣٨٦/٨/٢٣هـ حتى ١٣٩٠/٣/٥هـ

- معالي الأستاذ جميل الحجيلان من ١٣٩٠/٣/٥هـ حتى ١٣٩٤/١/٢٦هـ.
- معالي الدكتور عبد العزيز الخويطر من ١٣٩٤/١/٢٧هـ حتى ١٣٩٥/١٠/٨هـ.
- معالي الدكتور حسين الجزائري من ١٣٩٥/١٠/٨هـ حتى ١٤٠٣/١/١هـ.
- معالي الدكتور غازي القصيبي من ١٤٠٣/٢/١٦هـ حتى ١٤٠٤/٧/١٧هـ.
- معالي الأستاذ فيصل الحجيلان من ١٤٠٥/١/٥هـ حتى ١٤١٦/٣/٥هـ.
- معالي الأستاذ الدكتور أسامة شبكشي من ١٤١٦/٣/٦هـ حتى ١٤٢٤/٣/٥هـ.
- معالي الدكتور حمد بن عبد الله المانع من ١٤٢٤/٣/٦هـ حتى ١٤٣٠/٣/٥هـ.
- معالي الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الربيعه من ١٤٣٠/٣/٦هـ ولا يزال.

### التطور الكمي للمستشفيات

- في غضون عشرين عامًا من ١٩٨٥-١٩٩٥م ارتفع عدد المراكز الصحية بنسبة ٤٠٠٪ من (٥٨٧) مركزاً إلى (٢٣٢٠) مركزاً، وارتفع عدد



أسرة المستشفيات بنسبة ٥٠٠٪ من (٧٧٣٤) إلى (٤١٨٢٧) سريرًا، وارتفع عدد الأطباء بنسبة ١٥٠٠٪ من (١٩٠٠) طبيب إلى (٢٩٢٢٧) طبيبًا.

• وحتى عام ١٣٩٠هـ كان عدد المستشفيات في المملكة (٥٠) مستشفى بإجمالي عدد أسرة قدره (٧٢٦٥) سريرًا، وكان عدد مستشفيات القطاع الخاص (١٨) مستشفى تضم (٩٤٦) سريرًا، ومع نهاية خطة التنمية الأولى (١٣٩٠-١٣٩٥هـ) بلغ عدد المستشفيات (٧٠) مستشفى تضمن (٧٧٧٣٤) سريرًا، وكان عدد مستشفيات القطاع الخاص (٢٢) مستشفى تضم (١٠٨٤) سريرًا.

• وارتفع عدد المستشفيات مع نهاية خطة التنمية الثانية (١٣٩٥-١٤٠٠هـ) ليصل إلى (٩٧) مستشفى بعدد أسرة إجمالي قدره (١٢٥٢٥) سريرًا.

• ومع انتهاء خطة التنمية الثالثة (١٤٠٠-١٤٠٥هـ) بلغ عدد المستشفيات (١٠٥) مستشفى بسعة سريرية إجمالية (٢٠٧٩٧) سريرًا.

• ومع انتهاء خطة التنمية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ) ارتفع عدد المستشفيات ليلبلغ (١٦٢) مستشفى بسعة سريرية إجمالية قدرها (٢٦٣١٥) سريرًا.

• ومع انتهاء خطة التنمية الخامسة (١٤١٠-١٤١٥هـ) بلغ عدد المستشفيات (١٧٣) مستشفى بسعة سريرية قدرها (٢٦٨٧٨) سريرًا إلى جانب (١٧١٩) مركزًا صحيًا.

• ولقد بلغ عدد المستشفيات في المملكة العربية السعودية حتى عام ١٤٢٨هـ (٣٨٧) مستشفى بإجمالي عدد أسرة قدره (٥٣٥١٩) سريرًا. وبلغ

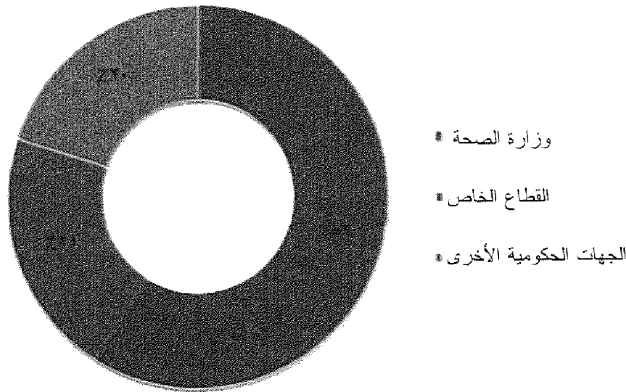
معدل الأسرة للسكان ٢,٢ سريراً لكل (١٠٠٠) نسمة أي سرير واحد لكل (٤٥٣) نسمة من السكان.

• ويعمل في هذه المستشفيات (٤٧٩١٩) طبيبياً، تبلغ نسبة السعوديين منهم ٢١.٦٪.

• ويبلغ عدد العاملين في التمريض (٩٣٧٣٥) ممرضاً وممرضة، تبلغ نسبة السعوديين منهم ٢٨.٨٪.

• أما عدد الفئات الطبية المساعدة فلقد بلغ (٥١٢٨٨) فرداً، نسبة السعوديين منهم ٥٩.١٪.

ويبين الجدولان (١-٣)، (٢-٣)، والشكلان (١-٣)، (٢-٣)، التالية المستشفيات والأسرة وتوزيعها على القطاعات المختلفة، وكذلك أعداد القوى العاملة الصحية:



شكل (١-٣). الأسرة بالقطاعات الصحية بالمملكة.

جدول (١-٣). المستشفيات والأسرة بجميع القطاعات الصحية بالمملكة حسب الجهة ومعدل الأسرة لكل ١٠٠٠ من السكان ، ١٤٢٤-١٤٢٨هـ.

السنة										
١٤٢٨		١٤٢٧		١٤٢٦		١٤٢٥		١٤٢٤		القطاعات
الأسرة	المستشفيات	الأسرة	المستشفيات	الأسرة	المستشفيات	الأسرة	المستشفيات	الأسرة	المستشفيات	
٣١٤٢٠	٢٢٥	٣١٨٧٧	٢٢٠	٣٠٤٨٩	٢١٨	٣٠٠٢٠	٢١٣	٢٨٧٥١	٢٠٠	وزارة الصحة
١٠٨٢٨	٣٩	١٠٢٥٧	٣٩	١٠١٥٦	٣٨	٩٩٧٥	٣٨	١٠٣٠٠	٤٠	الجهات الحكومية الأخرى
١١٢٧١	١٢٣	١٢٥٩٠	١٢٧	١٢٥٤٧	١٢٣	١١١٣٥	١١٣	١٠١٣٣	١١٠	القطاع الخاص
٥٣٥١٩	٣٨٧	٥٤٧٢٤	٣٨٦	٥٣١	٤٧٩	٥١١٣٠	٣٦٤	٤٩١٨٤	٣٥٠	المجموع
٢٢,١٠		٢٣,١٠		٢٣,٠٠		٢٢,٥٠		٢٢,٤٠		معدل الأسرة

المصدر: التقرير الصحي السنوي لعام ١٤٢٨هـ - وزارة الصحة . المملكة العربية السعودية

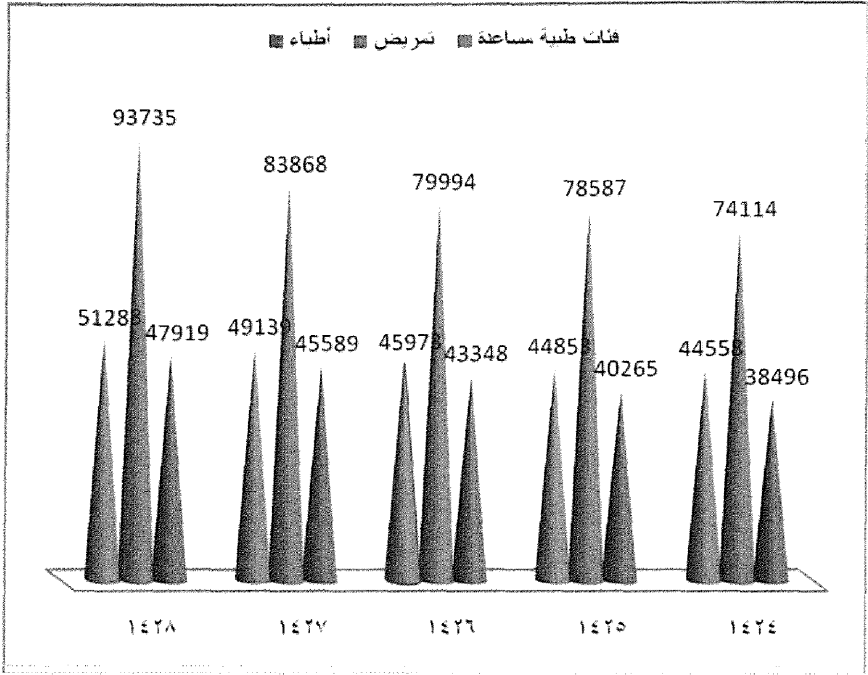
جدول (٣-٢). الأطباء\* والعمالون بالتمريض والفئات الطبية المساعدة\*\* بالقطاعات الصحية بالمملكة ١٤٢٤-١٤٢٨هـ.

السنة										التقطاعات	
١٤٢٨		١٤٢٧		١٤٢٦		١٤٢٥		١٤٢٤			
سعودي /	العدد	سعودي /	العدد	سعودي /	العدد	سعودي /	العدد	سعودي /	العدد		
٢٠	٢٢٦٤٣	١٩,٣	٢١٢٦٥	١٨,٧	٢٠٢١٩	١٩	١٨٦٢١	٢٠,١	١٧٦٢٣	أطباء	وزارة الصحة
٤٤,١	٥١١٨٨	٤١,٥	٤٤٣٩٥	٤٠	٤٢٦٢٨	٣٥,١	٤١٣٥٦	٣٢,٦	٣٨٠١٩	تمريض	
٧٥,٦	٢٧٩٥٨	٧١,٤	٢٦٠٧٥	٦٩,٧	٢٤٢٣٩	٦١,٢	٢٢٩٦٩	٦٢	٢٣٣٦٩	فئات طبية مساعدة	
٤٨,٢	١٠٨٠٨	٤٦,٥	١٠٢٣٣	٤٧,٩	٩٣٤٣	٤٨,٩	٨٨٥٦	٤٦,١	٩٣٣١	أطباء	الجهات الحكومية الأخرى
١٧,٢	٢١٤٦٢	١٧,٥	٢٠٤٨٨	١٨,٤	١٩٩١٣	١٩,٢	١٩٤٢١	١٥,٦	٢٠١٤٢	تمريض	
٥٠,٩	١٦١٦٢	٤٩,٦	١٥١٩٢	٤٨,٢	١٤٦٧٤	٤٦,٤	١٣٨٤٣	٤٦,٧	١٤٠٤١	فئات طبية مساعدة	
٤,١	١٤٤٦٨	٤,٥	١٤٠٩١	٥	١٣٧٨٦	٥,٤	١٢٧٨٨	٥,١	١١٥٤٢	أطباء	القطاع الخاص
٣,٦	٢١٠٨٥	٣,٨	١٨٩٨٥	٣	١٧٤٥٣	٣,١	١٧٨١٠	٢,٦	١٥٩٥٣	تمريض	
١٣,١	٧١٦٨	١٤,٩	٧٨٧٢	١٢	٧٠٦١	١٣,٣	٨٠٤١	١١,٥	٧١٤٨	فئات طبية مساعدة	
٢١,٦	٤٧٩١٩	٢٠,٨	٤٥٥٨٩	٢٠,٦	٤٣٣٤٨	٢١,٣	٤٠٢٦٥	٢١,٩	٣٨٤٩٦	أطباء	المجموع
٢٨,٨	٩٣٧٣٥	٢٧,١	٨٣٨٦٨	٢٦,٦	٧٩٩٩٤	٢٤	٧٨٥٨٧	٢١,٥	٧٤١١٤	تمريض	
٥٩,١	٥١٢٨٨	٥٥,٦	٤٩١٣٩	٥٤	٤٥٩٧٣	٤٨	٤٤٨٥٣	٤٩,١	٤٤٥٥٨	فئات طبية مساعدة	

\* لا يشمل أطباء الأسنان

\*\* يشمل الصيدلانية دون الصيدليات الخاصة

\*\*\* لا يشمل الأطباء بالعيادات الخاصة



شكل (٣-٢). الأطباء والعاملون بالتمريض والفئات الطبية المساعدة \*\* بالقطاعات الصحية بالمملكة ١٤٢٤-١٤٢٨هـ.

### التطور النوعي للمستشفيات

أصبحت المستشفيات في المملكة العربية السعودية اليوم تضاهي دول العالم المتقدم طبياً حيث شيد الكثير منها وفق الأسس والمواصفات العالمية لبناء المستشفيات وقام بعمليات التصميم والإنشاء شركات عالمية متخصصة، كما أتيح المجال للشركات السعودية التي أثبتت كفاءة عالية.

ويتوفر بمعظم مستشفيات المملكة العربية السعودية أحدث التقنيات الطبية، وآخر ما أنتجته صناعة المستشفيات، والأجهزة الطبية العالمية من أجهزة ومعدات تشخيصية وعلاجية عالية التقنية.

وأوكلت مهام تشغيل بعض مستشفيات المملكة إلى شركات عالمية متخصصة، واستقدم للعمل بها كوادر بشرية عالية التأهيل والخبرة والتدريب من أطباء وفنيين وممرضين.

وتجرى في بعض مستشفيات المملكة اليوم العمليات الجراحية الدقيقة والكبرى التي لا تجرى إلا في الدول المتقدمة، ومن هذه العمليات جراحات زراعة الأعضاء ( زراعة القلب، والصدر، والكلى، والكبد، والقرنية، ونخاع العظام).

ولقد أدخلت خدمات الطب الاتصالي الفضائي في بعض المستشفيات بالمملكة، ففي يوم ١١ ربيع الآخر ١٤١٦هـ افتتح خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبد العزيز مشروع ربط مستشفيات المملكة بالمراكز الطبية المتخصصة في الولايات المتحدة عبر الأقمار الصناعية، وهو ما يمثل نقلة طبية نوعية كبيرة.

وتبين الجداول من (٣-٣) إلى (٣-٩) - بلغة الأرقام - التطور النوعي للمستوى الصحي لسكان المملكة العربية السعودية.

جدول (٣-٣). المؤشرات الاقتصادية.

السنة	المؤشر	
٢٠٠٨	١٥٧٢٤	نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي بالدولار الأمريكي
٢٠٠٨	٥,٦٠	نسبة الاعتمادات المالية لوزارة الصحة من مجمل ميزانية الدولة
٢٠٠٨	٢٧٧	نصيب الفرد من الميزانية السنوية لوزارة الصحة بالدولار الأمريكي

## جدول (٣-٤). مؤشرات الموارد الصحية.

السنة	المؤشر	المعدلات لكل ١٠,٠٠٠ نسمة
١٤٢٨هـ	٢١	الأطباء
١٤٢٨هـ	٢,٥	أطباء الأسنان
١٤٢٨هـ	٢,٥	الصيدالة
١٤٢٨هـ	٣٨,٧	التمريض
١٤٢٨هـ	٢٠	الفرق الطبية المساعدة
١٤٢٨هـ	٢٢,١	أسرة المستشفيات بالمملكة
١٤٢٨هـ	٠,٧٩	مراكز الرعاية الصحية
١٤٢٨هـ	١٧,٤٥	معدل أسرة المستشفيات الحكومية
١٤٢٨هـ	٤,٦٥	معدل أسرة مستشفيات القطاع الخاص

## جدول (٣-٥). المؤشرات الديموغرافية.

السنة	المؤشر	عدد السكان التقديري
٢٠٠٨	٢٤٢٤٢٥٧٨	
٢٠٠٨	٢٤,٥	المعدل الخام للمواليد لكل ١٠٠٠ نسمة
٢٠٠٨	٢,٢٨	معدل النمو السكاني ( % )
٢٠٠٨	١١,٦٠	نسبة السكان أقل من ٥ سنوات
٢٠٠٨	٣٢,٥	نسبة السكان أقل من ١٥ سنة
٢٠٠٨	٦٤,٦	نسبة السكان من ١٥-٦٤ سنة
٢٠٠٨	٢,٨	نسبة السكان من ٦٥ سنة فأكثر
٢٠٠٨	٣,١٧	معدل الخصوبة الكلي
٢٠٠٨	٧٣,٣	متوسط العمر المأمول عند الولادة
	٧٢,٢	للذكور
	٧٤,٣	للإناث

المصدر: مصلحة الإحصاءات العامة.

من واقع الإسقاطات السكانية للسكان في المملكة

## جدول (٦-٣). مؤشرات الأنشطة الصحية.

سنة	مؤشر	
		نسبة التغطية بالتحصينات %
٢٠٠٨	٩٦,١	اللقاح الخماسي
٢٠٠٨	٩٦,١	شلل الأطفال
٢٠٠٨	٩٥,٩	ب س ج
٢٠٠٨	٩٥,٧	الثلاثي الفيروسي

## جدول (٧-٣). المؤشرات الصحية مؤشرات الأمراض.

سنة	مؤشر	
٢٠٠٨	٥	نسبة المواليد الذين هم اقل من الوزن الطبيعي
		معدل الإصابة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة
٢٠٠٨	٠,٠٠	شلل الأطفال
٢٠٠٨	٠,٢٨	السعال الديكي
٢٠٠٨	١٩,١٧	الحصبة
		الكزاز
٢٠٠٨	٠,٠٢	لكل الأعمار
٢٠٠٨	٠,٠٤	الوليدي
٢٠٠٨	١٠,٦	الدرن الرئوي



## جدول (٣-٨). مؤشرات الوفيات.

السنة	المؤشر	
٢٠٠٨	٣,٩	المعدل الخام للوفيات لكل ١٠٠٠ نسمة
٢٠٠٨	١٧,٤	معدل وفيات الأطفال الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي سعودي
٢٠٠٨	٢١,١	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حي
٢٠٠٨	١,٤٦	معدل وفيات المهات لكل ١٠,٠٠٠ مولود حي

المصدر: مصلحة الإحصاءات العامة

جدول (٣-٩). بيان مقارن للمؤشرات الصحية والحيوية في المملكة العربية السعودية<sup>(٥)</sup>.

المقارنة				المؤشر
الوضع الحالي		الوضع السابق		
السنة	البيان	السنة	البيان	
٢٠٠٨	٢٤٢٤٢٥٧٨	١٩٩٣	١٦,٩٢٩	مجموع السكان (مليون).
٢٠٠٨	٥١	١٩٩٠	٥٤	نسبة الذكور من مجموع السكان (%).
٢٠٠٨	٣٢,٦	١٩٩٠	٥٧	نسبة السكان لعمر أقل من ١٥ سنة (%).
٢٠٠٨	٣٥,٢	١٩٩٠	٤٢,١	معدل المواليد الخام لكل ١٠٠٠ نسمة.
٢٠٠٨	٣,٩	١٩٩٠	٧,٦	معدل الوفيات الخام لكل ١٠٠٠ نسمة.
٢٠٠٨	٢,٢٨	١٩٩٠	٣,٥	معدل الزيادة الطبيعية للسكان (%).
٢٠٠٨	٢,٢٨	١٩٩٠	٣,٨	معدل الزيادة الكلية للسكان (%).

## جدول (٣-٩). تابع.

المقارنة				المؤشر
الوضع الحالي		الوضع السابق		
السنة	البيان	السنة	البيان	
٢٠٠٨	٨٠,٥	١٩٨٩	٧٧	نسبة سكان المدن (%).
٢٠٠٨	٥,٦٠	١٩٩٣	٥,٢٢	نسبة ميزانية وزارة الصحة إلى إجمالي الميزانية (%).
٢٠٠٨	١٠,٨	١٩٩٠	٨,٩	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الميزانية (%).
٢٠٠٨	٢٧٧/١٠٣٩	١٩٩٣	١٦٢,٦٠٧	متوسط ما يصرف على الفرد من ميزانية وزارة الصحة (ريال/دولار).
٢٠٠٨	٢٧٧/١٠٣٩	١٩٩٠	٢٧٧/١٠٣٩	متوسط ما يصرف على الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (ريال/دولار).
٢٠٠٨	٣٩/١٤٦	١٩٨٩	٣٩/١٤٦	متوسط ما يصرف على الفرد في الرعاية الصحية الأولية.
٢٠٠٨				مؤشرات إقليمية:
٢٠٠٨	٩٧	١٩٨٣	٩٣	نسبة السكان المتوفر لديهم مياه صالحة للشرب إجمالاً (%).
٢٠٠٨	٨٦	١٩٨٣	٨٦	نسبة السكان المتوفر لديهم صرف صحي.
٢٠٠٨				سبة التغطية باللقاحات الواقية للأطفال (%)
٢٠٠٨	٩٥,٧	١٩٩١	٩١	المصل الثلاثي.
٢٠٠٨	٩٦,١	١٩٩١	٩١	شلل الأطفال.
٢٠٠٨	٩٧	١٩٩١	٩٠	الحصبة.

المقارنة				المؤشر
الوضع الحالي		الوضع السابق		
السنة	البيان	السنة	البيان	
٢٠٠٨	٩٩	١٩٨٧	٩٣	نسبة السكان الذين تتوفر لديهم خدمات صحية.
٢٠٠٨	٩٧	١٩٨٧	٧٠	نسبة الحوامل اللاتي يشرف عليهن عاملون مدربون.
٢٠٠٨	٩٧	١٩٨٧	٦٣	نسبة الولادات التي يشرف عليها عاملون مدربون.
٢٠٠٦	١,٤٦	١٩٨٤	٣,٢	معدل وفيات الأمومة / ١٠,٠٠٠ مولود حي
٢٠٠٨	٩٧,٧	١٩٩٢	٩٢,٧	نسبة الأطفال دون الخمس سنوات الذين يتناسب وزنهم مع عمرهم.
٢٠٠٨	٣,٩	١٩٨٩م	٣٠	معدل وفيات الأطفال الرضع / ١٠٠٠ مولود حي.
٢٠٠٨	٣٤	١٩٨٩م	٣٤	معدل وفيات الأطفال ( أقل من ٥ سنوات) / ١٠٠٠ مولود حي.
			-	ترقع الحياة عند الولادة.
٢٠٠٨	٧٣,٣	١٩٧٣م	٥٦,٩	إجمالي
٢٠٠٨	٧٤,٣/٧٢٢	١٩٧٣م	٥٨,٤/٥٥,٥	ذكور / إناث

ولقد تحقق هذا التطور الصحي في المملكة نتيجة لاهتمام الحكومة السعودية بصحة المواطن، ولقد نص النظام الأساسي للحكم الصادر في ١٢/٨/١٤١٢ هـ في مادته رقم (٣١) على التالي:

( تعنى الدولة بالصحة العامة وتوفر الرعاية الصحية لكل مواطن )

والمادة رقم (٢٧) من النظام والتي تنص على التالي:

( تكفل الدولة حق المواطن وأسرته في حالة الطوارئ والمرضى والعجز والشيخوخة ).

### مستويات الخدمة الصحية بالمملكة

وتقدم الخدمات الصحية في المملكة من خلال ثلاثة مستويات وذلك على النحو التالي:

#### أولاً: الرعاية الصحية الأولية

حيث تقدم خدمات صحية أساسية تشمل العناصر الأساسية الثمانية: التوعية والتثقيف الصحي، والإصحاح الأساسي للبيئة، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة، وتعزيز التغذية الصحية، وتحصين الأطفال من الأمراض، والتشخيص والعلاج للأمراض، ووقاية المجتمع من الأمراض المعدية والمستوطنة، وتوفير الدواء.

وكانت المملكة العربية السعودية قد تبنت ولا زالت مفهوم الرعاية الصحية الأولية كوسيلة لتوفير الصحة للجميع (Health for all) الذي أعلن في اجتماع ألمآتا (Alma Ata) التاريخي عام ١٩٧٨م.

ويبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة حتى عام ١٤٢٨هـ (١٩٢٥) مركزاً<sup>(١)</sup>.

#### ثانياً: المستشفيات العامة

ويتم تحويل الحالات المرضية إليها من مراكز الرعاية الصحية الأولية ويبلغ عدد المستشفيات العامة الحكومية في المملكة حتى عام ١٤٢٨هـ (٣٨٧) مستشفى.

### ثالثاً: المستشفيات التخصصية

وتحال إليها الحالات المرضية من المستشفيات العامة. وهي مستشفيات عالية التخصص والتقنية مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي ومستشفى الملك خالد التخصصي للعيون.

ويمكن توزيع المستشفيات في المملكة إلى ثلاثة قطاعات على النحو التالي:

- قطاع وزارة الصحة.
  - قطاع الجهات الحكومية الأخرى.
  - القطاع الخاص.
- مستشفيات وزارة الدفاع، والمستشفيات الجامعية، ومستشفيات الحرس الوطني، ومستشفى الملك فيصل التخصصي، ومستشفى وزارة الداخلية، ومستشفى الطب الرياضي التابع للرئاسة العامة لرعاية الشباب، وغيرها.

### الموارد الصحية بالمملكة

لعام ١٤٢٨هـ (الموافق ٢٠٠٨م)

يتبين من الجدولين (٣-١٠) و (٣-١٣)، وشكل (٣-٣) ما يلي:

- الموارد الصحية بوزارة الصحة.
- الموارد الصحية بالقطاع الخاص.
- الموارد الصحية بالجهات الحكومية الأخرى وتشمل المستشفيات الجامعية والعسكرية وغيرها.

جدول (٣-١٠). الموارد الصحية بوزارة الصحة.

١٩٢٥	المراكز الصحية
٢٢٥	المستشفيات
٣١٤٢٠	الأسرة
٢٢,١٠	معدل الأسرة / ١٠,٠٠٠ نسمة
٢٢٦٤٣	الأطباء
٩,٣	معدل الأطباء / ١٠,٠٠٠ نسمة
٥١١٨٨	التمريض
١٣٠١	الصيدانة
٢٧٩٥٨	الفئات الطبية المساعدة

جدول (٣-١١). الموارد الصحية بالقطاع الخاص.

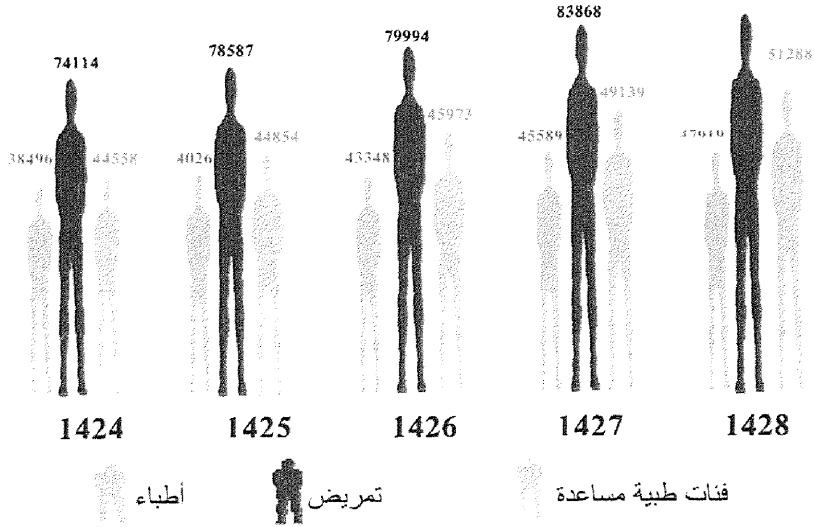
١١٥٢	المستوصفات
٢٢٨	العيادات الخاصة
١٢٣	المستشفيات
١١٢٧١	الأسرة
١٤٤٦٨	الأطباء
٢١٠٨٥	التمريض
١٢٣٤٤	الصيدانة
٧١٦٨	الفئات الطبية المساعدة
٥٤٦٦	الصيدليات

جدول (٣-١٢). الموارد الصحية بالجهات الحكومية والأخرى.

٣٩	المستشفيات
١٠٨٢٨	الأسرة
١٠٨٠٨	الأطباء
٢١٤٦٢	التمريض
١٣٩٨	الصيدلة
١٤٦٧٤	الفئات الطبية المساعدة

جدول (٣-١٣). إجمالي الموارد الصحية بالمملكة في جميع القطاعات الحكومية والخاصة لعام ١٤٢٨هـ<sup>(٧)</sup>.

٣٨٧	المستشفيات
٥٣٥١٩	الأسرة
٢,٢	معدل الأسرة/ ١٠٠٠ نسمة
٤٧٩١٩	الأطباء
٢,١	معدل الأطباء/ ١٠٠٠٠ نسمة
٩٣٧٣٥	التمريض
١٥٠٤٣	الصيدلة
٥١٢٨٨	الفئات الطبية المساعدة



شكل (٣-٣). رسم بياني يوضح الأطباء والعاملين بالتريض والفئات الطبية المساعدة بالقطاعات الصحية بالمملكة ١٤٢٤ - ١٤٢٨ هـ .

### ملاح التنظيم الإداري للمستشفيات بالمملكة

تطبق المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية أسلوب "إدارة الأعمال" وتضع التنظيم الإداري الذي يسعى إلى تحقيق هدف المستشفى والمتمثل في الربحية مع مراعاة الأنظمة الصحية الرسمية.

بينما تطبق المستشفيات الحكومية في المملكة الأنظمة الحكومية في إجراءاتها الإدارية والمالية والمتعلقة بشئون القوى العاملة وتعاقدها ومخصصاتها وهي بذلك تعتمد أسلوب "الإدارة العامة".

وللخروج من إطار البيروقراطية، عُهد بإدارة بعض المستشفيات الحكومية إلى بعض الشركات المتخصصة التي تدير المستشفى وفق مبادئ إدارة الأعمال بناء على عقد يبرم مع الجهة الحكومية، ولقد استطاعت هذه المستشفيات بناء



على المرونة الإدارية التي تتمتع بها هذه الشركات من التعاقد مع كفاءات بشرية طبية عالية المستوى من دول العالم المتقدم.

ومع هذا فإن الهياكل التنظيمية ظلت متقاربة في مستشفيات المملكة في مختلف القطاعات مع وجود مكاتب إشراف من قبل الجهة الحكومية في المستشفيات التي تدار عن طريق شركات تشغيل.

وحتى عام ١٤٠٩هـ لم تكن توجد في وزارة الصحة لائحة تنظيمية موحدة لمستشفيات الوزارة ولكن توجد هياكل تنظيمية اجتهادية في بعض مستشفيات الوزارة، ولقد صدرت اللائحة التنظيمية للمستشفيات في شهر صفر من عام ١٤٠٩هـ، ومن ضمن ما جاء في اللائحة:

- الهيكل التنظيمي لمستشفى عام.
- الموقع التنظيمي والهدف والمهام للأقسام واللجان بالمستشفى.

### أساليب إدارة وتشغيل المستشفيات بالمملكة

#### نبذة تاريخية

كانت مستشفيات وزارة الصحة قبل عام ١٣٩٩هـ تدار عن طريق الوزارة مباشرة وذاتياً، حيث كان جميع العاملين بالمستشفيات سعوديين وغير سعوديين يتم تعيينهم وفق نظام الخدمة المدنية. وكانت أعداد القوى العاملة الوطنية المؤهلة محدودة وبالتالي كان هناك تركيز على استخدام قوى عاملة غير سعودية ونظراً لأن المخصصات المالية في سلم رواتب نظام الخدمة المدنية لم تكن مغرية لاستقطاب قوى عاملة صحية من دول العالم المتقدمة الصناعية فلقد كان الاستقدام منصبا على دول العالم الثالث.

وفي ظل التوسع الكبير في تشييد المستشفيات الكبيرة والحديثة عالية التقنية خلال خطة التنمية الثانية (١٣٩٥/١٤٠٠هـ) أصبحت القوى العاملة الصحية المتقدمة من الدول النامية غير قادرة على القيام بالمهام الصحية وفق التقنيات الحديثة والعالية في المستشفيات والتي لم تكن متوفرة في بلدانهم الأمر الذي استدعى التوجه إلى استقطاب قوى عاملة صحية من الدول المتقدمة. ولكن سلم المخصصات المالية في نظام ديوان الخدمة المدنية لم يكن كافياً لاستقطاب قوى عاملة من هذه الدول، كما أن هناك مسميات جديدة لوظائف صحية بالمستشفيات الحديثة لا توجد ضمن وظائف نظام الخدمة المدنية في ذلك الوقت مثل التخصصات الدقيقة في المجالات الطبية والفنية والتمريضية، ومنها أطباء على مستوى استشاري في مجالات علاج الأطفال حديثي الولادة، وعلاج الأورام، وجراحة التجميل، والتخدير، وغيرها...، ومن الفنيين: فني أشعة نووية، وأخصائي علاج نطق وتخابط، وفني أجهزة تعويضية، وأخصائي جودة نوعية... وغير ذلك.

كما أن عدد الوظائف المخصصة للوزارة لم تكن كافية لتغطية التوسع في إنشاء المستشفيات الضخمة والحديثة.

وكانت الوزارة قد أنشأت خلال خطة التنمية الثانية (٥) خمسة مستشفيات كبيرة وبأحدث المواصفات التقنية الطبية العالمية سعة (٥٠٠) سرير في كل من: جدة، جيزان، الهفوف، المدينة المنورة، والخبر.

وفي ظل الظروف المشار إليها لم يكن بالإمكان تشغيل هذه المستشفيات الخمسة، الأمر الذي اقتضى البحث عن أسلوب جديد لتشغيل المستشفيات، في نفس الوقت الذي حقق فيه أسلوب إسناد تشغيل مستشفى الملك فيصل التخصصي والمستشفيات العسكرية إلى شركات متخصصة نجاحاً ملموساً.

ولهذا فقد استعانت وزارة الصحة باتفاقيات التعاون الثنائي بين الحكومة والدول الأخرى، حيث تم تشغيل مستشفيات الوزارة الحديثة بالاستعانة بكوادر متخصصة من هذه الدول. والجدول (٣-١٤) يبين ذلك:

جدول (٣-١٤). المستشفيات التي شُغلت عن طريق التعاون الثنائي.

المستشفى	تاريخ التشغيل	جهة التشغيل	نوع التشغيل
الملك فهد بالهفوف	نهاية ١٣٩٩هـ	الحكومة الصينية	توفير بعض الوظائف ضمن الملاك المعتمد للمستشفى مع زيادة نسبة الرواتب.
الملك فهد بجدة	منتصف ١٤٠٠هـ	الحكومة الصينية	توفير بعض الوظائف ضمن الملاك المعتمد للمستشفى مع زيادة نسبة الرواتب
الملك فهد بجيزان	بداية ١٤٠١هـ	الحكومة الدانماركية	إدارة وتشغيل المستشفى عن طريق وظائف إدارية وفنية إضافية لما هو موجود بالملاك (تشغيل جزئي)
مستشفيات الملك خالد (حائل - تبوك - نجران)	عام ١٤٠٤هـ	الحكومة الألمانية عن طريق مؤسسة التعاون الفني الألماني (جي تي زد)	إدارة وتشغيل المستشفى عن طريق وظائف إدارية وفنية إضافية لما هو موجود بالملاك (تشغيل جزئي)

ورغم إيجابيات هذا النوع من التشغيل إلا أن من أبرز سلبياته تدخل الجهات المعنية في حكومات هذه الدول في اختيار قوى عاملة وعدم سماحها للكفاءات المتميزة بترك الخدمة في بلدانها، إلى جانب ارتفاع التكاليف والتنظيمات غير الرسمية المتمثلة في التجمع القائم على الجنسية.

### التشغيل الطبي الجزئي

أدى ذلك إلى تحول وزارة الصحة إلى أسلوب آخر لتشغيل المستشفيات، وهو ما يعرف بالتشغيل الجزئي (Partial Operation) المتمثل في إسناد جزء من الخدمات الطبية إلى شركات تشغيل متخصصة أو متضامنة مع شريك أجنبي متخصص. حيث تتولى الشركة توفير كفاءات طبية وفنية لشغل الوظائف القيادية والتخصصية، على أن تكون مستقدمة من دول غربية متقدمة طبيًا.

والجدول (٣-١٥) يبين المستشفيات التي تم تشغيلها وفق هذا الأسلوب منذ بداية تاريخ تطبيقه، حيث وجد أن تعدد الشركات في مستشفى واحد ما بين شركة للتشغيل الطبي الجزئي وشركة للنظافة وأخرى للصيانة الطبية وثالثة للصيانة غير الطبية وشركة للتغذية أدى إلى حدوث بعض المشكلات بينهم.

جدول (٣-١٥). المستشفيات التي شُغلت بأسلوب التشغيل الجزئي.

اسم المجموعة أو المستشفى	تاريخ طرح المناقصة
مستشفى الأمير سلمان بالرياض/ مستشفى حراء بمكة المكرمة/ مستشفى أحد بالمدينة المنورة.	١٤٠٤/٦/١١هـ
مستشفيات (المجمعة/القريات / حفر الباطن).	١٤٠٤/٩/٢٢هـ
مستشفى الملك فهد بالمدينة المنورة.	١٤٠٤/٩/١٧هـ
مستشفى شرورة.	١٤١٤/٩/٠٧هـ
مستشفيات ( عفيف / الأفلاج / البكيرية / المذنب / العلا ).	١٤٠٤/٩/١٧هـ

### التشغيل الشامل

وهو إسناد عمليات التشغيل الطبي والجزئي والنظافة والصيانة والتغذية وصيانة المعدات الطبية والتوريدات إلى شركة واحدة. ولقد استخدم هذا النوع من التشغيل للمستشفيات لأول مرة في المملكة عام ١٤٠٩هـ في مستشفيات الملك خالد الثالث في حائل وتبوك ونجران.

### التشغيل الكامل

ويقصد به إسناد كافة عمليات إدارة وتشغيل المستشفى إلى شركة واحدة. ويعود تاريخ الأخذ بهذا الأسلوب من تشغيل المستشفيات في المملكة إلى عام ١٤٠٠هـ في مستشفى الملك فهد بالباحة.

وفي عام ١٤١١هـ اتسع استخدام هذا النوع من التشغيل لإدارة العديد من المستشفيات جدولاً (٣-١٦) و (٣-١٧).

جدول (٣-١٦). مستشفيات وزارة الصحة التي تدار عن طريق شركات وأسلوب التشغيل في عام ١٤٢٩هـ والتكاليف المالية للتشغيل.

الإجمالي	التشغيل الكامل	التشغيل الشامل	
٧١	٣٦	٣٥	عدد المستشفيات
١١٢٦٩	٣٩١٦	٧٣٥٣	عدد الأسرة
٢٨٥٩٤٥٦٠٩٠	١٨٧٣٣٥٥٩٨٨	٩٨٦١٠٠١٠٢	تكاليف التشغيل الطبي
١١٤٤٤١٢٥٩٩	٥٢٤٥٤٦٣٨٩	٦١٩٨٦٦٢١٠	تكاليف التشغيل غير الطبي
٢٧٩٨٤٠٩٤٩	١١٨٧٥٧٣٧	١٦١٠٨٣٤١٢	تكاليف الصيانة الطبية
٤٢٨٣٧٠٩٦٣٨	٢٥١٦٦٥٩٩١٤	١٧٦٧٠٤٩٧٢٤	إجمالي التكاليف

جدول (٣-١٧). القوى العاملة بمستشفيات وزارة الصحة التي تدار عن طريق شركات في عام ١٤٢٩هـ.

الإجمالي	التشغيل الكامل	التشغيل الشامل	
٧١	٢٦	٢٥	عدد المستشفيات
١١٢٦٩	٣٩١٦	٧٣٥٣	عدد الأسرة
٣٨٥٩	٢٤٣٧	١٤٢٢	أطباء
٣٠٢٣	١٩٣٥	١٠٨٨	إداريون
٢٩٤٦	١٩٥١	٩٣٠	فنيون طبيون
٨٤٧٦	٥٣١٢	٣١٦٤	تمريض
٤٨٨	٢٠١	٢٨٧	مهن دسون
١٤٢٧	٦٣١	٧٩٦	فنيو صيانة
١٨٠٦	٨٤٦	٩٦٠	حراس أمن
١١١٦٦	٤٢٦١	٦٩٠٥	أخرى
٣٣٦٨٩	١٧٧٤٨	١٥٩٤١	الإجمالي

ومن مزايا هذا الأسلوب أن جميع العاملين بالمستشفى على اختلاف فئاتهم يتبعون شركة واحدة. ومن سلبياته أن فترة انتقال العقد من شركة إلى شركة أخرى (فترة التحريك) تكون فترة حرجة نظراً للتغيير الشامل للعاملين بالمستشفى.

ويمكن تلخيص دواعي اللجوء إلى عقود تشغيل المستشفيات على النحو التالي<sup>(٨)</sup>:

- ١- عدم توفر وظائف كافية مخصصة للجهة ضمن الميزانية السنوية المعتمدة من قبل وزارة المالية.
  - ٢- عدم توفر العدد الكافي من الكفاءات الوطنية المؤهلة.
  - ٣- صعوبة التعاقد مع كفاءات ذات مؤهلات عالية على وظائف ديوان الخدمة المدنية نظراً لعدم كفاية مخصصاتها المالية لاستقطاب الكفاءات الأجنبية في بعض التخصصات الطبية النادرة.
  - ٤- عدم مرونة بعض الإجراءات واللوائح.
  - ٥- تخفيف العبء الإداري عن القطاع الحكومي.
  - ٦- توفير مستوى متميز من الخدمات الصحية من خلال استقطاب كفاءات طبية وفنية متميزة بمخصصات مالية مغرية.
- وعلى الجانب الآخر فإن لهذا الأسلوب في إدارة المستشفيات سلبيات أهمها التكلفة المالية العالية وحرص بعض شركات التشغيل على تحقيق معدلات ربحية عالية على حساب جودة الخدمة إضافة إلى دخول بعض الشركات إلى قطاع تشغيل المستشفيات رغم عدم توفر الخبرة الكافية لديها.

### التشغيل الذاتي

هناك حالياً نوعين من أنواع التشغيل الذاتي في وزارة الصحة بالمملكة:

- ١- الإدارة التقليدية: حيث تدير الوزارة المستشفى بالطريقة المعروفة على نظام الخدمة المدنية.

٢- الإدارة عن طريق برنامج: حيث يتم وضع برنامج يمنح المستشفى حرية التعاقد ووضع السلم الوظيفي المناسب. ولقد بدأ العمل بهذا الأسلوب لأول مرة في وزارة الصحة في مستشفى الملك عبد العزيز ومركز الأورام بجدة<sup>(٩)</sup>.

ومستشفى الملك عبد العزيز بجدة هو مستشفى عام وحديث يضم معظم التخصصات الطبية سعته ٤٢٠ سريراً، بدأ تشغيله تشغيلاً كاملاً في ١/١/١٤١١هـ واعتباراً من ١/٤/١٤١٨هـ تم البدء بتشغيله تشغيلاً ذاتياً عن طريق نظام برنامج التشغيل الذاتي، وتمثل أول تجربة لوزارة الصحة في التحول من التشغيل الكامل إلى التشغيل الذاتي.

ولقد سبق ذلك تنفيذ هذا الأسلوب في إدارة مستشفيات الحرس الوطني، حيث حقق مؤشرات نجاح جيدة حسب الدراسات التي أجرتها المديرية العامة للشئون الصحية بالحرس الوطني.

ولقد تحددت أهداف برنامج تشغيل مستشفى الملك عبد العزيز ومركز الأورام بجدة على النحو التالي<sup>(١٠)</sup>:

١- رفع مستوى أداء خدمات المستشفى الطبية وغير الطبية والمحافظة عليها وذلك عن طريق التالي:

- وجود آلية مرنة وسريعة للتعاقد المباشر لإدارة البرنامج أو للوزارة بالرواتب التي لا تخضع لأنظمة ديوان الخدمة المدنية ويحددها سقف سلم الرواتب المعتمد من معالي الوزير.

- إمكانية استحداث وظائف أو تحويل أخرى عندما تتطلب مصلحة العمل ذلك وعلى الفور وبدون إتباع النظام الروتيني الحالي.



• توفير الإمكانية للتعيين على وظائف التخصصات الطبية المختلفة والنادرة وهيئات التمريض عالية التخصص مثل التمريض الغربي وبالأعداد التي يحتاجها المستشفى.

٢- سعودة الوظائف بمختلف فئاتها واستقطاب الكفاءات السعودية لتقارب مرتبات وظائف البرنامج بمرتبات ديوان الخدمة بل قد تزيد كثيراً عنها في العديد من وظائف البرنامج.

٣- الخروج من أزمة ترسية منافسات التشغيل الكامل للمستشفيات على أرخص العروض والتي قد تكون شركات أو مؤسسات ذات خبرة محدودة في تشغيل المستشفيات وبالتالي تدني مستوى تشغيل المستشفيات من جميع النواحي الطبية وغير الطبية.

٤- نظراً للتخفيض المعتمد لعقود التشغيل الكامل للمستشفيات ٢٠٪ ولأكثر من ميزانية متابعة وتأثر مستوى التشغيل الكامل للمستشفيات تأثراً مباشراً بهذا التخفيض فيعتبر برنامج التشغيل الذاتي أحد الحلول المناسبة للوصول إلى الجودة المطلوبة في التشغيل الذاتي لانتهاء عامل الربحية المادية لدى الوزارة عند قيامها بالتشغيل الذاتي كما أن الوفرة في أي من بنود التشغيل الأخرى يمكن الوزارة من الاستفادة منه لدعم عناصر تشغيل المستشفيات الأخرى.

### مستقبل المستشفيات بالمملكة

منذ الخطة الصحية السادسة (١٤١٥-١٤٢٠هـ) تضمنت سياساتها لتحقيق هدف تحسين كفاءة وتشغيل مستشفيات وزارة الصحة من خلال إدخال أحد البديلين التاليين:

**الأول:** تحويل المستشفيات إلى القطاع الخاص وتشغيلها على أسس اقتصادية بحيث تدفع لها الدولة تكلفة علاج كل مريض يحال إليها من المراكز الصحية<sup>(١)</sup>.

**الثاني:** إنشاء مؤسسة عامة أو شركة مساهمة للمستشفيات ذات استقلال ومرونة مالية وإدارية تشارك الدولة في إدارتها وتتقاضى تكاليف العلاج من وزارة الصحة بالنسبة للمرضى الذين يتم تحويلهم من مراكزها الصحية.

ولكن لم يتم الأخذ بأحد البديلين حتى تاريخ صدور هذا الكتاب (١٤٣٠هـ) ولكن تنفيذ أحدهما وارد في المستقبل غير البعيد، ربما خلال سنوات الخطة العاشرة بإذن الله تعالى، ولا شك أن تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني سوف يكون له تأثيراً على المستشفيات العامة في المملكة العربية السعودية حيث حدد النظام الصحي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١١) وتاريخ ٢٣/٣/١٤٢٣هـ، دور الدولة في توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات المستشفيات من خلال وزارة الصحة، وفي ذات الوقت أتاح المجال لانتهاج آلية توفيرها (انظر نص النظام الصحي في الملاحق). وبذلك ستتولى مستشفيات وزارة الصحة تقديم الخدمة الصحية وفقاً لهذا النظام في المناطق التي لا تتوفر فيها مستشفيات خاصة.

أما المستشفيات الخاصة فإن من المتوقع أن تشهد ازدهاراً وتطوراً واتساعاً ذلك أن تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني سوف يرفع معدلات الطلب على خدماتها في نفس الوقت الذي سيؤدي التنافس بينها إلى السعي للأخذ بأحدث التقنيات الطبية العالمية.

وعلى وجه العموم فإن المستشفيات في القطاعين العام والخاص سوف تشهد ارتفاعاً في الطلب على خدماتها نظراً للتزايد السكاني وتغير نمط الحياة المتمسك بالخمول وقلة الحركة وكذلك التحول المدني بما فيه من تلوث بيئي.

### هوامش الفصل الثالث

- (١) حسن إسماعيل غزنوي، نمو إدارة المستشفيات بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية - رسالة دكتوراه، (مارس ١٩٨٢)، ص ٥٢.
- (٢) خطة التنمية الخمسية الأولى ١٣٩٠-١٣٩٥هـ، المملكة العربية السعودية، وزارة التخطيط (١٣٩٠هـ)، ص ٥٣.
- (٣) التقرير الصحي السنوي ١٤١٧/١٤١٨هـ، المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة (١٤١٩هـ)، ص ١٦٦.
- (٤) المصدر السابق، ص ٩٥.
- (٥) المؤشرات السكانية لتقدير الوضع الصحي والاحتمالات المستقبلية، منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦م).
- (٦) دليل العاملين في المراكز الصحية - الرعاية الصحية الأولية، المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة (١٤٠٦هـ) ص ١١.
- (٧) التقرير الصحي السنوي ١٤١٧/١٤١٨هـ، المملكة العربية السعودية : وزارة الصحة (١٤١٩هـ)، ص ص : ٩٣ - ٩٤.
- (٨) محمد ناجي كردي، جدوى عقود التشغيل ومدى الحاجة إليها في المملكة، جدة: مستشفى جدة الوطني الجديد، مدونات الندوة السعودية لإدارة المستشفيات (١٩٩٥م)، ص: ١١٩.
- (٩) بدأ التشغيل عن طريق (برنامج) لأول مرة في وزارة الصحة بمستشفى الملك عبد العزيز بجدة اعتباراً من ١/٤/١٤١٨هـ .
- (١٠) عبد اللطيف الدريس، مدير برنامج مستشفى الملك عبد العزيز بجدة، دراسة عن برنامج التشغيل الذاتي لمستشفيات وزارة الصحة، تجربة مستشفى الملك عبد العزيز بجدة (١٤١٨هـ).
- (١١) للخطة الصحية السادسة، الرياض: وزارة الصحة (١٤١٥هـ)، ص ٢٥.



# الباب الثاني

---

## إدارة المستشفيات

الفصل الأول: مفاهيم وتعريفات

الفصل الثاني: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات

الفصل الثالث: بدائل تمويل المستشفيات العامة



# الفصل الأول

## مفاهيم وتعريفات

- تعريف إدارة المستشفيات
- نشأة علم إدارة المستشفيات
- طبيعة الإدارة في المستشفى
- قياس كفاءة استخدام المستشفيات





## تعريف إدارة المستشفيات

تفتقر معظم المراجع في مجال إدارة المستشفيات والإدارة الصحية إلى تعريف محدد لإدارة المستشفيات، وقد يرجع ذلك إلى عدم اتفاق المنظرين في هذا الحقل على مقومات مقننة للتعريف، ولكن مؤلف هذا الكتاب يعرف إدارة المستشفيات على النحو التالي:

"هي وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع لمحيط بالمستشفى من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والموارد والتقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد، ولذلك فإن إدارة المستشفيات تستهدف إنجاز أهداف السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى علاجياً ووقائياً وبحثاً وتنمية للقوى البشرية الصحية".

ورغم أن بعض المفكرين في المجال يرون أن "إدارة المستشفيات" هي مجرد تخصص (Speciality) أو حقل دراسي (Field of study) وليست علماً، إلا أن المؤلف يرى أنها أصبحت علماً من العلوم الإنسانية الحديثة بما لها من نظريات ومفاهيم علمية، رغم اعتمادها على نظريات علم الإدارة (Administration)، وعلم الاقتصاد (Economics)، وعلم الإنسان (Anthropology)، وعلم النفس (Psychology)، وعلم الرياضيات (Mathematics)، وعلم السياسة (Political Science)، وعلم الاجتماع (Sociology).

وإدارة المستشفيات في ذلك شأنها شأن معظم العلوم الإنسانية في تأثرها بالعلوم الأخرى وتفرعها من بعضها، مع التسليم بحدائثة نشوء هذا العلم مقارنة

بالعلوم الأخرى، والحاجة الماسة إلى تطوير المساهمات والمعطيات العلمية ذات الخصائص المتفردة لإدارة المستشفى.

وحيث أن إدارة المستشفيات هي علم إداري، فإن ارتباطها أساسي بعلوم الإدارة، فوظائف الإدارة من تخطيط وتنظيم وتوجيه وتنسيق ورقابة ... وغيرها هي نفسها ووظائف إدارة المستشفيات.

### نشأة علم إدارة المستشفيات

يعد علم إدارة المستشفيات علماً حديثاً نسبياً، حيث نشأ في الولايات المتحدة الأمريكية عقب الحرب العالمية. وكان ظهور هذا العلم نتاج طبيعي لتطور المستشفيات وتنوع وظائفها حيث أصبحت المستشفيات مؤسسات طبية ضخمة تواجه العديد من المشكلات الاقتصادية والإدارية والاجتماعية، وتتفاعل مع المتغيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية للبيئة التي تتواجد فيها، ولقد أدى الكساد العالمي الكبير الذي شهده العالم في أواخر الثلاثينيات الميلادية من القرن الماضي إلى ارتفاع تكلفة العلاج بالمستشفيات لاسيما بالولايات المتحدة الأمريكية، وظهرت الحاجة إلى متخصصين على أساس علمي في إدارة المستشفيات لتحقيق أهداف الاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وبلوغ التوازن بين مواردها وتكلفة الخدمات المتاحة للمستفيدين وتقنين مصروفاتها والحد من ارتفاع أسعارها.

ومن أهم أسباب ظهور علم إدارة المستشفيات ما يلي:

- ١- ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية.
- ٢- لجوء المستشفيات للمنظمات الاجتماعية والحكومات لتدعيم احتياجاتها المالية.
- ٣- ظهور شركات التأمين الصحي ومؤسسات التأمينات الاجتماعية.

- ٤- القروض المقدمة من الحكومات لإنشاء المستشفيات.
- ٥- تنامي دور المستشفى في المجتمع وتوسع وظائفه ومهامه العلاجية والوقائية.
- ٦- الحاجة إلى إحصائيات دقيقة للتخطيط الصحي.
- ٧- التنسيق الصحي بين القطاعات المختلفة.
- ٨- الحاجة إلى تحسين الأداء والكفاية في المستشفى.
- ٩- العلاقات الإنسانية في المستشفيات لتعدد التخصصات والمستويات.
- ١٠- تعدد أنواع المستشفيات وفئاتها.

ولقد تطور علم إدارة المستشفيات بصورة سريعة، وكانت الجامعات الأمريكية في البداية تقدم برامج الماجستير لحاملي البكالوريوس في العلوم الإدارية، ثم أصبحت تقدم برامج دكتوراه في هذا المجال، ثم ظهرت برامج البكالوريوس حتى ظهرت برامج دبلومات في مجال إدارة المستشفيات.

وتوجد حالياً أقسام في الكثير من الجامعات الأمريكية والكندية والأوروبية تمنح درجات البكالوريوس والدكتوراه في هذا التخصص.

وفي عام ١٩٣٣م تأسست الكلية الأمريكية لمدراء المستشفيات (ACHA) أو (The American College of Hospital Administration) وهي المنظمة التي أسهمت إسهامًا كبيرًا في ظهور علم إدارة المستشفيات وتطوره، وعقب الحرب العالمية الثانية أصبحت إدارة المستشفيات حقل علمي يسهم في إعداد مدراء مؤهلين علميًا ومهارة في إدارة المستشفيات.

ولقد غيرت الكلية الأمريكية لمدراء المستشفيات مسماها ليصبح الكلية الأمريكية للتنفيذيين الصحيين (The American College of Health

(Executives). لتواكب التغيرات التي حدثت في الحقل الصحي وساعية إلى تأسيس معايير عالية لمهنة إدارة المستشفيات.

وفي الأربعينيات والخمسينيات الميلادية كانت إدارة المستشفيات معنية بأمر المستشفى الداخلية ومتعلقة بتطوير الخدمات المقدمة للمرضى وعلاقات الموظفين ومخصصاتهم وتأمين المستلزمات الطبية، بينما تغير الوضع منذ الستينيات والسبعينيات الميلادية في ظل ظهور شركات التأمين والاتحادات العمالية والاهتمام الحكومي الرسمي بوضع أنظمة وقوانين محددة لأعمال وخدمات المستشفيات إلى جانب تغير توقعات المجتمعات نحو خدمات المستشفيات، فأصبح اهتمام إدارة المستشفيات ليس مقتصرًا على أمور المستشفى الداخلية فحسب بل أيضاً التطورات التي يشهدها المجتمع الذي تتواجد فيه.

والهدف الرئيسي لإدارة المستشفيات يتمثل في العمل على توفير رعاية صحية عالية الجودة بأقل تكلفة ممكنة للمستفيدين من خدمات المستشفيات وفق أسس علمية مدروسة، وذلك من خلال توفير خدمات تشخيصية وعلاجية وتمريضية متطورة للمرضى المنومين ومرضى العيادات الخارجية، وكذلك توفير التسهيلات التي تسهم في راحة المريض المنوم وتشمل الخدمات الفندقية المختلفة.

### طبيعة الإدارة في المستشفى

تختلف الإدارة في المستشفى عنها في المنظمات الأخرى، سواء كانت تابعة لقطاع حكومي أو أهلي، رغم وجود أساسيات مشتركة تتعلق بوظائف الإدارة المعروفة.

فالمستشفى تنظيم طبي يستهدف تقديم خدمة صحية، وهي خدمة إنسانية في المقام الأول تتعلق بالمرضى .... والمرضى فئات مختلفة وطبقات متنوعة. ويتميز تنظيم المستشفى بكثرة المجالس واللجان مثل مجلس إدارة المستشفى والمجلس الطبي والمجلس التعليمي.

ومن اللجان: لجنة الجودة النوعية ولجنة مكافحة العدوى ولجنة الوفيات ولجنة استخدام الدواء ولجنة الكوارث وغيرها.

كما يتميز المستشفى بالتنظيم التخصصي الواسع العائد لوجود فئات عاملة متنوعة في تخصصاتها ومستوياتها التعليمية والثقافية والاجتماعية، وكذلك في مستويات دخولها ما بين أطباء بفئاتهم استشاريين إلى أطباء أخصائيين إلى أطباء عامين ومن أخصائيي علوم صحية إلى فنيي علوم صحية إلى إداريين إلى مستخدمين إلى عمّال.

أي أن المستشفى يضم موظفين بتأهيلات تقنية عالية ورفيعة، في نفس الوقت الذي يضم فيه موظفين دون علم أو مهارة أو تأهيل، وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى ظهور ما يعرف بالتنظيمات غير الرسمية (Informal Organization) وهي التجمعات بين الفئات المتناسقة.

وتختلف المستشفى عن المنظمات الأخرى في كونه تعمل على مدار الأربع وعشرين ساعة طوال ساعات النهار وطوال ساعات الليل وطوال أيام الأسبوع وطوال شهور السنة دون توقف، وبها قسم طوارئ يتطلب من العاملين أن يكونوا على استعداد تام ودائم للطوارئ في أي وقت.

وتقدم المستشفى الخدمة الإسعافية للمريض والمصاب في أي وقت، وتتعامل مع أمور تتعلق بالحياة والموت وإنقاذ أرواح البشر، فالعاملون يعملون في ظل

حالات من الاضطراب الدائم الذي يصاحب المرض والإصابة سواء كان اضطراباً جسدياً أو عاطفياً (Physical or Emotional)، لذلك يجب أن يعتادوا على العمل دائماً في إطار من الفهم الكامل للسلوك غير الطبيعي للإنسان.

والمستشفى تضم عدة تنظيمات في تنظيم واحد، فهناك التنظيم المالي والتنظيم الإداري والتنظيم الطبي والتنظيم الطبي المساعد وغيرها.

وهناك سلطتين رئيسيتين بالمستشفى، وهما السلطة الطبية والسلطة الإدارية، بينما تتوحد السلطة في معظم المنظمات الأخرى.

ولهذه العوامل مجتمعة، فإن المستشفى تعتبر كياناً تنظيمياً معقد التركيب (Complex Organization).

كما أن المستشفى بالنسبة للمجتمع الذي تتواجد فيه تعد مركزاً للاستشفاء ومحاربة الأمراض وللتنوعية الصحية والوقائية، وبالنسبة للمريض تعد مكاناً للحصول على علاج للمرض، وبالنسبة لشركات الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية هي مكان المستهلك لمنتجاتها.

ومن بيئة داخلية تضم عدة تنظيمات وفئات تتطلب التفاعل مع احتياجاتها والتنسيق بين أدائها وخلق روح التعاون بينها، كما تتعامل مع البيئة الخارجية العامة السياسية والاجتماعية والاقتصادية بما يخدم تحقيق المستشفى لأهدافها. وتتعامل مع البيئة الخارجية المباشرة كالسلطات والأنظمة واللوائح الصحية والمؤسسات الصحية الأخرى وغيرها.

وحيث أن للمستشفى وخدماتها تكاليف عالية وتستدعي تطلعات المجتمع خدمات صحية عالية الجودة، فإن على إدارة المستشفى أن تديرها بكفاءة وفاعلية عالية تضمن الاستخدام الأمثل لمواردها البشرية والمادية وتكفل تقديم خدمات صحية عالية الجودة.

كما أن التنظيمات غير الرسمية في المستشفى، مثل تلك القائمة على المهنة كالأطباء وهيئة التمريض والفنيين يستدعي تعامل معين من إدارة المستشفى يكفل توجيهها لصالح العمل نحو تحقيق أهداف المستشفى، أما إذا كانت هذه التجمعات غير الرسمية تسير في اتجاه مضاد لاتجاه أهداف المستشفى فإن على إدارة المستشفى معالجتها بمرونة وتفهم وحكمة ما لم يكن في اتجاهاتها ضرر بالغ على مسيرة العمل ونتائجه بالمستشفى.

وتدخل إدارة المستشفى الحكومي ضمن دائرة علم الإدارة العامة، وغالبًا ما تطبق المستشفيات الحكومية القوانين واللوائح الحكومية، لاسيما في مجالات شؤون الموظفين والشئون المالية والمستودعات وغيرها، مما قد لا يمنحها المرونة الكافية، بينما يمكن اعتبار إدارة المستشفيات الخاصة (الأهلية) ضمن دائرة علوم إدارة الأعمال في نطاق المؤسسات الاقتصادية التي تستهدف أساساً تحقيق الربح.

إن إدارة المستشفيات تقع في مفترق الطرق بين علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة، فقد نهلت من المنهلين وإن كانت الأصول التي تركز عليها هذه العلوم واحدة، وإن كان علم إدارة المستشفيات يتميز في بعض الأحيان بطابع خاص نظراً للطبيعة الخاصة للمستشفى<sup>(١)</sup>.

### قياس كفاءة استخدام المستشفيات

يحتاج أصحاب الشأن في أي مستشفى إلى قياس أداء المستشفى (Performance Appraisal) لمعرفة مدى سلامة مسيرة المستشفى في تحقيقها لأهدافها ومدى حسن استخدامها لمواردها المتاحة البشرية منها و المادية (Resources Utilization).

وتوجد في الولايات المتحدة وعدد من الدول المتقدمة جمعيات وهيئات خاصة لتقييم وتقويم كفاءة أداء واستخدام المستشفيات بصفة عامة ، كما توجد هيئات متخصصة لتقييم وتقويم أداء أقسام معينة في المستشفيات، فمن هيئات تقييم المستشفيات:

الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات

The Joint Commission on Accreditation of Hospitals.

الجمعية الأمريكية للمستشفيات

The American Hospital Association.

الجمعية الأمريكية للرعاية الصحية

The American Health Care Association

الجمعية الأمريكية للصحة العامة

The American Public Health Association

الجمعية الدولية للمستشفيات

The International Hospitals Federation

ومن أمثلة الجمعيات الأمريكية التي تقمّم أداء أقسام وتخصصات معينة في

المستشفى:

الجمعية الأمريكية الطبية:

The American Medical Association

الكلية الأمريكية للجراحين:

The American College of Surgeons

الجمعية الأمريكية للصيدلية:

The American Pharmaceutical Association



حيث تستخدم معظم هذه الهيئات المؤشرات الإحصائية المتعلقة بالمستشفى وبالساكن إضافة إلى مؤشرات ومقومات أخرى لتقييم وتقويم المستشفيات من حيث الاستخدام ومن حيث الأداء.

ويقصد بـ "استخدام المستشفى" الطريقة التي يستفيد بها المجتمع من الإمكانيات التي يتيحها المستشفى من خلال العيادات الخارجية وأقسام التنويم الداخلية وأقسام الطوارئ.

وهناك مؤشرات معينة متعارف عليها علمياً تستخدم لقياس استخدام المستشفى لا يمكن لواحد منها فقط أن يعطي صورة كاملة عن استخدام المستشفى، وهناك مؤشرات عامة لأداء المستشفيات واستخدامها في منطقة معينة أو بلد معين بينما هناك مؤشر خاص لمستشفى معين.

وتقسم المؤشرات الصحية إلى نوعين: الأول المؤشرات التي تقيس كفاءة استخدام المستشفى، والثاني المتعلق بالساكن.

أولاً: مؤشرات قياس استخدام المستشفى

#### عدد حالات الدخول (Number of Admissions)

وهو عدد المرضى الذين ينومون بالمستشفى ليلة واحدة على الأقل خلال السنة، وتقدم لهم خدمات طبية أثناء تنويمهم، ولذلك فإن حالات الأطفال حديثي الولادة الأصحاء الطبيعيين لا تدخل ضمن عدد حالات الدخول.

#### عدد حالات الخروج (Number of Discharged Cases)

وهو عدد المرضى الذين يغادرون المستشفى بعد الشفاء أو التحسن أو الموت أو الذين يحولون إلى جهة أخرى خارج المستشفى.

### حالة الخروج (State of Discharge)

وتمثل الحالة التي يكون عليها المريض عند مغادرته المستشفى ، هل هو في حالة شفاء كامل أم تحسن أم هل هو متوفي. ورغم أن بعض المتخصصين لا يرونه مؤشراً للاستخدام إلا أن البعض الآخر يعتبرونه كذلك كما يعتبرونه مؤشراً لجودة أداء المستشفى.

### عدد أيام العلاج (Number of Days of Hospitalization)

ويقصد بذلك أيام العلاج التي يقضيها المريض بقسم التتويم الداخلي بالمستشفى ويوم العلاج هو الوحدة التي تدل على الخدمات التي تقدم لمريض واحد ضمن تعداد المستشفى بين يوم واليوم الذي يليه، وعدد أيام العلاج في السنة هو المجموع السنوي لتعداد الأسرة المشغولة خلال السنة ولا يدخل في ذلك الأطفال حديثي الولادة الأصحاء.

### معدل إشغال الأسرة (Bed Occupancy Rate)

ويبين العلاقة بين عدد الأسرة المستخدمة وعدد الأسرة الأساسي للمستشفى، وتتضح من خلاله مدى كفاية عدد الأسرة المتاحة من كل قسم ومدى الكفاءة أيضاً، وذلك باستخدام المؤشرات الأخرى مع هذا المؤشر.

ونحصل على معدل إشغال الأسرة في مدة شهر مثلاً على النحو التالي:

$$\text{معدل أشغال الأسرة في شهر} = \frac{\text{عدد الأسرة التي شغلت خلال شهر}}{\text{عدد الأسرة الأساسي} \times 30} \times 100$$

### فترة خلو السرير (Turn Over Interval)

ويقصد به متوسط عدد الأيام التي يبقى فيها السرير شاغراً، ونحصل على

فترة خلو السرير على النحو التالي:

$$\text{فترة خلو السرير} = \frac{\text{عدد الأسرة الأساسي في السنة} - \text{عدد أيام العلاج الفعلية للمرضى}}{\text{عدد حالات الخروج}}$$

ويبدل وجود فترة خلو طويلة على وجود فائض في عدد الأسرة أو على وجود خلل في نظام الدخول والعكس، فإن وجود فترة خلو قصيرة معناها وجود حاجة إلى زيادة الأسرة.

### متوسط مدة الإقامة (Average Length of Stay)

ويقصد به متوسط عدد الأيام التي أمضاها المريض بالمستشفى.

ويستخرج متوسط مدة إقامة المريض من خلال المعادلة التالية:

$$\text{متوسط مدة الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام العلاج للمرضى الخارجين بما فيهم الموتي}}{\text{عدد حالات الخروج بما فيهم المرضى}}$$

### معدل دوران السرير (Bed Turn Over Rate)

ونحصل على هذا المعدل من خلال المعادلة التالية:

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد حالات الخروج بما فيهم الموتي}}{\text{عدد الأسرة الأساسي}}$$

### معدل التعداد اليومي (Average Daily Census)

وكثيراً ما يعوض الحصول على هذا المعدل عن حالات التنويم وحالات

الخروج . ونحصل على هذا المعدل من خلال المعادلة التالية:

$$\text{معدل التعداد اليومي} = \frac{\text{عدد الحالات المنومة بالمستشفى في فترة ما} \times 100}{\text{عدد أيام نفس الفترة الزمنية}}$$

### معدل الوفيات (Mortality Rate)

ونحصل على معدل الوفاة الإجمالي من خلال المعادلة التالية:

$$100 \times \frac{\text{مجموع الوفيات خلال فترة معينة}}{\text{مجموع الخروج بما فيهم الوفيات خلال تلك الفترة}}$$

واللحصول على معدل وفاة أكثر دقة يكتفى بالمعدل الصافي للوفاة داخل المستشفى الذي يحسب مجموع الوفيات بعد (٤٨) ساعة من الدخول فقط، ذلك أن بعض المرضى يتوفون بمجرد دخولهم المستشفى.

المعدل الصافي للوفيات =

مجموع الوفيات خلال فترة معينة ( بعد ٤٨ ساعة من الدخول )

مجموع حالات الخروج بما فيهم الموتي في نفس الفترة (خلال ٤٨ ساعة)

ثانيًا: مؤشرات تتعلق بالسكان، مثل:

- معدل الدخول لكل ألف من السكان.
- معدل الخروج لكل ألف من السكان.
- معدل الأسرة المتاحة لكل ألف من السكان.
- معدل العمليات الجراحية لكل ألف من السكان.

أهداف أخرى لقياس الأداء

إلى جانب تقويم أداء المستشفى من خلال استخدام المؤشرات الإحصائية القياسية المشار إليها ، فإن هذه المؤشرات تستخدم لتحقيق الأهداف التالية:

▪ التخطيط للخدمات الصحية المستقبلية التي تقدمها المستشفى فيما

يتعلق بالتالي:

- القوى البشرية.
- الأجهزة والمعدات الطبية.
- الاحتياجات التدريبية للقوى البشرية.

- تحديد أولويات خدمات المستشفى بناءً على:
  - الاحتياجات الصحية للمجتمع المحيط بالمستشفى والمشكلات الموجودة فيه.
  - الإمكانيات المتاحة.
  - تحليل التكلفة والعائد.
- مقارنة مؤشرات استخدام خدمات المستشفى بمؤشرات المستشفيات الأخرى داخل الدولة أو في دول أخرى.
- من خلال المؤشرات يمكن قياس المستوى الصحي للمجتمع.

## هوامش الفصل الأول

- (١) عبد الإله حسن بترجي، علم إدارة المستشفيات، المجلة الطبية السعودية، الرياض: وزارة الصحة، العدد رقم ٣- (١٣٩٨هـ)، ص ص: ٤٩-٦٤.
- (٢) *Lawrence Wolper an Jesus Pena. Health care Administration.* (٢)  
Maryland, U.S.A.: Aspen Publishers, Inc., (1987), P.275.
- (٣) زهير حنفي علي، الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (١٩٧٧م)، ص ٩.
- (٤) زهير محمد، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، (١٩٨٨م)، ص ٨.
- (٥) ليونين دافيز و. هـ. م. ج. ماكلوي، استخدام المستشفيات وإحصائياتها، جنيف: منظمة الصحة العالمية (١٩٦٦م)، ص ٣.
- (٦) المصدر السابق، ص ٣.
- (٧) السرير الثابت الأساسي هو الذي يعد لتتويج ومعالجة مرضى متعاقبين داخل أقسام التتويج بالمستشفى وتقدم فيه خدمة مستمرة ويشمل الحضانات، ولكنه لا يشمل أسرة العيادات الخارجية التي يكتشف عليها على المريض، ولا أسرة الولادة، ولا أسرة الطوارئ، ولا أسرة الإفاقة من التتويج، ولا أسرة وحدة الكلية الصناعية التي تستخدم لتتقية دم المرضى ويخرجون في نفس اليوم.

## الفصل الثاني

### الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات

- الإدارة بالأهداف
- الإدارة بالجودة الشاملة
- الهندرة





## الإدارة بالأهداف Management by Objectives

يعد العالم الإداري الكبير، الأمريكي الجنسية، الألماني الأصل "بيتر دركر" (Peter Drucker)، أول من ابتكر مفهوم الإدارة بالأهداف (MBO) ففي عام ١٩٥٤م أصدر العالم/بيتر دركر كتابه "الإدارة في التطبيق" أو "تطبيق الإدارة" (The Practice of management) وكان آنذاك يعمل رئيساً لقسم إدارة الأعمال بجامعة نيويورك.

ولقد استهدف دركر إيجاد مبدأ، أو أسلوب جديد يتيح للفرد تحقيق القوة الذاتية، والإحساس بالمسؤولية، وفي ذات الوقت يصهر هدف الفرد في بوتقة أهداف المنظمة التي يعمل بها.

ويعرف "جورج موريسي" الإدارة بالأهداف على أنها: إدارة تحتوي أهدافاً أو نتائج متوقعة واضحة محددة، كما تتضمن وضع برامج واقعية لتحقيق تلك الأهداف وتقييم الأداء في ضوء قياس النتائج<sup>(١)</sup>.

أما "جورج أوديورن" فيعرف الإدارة بالأهداف بأنها: طريقة يقوم بموجبها كل من الرئيس والمرؤوس معاً بتحديد الأهداف العامة للمنظمة، وتحديد مجالات المسؤولية في شكل نتائج متوقعة، واستخدام تلك المقاييس كمؤشرات في تشغيل الإدارات، وتقييم أداء العاملين فيها<sup>(٢)</sup>.

ويعرف "ريدن" الإدارة بالأهداف على أنها: إنشاء مجالات فاعلية ومعايير فاعلية للمناصب الإدارية وتحويلها دورياً إلى أهداف قابلة للقياس، ومحددة زمنياً، ومرتبطة ببعضها البعض أفقياً ورأسياً مع التخطيط للمستقبل<sup>(٣)</sup>.

ويرى "وجلاس مكريجور" أن الإدارة بالأهداف هي فلسفة تعتمد على أن المديرين يوجهون أنفسهم، ويراقبون أنفسهم ذاتياً في تحقيقهم لأهدافهم طالما التزموا بها، ذلك أن عمل المديرين يعد مجهوداً فكرياً، ولذلك فإن إدارة ذلك العمل تتكون من وضع أهداف والحصول على التزام مهني بتحقيقها<sup>(٤)</sup>.

ومن خلال دراسة هذه التعريفات يتضح أن الإدارة بالأهداف من الممكن أن تستخدم لتقييم مستوي أداء الأفراد، وكذلك من الممكن أن تستخدم لقياس مستوى أداء المهنة ككل، وأيضاً يمكن اتخاذها حافزاً للعاملين من خلال المشاركة في وضع أهدافهم، وبالتالي تحقيق الالتزام والرقابة الذاتية لدى الموظف، وكذلك يمكن اعتبارها وسيلة للتخطيط الاستراتيجي للمنظمة.

ويمكننا ببساطة أن نعرف الإدارة بالأهداف على أنها:

"أسلوب إداري يتم من خلاله تمكين الموظف من وضع أهدافه العملية المحددة بتوقيت زمني، في شكل نتائج متوقعة، ودمجها مع أهداف المنظمة في الإطار العام، ومن ثم قياس ما حققه الموظف من الأهداف التي حددها، واستخدام النتائج في تقييم إسهامات الأفراد"، أي أن الموظف يحدد الأهداف التي يريد بلوغها، كما يحدد الإمكانيات التي يتطلبها والمدة الزمنية التي يحتاجها لتحقيق هذه الأهداف، وذلك بالاتفاق مع رئيسه، وعند انتهاء المدة المقررة يعقد اجتماع بين الرئيس والموظف لمعرفة ما حققه الموظف .. وإذا لم يحقق الأهداف التي وضعها بنفسه يتم بحث الأسباب .. وبناء عليه يتم تقييم الموظف وأدائه.

ولقد انتشر استخدام مفهوم الإدارة بالأهداف في الكثير من المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا، وكندا، وغيرها، لاسيما في السبعينات الميلادية، ولا زالت تستخدم حتى اليوم وتعد رغم قدمها نسبياً من الاتجاهات الحديثة الفعالة والهامة في إدارة المستشفيات.

وفي المملكة العربية السعودية حققت وزارة البرق والبريد والهاتف إنجازاً جيداً في تطبيق الإدارة بالأهداف، خلال السبعينات، والثمانينات الميلادية.

## فوائد وإيجابيات الإدارة بالأهداف

ويمكن إيجاز أهم فوائد، وإيجابيات الإدارة بالأهداف في التالي:

- تفسح المجال للموظف لتحقيق القوة الذاتية وتحمل المسؤولية.
- تنسق أهداف الأفراد في أهداف عامة مشتركة.
- اشترك الرئيس والمرؤوس معاً في وضع الأهداف وتحديد المسؤولية
- توفر أسلوب جديد للرقابة الذاتية من خلال التزام مهني ذاتي لتحقيق الأهداف.

- طريقة علمية محددة لتقييم الأفراد.
- توفير فرص المشاركة للمرؤوسين.
- نظام تحفيز للأفراد وأسلوب للرفع من الروح المعنوية، وشعور الموظف بالأهمية .

- تحدد الأهداف للمناصب الإدارية.
- تساهم في السعي لتحديد النتائج مسبقاً.
- تعميق ولاء الموظف للمنظمة التي يعمل بها.

## السمات الرئيسية للإدارة بالأهداف

للإدارة بالأهداف عدة سمات أهمها<sup>(٥)</sup>:

- أولاً: وضع أهداف لكل منصب من المناصب الإدارية.
- ثانياً: اشترك المرؤوسين والرؤساء في وضع أهداف المناصب الإدارية.
- ثالثاً: ترابط الأهداف بعضها ببعض رأسياً وأفقياً.
- رابعاً: أهداف المناصب الإدارية أساس أي تحسينات في:

(أ) الهيكل التنظيمي والسلطات والعلاقات.

(ب) نظم تدفق المعلومات اللازمة للرقابة الذاتية.

(ج) نظم المكافآت والترقيات.

(د) برامج التدريب والتطوير الذاتي، والفردى، والجماعى.

خامساً: نتائج المناصب الإدارية أساس:

(أ) الرقابة الذاتية.

(ب) تقييم الأداء.

### شروط الهدف

لاشك أن "الهدف" يعد جوهر عملية الإدارة بالأهداف، سواء كان الهدف لمنصب معين، أو لأداء فرد من الأفراد العاملين بالمستشفى. ولذلك فإن هناك شروطاً يجب أن تتوفر في الهدف، ويمكن إيجازها فيما يلي:

- أن يكون قابلاً للقياس أي أن يكون رقمياً.
- أن يكون محدداً بزمن.
- أن يكون واضحاً.
- أن يكون متصلاً بعمل الموظف وداخل نطاق مسؤوليته.

### تطبيق مفهوم الإدارة بالأهداف

لاشك أن تطبيق مفهوم الإدارة بالأهداف في أي مستشفى يتطلب تفهم القيادات في المستشفى لمفاهيم ومبادئ وفوائد الإدارة بالأهداف، ومن ثم الاقتناع بإيجابيات تطبيقها، ودعم الخطوات التنفيذية للإدارة بالأهداف.

وكثيراً ما يتم البدء في تطبيق الإدارة بالأهداف من خلال عقد حلقة نقاش، لتهيئة قيادات المستشفى والعاملين فيها فكرياً لمراحل التطبيق ... حيث يتم البدء

باستعراض الوضع الحالي للمستشفى من حيث: الأهداف، والتنظيم، والأداء، والنظم، واللوائح، المطبقة، ومن ثم عرض تعريفي لمفهوم الإدارة بالأهداف ومزاياها ومقوماتها والفوائد التي ستعود على المستشفى والعاملين فيها من تطبيق مفهوم الإدارة بالأهداف، و ثم الإجراءات والخطوات التنفيذية لتطبيق الإدارة بالأهداف. ثم يتم عقد دورات تدريبية للمديرين لتدريبهم على السبل السليمة لوضع الأهداف المطلوبة في شكل قابل للقياس، وتحديد البعد الزمني، لتحقيق هذه الأهداف، والإمكانيات المطلوبة لذلك.

### مثال تطبيقي

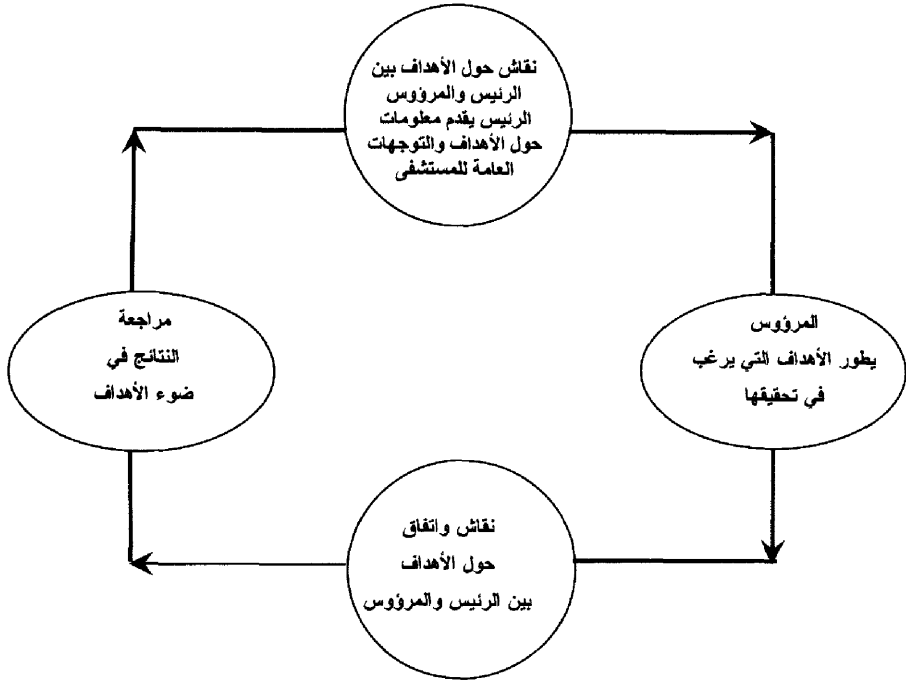
ويوضح الشكل التالي (٢-١) بإيجاز خطوات تطبيق الإدارة بالأهداف بالنسبة لرئيس قسم في مستشفى، بعد الانتهاء من الدورات التدريبية، وذلك على النحو التالي:

١- ينظم لقاء نقاش بين مدير المستشفى (الرئيس) ورئيس القسم (المرووس) حيث يقدم مدير المستشفى معلومات حول الأهداف والتوجهات العامة للمستشفى .

٢- يقوم رئيس القسم بتطوير ووضع أهدافه العملية، وفق الأهداف والتوجهات العامة للمستشفى، ويحدد المدى الزمني لتحقيقها.

٣- تعقد حلقة نقاش حول أهداف رئيس القسم بينه وبين رئيسه مدير المستشفى، أو مساعده.

٤- عند نهاية المدة الزمنية المحددة تتم مراجعة النتائج في ضوء الأهداف بين الرئيس والمرووس، لقياس مدى تحقيقه للأهداف التي وضعها بنفسه ، ومن ثم يتم تقييم أداء المرؤوس (رئيس القسم).



شكل (٢-١). الخطوات التنفيذية للإدارة بالأهداف.

ويمكن وضع نموذج لتخطيط الأهداف (شكل ٢-٢) يتم فيه تحديد الأهداف والصلاحيات وخطط العمل، لتحقيق هذه الأهداف، وتاريخ البدء في تحقيقها، وتاريخ الانتهاء منها وفق المدة الزمنية المحددة، ومن ثم وبإيجاز تحديد النتائج التي تحققت.

ثم يمكن وضع نموذج لتقويم نتائج الأداء مقابل الأهداف (كما هو مبين في الشكل ٢-٣) الذي يتضمن إلى جانب اسم الموظف، ووظيفته، وتأهيله، يتضمن أربعة حقول: الأول للأهداف، والثاني للنتائج، والثالث لتحديد مدى تحقيق الأهداف أو تجاوزها، والرابع لتحديد ما إذا كان الموظف لم يحقق شيئاً من أهدافه، أو حقق جزءاً يسيراً منها.



## الإدارة بالجودة الشاملة

### تاريخها ومفهومها

تعود جذور الإدارة بالجودة الشاملة (Total Quality Management) إلى حلقات الجودة (Quality Circles) التي ظهرت مبادئها في اليابان عقب الحرب العالمية الثانية، حيث أيقنت اليابان: أن بناء اقتصاد قوي عالي الجودة هو خيارها الوحيد لتجاوز دمار الحرب، وخلق دولة متطورة، والعمل على إزالة الفكرة التي كانت سائدة عن تدني جودة المنتجات اليابانية، وقد بدأت اليابان في عام ١٩٨٠م في إرسال العديد من رجال الصناعة، ورجال الأعمال، إلى الولايات المتحدة للاستفادة من خبرات رجال الصناعة ورجال الأعمال الأمريكيين<sup>(٦)</sup>. وقد انتشرت حلقات الإدارة بصورة أوسع في نهاية السبعينات الميلادية، وتستهدف حلقات الجودة تحسين جودة الخدمة والمنتج، وزيادة معدل الإنتاجية، ومشاركة العاملين في صنع القرار.

ولكن مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM) أكثر عمقاً واتساعاً حيث يستهدف تغيير نمط الإدارة لزيادة الإنتاجية، وخفض التكاليف، وتحسين جودة المنتج، أو الخدمة، ويعتمد على اتساع دائرة المشاركة، والتغيير، والتطوير، وتفجير طاقات العاملين، ويمتاز بالشمولية بمعنى: أن برنامج الجودة الشاملة يشمل كل عملية، وكل قسم، وكل فرد في المؤسسة العلاجية، وتتمحور أساساً على كسب رضا العميل وتلبية احتياجاته.

### تعريفات إدارة الجودة الشاملة

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها "الأداء الذي يحوز على رضا العميل، ويلبي احتياجاته، ويخلو مما لا يرضيه"<sup>(٧)</sup>.

ويعرف كروسبي إدارة الجودة الشاملة بأنها: الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً. كما أن إدارة الجودة تعد الأسلوب



الأمثل، الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات المطلوبة والاستخدام الأمثل لأساليب التحكم والرقابة، التي تحول دون حدوث هذه المشكلات (٨).

ويعرفها معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي على أنها: نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا العميل، ويستوجب تطبيق هذا النظام مشاركة جميع المديرين والموظفين، ويعتمد على الأساليب الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر (٩).

وتعرف بأنها: منح العميل الأولوية والقول الفصل في تحديد ما إذا كانت جودة الخدمة أو المنتج ترضي توقعاته من خلال الاستخدام (١٠).

ويعرفها م. براسارد بأنها: نظام مترابط لتحقيق المشاركة الكاملة للمؤسسة في التخطيط والتطبيق لأسلوب التحسين المستمر لتحقيق احتياجات العميل "المريض" وأكثر (١١).

أما تعريف كيرتس لافليان، ورنولد كالزني فهو يبدو أكثر شمولية وتوضيحا لمفهوم إدارة الجودة الشاملة:- "إن إدارة الجودة الشاملة هي أسلوب مفاهيمي يختلف عن الجودة النوعية وضبط الجودة عن طريق التفتيش . ويسير في اتجاه مغاير للبيروقراطية المهنية، ويدعو إلى تحسين مستمر، ودقيق وملزم لجميع الإجراءات التي تقدم الخدمات أو الرعاية ليس هذا مقتصرًا على التحسين في أداء العاملين، فقط بل يشمل جميع النظم والسياسات المطبقة. ويتم ذلك بمشاركة العاملين القائمين بالعمل فعلاً أي أن التحسين يكون مبنياً على النتائج والإجراءات" (١٢).

وتعرف بأنها: أسلوب للإدارة الحديثة يلتزم بتقديم قيمة لكل العملاء من خلال إيجاد بيئة يتم فيها تحسين وتطوير مستمر لمهارات الأفراد، وتنظيم العمل

وصبغ كل جانب من جوانب المنشأة ونشاطاتها بصبغة التفوق، إضافة إلى الالتزام بمبادئ نظام الجودة الشاملة، التي تتمثل في إرضاء العميل ودعم العمل الجماعي، واستخدام الوسائل الإحصائية البسيطة لمراقبة سير العمل وتحديد أنواع الانحرافات<sup>(١٣)</sup>.

ويمكننا تعريف الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات بأنها: عملية ذاتية شاملة ومتسلسلة لضمان التقدم المستمر في جودة الخدمات، بما يتناسب وحاجة وبما يكفل توفر الخدمات التي تقدمها المستشفى، وسهولة الحصول عليها، وأن مجال العمل في المستشفى يركز على الاهتمام بالمرضى، وتحسين الخدمات المقدمة لهم.

وتجدر الإشارة إلى أن نظام إدارة الجودة الشاملة لا يرجع الفضل فيه إلى شخص بعينه، فقد شارك فيه مجموعة كبيرة من علماء الإدارة من كل من الولايات المتحدة، واليابان، ونذكر على سبيل المثال لا الحصر كل من البروفيسور ادوارد ديمينج، وكاو روايشيكاوا، وفيليب كروسبي، وجوزيف جوران، وجينشي تاجوشي، وارمند فيجينيم، والذي يعود له الفضل في تسمية هذه الفلسفة الإدارية باسم ( Total Quality Control: Engineering and Management)<sup>(١٤)</sup>.

هذا وتعتبر إدارة الجودة الشاملة نظامًا إداريًا متكاملًا له فلسفة خاصة، وليس فقط نظامًا لتحسين الجودة اللهم إلا أن نظام تحسين الجودة المستمر ( Continuous Quality Improvement ) أو CQI يعتبر القلب النابض لهذا النظام الإداري المتميز.

ولقد ظهرت منظمات دولية لقياس الجودة ومنح جوائز واعترافات للمؤسسة التي تتوفر فيها المعايير، التي حددتها هذه المنظمات ومن أبرزها: المنظمة العالمية للمواصفات والمقاييس وجائزة مالكولم بالدريج وجائزة ادوارد ديمينج

وغيرها. وتعتبر اليابان من أوائل الدول التي بدأت نظام الجوائز للجودة، وكان ذلك عام ١٩٥٠م وأطلقت عليها اسم جائزة ديمينج.

ورغم أن بداية إدارة الجودة الشاملة كانت في الصناعة، إلا أنها أصبحت تستخدم الآن في مختلف القطاعات والمجالات ومن بينها قطاع المستشفيات.

وتعد مؤسسة المستشفيات الأمريكية (Hospital Corporation of America) أول من أدخل نظام TQM إلى القطاع الصحي في عام ١٩٨٧م ثم تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات هذا المفهوم، وأصبح في عام ١٩٩٤م من معايير الاعتراف بالمستشفيات. أما اليوم فإن الغالبية العظمى من المستشفيات في الولايات المتحدة، وبعض الدول المتقدمة، تطبق مفهوم الإدارة بالجودة الشاملة.

والواقع أن الولايات المتحدة والعالم أجمع حديث العهد نسبياً بهذا النظام الإداري، حيث لم يتعرف العالم على سر التفوق الياباني إلا في عام ١٩٨٠م وذلك عندما قدمت محطة التلفزيون الأمريكية NBC برنامجاً بعنوان: **"If Japan can ..... why can't we?"**

وبحثت جميع الجوانب، وتوصلوا إلى أن الفرق الأساسي هو: نظام الإدارة اليابانية، والذي لم يكن يابانياً بحث بل ساهم العديد من علماء الإدارة الأمريكية فيه.

وعقب بث هذا البرنامج التلفزيوني، الذي ألقى الضوء على أسلوب الإدارة اليابانية، تم الاتصال بالبروفيسور إدوارد ديمينج من قبل الأمريكيين، وتحقق حلمه في أن يتم تقديره في بلده بعد كل التقدير الذي حصل عليه في اليابان. وتم تطبيق نظام الجودة الشاملة في العديد من الشركات الأمريكية الكبرى وغيرها، كما قدم أفكاره ونظرياته في العديد من الندوات والمؤتمرات، خلال الفترة التي

بقيت له من حياته، حيث كان قد تجاوز التسعين من عمره عندما قدرت الولايات المتحدة والعالم مجهوداته، ونظرياته في الجودة.

### فلسفة إدارة الجودة الشاملة

تعتمد إدارة الجودة الشاملة على استخدام أسلوب علمي مبني على المعلومات الصحيحة والدقيقة لدراسة أسلوب العمل والتي تؤدي على المدى الطويل إلى تحسين نظام العمل، وعلى العكس من نظام الإدارة بالنتائج، فإدارة الجودة الشاملة تتطلب أسلوباً إدارياً للمتابعة والتوجيه ( Open Corporation Culture) والذي يعتمد على العمل الجماعي، والتزام كامل بالجودة من قبل الإدارة العليا، ولا تحدد الجودة الشاملة النجاح بمقدرة المؤسسة على تحقيق الأهداف العديدة، ولكن بمقدرتها على تلبية احتياجات، ومتطلبات، وتوقعات العملاء، وتضع الإدارة بالجودة الشاملة مسؤولية الجودة على عاتق الإدارة، وليس على كاهل موظفي قسم الجودة. وبتطبيق ذلك تصبح الجودة مسؤولية الجميع في المستشفى، وتتطلب أن يصبح مدير المستشفى وكبار الموظفين فيها: هم القادة في التخطيط والتطبيق لسياسة الجودة بالمستشفى، ويتطلب منهم الفهم الكامل والواعي للفلسفة والوسائل والأدوات الخاصة بإدارة الجودة الشاملة، وان يطبقوها في جميع مجالات أعمالهم اليومية<sup>(١٥)</sup>.

### الموظفين كمصدر لتحسين الجودة

ويعتمد نظام إدارة الجودة الشاملة على اعتبار الموظفين بالمستشفى هم: مفتاح أساسي لتطوير الجودة، وذلك بمشاركتهم ودعمهم لإعطاء القرارات التي تحسن جودة العمل اليومي. وفي كتاب (The Art of Becoming an Executive) ( لفلين كروسبي) وهو أحد خبراء الجودة يبين فيه أهمية موظفي المؤسسة حيث يقول: يجب على الإدارة العليا للمؤسسة أن تبين بوضوح دور العاملين الإيجابي لتطوير الجودة حتى في الحالات التي قد تفشل فيها العملية التطويرية<sup>(١٦)</sup>.

ومن أسرع الطرق لتخطي هذه الكارثة هو: أن تنتظر المؤسسة إلى الأهداف البعيدة المدى عند تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة، ولا تنتظر إلى المكاسب السريعة أو النجاح المحدود بجهة معينة، أو قسم محدد، وذلك مهما كانت الأهداف القصيرة المدى مغرية.

### الإدارة بالحقائق والأرقام

ومن أهم مفاتيح إدارة الجودة الشاملة هو مبدأ الإدارة بالحقائق والأرقام، وليس بالنظريات والأهواء، وتعتمد على أن اتخاذ القرارات يجب أن يتم بناء على المعلومات المتوفرة عن إجراءات العمل ودراسة أسباب التفاوت فيه، ويتم التطوير المستمر للجودة بناء على إحصائيات دقيقة وأرقام مدروسة.

ويتم تحسين الجودة من خلال فرق الجودة الداخلية في الأقسام، وعلى مستوى المستشفى، وتتكون هذه الفرق من مندوبين من جميع القطاعات، التي لها علاقة بالإجراء، أو التي لها علاقة بنتاج العمل، ودراسة وتتبع الفرق في عملها أسلوباً مماثلاً لذلك الذي يستخدمه الطبيب في علاج مرضاه، أولاً أعراض المشكلة، ومن ثم عمل الفحوصات اللازمة لمعرفة أسباب المشكلة، وأخيراً يقوم الفريق بفحص نتائج العلاج للمشكلة ومتابعة التحسن، واتخاذ التعديلات اللازمة لضمان الحل للمشكلة.

وبنقل مسؤولية الجودة من قسم إدارة الجودة إلى رؤساء الأقسام يدور سؤال حول ماهية دور قسم الجودة بالمستشفى؟

للإجابة على ذلك نقول: أن قسم إدارة الجودة يمثل فريقاً يضم استشاري الجودة، والذي يعمل كمستشار يقدم النصح والاقتراحات، ويسهل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، كما أنه يقيم مدى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، كما أن أعضاء القسم لديهم الخبرة اللازمة في طرق تحسين الإجراءات والتحليل

الإحصائية للمعلومات وأساليب حل المشاكل، وبناء فرق التحسين وتدريبهم، وإدارة حل الخلاقات العملية وبذلك فهو فريق رقابي يعمل أساساً مع رؤساء فرق التحسين للجودة والمدربين وهيئة الجودة بالمؤسسة، والتي تشمل الإدارة العليا وغيرهم.

وتتلخص أهم أعمال قسم إدارة الجودة فيما يلي:

- مساعدة رؤساء الأقسام في تطبيق نظام تحسين الجودة في أقسامهم.
- تقديم المساعدات التقنية لفرق تحسين الجودة .
- التنسيق بين فرق التحسين المختلفة وإعداد تقارير عن أعمالهم.
- مساعدة الإدارة العليا بالنسبة لإستراتيجية تحسين الجودة.
- تسهيل وتقوية العلاقات بين الأقسام وفرق التحسين المختلفة، وبين الإدارة العليا.
- تنسيق التدريب المتواصل في إدارة الجودة الشاملة، وطرقه وأدواته.

### تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى

يواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الصعوبات التالية:

- إن أسلوب العناية بالمرضى معقد، أكثر بكثير من أي إجراءات عملية في أي مصنع أو مؤسسة أو خدمات مقدمة مهما كان نوعها.
- إن الخدمات الصحية تحكمها الكثير من الأنظمة الحكومية هذه الأنظمة تتطلب جمع الكثير من المعلومات وتحليلها، وتقديم تقارير للجهات الحكومية المعنية الأمر الذي لا تتطلبه إدارة الجودة الشاملة.
- وتبذل أقسام الجودة في المستشفيات جهوداً واسعة لمساعدة الأطباء على تفهم، وتطبيق نشاطات إدارة الجودة باعتبارهم الفئة الرئيسية للخدمة بالمستشفيات، بينما إدارات الجودة في الصناعة لا تواجه مثل هذا الوضع ، لذلك

فإن إدارة الجودة في المستشفيات تختلف عنها في المصانع وغيرها ... لذا، فالسؤال الذي يطرح نفسه هو: كيف يمكن لأقسام إدارة الجودة في المستشفيات تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟

والجواب يعتمد على التالي: مدى التزام الإدارة العليا في المستشفى بتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة، الهيكل التنظيمي للمستشفى، حجم المستشفى، نوعية الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى مقدره وقوة الإدارة العليا، فمثلا في المستشفى الذي به أقسام نشطة للتعليم المستمر يمكنها إضافة التدريب في مجال إدارة الجودة الشاملة لأعمالها. أما بالنسبة للمستشفيات التي تفتقر لذلك، فيمكنها استخدام استشاريين خارجيين في المرحلة الأولى للتدريب على الجودة الشاملة كما يقوم المستشفى بتدريب جميع فئات العاملين على مختلف مستوياتهم، ويعتبر التدريب جزءا أساسيا من الممارسة المهنية وتبني ذلك على أساس الحاجة الماسة للتدريب في مجالات ديناميكية الجماعة، وعلاج اختلاف وجهات النظر، وتوحيد الجهود لتطوير الأداء.

وينظر مستقبليا لقسم إدارة الجودة بالمستشفى ليس على أنه قسم بالمعنى التقليدي، بل هو مجموعة صممت لتقديم عمل متعاوض، ويشمل جميع العاملين وتشمل أعمال القسم:

- تقييم الجودة.
- تحسين الجودة.
- التخطيط لتطوير الجودة<sup>(١٧)</sup>.

#### المبادئ الأساسية للإدارة بالجودة الشاملة

نشير هنا مرة أخرى إلى: أن إدارة الجودة الشاملة، هي سياسة فلسفية في نظام الإدارة وتطوير الجودة. وقد أضافت معايير جديدة لعلم الإدارة، ونذكر هنا

على سبيل المثال لا الحصر وبإيجاز، أهم العلماء المساهمين في ابتكار وتطوير نظام الإدارة بالجودة الشاملة.

• **إدوارد ديمينج:** برز دوره في نظريته التي تسمى بسلسلة التفاعلات Reaction Chain أي تحسين الجودة من خلال تحسين طرق أداء العمل، الذي يؤدي إلى تقليل التالف، وإعادة إصلاح العمل المنجز، وبذلك تتحسن الإنتاجية والنوعية على حد سواء، أشار كذلك إلى أن المنافسة يجب أن تكون على أساس الجودة في المنتج أو الخدمة، وليس في رخصها وأكد أنه متى ما بنيت سياسة المنافسة على الجودة فإن نجاح المؤسسة مضمون على المدى الطويل، بالإضافة إلى الأربع عشرة نقطة التي وضعها لتحسين الجودة والسبع المعضلات التي قد تعوق عملية التحسين وغيرها<sup>(١٨)</sup>.

• **فيليب كروسبي:** ويرى أن الجودة هي: الالتزام بالموصفات، والموصفات، يجب أن توضع بوضوح من قبل المصمم، وعملية التصنيع هي إنتاج مطابق للمواصفات، كما يؤكد أن الجودة لا تتأتى من الفحص بعد الإنتاج، بل يجب أن تبنى ليكون الإنتاج مطابقاً للمواصفات منذ الإنجاز الأول ودعم نظرية تاجوشي القائلة - بأن نسبة الخطأ يجب أن تكون صفراً " Zero Defect Theory" - وله أيضاً العديد من النظريات الأخرى مثل الأربعة عشر مبدأ لتحسين الجودة، والتي لا يسع المجال لذكرها هنا<sup>(١٩)</sup>.

• **جوزيف جوران:** ومن أشهر نظرياته النظرية الثلاثية "Juran Trilogy" وله أيضاً العديد من النظريات الأخرى، وكان هو أول من بين أن ٨٠٪ من عيوب الجودة ناتج عن عوامل تقنية، وليس للعمالة دخل فيها<sup>(٢٠)</sup>.

• **كاو روايشيكواو:** تعتبر نظرياته هي المفتاح التطبيقي لنظريات ديمينج وتتلخص نظريته في: "أن ممارسة ضبط الجودة هو: أن تخلق وتصمم وتنتج



منتجاً ذا جودة عالية بأقل تكلفة، وأكثر فائدة، ودائماً يرضي حاجة العميل"، ويعتبر هو مؤسس حلقات مراقبة الجودة (Quality Circles).

• **أرمند فيجينيم:** هو أول من كَوّن مبدأ أو أطلق اسم ضبط الجودة الشاملة (Total Quality Control) على نظام الإدارة اليابانية، وله العديد من النظريات التي تبين التنظيم الكامل للمنظمة لتحسين الجودة بما يتناسب وحاجة العميل، ويستعمل في نظريته النظام المعروف بـ "Just In Time" كما يعتبر أول من قال بأن مسؤولية الجودة مسئولية جماعية<sup>(٢١)</sup>.

ونلخص فيما يلي أهم النقاط الأساسية في نظام إدارة الجودة الشاملة كما هي معروفة الآن:

١- جعل العميل ( المريض ) هو المحور الذي تدور حوله نشاطات المستشفى، وتسعى في جميع أعمالها لإرضائه.

٢- إن العاملين هم الذين يعرفون العمل، وتعتبر مشاركتهم الأساس في تطوير خطط العمل، وتحسين الخدمة التي تقدمها المستشفى.

٣- تحقيق التوافق بين العاملين وتنمية كفاءتهم، وذلك بتكوين فرق العمل، وتحقيق أفضل النتائج بالنسبة للعميل والعمل (Team Approach).

٤- يعتبر التركيز على الجودة في الخدمات المقدمة هو العنصر الأساسي، الذي يجب أن تسعى المستشفى إلى تحقيقه، وتُسخر مواردها لتحقيقه ( Quality First).

٥- لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخدمة الصحية بل يجب أن تبنى في كل خطوة من خطوات تقديمها وذلك ليتسنى الوصول للهدف المنشود ، وتعتبر كل خطوة كمنتج مقدم للشخص الذي يكمل العمل بعده ( Internal Customer).

٦- الاعتماد على الحقائق والأرقام في تقييم الخدمة، دون الحدس والأحاسيس (Management by Data).

٧- وضع نظام لتطوير جودة الخدمة الصحية، التي يقدمها المستشفى بصورة مستمرة (Continuous Quality Improvement).

٨- الاعتماد على مستوى من الأداء يعادل ١٠٠٪ أي أن نسبة الخطأ يجب أن تكون صفراً، وأي أداء لا يتماشى مع هذه النسبة يعتبر فرصة للإصلاح يجب بحثها.

٩- ولا يقتصر نظام إدارة الجودة الشاملة على هذه النقاط التي ذكرناها، بل يشمل العديد من النقاط الأخرى، التي جعلت منه نظاماً متكاملًا لإدارة المستشفيات، إن نظام الإدارة الشاملة هو: فلسفة أكثر من كونها نظريات إدارية، فالفلسفة تعتمد على الكثير من الجوانب النفسية والتي تسعى إلى تحقيق رضا الموظف عن عمله وإدارته، وتحقيق الشعور بالانتماء إلى المستشفى التي يعمل بها، ولا يسعنا المجال إلى ذكر جميع إيجابيات وفوائد هذا النظام بل نذكر أخيراً أن الهيئة الأمريكية لتقييم المؤسسات الصحية قد أقرته كنظام معياري في إدارة المستشفيات.

### فوائد الجودة الشاملة بالمستشفيات

تواجه المستشفيات تحديات كبيرة ومتعددة، لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، لا سيما وأن المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان، وعامل الحياة والموت. وإدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات، والخدمة المقدمة للمرضى، والمراجعين للمستشفيات.

ويمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات

بالتالي<sup>(٢٢)</sup>:

### ■ جودة الخدمات الصحية

فالهدف من تطبيق إدارة الجودة هو: تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية، التي توفرها المستشفيات، والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات، وتقييم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا ما يحققه تطبيق نظام الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات.

### ■ رضا العميل

تستهدف الإدارة بالجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة بما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها، وذلك من خلال عمليات تستهدف تحسيناً مستمراً للجودة.

فنظام الإدارة بالجودة الشاملة يسعى إلى طمأنة المجتمع الذي يخدمه المستشفى نحو الخدمات التي يقدمها، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى تحسين صورة المستشفى ومكانتها في المجتمع، وتعزيز الثقة فيه.

### ■ رفع معنويات العاملين

تعد مشاركة العاملين بالمستشفى في صنع القرارات المتعلقة بالعمل من أساسيات نظام الإدارة بالجودة الشاملة، الأمر الذي يرفع معنويات العاملين بالمستشفى على اختلاف فئاتهم، ويمنحهم شعور المشاركة الذي يفجر طاقاتهم وإبداعاتهم، ويحقق الرضا الوظيفي بإيجابياته المتعددة.

المشاكل التي تعترض تنفيذ الإدارة بالجودة الشاملة في مستشفيات المملكة

١- تغيير الأنظمة وفقاً لتغير الإدارات.

٢- صعوبة تطبيق قرارات وأنظمة موحدة على جميع العاملين.

- ٣- الاهتمام بالجانب المالي الذي يأتي أولاً في أحيان كثيرة.
- ٤- بعض الشركات التي تقوم بتشغيل المستشفيات تطبق أنظمة جودة غير فعالة.
- ٥- لا زال هناك مفهوم خاطئ بأن الجودة تعني تكلفة أكثر.
- ٦- محدودية البرامج التدريبية للقوى العاملة السعودية في مجال أنظمة الجودة بالمستشفيات.
- ٧- الاعتماد على الخبرات والكفاءات الأجنبية.
- ٨- عدم وجود معايير للخدمات الصحية بالمملكة معتمدة من قبل وزارة الصحة، وما هو متوفر لا يساير التطور في الخدمات الصحية، ولا يتماشى مع المعايير الدولية مثل معايير JCAHO.
- ٩- الفهم الخاطئ لدى بعض العاملين بالمستشفيات لنظام الجودة على أنه نظام رقابي، يستهدف اصطيد الأخطاء.

### الهندرة Re-engineering

تعتبر هندرة نظم العمل أو إعادة البناء (Business Process Re-engineering) من أحدث المفاهيم، والمداخل، والأساليب الإدارية، لتحسين، وتطوير الأداء، سواء في المنظمات الحكومية أو الأهلية الخاصة، حيث بدأت في الظهور مع مطلع التسعينات الميلادية في منظمات الأعمال.

فلقد أدى الكساد الاقتصادي الذي ساد العالم خلال النصف الثاني من الثمانينات الميلادية إلي انهيار بعض الشركات في حين ازدهرت شركات أخرى وتربعت قمة المنافسة والربحية في الأسواق العالمية، الأمر الذي حدا بخبراء الإدارة إلي دراسة تجارب شركات القمة وأساليب عملها، وبناء على هذه الدراسات استخلصوا مبدأ (الهندرة).

ويعد مايكل هامر (Michael Hammer) أول من استخدم مصطلح الهندرة في مقالة كتبها في مجلة جامعة هارفارد (Harvard Business Review) في عام ١٩٩٠م.

ثم واصل مايكل هامر أستاذ علم الكمبيوتر في معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا بحوثه حول الهندرة، حتى أصدر كتاباً بعنوان: "Reengineering the Corporation" شاركه في تأليفه جيميس تشامبي (James Champy)<sup>(٢٣)</sup>.

### تعريف الهندرة

الهندرة هي: مصطلح جديد اشتق من كلمتي هندسة وإدارة، وهو: مصطلح عربي يقابل كلمة Re-engineering في اللغة الإنجليزية.

وفي كتابهما (هندرة الشركات) عرف مايكل هامر وجيميس شامبي الهندرة على أنها: "إعادة أساسية للتفكير وإعادة تصميم عمليات الأداء لتحقيق تطورات كبيرة في مقاييس الأداء العصرية مثل: التكلفة، والسرعة، والجودة، ومستوى الخدمة"<sup>(٢٤)</sup>.

ويمكننا تعريف الهندرة بأنها: إعادة تصميم عمليات، وإجراءات العمل الرئيسية، بشكل جذري دون النظر إلي الوضع الحالي استهدافاً لتطوير معدلات الأداء بحيث يتحقق تخفيض التكلفة وتحسين نوعية الخدمات وسرعة إنجاز الأعمال وكسب رضا العميل.

ومن هذا المنطلق فإن الهندرة لا تعني مجرد إجراء تعديلات وإصلاحات في عمليات وإجراءات العمل، وإنما تعني البدء من البداية، وإعادة البناء من جديد، وإعادة النظر في النظم والإجراءات الأساسية، وإعادة تطويرها بصورة جديدة مختلفة، وإعادة تصميم طرق وأساليب العمل، أي أن التغيير يعد جذرياً.

## عناصر الهندرة

ويمكن تلخيص عناصر الهندرة على النحو التالي:

١- إعادة نظر أساسية (Fundamental Rethinking): وتعني ببساطة أن الوقت قد حان لكي تعيد كل مؤسسة، وكل فرد، وعامل بها، النظر في أسلوب العمل المتبع ومراجعة مايقوم به من عمل، ولماذا يقوم به؟ وهل هذا العمل ذو قيمة للعملاء والمؤسسة؟ وهل يمكن أداءه بطريقة أفضل؟.

كل هذه الأسئلة يطرحها مبدأ الهندرة بأسلوب ومفهوم علمي، يساعد المؤسسات في الوصول إلي إجابات شافية لهذه الأسئلة.

٢- إعادة تصميم جذرية (Radical Redesign): تتضمن الهندرة حلولاً جذرية لمشاكل العمل الحالية، وهو أمر تميز به أسلوب الهندرة عن غيره من المفاهيم الإدارية السابقة، التي كانت في معظمها تسعى إلي حلول عاجلة وسطحية لمشاكل العمل ومعوقاته.

٣- نظم وأساليب العمل (Business & Processes): يتميز مبدأ الهندرة بتركيزه على نظم العمل أو مايعرف بالعمليات الرئيسية للشركات والمؤسسات المختلفة، حيث يتم دراسة وهندرة العملية بكاملها، ابتداء من استلام طلب العميل حتى إنجاز الخدمة المطلوبة<sup>(٢٥)</sup>.

ولذلك فالهندرة تساعد على رؤية الصورة الكاملة للعمل وتنقله بين الإدارات المختلفة، ومعرفة الحواجز التشغيلية والتنظيمية، التي تعوق العمل وتطيل من الزمن اللازم لتقديم الخدمة وإنهاء العمل.

والجدير بالذكر أن هناك العديد من المناهج العلمية الخاصة بالهندرة وتطبيقاتها، التي يمكن تطبيقها على كافة القطاعات الحكومية والخاصة، ولا يحتاج الأمر إلي خبرات نادرة للقيام بها. ومما يعد واحداً من أسرار وتميز

وانتشار الهندرة أن الموظفين العاملين داخل القطاع هم الذين يقومون بعملية الهندرة وإحداث التغيير المطلوب، مما يساعد كثيراً على تقبل التغيير، وتفاعل العاملين معه لمصلحة العمل والعملاء<sup>(٢٦)</sup>.

### مزايا الهندرة

ويمكن تلخيص أهم مزايا الهندرة على النحو التالي:

- توفير كافة المعلومات اللازمة لإنجاز العمل، وجعلها في متناول كل من يحتاج إليها بسرعة وسهولة.
- تقديم الخدمة وإنجاز العمل عند طلبه، وبشكل سريع.
- تحول الهياكل التنظيمية من الشكل الهرمي إلى الشكل الأفقي.
- التركيز على النتائج وليس الأنشطة.
- تطبيق مفهوم الموظف الشامل، وتقليص التخصص إلى حد كبير.
- تطوير أساليب العمل باستخدام وسائل تقنية المعلومات الحديثة.
- تبسيط عملية اتخاذ القرارات لتمكين موظفي مواجهة الجمهور من خدمة العملاء بشكل أفضل وأسرع<sup>(٢٧)</sup>.

• نتائج هائلة (Dramatic Results) لقد حققت الشركات التي طبقت مفهوم الهندرة نتائج متميزة في نسبة تحسن الدخل، والأرباح، وزيادة الإنتاجية، وتقليص الزمن اللازم لإنجاح العمل، وتقديم الخدمات للعملاء وتتضمن كتب الهندرة المختلفة الكثير من تجارب الشركات التي طبقت الهندرة والنتائج الهائلة التي حققتها هذه الشركات في مجالات متعددة.

### الفرق بين الهندرة والإدارة بالجودة الشاملة

تعتبر الإدارة بالجودة الشاملة والهندرة مدخلان حديثان نسبياً وإن كانت الهندرة أكثر حداثة.

وعلى عكس ما ذهب إليه بعض المفكرين الإداريين، فإنني أرى: أنهما مدخلان مكملان لبعضهما، حيث يهدف كل منهما إلى الوصول بالمنظمة إلى أعلى مستوى ممكن من الكفاءة والفعالية من خلال تطوير النظم والإجراءات .

ولكن الاختلاف بينهما يتمثل في حجم وسرعة التغيير، الذي يحدثه كل منهما، فالإدارة بالجودة الشاملة تستهدف إجراء تعديلات وتحسينات إضافية لتحسين الجودة، ورفع مستوى الكفاءة والفعالية، بينما تستهدف الهندرة إعادة بناء المنظمة وإحداث تغييرات جذرية وسريعة في نظم وإجراءات العمل الأساسية، ولهذا فإن تطبيق الهندرة يتطلب جهودًا إدارية واسعة، وإدارة عليا قادرة على التفاعل مع معطيات الهندرة، ولديها الاستعداد للتغيير وروح المبادرة والابتكار والإيمان بمبدأ مشاركة العاملين، والحرص على الأخذ بالتقنيات الحديثة في العمل، مثل: نظم المعلومات والبرامج الحديثة في الحاسب الآلي وغيرها.

### متطلبات تطبيق الهندرة

ويمكن القول بأن تطبيق الهندرة يتطلب التالي:

- ١- البداية الرئيسية تأتي من الإدارة العليا في المستشفى، من خلال إيمانها بالحاجة للتغيير، وإدارة عملية التغيير بكفاءة وفعالية، وتشجيع العاملين على تقبل التغيير والتكيف معه.
- ٢- تحديد العمليات الأساسية ذات الأولوية لتكون موضع إعادة البناء، وتحليل كل عملية من العمليات الأساسية، وتحديد عناصرها المختلفة.
- ٣- اقتراح البدائل وتقييمها.
- ٤- إعادة تصميم نظم وإجراءات العمل.
- ٥- تصميم معايير الأداء لتقييم وقياس التحسن في نظم وإجراءات البناء بعد تطبيق الهندرة.



## عيوب الهندرة

حيث إن مفهوم الهندرة يعد حديثاً نسبياً، ولقد تم تطبيقه في عدد من المستشفيات العامة والخاصة في الولايات المتحدة، إلا أن حداثة تطبيق الهندرة لم تتح إجراء دراسات تقييميه متكاملة تحدد من خلالها مشاكل الهندرة وعيوبها. ومع هذا، فلقد أشار بعض الخبراء المختصين في الولايات المتحدة إلى أن من مشاكل الهندرة في المستشفيات العامة صعوبة قياس الأداء في هذه المستشفيات نظراً لأن كثيراً من الأنشطة في هذا النوع من المستشفيات، مثل العلاقات العامة وغيرها يصعب قياس ناتجها.

كما أن ارتباط المستشفى بالإدارة الصحية الحكومية على مستوى المدينة، ثم على مستوى الولاية يسبب أحياناً بعض المشاكل في حالة عدم قيام هذه الإدارات بتطبيق الهندرة بطريقة سليمة، حيث يتسبب في أحداث اختناقات تنعكس على مستوى الخدمة التي تقدمها المستشفى.

## هوامش الفصل الثاني

- (١) **George Morrisey**, *Management by Objectives and Results*, Reading, Massachusetts: Ad-disonwesley Publishing Co (1976),P.19.
- (٢) **George Odiorne**, *Management by Objectives*, New York :Pitman Publishing Corp,(1965), P.55.
- (٣) **William Reddin**, *Effective Management by Objectives*, New York: McGraw-Hill Book Co,(1971), P.14.
- (٤) **Douglas McGregor**, *Integration and Self Control* ,New York: McGraw-Hill Book Co.(1974), P.11.
- (٥) سيد الهواري، الإدارة بالأهداف والنتائج، القاهرة: مكتبة عين شمس، (١٩٧٦م)، ص ٦٩.
- (٦) **Massaki, Lmai**, *Kaizen Wave Circles the Globe*, Tokyo Business Today, May (1990).
- (٧) **Matherely, Laur and Allan Laster**, *Implementing TQM in a Hospital*, Quality Progress, April (1984) P11.
- (٨) **Philip Crosby**, *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*, New York: McGraw- Hill Book Co., (1979) P.150.
- (٩) Institute, *Introduction to Total Quality Management*, The U.S. Federal Printing Office, (1991) P.iii.
- (١٠) حسين محمد علي العلوي، الجودة الشاملة، سلسلة مقالات، جريدة عكاظ، ذي القعدة (١٤١٧هـ).
- (١١) **Martin D. Merry**, Illusion vs. Reality, TQM beyond the yellow brick road, *Healthcare Executive*, March / April (1991).
- (١٢) **C.Laughlian and A. Kaluzny**, Total Quality Management in Healthcare *Manage. Rev.* 15 (3) 7-14 (1990).

(١٣) خالد بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض، المملكة العربية السعودية ، مكتبة العبيكان، (١٤١٨هـ) ، ص:٧٧.

(١٤) **Abdulaziz Saddique Pham. D .** *Continuous Quality Improvement, A Model for Health Care*, King Saudi University Press, (1996).

(١٥) **Thomas V. Thomson**, Implementing Total Quality Management in Healthcare; How do we get there from here, JHQ Arch/ 15,(2) April (1993).

(١٦) **Mary Walton**, *The Deming Management Method*, Putnam Publishing Group, (1986).

(١٧) **P. Crosby**, *Leading; The Art of Becoming an Executive*, New York; McGraw-Hill Book Company.

(١٨) **Mary Walton**, *The Deming Management Method*, Putnam Publishing Group, (1986).

(١٩) **P. Crosby**, *Leading; The Art of Becoming an Executive*, New York; McGraw-Hill Book Company).

(٢٠) **J. Juran**, *Juran's Quality Control Handbook*, 4<sup>th</sup> Edition , New York; McGraw-Hill Book company,(1988).

(٢١) **Chapman Wood**, The Prophets of Quality , *Quarterly Review*, Fall (1988) , America Society of Quality Control.

(٢٢) خالد بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، الرياض: مكتبة العبيكان للنشر (١٤١٨هـ) ، ص ص : ٢٨-٢٩.

(٢٣) **M. Hammer** and *J. Champy*, *Reengineering the Corporation A Manifesto for Business Revolution* , London: Nicholas Brealey Publishing, P.12. (1993).

(٢٤) **M. Hammer** (1990), Re-engineering Work- Do not automate obliterate, *Harvard Business Review*, July-August, P P:104-112.

- (٢٥) المصدر السابق، ص ١١.
- (٢٦) عائض العمري، الهندرة: عصر جديد في إدارة الأعمال، الرياض، الديوان العام للخدمة المدنية: نشرة الخدمة المدنية - العدد (٢١٥)، محرم (١٤١٧هـ)، ص ص ٦-٧.
- (٢٧) هندرة العمليات الإدارية: تجربة الخطوط الجوية السعودية، ورقة عمل مقدمة من الخطوط السعودية، ندوة الإجراءات الإدارية في الأجهزة الحكومية، معهد الإدارة العامة، ١٤/١١/١٤هـ، ص ٥.

## الفصل الثالث

### بدائل تمويل المستشفيات العامة

- خصخصة المستشفيات العامة
- التأمين الصحي



## خصخصة المستشفيات العامة

### التعريف

"الخصخصة" أو "التخصيص" أو "التخصيصية" أو "التخاصية" أو "الخصوصية" كما يطلق عليها في دول المغرب العربي هي مصطلحات يقابلها في اللغة الإنجليزية مصطلح "Privatization"، ويقصد بها: بيع أو نقل مؤسسات وشركات الحكومة للقطاع الخاص/ أو منح هذا القطاع الخاص حق تملكها و/ أو إدارتها وتشغيلها<sup>(١)</sup>.

ويعرفها "هانك" بأنها: "رسم السياسات التي تحفز على تحويل القطاع العام إلى قطاع خاص، من أجل إنتاج وتوفير مختلف السلع والخدمات"<sup>(٢)</sup>.

وتعرف الخصخصة بأنها: تحويل الممتلكات والأصول الحكومية إلى القطاع الخاص أو تحويل بعض المهام والخدمات الحكومية لتمارس عن طريق القطاع الخاص<sup>(٣)</sup>.

ويمكننا تعريف الخصخصة بأنها: اتجاه أو عملية إدارية يتلخص مفهومها في تحويل قطاع حكومي - مصلحة حكومية أو مؤسسة عامة - إلى قطاع خاص سواء كلياً أو جزئياً بحيث تدار وفق أساليب إدارة الأعمال.

ورغم أن الخصخصة تعد فكرة قديمة عرفت منذ تاريخ بعيد، إلا أن مفهومها كعملية تغيير تستهدف رفع مستوى الإنتاجية وخفض التكاليف إنما ظهر وانتشر في عهد قريب في الولايات المتحدة، وبدا واضحاً في أواخر السبعينات الميلادية في بريطانيا<sup>(٤)</sup>.

ولقد عمت ظاهرة الخصخصة مختلف دول العالم المتقدم والنامي على حد سواء، وتحث المنظمات الدولية، وفي مقدمتها صندوق النقد الدولي، والبنك

الدولي للإنشاء والتعمير دول العالم على الإسراع في تطبيق الخصخصة في مختلف المرافق والخدمات، لاسيما تلك المتعلقة بالخدمة العامة.

ولقد بلغ عدد المنشآت الحكومية التي تحولت للقطاع الخاص حوالي ٥٨٠٠ منشأة في أكثر من ٨٠ دولة خلال عقد التسعينات الماضي<sup>(٥)</sup>.

وأنشأت بعض الدول (مثل دولة المغرب) وزارة بمسمى وزارة الخصخصة، لتولي مهام وضع وتنفيذ سياسات تحويل المؤسسات، والشركات العامة إلى القطاع الخاص.

### أساليب وأشكال خصخصة المستشفيات

تختلف أساليب وأشكال الخصخصة من دولة إلى أخرى، ومن قطاع إلى آخر في الدولة الواحدة، ولكن بصفة عامة لا تخرج عن الأشكال التالية:

- تحويل ملكية المستشفى بالكامل للقطاع الخاص.
- الملكية المشتركة بين القطاعين العام والخاص.
- تأجير المستشفى واستثماره.

### مبررات خصخصة المستشفيات

هناك دوافع ومبررات تدفع إلى الأخذ بمبدأ خصخصة المستشفيات العامة من أهمها:

- إن تكاليف خدمات المستشفيات تعد من أعلى أنواع الخدمات، وإذا كان العالم يصرف سنويًا ٢ تريليون دولار على الخدمات الصحية فإن ٨٠٪ تقريباً من هذا المبلغ يصرف لتمويل خدمات المستشفيات.

- وتشهد تكاليف خدمات المستشفيات ارتفاعاً متسارعاً وكبيراً يوماً بعد آخر، إلى الدرجة التي لا تستطيع معها حكومة أي دولة أن تتحمل بمفردها



تكاليف تمويل خدمات مستشفياتها، ولذلك فإنه لا بد من وجود مصادر تمويل أخرى.

- ازدياد الطلب على خدمات المستشفيات، وذلك نظراً للزيادة المستمرة في عدد السكان. ونظراً لتغير نمط الحياة الذي أصبح يتسم بقلّة الحركة وكثرة وتنوع الطعام غير الصحي إلى جانب التلوث البيئي، وسلبيات المدنية الحديثة، كذلك قد يكون لارتفاع مستوى الوعي الصحي دور في ذلك.

- انخفاض الموارد المالية للمستشفيات العامة، وهو وضع سائد في معظم الدول، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى لتزايد الأعباء المالية للحكومات.

- كثرة الأنظمة واللوائح والإجراءات، وتعددتها في المستشفيات العامة، حيث إن المستشفيات العامة تطبق أنظمة الدولة وتأخذ بأسلوب الإدارة العامة.

- سوء استخدام المستشفيات العامة، حيث إن هناك حاجة إلى تقنين استخدام المستشفيات العامة من قبل المستهلكين، ذلك أن المستشفيات العامة كونها مجانية أو رمزية الرسوم فقد يؤدي ذلك إلى سوء استخدامها من قبل المستهلكين للخدمة.

- ظهور مشكلات واحتياجات صحية جديدة تتعلق بالنشاطات الصناعية والعمرانية، والمدنية الحديثة، وازدياد حالات الأمراض المزمنة، كأمراض السكري وضغط الدم والقلب.

- عقود المستشفيات: هناك مستشفيات عامة في بعض الدول تقوم بتشغيلها شركات خاصة أهلية إما كلياً أو جزئياً ويمكن اعتبار عقود تشغيل المستشفيات شكلاً من أشكال الخصخصة، أو مرحلة من مراحلها.

### مميزات خصخصة المستشفيات العامة

- ١- المرونة والكفاءة والفعالية: تتميز المؤسسات التي تدار وفق مبادئ إدارة الأعمال الخاصة بالمرونة، والفعالية، والكفاءة، أي تحقيق الأهداف بأقل التكاليف وأعلى مستوى من الجودة.
  - ٢- سرعة اتخاذ القرارات: تمر عملية صنع واتخاذ القرار عبر قنوات محدودة في مؤسسات القطاع الخاص مقارنة بمؤسسات القطاع العام.
  - ٣- تخفيف العبء على ميزانية الدولة: إن المستشفيات تستنزف ميزانيات الدولة، نظراً للتكاليف الباهظة لخدمات المستشفيات.
  - ٤- تخفيف العبء عن أجهزة وزارة الصحة: في الكثير من دول العالم تضطلع وزارة الصحة بمهام متعددة، ومسؤوليات جسيمة، تشمل تقديم الخدمات العلاجية، والوقائية، والبحوث الطبية، والدوائية، وتنمية القوى العاملة الصحية، وتقوم في هذا الإطار بإنشاء المرافق الصحية وتوفير الإمكانات المادية، والبشرية لتشغيلها.
- ولذلك فإن خصخصة المستشفيات العامة تؤدي إلى تفريغ وزارات الصحة لتوفير الخدمات الوقائية، وترسيخ دعائم الرعاية الصحية الأولية التي تمثل خدماتها ٨٠٪ من الخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع في حال وصولها إلى المستوى المأمول من الكفاءة، والفعالية والجودة، وكذلك تمكينها من التركيز على مهام التخطيط الصحي، ورسم السياسات الصحية، والبحوث، والدراسات، والترخيص للمؤسسات الصحية وغير ذلك.
- ٥- توسيع قاعدة الاستثمار: يؤدي تحويل المستشفيات العامة إلى شركات مساهمة، إلى توسيع قاعدة الاستثمارات الفردية والجماعية، وزيادة أعداد المستثمرين المساهمين.

٦- مشاركة العاملين في رأس المال: عندما يشارك العاملون بالمستشفى، في رأس مال المستشفى ويصبحوا مساهمين فيها، فإن ذلك يمنحهم شعور المالك، وذلك حافز كبير لهم للمزيد من الحرص والعطاء.

### متطلبات الخصخصة

خصخصة المستشفيات العامة - كما أشرنا- هي عملية تغيير اقتصادية وصحية كبيرة، وتبعاً فإن لها متطلبات أساسية يتوقف نجاح الخصخصة على توفرها، من هذه المتطلبات ما يلي:

١- القطاع الخاص: يتوقف نجاح برنامج الخصخصة على وجود قطاع خاص (أهلي) قادر على الاضطلاع بدوره في تحمل عملية التغيير الجديدة، ويمكن قياس مقدرة القطاع الخاص من خلال عدة معايير لعل منها: حجم مساهمة القطاع الخاص في الناتج الوطني، ونسبة ما يشكله من إجمالي الدخل الوطني، وإجمالي رأس مال، واحتياطي القطاع المصرفي، وحجم السيولة التي تتيحها البنوك، وحجم سوق الأسهم ومدى نشاطها، ومعدلات أرباح الشركات المساهمة، وحجم استثمارات القطاع الخاص في المجال الصحي.

٢- مناخ الاستثمار في القطاع الصحي: حجم الاستثمار في القطاع الصحي ومعدلات نمو القطاع الصحي الخاص تعكس مدى الاحتياج إلى التوسع في الاستثمار بهذا القطاع، كما يدل على ملائمة المناخ الاستثماري للتوسع في المجال الصحي، وإن هناك احتياجاً وقبولاً من قبل المجتمع لهذا التوسع.

٣- متطلبات إدارية وتنظيمية: إن تبني الخصخصة يتطلب إجراء تعديلات في الهيكل التنظيمي للوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية ويتطلب إيجاد إدارات جديدة، وإلغاء إدارات أخرى كما يتطلب تطبيق تنظيمات إدارية ومالية وصحية جديدة بما يتفق والتغير الذي يحدث في دور الوزارة ومسؤولياتها.

وقبل هذا فإن الأخذ بمبدأ التخصصية يتطلب إعادة صياغة الاستراتيجية الصحية للدولة، وسياسات، وأهداف التنمية الصحية فيها.

### النموذج السعودي لخصخصة المستشفيات

جاء ضمن الأهداف العامة لخطة التنمية الثامنة (١٤٢٥-١٤٣٠هـ) بالمملكة العربية السعودية الهدف التالي: زيادة إسهام القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

كما نصت الأسس الاستراتيجية للخطة على التالي:

"مواصلة الاهتمام بتهيئة المناخ الملائم لزيادة إسهام القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وتكثيف المبادرات الحكومية لتشجيع الاستثمارات الخاصة الوطنية والأجنبية"<sup>(٧)</sup>.

و تضمنت إستراتيجيات خطة التنمية السادسة على التالي:

"اتباع سياسة مالية تحقق تناسب حجم الإنفاق مع إيرادات الدولة على مدى عمر الخطة من خلال وضع برامج (تخصيص) لبعض المشروعات الحكومية، التي يمكن أن يضطلع بها القطاع الخاص، وتحديد أوجه النشاط بالمرافق والخدمات والمشاريع التي يمكن تنفيذها من قبل القطاع الخاص"<sup>(٧)</sup>.

وكذلك فقد تضمنت خطة التنمية الصحية السادسة (١٤١٥ - ١٤٢٠هـ)

بالمملكة العربية السعودية ضمن أهدافها ما يلي:

تمكين القطاع الخاص من المشاركة مع وزارة الصحة والجهات الحكومية الأخرى في تقديم الخدمات الطبية وفق الضوابط المنصوص عليها والمساهمة في تطوير الخدمات الصحية وتشغيل مرافقها.

كما تضمنت الخطة الهدف التالي: تحسين كفاءة تشغيل المرافق الصحية

وجاء في السياسات لتحقيق هذا الهدف دراسة إدخال أحد البديلين التاليين:

١- تحويل المستشفيات إلى القطاع الخاص، وتشغيلها على أسس اقتصادية بحيث تدفع لها الدولة تكلفة علاج كل مريض يحال إليها من مراكزها الصحية.

٢- إنشاء مؤسسة عامة، أو شركة مساهمة للمستشفيات ذات استقلال ومرونة مالية، وإدارية، تشارك الدولة في إدارتها، وتتقاضى تكاليف العلاج من وزارة الصحة بالنسبة للمرضى الذين يتم تحويلهم من مراكزها الصحية<sup>(٨)</sup>.

وجاء ضمن أهداف الخطة الصحية الثامنة (١٤٢٥ - ١٤٣٠هـ) التالي: " تعزيز دور القطاع الخاص في توفير وتقديم الخدمات الصحية".

كما جاء ضمن سياسات الخطة ما يلي: "دراسة تحويل ملكية بعض مستشفيات وزارة الصحة إلى القطاع الخاص"<sup>(٨)</sup>.

#### دوافع ومبررات خصخصة المستشفيات العامة في المملكة

• تقدم المملكة العربية السعودية الخدمات الصحية للمواطنين مجاناً. وبالنظر إلى التكاليف العالية والمتزايدة للخدمات الصحية أصبحت الحاجة ملحة للبحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية لتساهم مع الدولة في تحمل الأعباء المالية للخدمات الصحية ففي تطبيق الخصخصة تخفيف العبء على ميزانية الدولة حيث شكلت ميزانية وزارة الصحة في العام ١٤٢٨/١٤٢٩هـ ٥.٦٪ من ميزانية الدولة تستنزف خدمات المستشفيات نحو ٨٠٪ منها أما تكلفة الخدمات الصحية بمختلف قطاعاتها فتصل إلى ما يقارب ١٠٪ من الميزانية العامة بينما لا يتجاوز حجم الإنفاق على القطاع الصحي ٤٪ من الناتج الوطني في الدول النامية وإن كان تجاوز ١٠٪ في بعض الدول المتقدمة<sup>(٩)</sup>.

• يضطلع جهاز وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية بمهام متعددة، ومسؤوليات كبيرة، بدءاً من تقديم الخدمات العلاجية إلى تقديم الخدمات الصحية

الوقائية، والبحوث الطبية والدوائية، وتنمية القوى البشرية الصحية. وتقوم في هذا الإطار بإنشاء المرافق الصحية من مستشفيات ومراكز صحية، وتشغلها بما يتطلب ذلك من توفير الإمكانيات المادية، والبشرية، إلى جانب الإشراف على القطاع الصحي، ومتابعته والترخيص للعاملين فيه، إضافة إلى مهام تقديم الخدمات الصحية في الحج، وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية لها. ولذلك فإن هناك حاجة إلى تخفيف أعباء وزارة الصحة لتمكين من التركيز على ترسيخ دعائم الرعاية الصحية الأولية وتطويرها، حتى تصل إلى المستوى المناسب لاحتياجات المجتمع السعودي. إن خدمات الرعاية الصحية الأولية تمثل نحو ٨٠٪ من الخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع في حال وصولها إلى المستوى المأمول من الكفاءة والفعالية، حيث يقتصر دور المستشفيات على ٢٠٪ فقط.

- إن خصخصة المستشفيات العامة تؤدي إلى توسيع قاعدة الاستثمارات الفردية، والجماعية، وزيادة أعداد المساهمين والمستثمرين من المواطنين، عندما تتحول المستشفيات إلى شركات مساهمة، كما أن مشاركة العاملين بالمستشفى في رأس المال يعطيهم حافزاً، ويمنحهم شعور المالك، وذلك ينعكس تبعاً على مستوى إنتاجيتهم.

- إن خصخصة المستشفيات العامة تسهم في تحقيق هدف المشاركة الفاعلة للقطاع الخاص في مجالات التنمية، وهو هدف استراتيجي من أهداف الدولة.

- إن هناك حالياً ٧١ مستشفى من مستشفيات وزارة الصحة تدار بواسطة شركات خاصة ٢٦ مستشفى منها تدار من خلال ما يعرف بالتشغيل الكامل و ٣٥ تدار بالتشغيل الشامل. والتشغيل الكامل يعني أن شركة من شركات القطاع الخاص تتولى تشغيل المستشفى بالكامل بموجب عقد رسمي، وإن دور وزارة

الصحة هو إشرافي فقط. أما التشغيل الشامل: فإنه يعني أن وزارة الصحة تدير المستشفى بالاشتراك مع شركة من شركات القطاع الخاص، كما أن شركات من القطاع الخاص تتولى بموجب عقود أعمال الصيانة والنظافة والتغذية وغيرها في بقية مستشفيات وزارة الصحة.

• يزداد الطلب على الخدمات الصحية في المملكة ازدياداً كبيراً متسارعاً، نتيجة لمعدل النمو السكاني العالي، والذي يبلغ ٣,٧٪ وهو من أكبر معدلات النمو السكانية في العالم، كما تعزى الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية إلى تغير نمط الحياة وزيادة الرفاهية، التي تؤدي إلى الخمول، وقلّة الحركة وتغير العادات الغذائية التي تميل إلى تناول الأطعمة التي تكثر فيها الدهون والسكريات. ولقد أدى ذلك إلى انتشار بعض أمراض الرفاهية بصورة واسعة في المجتمع السعودي، مثل: أمراض القلب، والسكري، وارتفاع ضغط الدم. كما أن مجانية الخدمات العلاجية أسهمت في زياد معدلات استهلاك خدمات المستشفيات حيث يكثر مراجعوها من الذين يعانون أمراضاً لا تحتاج إلى مستشفيات. كما أن متوسط الحياة بلغ ٧٣,٣، وبالتالي فإن الطلب على الخدمات الصحية يزداد يوماً بعد آخر، وكذلك أعداد المسنين واحتياجاتهم الصحية.

• كثرة الأنظمة واللوائح، وتعدد الإجراءات تعدد أمراً ظاهراً في المستشفيات العامة، ذلك أن هذه المستشفيات تطبق الإجراءات والأنظمة ذاتها المطبقة في أجهزة الدولة الأخرى الأمر الذي يحد من المرونة، والفعالية التي تتطلبها أعمال المستشفيات.

## القطاع الخاص في المملكة

إن عملية خصخصة المستشفيات العامة في المملكة العربية السعودية لا يمكن أن تتم ما لم يكن هناك قطاع خاص، قادر على تحمل مسؤولية الخصخصة. وباستعراض بعض المؤشرات الاقتصادية للقطاع الخاص السعودي يمكن القول بأنه يمتلك مقومات إيجابية في هذا الصدد ومن هذه المؤشرات:

- إن القطاع الخاص يشكل ٥٤,٦ ٪ من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي.
- يبلغ رأسمال القطاع المصرفي ٣٣ مليار ريال.
- تتيح البنوك التجارية سيولة مالية تصل إلى ١٠٣ مليار ريال.
- يوجد في المملكة ٦٩٣ ألف منشأة حتى نهاية العام المالي ١٤٢٤/١٤٢٥ هـ .
- يوجد سوق نشط للأسهم مبلغ رأسماله السوقي في عام ١٤٢٤/١٤٢٥ هـ ٨٩١ بليون ريال.
- يبلغ حجم استثمارات القطاع الخاص في المجال الصحي أكثر من ١٠ مليارات ريال.

## نمو القطاع الصحي الخاص في المملكة

شهد القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية نمواً مضطرباً خلال السنوات الماضية، فلقد ارتفع عدد المستشفيات الخاصة من ٤٠ مستشفى في عام ١٤٠٥ هـ إلى ١٢٣ مستشفى في عام ١٤٢٩ هـ، أما المستوصفات الخاصة فلقد زاد عددها من ٢٢٤ مستوصفاً في عام ١٤٠٥ هـ إلى ١١٥٢ مستوصفاً في عام ١٤٢٩ هـ.

وهذا النمو الكبير الذي شهده القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية يعكس مدى الاحتياج لتوسع هذا القطاع.



### كفاءة أداء المستشفى بين القطاعين (العام والخاص) في المملكة

أجرى أحد المراكز المتخصصة دراسة جدوى اقتصادية حول تحويل مستشفيات وزارة الصحة للقطاع الخاص تضمنت تقييم نسبة الكفاءة في عينة من مستشفيات القطاعين (العام والخاص) في المملكة وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية<sup>(١٠)</sup>:

- يبقى المريض مدة أطول في مستشفيات القطاع العام، ومتوسط هذه المدة أعلى بنسبة ١٣٪ من مستشفيات القطاع الخاص.
  - تكلفة الوحدة الإنتاجية لخدمات المستشفيات العامة محسوبة بمتوسط تكلفة السرير في اليوم بلغت ٣٢٠ ريالاً وهي أعلى بنسبة ٢٨٪ من التكلفة في مستشفيات القطاع الخاص.
  - حيث إن متوسط تكلفة المريض الواحد هي محصلة معدل استهلاك السرير، ومتوسط تكلفة السرير في اليوم الواحد لكل حالة، فقد قدر متوسط تكلفة التشخيص والعلاج في القطاع العام بمبلغ ٢٨٥٦ ريالاً لكل حالة وهي أعلى بنسبة ٦٠٪ من التكلفة في القطاع الخاص، والتي تبلغ ١٧٨٤ ريالاً.
  - يرجع سبب ارتفاع التكلفة في المستشفيات الحكومية إما إلى ارتفاع التكاليف، أو تدني مستوى الإنتاجية، أو كلاهما معاً.
- وإذا علمنا أن متوسط الأجر الشهري في القطاع الخاص أعلى بنسبة ٢٣٪ منه في القطاع العام، بالنسبة لجميع أعضاء هيئة التمريض. فإن الانخفاض النسبي في التكلفة اليومية للسرير في مستشفيات القطاع الخاص، لا بد وان يكون مرجعه إلى ارتفاع إنتاجية العاملين في هذا القطاع. إذ تشير الإحصائيات أن

متوسط عدد المراجعين للعيادات الخارجية في المستشفيات الخاصة أعلى بنسبة ٢٨٪ ومتوسط عدد الأسرة المتوافرة يومياً أعلى بنسبة ٤٠٪ ومتوسط عدد الأسرة المشغولة يومياً أعلى بنسبة ١١٪ من مثيلاتها في مستشفى القطاع العام.

### النموذج المقترح

ينبثق النموذج الذي نقترحه لخصخصة المستشفيات العامة في المملكة من السياسات التي نصت عليها خطة التنمية الصحية الثامنة (١٤٢٥-١٤٣٠هـ، جدول ٣-١) مع ملاءمته للبيئة السعودية، فما ينجح نجاحاً باهراً في أرقى بلد ليس بالضرورة أن ينجح في المملكة. ويتمثل النموذج المقترح في تحويل مستشفى، أو مجموعة مستشفيات عامة إلى شركة مساهمة مختلطة (حكومية وخاصة) بحيث تحسب موجودات المستشفيات وأصولها من مبان وأجهزة، ومعدات طبية وغير طبية، وأثاث وغيره، كأسهم للدولة في حدود لا تزيد عن ٥١٪ بينما تطرح بقية الأسهم للاكتتاب العام على أن يشارك العاملون بالمستشفى كمساهمين في الشركة.

### عناصر النموذج المقترح

- تتفرغ وزارة الصحة لأداء مهام التخطيط الصحي، ورسم السياسات الصحية، والتراخيص للمنشآت الصحية، والعاملين الصحيين، والجودة، والرقابة، وترسيخ دعائم الخدمات الصحية الوقائية والرعاية الصحية الأولية التي تظل تقدم خدماتها مجاناً.

- أن يكون للشركة حرية كاملة في إدارة وتشغيل المستشفى.

- تتحمل وزارة الصحة تكاليف علاج المرضى المحولين من مراكز الرعاية الصحية إلى المستشفى، كما تتحمل تكاليف علاج حالات الطوارئ في المستشفى.

• وبهذا يستمر الأخذ بمبدأ مجانية العلاج، ولكن وفق تقنين وتنظيم محكم يمنع الهدر في استهلاك خدمات المستشفيات، فكما هو معروف أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تعالج نحو ٨٠٪ من المشاكل الصحية و ٢٠٪ فقط تعالجها المستشفيات.

• يحق لمن يرغب من المواطنين والمقيمين مراجعة المستشفى مباشرة، وتحمل تكاليف العلاج.

• يحق للمستشفى التعاقد مع أي جهة لعلاج منسوبيها، سواء شركات أو مؤسسات خاصة أو شركات تأمين.

• لا تعني الخصخصة وفق النموذج السعودي التخلي عن دور الدولة، بل يظل للدولة اليد العليا بنسبة المساهمة، حتى لا تتحول الخدمة العلاجية الإنسانية إلى عملية تجارية بحته تضر بالصحة العامة، وتؤثر سلبيا على هدف توفير الرعاية الصحية لكل مواطن . كما أن الدولة تحمي مصالح المواطنين من خلال حصتها (٥١٪).

وبهذا فإن الخصخصة تتحقق ولكن في ظل المحافظة على مبدأ مجانية العلاج بحيث تكون الخدمة مجاناً لمرضى الطوارئ، والمحاليين من مراكز الرعاية الصحية الأولية فقط.

#### عيوب ومحاذير الخصخصة

إن الخصخصة كما أشرنا هي عملية تغيير كبيرة، وتبعاً فإنه لا بد وأن يكون لها سلبياتها وعيوبها، ويمكن تلخيص أبرز محاذير خصخصة المستشفيات بصفة عامة وفي المملكة خاصة فيمالي:

١- يخشى لجوء القطاع الخاص إلى استغلال ظروف المرضى في سبيل تحقيق أقصى قدر من الربح .

٢- يخشى من الاحتكار للخدمات الصحية.

٣- التحول السريع للقطاع الخاص، قد يقود إلى عواقب وخيمة، ويؤدي إلى فشل التجربة، ولهذا فإن التدرج يعد مطلباً أساسياً في تطبيق الخصخصة، وذلك من خلال خطة محكمة ومدروسة من كافة الجوانب، ويمكن على سبيل المثال أن يتم البدء بمستشفيات التشغيل الكامل لجاهزيتها وأن تكون البداية بخصخصة مستشفى واحد في كل منطقة من المناطق الرئيسية الثلاث وذلك كمرحلة أولى.

٤- القوى العاملة: حيث تسعى شركة القطاع الخاص إلى تقليص أعداد من القوى العاملة بالمستشفى، وبالتالي يرتفع معدل البطالة في المجتمع، وما لذلك من آثار سلبية والواقع أن هذه المشكلة تعد أخطر مشاكل الخصخصة وتواجه عمليات الخصخصة في كل مكان في العالم، ولذلك فإن بعض الحكومات تشترط على الشركة الجديدة الإبقاء على العاملين لمدة معينة ثلاث أو خمس سنوات مثلاً كما حصل في ماليزيا، وبالنسبة للمملكة فإن هذه المشكلة تعد أقل حدة نظراً لقلّة أعداد الفنيين السعوديين، ولكن الحل الأمثل يكون عن طريق التدريب، وإعادة تأهيل العمالة الزائدة لشغل الوظائف التي يكون فيها احتياج لقوى عاملة.

٥- يخشى من التأثير السلبي للخصخصة على انسيابية حصول المواطن على الخدمة الصحية Accessibility.

جدول (٣-١). ميزانية وزارة الصحة في السنوات ١٤٢٤ / ١٤٢٥هـ إلى ١٤٢٨ / ١٤٢٩هـ، بالنسبة للميزانية العامة للدولة (بآلاف الريالات).

الإ اعتمادات المالية لوزارة الصحة						اجمالي الميزانية السنوية	السنة
الباب الرابع	الباب الثالث	الباب الثاني	الباب الأول	النسبة %	اجمالي الميزانية		
١,٠٤٠,٠٠٠	٣,٣٠٠,٠٠٠	٢,٥٨٩,٣٠٠	٧,٨٢٧,٠٥٠	٦,٤	١٤,٧٥٦,٣٥٠	٢٣٠,٠٠٠,٠٠٠	١٤٢٥/١٤٢٤
١,٤٥٦,٠٥٠	٣,٦٢٤,٥٠٠	٢,٧٨٧,٥٠٠	٩,٠٠٢,٦٠٠	٦,٠	١٦,٨٧٠,٧٥٠	٢٨٠,٠٠٠,٠٠٠	١٤٢٦/١٤٢٥
١,٨٥٢,٨٠٠	٤,٢٩٣,٠٠٠	٣,٢٢٠,٥٠٠	١٠,٣١٧,٤٠٠	٥,٩	١٩,٦٨٣,٧٠٠	٣٣٥,٠٠٠,٠٠٠	١٤٢٧/١٤٢٦
٢,٣٠٠,٠٠٠	٥,٢٠٠,٠٠٠	٣,٧٨١,٠٠٠	١١,٥٢٧,٢٠٠	٦,٠	٢٢,٨٠٨,٢٠٠	٣٨٠,٠٠٠,٠٠٠	١٤٢٨/١٤٢٧
٢,٦٠٠,٠٠٠	٦,٠٠٠,٠٠٠	٤,٢٢٨,٠٠٠	١٢,٣٩٢,٠٠٠	٥,٩	٢٥,٢٢٠,٠٠٠	٤٥٠,٠٠٠,٠٠٠	١٤٢٩/١٤٢٨

\* بالنسبة لإجمالي الميزانية

### التأمين الصحي

تعد الخدمات الصحية أعلى أنواع الخدمات قاطبة، وتتزايد تكاليفها تزايداً كبيراً، ومتواصلاً يوماً بعد آخر في مختلف أنحاء العالم، حيث يصرف العالم سنوياً أكثر من ٢ تريليون دولار سنوياً على الخدمات الصحية، ويتجدد رأس مال المستشفى كل ثلاث سنوات، حيث تبلغ تكلفة تشغيله سنوياً ثلث رأسماله، الأمر الذي حدا بالدول إلى البحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية، وتقنين استخدامها، والمحافظة على جودتها، والسعي المستمر لتطويرها، فكان التأمين الصحي هو البديل الأمثل، حيث تطبق ١٠٥ دولة من دول العالم التأمين الصحي و٥٥ دولة من ٩٠ دولة نامية تطبقه.

والمملكة العربية السعودية شأنها شأن سائر دول العالم، تواجه مشكلة الارتفاع الكبير والمتسارع في تكاليف الخدمات الصحية، حيث تصرف ما

يقارب ١٠٪ من ميزانيتها السنوية العامة على الخدمات الصحية، ومع هذا وفي ظل التوسع في الخدمات الصحية، وتزايد حجم الطلب عليها، والارتفاع المتواصل في تكاليفها حدث شيء من الخلل في التوازن بين الموارد والتكاليف، الأمر الذي يتطلب دراسة بدائل للتمويل، ويظل تطبيق الضمان الصحي والتعاوني أهم هذه البدائل، وأكثرها مناسبة لظروف المملكة، حيث يحقق مبدأ التكافل ويسهم في الحفاظ على المكتسبات الصحية التي حققتها، وتطويرها ومواكبة أحدث التقنيات الطبية، وتقنين استخدام الخدمات الصحية، هذا إلى جانب مشروعيته دينياً.

١- مفهوم الضمان الصحي التعاوني: تعني كلمة (الضمان) الكفالة والالتزام - كما جاء في المعجم الوسيط، ورغم أن المصطلح المقابل في اللغة الإنجليزية للضمان والتأمين هو مصطلح واحد للكلمتين Insurance إلا أن التأمين في اللغة العربية - كما جاء في المعجم الوسيط - هو عقد يلتزم أحد طرفيه، وهو المؤمن من قبل الطرف الآخر وهو المستأمن أداء ما يتفق عليه عند حلول أجل معين في نظير مقابل نقدي معلوم. ومع هذا يظل المعنى متقارباً وإن كان المفهوم المصطلحي للضمان أكثر شمولية، وأعمق التزاماً.

والفرق يتمثل في كلمة "التعاوني" فإذا كان التأمين تعاونياً فإن ذلك ينقل التأمين بعيداً عن مفاهيم الربحية التجارية إلى المفاهيم التكافلية التي لا تستهدف الربح، وإذا تحقق هامش ربحي فإنه يستثمر ويوزع على المشتركين.

والضمان الصحي هو نظام يجسد مفهوم التكافل والتعاون من المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية التي يحتاجها، أي أنه يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من الأفراد بدلاً من تحميلها شخص واحد. وهو يحقق المشاركة من المجموعة مع الفرد ومن صاحب العمل مع العامل

ومن الأصحاء مع المرضى، ومن الأثرياء مع الفقراء، ومن المجتمع ككل مع الفرد الذي يحتاج إلى الرعاية الصحية عند احتياجه لها.

٢- التطور التاريخي للتأمين الصحي: يرجع تاريخ التأمين الصحي في البلدان الصناعية إلى تنظيمات التجار والصناع في القرون الوسطى. يقول بريان آييل سميث: "وجد منذ وقت مبكر أنه من الأفضل في المهن المحفوفة بالمخاطر كالعامل في المناجم. أن تدفع تكاليف معالجة الحوادث مسبقاً من خلال نظام للاشتراكات، بدلاً من الانتظار حتى تؤدي الإصابات إلى العجز عن كسب العيش"<sup>(١)</sup>.

ويعد مشروع التأمين الصحي الإلزامي الذي طبق في ألمانيا عام ١٨٨٢م أول مشروع فعلي للتأمين الصحي المنظم.. وانتشر بعد ذلك في أوروبا.. ولقد أقيمت بعض مشاريع التأمين الصحي في بعض البلدان على أساس مهني، وفي البعض الآخر على أساس جغرافي.

وفي بعض البلدان قامت مؤسسات التأمينات الاجتماعية بإنشاء مستشفيات خاصة بها.

وعقب الحرب العالمية الثانية أصبح التأمين عنصراً هاماً في العملية الصحية في الدول الأوروبية والأمريكية. ولقد انتشر التأمين الصحي في معظم الدول النامية حالياً، حيث تطبق ٥٥ دولة من بين ٩٠ دولة نامية أشكالاً من التأمين الصحي.

٣- أنواع التأمين الصحي: يقسم التأمين الصحي إلى عدة أنواع وفق معايير عدة، مثل: نوع الخدمة أو المزايا أو الفئات المغطاة بالتأمين، ولكن التقسيم السائد في العالم هو المبني على الجهة المقدمة للتأمين الصحي وهي غالباً:

- التأمين الصحي العام الحكومي.
- التأمين الصحي الخاص (الأهلي) وتقدمه شركات التأمين كطرف ثالث، ويكون الأول هو المؤسسة الصحية المقدمة للخدمة الصحية، بينما الطرف الثاني هو المستفيد من خدمة هذه المؤسسة.

٤- أنواع التأمين الصحي في المملكة: تتوفر في المملكة ثلاثة أنواع من التأمين الصحي، وذلك على النحو التالي:

- التأمينات الاجتماعية: وتقدم تأميناً ضد إصابات العمل للخاضعين لهذا النظام.

- التأمين الأهلي: ويقدم من خلال طرف ثالث وهو شركات التأمين.
- التأمين المباشر: ونسميه مجازاً التأمين المباشر، ويتمثل في قيام بعض الشركات، أو المؤسسات بالتعاقد مباشرة مع المستشفيات للتأمين على منسوبيها صحياً. أو أن يقوم الأفراد بالحصول على تأمين صحي من المستشفى مباشرة مقابل مبلغ معين من المال.

٥- مشروعية الضمان الصحي التعاوني: لا ريب أن بحث أمر تطبيق الضمان الصحي يستوجب النظر إلى مشروعيته الدينية. ولقد أجازت هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية تطبيق نظام التأمين التعاوني، وذلك بموجب قرار الهيئة رقم ٥١ وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ تأسيساً على أنه يتيح مشاركة المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف الخدمة العلاجية، التي يحتاجها ولا يستهدف التجارة والربح، وجاء في القرار ما يلي: " إن التأمين التعاوني من



عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار، والاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصابه الضرر، فجماعة التأمين لا يستهدفون تجارة ولا ربحاً من أموال غيرهم، وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر<sup>(١٢)</sup>.

### حجم سوق التأمين في المملكة

بلغ إجمالي اشتراكات التأمين في المملكة عام ٢٠٠٧م ٨,٦ بليون ريال. تمثل نحو ٢٩٪ من إجمالي أقساط التأمين في العالم العربي. وتقدر السعة الافتراضية لسوق التأمين في المملكة بعشرين مليار ريال سعودي.

لقد بلغ حجم سوق التأمين الصحي في المملكة عام ٢٠٠٧م ٣ مليار ريال، ولقد تضاعف هذا المبلغ خلال السبع السنوات الماضية، الأمر الذي يعتبر مؤشراً على ازدياد الطلب على التأمين الصحي وتزايد الحاجة له. فلقد سجل التأمين الطبي أعلى معدل نمو بين جميع أنواع التأمين الأخرى في السوق بلغ ٣٨٪ في عام ٢٠٠٧م عن العام الذي سبقه.

ويبلغ إجمالي عدد العاملين في صناعة التأمين بالمملكة حتى عام ٢٠٠٧م ٤٩٢٢ موظفا منهم ٤٠٪ سعوديون<sup>(١٣)</sup>.

ولقد أصدر مجلس الوزراء في المملكة العربية السعودية بتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧هـ الموافق ١٩٩٩/٨/١١م قراره بالموافقة على تطبيق نظام

الضمان الصحي التعاوني على المقيمين في المملكة من غير المواطنين، وتشكل لجنة وزارية لدراسة الاقتراح الخاص بصرف المبالغ التي يتم الحصول عليها مقابل ما تقدمه المرافق الصحية الحكومية من خدمات صحية للمستفيدين من الضمان الصحي.

وكذلك تشكيل لجنة في هيئة الخبراء لإعداد دراسة حول مدى إمكانية تطبيق هذا النظام على السعوديين لدى الشركات، والمؤسسات الخاصة والأفراد. وأن تقوم وزارة الصحة بإعداد دراسة حول مدى إمكانية إيجاد تنظيم يمكن بموجبه استفادة جميع المواطنين من الضمان الصحي التعاوني.

ولقد انتهت لجنة هيئة الخبراء من الدراسة وأصدر مجلس الوزراء قراراً يقضي بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني إلزامياً على السعوديين العاملين في القطاع الخاص.

#### نسبة التغطية بالتأمين الصحي في بعض الدول المتقدمة

تطبق ١٠٥ دولة من دول العالم نظام التأمين الصحي لتوفير خدماتها الصحية لمواطنيها، وتطبق ٥٥ دولة نامية من مجموع ٩٠ دولة نامية نظام التأمين الصحي.

حيث تبلغ نسبة تغطية السكان بالتأمين الصحي ١٠٠٪ في كل من السويد، الدنمارك، نيوزلندا، بريطانيا، اسبانيا، سنغافورة، اليابان، بينما تبلغ ٩٩٪ في كندا و ٩٨٪ في فرنسا (جدول ٣-٢).

جدول (٣-٢). بيان بنسبة تغطية السكان بالتأمين الصحي في بعض الدول المتقدمة.

الدولة	النسبة %
السويد	١٠٠%
الدانمارك	١٠٠%
نيوزلندا	١٠٠%
نيوزلندا	١٠٠%
بريطانيا	١٠٠%
أسبانيا	١٠٠%
سنغافورة	١٠٠%
اليابان	١٠٠%
كندا	٩٩%
فرنسا	٩٨%

### خلل التوازن بين الموارد والتكاليف

في الوقت الذي تزداد فيه تكاليف الخدمات الصحية تزايداً هائلاً ومتواصلاً، فالعالم اليوم يصرف ٢ تريليون دولار سنوياً على الخدمات الصحية، ومعروف أن رأس مال المستشفى يتضاعف كل ثلاث سنوات، بمعنى أن تكلفة تشغيل المستشفى سنوياً تبلغ ثلث تكلفة إنشائه، وفي الوقت الذي يزداد الضغط والطلب على الخدمات الصحية تتناقص فيه الموارد نظراً لازدياد أعباء الحكومات والتوسع في الخدمات الصحية، ولذلك نجد في بعض الدول أن القطاع الصحي ينمو ويتسع استهلاك الخدمات الصحية، وتتزايد معدلات التشغيل، ومع هذا فإن الميزانية تظل كما هي، وربما تنخفض مما يقود إلى حدوث خلل في التوازن بين الموارد والتكاليف، وهذا يؤدي إلى:

• حدوث ضعف تدريجي في مستوى الخدمة الصحية وجودتها، نتيجة الضغط المتزايد على الخدمات، الذي يفوق القدرة الاستيعابية والتشغيلية إلى جانب نقص متواصل في الإمكانيات المادية، مثل الأدوية والمستلزمات، وكذلك نقص القوى العاملة الصحية.

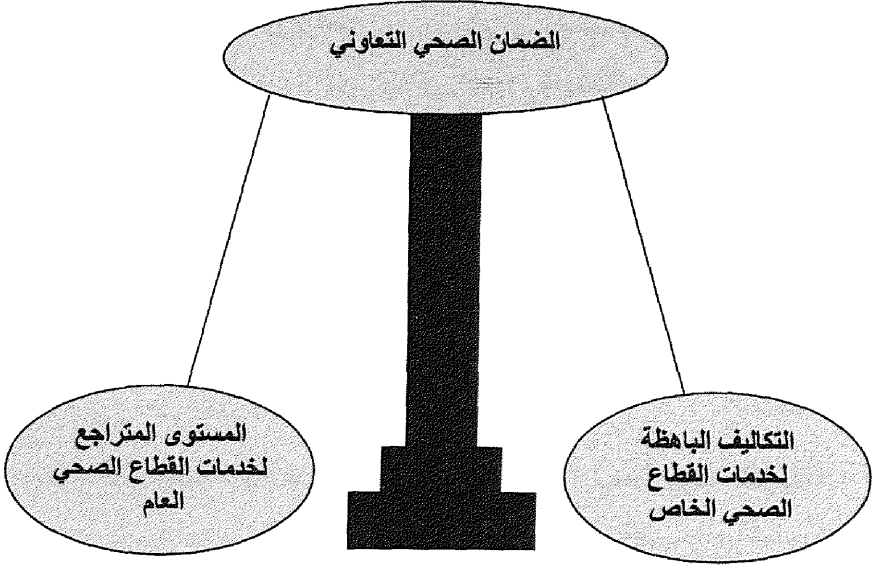
• انخفاض العمر الافتراضي للمنشآت، والأجهزة الطبية، وكثرة تعطلها، وتأخر إصلاحها، نتيجة للضغط المتزايد، وتناقص بنود الصيانة والاستغناء عن الصيانة الوقائية.

• العجز عن مواكبة التقنية الحديثة لعدم توفر الإمكانيات الكافية في ظل ارتفاع تكلفة هذه التقنية، ونصبح بذلك خارج دائرة التطور الطبي، لاسيما وأن العالم يعيش اليوم عصر طب الآلات.

• العجز عن مواكبة الطلب المتزايد على الخدمة الطبية، والناجم عن النمو السكاني المتزايد، وتغير نمط الحياة وظهور مشاكل صحية جديدة ناتجة عن المدنية الحديثة والتلوث البيئي، وارتفاع متوسط الأعمار.

### فلسفة الضمان الصحي

تتمثل في أن الضمان الصحي يحقق التوازن بين التكاليف الباهظة للخدمة العلاجية في القطاع الصحي الخاص، والتي لا يستطيع المواطن العادي تحملها، وبين مستوى مترجع في خدمات القطاع الصحي العام، نتيجة لنقص الموارد وزيادة الطلب (شكل ٣-١).



شكل (٣-١). فلسفة الضمان الصحي التعاوني.

### مبررات ودوافع تطبيق الضمان الصحي

تكاليف الخدمات الصحية: تتزايد تزايدًا صاروخيًا ومتواصلًا يومًا بعد آخر في العالم كله، فالعالم يصرف ٢ تريليون سنويًا. ومن المعروف أن تكاليف تشغيل المستشفى - أي مستشفى - تبلغ سنويًا ثلث تكلفة إنشائه، أي أن رأس مال المستشفى يتضاعف كل ثلاث سنوات - كما أشرنا آنفاً- والمملكة جزء من هذا العالم، يعاني مما يعانيه، الأمر الذي يصعب تمامًا أن تقوم أي دولة بتوفير الخدمات الصحية دون مقابل، ودون ضوابط، مهما كان ثراء الدولة، وهي إن استطاعت ذلك في فترة معينة، وفي ظل ظروف معينة، فإنها لن تستطيع الاستمرار في ذلك فترات أخرى، وبالتالي يصبح من الضروري أن تطبق بدائل لتمويل هذه الخدمات المكلفة.

الظروف الاقتصادية الراهنة: يمر العالم في معظمه بمرحلة اقتصادية متراجعة تستوجب تقنين وترشيد الإنفاق العام، والمملكة جزء من هذا العالم تعاني مما يعانيه.

تزايد الطلب وارتفاع معدلات استهلاك الخدمات الصحية: يعود ارتفاع حجم الطلب ومعدلات استهلاك الخدمات الصحية إلى عدة عوامل أهمها:

- الارتفاع الكبير في معدل النمو السكاني بالمملكة والذي يبلغ ٣,٧٪ سنوياً، ويعد من أعلى معدلات النمو السكاني في العالم.
- تغير نمط الحياة التي أصبحت تتسم بالكسل والخمول وقلة الحركة.
- سلبيات المدنية الحديثة من حيث نوع الغذاء، والازدحام السكاني، والتلوث البيئي، وضوضاء المدينة الكبيرة، وضغوط الحياة فيها.
- ظهور احتياجات صحية جديدة نتيجة لذلك، مثل الزيادة في الأمراض المزمنة العالية التكلفة (مثل أمراض القلب والسكر والضغط والسرطان وغيرها).
- ارتفاع متوسط الأعمار (life Expectancy) والذي يبلغ في المملكة حالياً (٧٣.٣) عاماً.
- عدم وجود معايير لتقنين استخدام المستشفيات.
- مجانية الخدمات الصحية، الأمر الذي قد يؤدي إلى الإفراط في استخدام هذه الخدمات، وربما إساءة استخدامها.

**تخفيف الضغط على المرافق العامة:** إن تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني يقود إلى تخفيف الضغط على المرافق الصحية العامة، حيث يتيح مجالات رحبة لمساهمة القطاع الصحي الخاص في توفير الخدمة الصحية

للمستفيدين وفق هذا النظام، لاسيما وأن تطبيق هذا النظام يؤدي إلى نمو هذا القطاع، ويقضي على فاقد الخدمة فيه، حيث يتيح له العمل بطاقته القصوى.

**المحافظة على جودة الخدمات الصحية:** وذلك من خلال توفير مورد للتمويل وتخفيف الضغط على خدمات المرافق الصحية العامة.

**مواكبة التقنيات الطبية الحديثة:** إن توفير بديل للتمويل يسهم في تأمين الراغد المالي، الذي يمكن المؤسسات الصحية من مواكبة أحدث ما تنتجه التقنية الطبية العالمية.

**المحافظة على العمر الافتراضي للمنشآت والأجهزة الطبية:** إن زيادة العبء والطلب على الخدمات الصحية العامة مع عدم توفر الإمكانيات المطلوبة للصيانة الوقائية والإصلاحية والذي كثيراً ما يدفع إلى الاستغناء عن الصيانة الوقائية للمنشآت الصحية والأجهزة والمعدات الطبية، وهذا يؤدي تبعاً إلى انخفاض العمر الافتراضي للمنشآت الصحية، والأجهزة، والمعدات الطبية.

وأوضحت دراسة علمية أن تطبيق التأمين الصحي في المملكة سوف يساهم في تحسين مستوى الصحة ، حيث أنه سيساهم في:

- توفير أكبر قدر من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع.
- خلق الحافز لتوفير خدمات صحية متميزة.
- خلق بيئة تنافسية بين مقدمي الخدمات الصحية، مما يؤثر إيجاباً على مستوى رضا المستفيدين.
- تقليل تكلفة العلاج على مستوى الفرد والعائلة.
- تخفيف العبء على المستشفيات الحكومية، مما يعطيها الفرصة لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية والإدارية<sup>(١٤)</sup>.

## أهداف تطبيق الضمان الصحي في المملكة

**تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي:** يحقق تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني مبدأ التكافل الاجتماعي، حيث يتوزع في ظلّه عبء تحمل تكاليف الخدمة الصحية التي يحتاجها الفرد على مجموعة من الأفراد، ويحقق مشاركة الفرد وصاحب العمل والمجتمع ككل في تحمل تكاليف العلاج.

**توفير مصادر التمويل:** يوفر نظام الضمان الصحي التعاوني مصدراً فعالاً ومناسباً لتمويل الخدمات الصحية العامة.

**غطاء صحي بمنهج إسلامي:** يؤمن نظام الضمان التعاوني غطاءً صحياً وفقاً لمنهج إسلامي، وبالتالي يوفر الشعور بالأمان والاستقرار، والحماية من الوقوع في مخاطر مالية كبيرة ومفاجئة قد ينوء عاتق الفرد عن تحملها منفرداً عند لجوئه للاستشفاء في مؤسسات القطاع الخاص العلاجية.

**ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة:** ومن ضمن ما يستهدف تطبيق هذا النظام ترشيد الإنفاق، وتحسين الكفاءة في ظل تخفيف العبء والضغط على خدمات المستشفيات العامة، وتوفير الموارد اللازمة لتطوير خدماتها، ووجود شركات التأمين كجهة رقابية جديدة على جودة الخدمة وتكلفتها.

وتؤكد العديد من الدراسات والأبحاث، أن شركات التأمين الصحي ساهمت في تحسين جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة.

**تطوير القطاع الصحي الخاص:** يسهم تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني في نمو القطاع الصحي الخاص وازدهاره، حيث يخلق فرصاً استثمارية واسعة تظهر نتيجة للارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الصحي الخاص، لاسيما في المناطق التي لا تتوفر فيها مستشفيات ومستوصفات أهلية خاصة، كما يشجع على إنشاء شركات وطنية للتأمين الصحي.



وتؤكد العديد من الدراسات والأبحاث: أن شركات التأمين الصحي ساهمت في تحسين جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة، حيث تقوم بالتدقيق في الإجراءات الطبية التي تقدم للمرضى المؤمن عليهم

**توفير فرص عمل:** يسهم نمو وازدهار القطاع الخاص، الناتج عن تطبيق الضمان الصحي في خلق وتوفير فرص وظيفية أمام الباحثين عن وظائف، سواء في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص، أو في شركات التأمين الصحي.

**توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة:** يسهم تطبيق الضمان الصحي التعاوني في توفير الخدمة العلاجية الخاصة بأسعار مناسبة (قسط التأمين) لا يمكن مقارنتها بما تتقاضاه المستشفيات الخاصة فعلياً على خدماتها، خارج نظام التأمين.

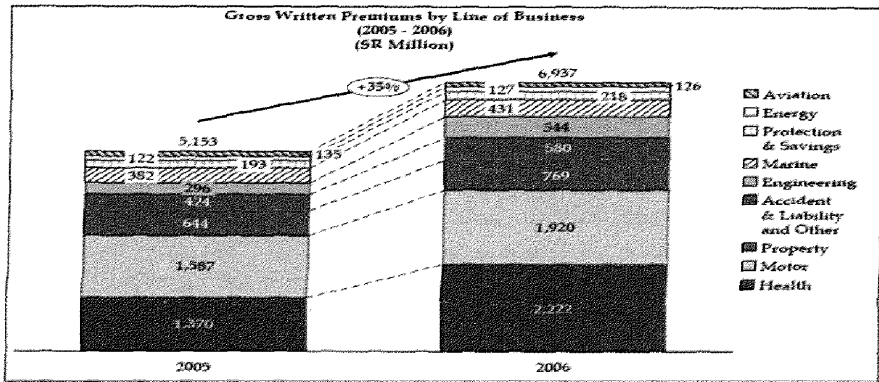
**تحسين المؤشرات الصحية:** يؤدي تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني إلى نمو القطاع الخاص، وتوفير المزيد من المستشفيات، والمستوصفات الخاصة، وذلك يؤدي تبعاً إلى تحسين المؤشرات والإحصائيات الحيوية من حيث: معدل الأسرة إلى عدد السكان، ومعدلات القوى العاملة الصحية، إلى عدد السكان وغيرها.

**تحسين المستوى الصحي للسكان:** يسهم تطبيق هذا النظام في تحسين المستوى الصحي العام، حيث يتيح المدخل (Accessibility) إلى الخدمة الصحية، ويقضي على جانب التردد من المراجعة للمستشفى الخاص خوفاً من ارتفاع التكاليف.

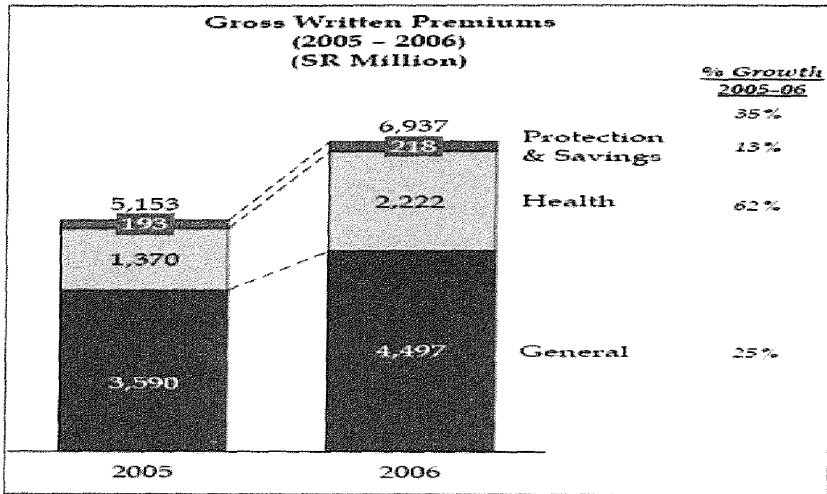
جدول (٢-٣). حجم ونمو سوق التأمين السعودي.

النمو	٢٠٠٦	٢٠٠٥	بالمليون ريال سعودي
%٦٢	%٣٢	%٢٧	١,٣٧٠
%٢١	%٢٨	%٣١	١,٥٨٧
%١٩	%١١	%١٢	٦٤٤
%٣٧	%٨	%٨	٤٢٤
%٨٤	%٨	%٦	٢٩٦
%١٣	%٦	%٧	٣٨٢
%١٣	%٣	%٤	١٩٣
%٤	%٢	%٢	١٢٢
%٧-	%٢	%٣	١٣٥
%٣٥	%١٠٠	%١٠٠	٥,١٥٣

يعرض جدول (٣-٣). حجم ونمو سوق التأمين السعودي خلال العامين ٢٠٠٥، ٢٠٠٦م، وكذلك الشكلان (٢-٣) و (٣-٣).



شكل (٢-٣). حجم ونمو اشتراكات التأمين وفقاً لنوع التأمين في المملكة العربية السعودية.



شكل (٣-٣). حجم نمو قطاع التأمين السعودي.

### محاذير ومحددات تطبيق الضمان الصحي التعاوني

حتى تكتمل جوانب هذه الدراسة لا بد لنا أن نشير إلى المحاذير والمحددات التي ينبغي دراستها وأخذها في الحسبان عقب تطبيق هذا النظام، ويمكن تلخيصها في التالي:

**شركات التأمين:** شركات التأمين تستهدف الربح، وقد يؤدي ذلك إلى ممارسات لا تتماشى مع مبادئ التأمين التعاوني.

**المساواة:** يخشى من عدم المساواة في تطبيق هذا النظام، حيث يحصل مريض في منطقة معينة على خدمات متطورة تتمثل في مستشفيات حديثة كبيرة، بينما يحصل مريض آخر في منطقة أخرى على خدمات صحية في مستوصفات، أو مستشفيات صغيرة رغم أن قيمة التأمين التي يدفعها كل منهما واحدة.

**ارتفاع الأسعار:** قد يؤدي تطبيق الضمان الصحي إلى ارتفاع أسعار الخدمات الصحية، ومغالة القطاع الصحي الخاص في أسعار خدماته، نظرًا لزيادة الطلب على خدماته. وعلى سبيل المثال في الوقت الذي أسهمت فيه شركات التأمين في الولايات المتحدة في تطور مستوى جودة الخدمات العلاجية من خلال دورها الرقابي على خدمات المستشفيات، التي تقدم للمؤمن عليهم، إلا أنه كان لها دور في ارتفاع أسعار الخدمات الصحية، بينما في بريطانيا والنرويج والدانمارك - على سبيل المثال - لم يؤدي تطبيق التأمين الصحي إلى ارتفاع أسعار الخدمات الصحية، نظرًا للتطبيق المدروس، والتدرجي المقنن على عكس "انفلات" التطبيق في الولايات المتحدة، ولكن تظل هناك محاذير متعلقة بتوقع ارتفاع أسعار خدمات المستشفيات الخاصة على المستفيدين غير المشتركين في نظام الضمان الصحي.

**عدم الشمولية:** قد يؤدي التطبيق الطوعي للضمان الصحي إلى عدم شمولية التطبيق، فيبقى البعض يحصل عليه والبعض الآخر لا يحصل عليه، ومن ثم لا يحصل على مميزاته وإيجابياته. وإذا طبق إلزامياً فكيف يشمل فئات المجتمع جميعها من موظفي دولة ومتقاعدين، ومن يملكون متجرًا خاصًا، والطلاب، والعاطلين عن العمل وهكذا.. وكذلك من الناحية الجغرافية هل يشمل التأمين الصحي تغطية المؤمن عليه في أي مكان داخل البلد، وإذا كان خارج البلد هل يغطي التأمين الخدمات التي يحتاجها؟. فهذا كله يتطلب وضع تنظيمات دقيقة بحيث تتحقق شمولية التغطية لجميع الفئات دون استثناء. ففي الولايات المتحدة، هناك أكثر من ٤٠ مليون شخص ليس لديهم أي نوع من التأمين الصحي.

**ضعف الوعي التأميني:** لا زال مستوى وعي المجتمع السعودي بالتأمين محدودًا، وهناك حاجة إلى إستراتيجية توعية شاملة<sup>(١٥)</sup>.

## متطلبات نجاح تطبيق الضمان الصحي

يتطلب نجاح تطبيق الضمان الصحي في المملكة اتخاذ الخطوات التالية:

- تنفيذ حملة توعوية مبنية على استراتيجيات علمية مدروسة، لتعريف الناس بمفاهيم الضمان الصحي، وأأسسه، وفوائده، ومشروعيته.
- إن تطبيق نظام الضمان الصحي يعد عملية تغيير كبيرة، وليست سهلة. ولذلك يتوجب إيجاد نظام للرقابة على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق هذا النظام، والتأكد من تحقيقه لأهدافه، ومتابعته، وتقييمه.
- ضرورة توفير نظام معلومات متكامل عن الجهات المقدمة للخدمة الصحية، والفئات المستفيدة، وشركات الضمان الصحي التعاوني.
- ضرورة التدرج في تطبيق هذا النظام جغرافياً واجتماعياً باعتباره عملية تغيير صحية، واجتماعية كبيرة.
- ضرورة تصنيف المستشفيات الخاصة، وفق معايير معينة إلى درجات.
- تشجيع إنشاء المزيد من شركات الضمان الصحي التعاوني.
- ضرورة مراعاة الخصوصية الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، بأن يكون النظام منسجماً مع ايكولوجية المملكة بما في ذلك العوامل السياسية، والاجتماعية والاقتصادية، والثقافية والصحية<sup>(١٦)</sup>.
- ضرورة وجود تنسيق متكامل بين الجهات الرسمية المشرفة على قطاع التأمين، والمتمثلة في مؤسسة النقد العربي، ومجلس الضمان الصحي التعاوني.

### هوامش الفصل الثالث

- (١) فاروق أخضر، تخصيص الاقتصاد السعودي بين النظرية والتطبيق، جدة: الشركة السعودية للأبحاث والنشر (١٤١٥هـ)، ص: ٨.
- (٢) S. H.Hank, Washington Post, January 13,(1986)
- (٣) ربيع صادق دحلان، التحول إلى القطاع الخاص، جدة، دار البلاد للطباعة والنشر (١٤٠٩هـ)، ص: ١٠١.
- (٤) Patricia S. Florestano, 'Consideration for Future of Privatization' *Urban Resources*.2,(4)University of Cincinnati, U.S.A, Sep 1985, P.68.
- (٥) فاروق أخضر، تخصيص الاقتصاد السعودي بين النظرية والتطبيق، مصدر سابق، ص: ١٤.
- (٦) خطة التنمية الثامنة (١٤٢٥-١٤٣٠هـ)، الرياض: وزارة التخطيط، ص: ٣١-٣٢.
- (٧) خطة التنمية الصحية السادسة (١٤١٥-١٤٢٠هـ)، الرياض: وزارة الصحة، ص: ١٩.
- (٨) المصدر السابق، ص: ٢٢.
- (٩) فاروق أخضر، تخصيص الاقتصاد السعودي بين النظرية والتطبيق، جدة: الشركة السعودية للأبحاث والنشر ، (١٤١٥هـ) ، ص: ١٥٠.
- (١٠) دراسة جدوى اقتصادية حول تحويل مستشفيات وزارة الصحة للقطاع الخاص، التقرير الختامي - مقدم إلى وزارة الصحة ،الرياض: المركز الاستشاري للاستثمار والتمويل، (١٩٨٨م) ، ص ص: ٩-٢٨.
- (١١) ريان آيبل سميث، تمويل توفير الصحة للجميع - هل التأمين هو الحل؟ منبر الصحة العالمي (١٩٨٦م)، المجلد السابع العدد(١)، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ص: ٥.
- (١٢) انظر نص قرار هيئة كبار العلماء في الملاحق.
- (١٣) تقرير مسحي أجرته مؤسسة النقد العربي السعودي ، ٢٠٠٨م.

(١٤) **بدران العمرو، ورياض الربيعة، التأمين الصحي إيجابيات وسلبيات، منونات ندوة " التأمين والضمان الصحي"، ص (٦٩)، البحرين (١٩٨٨م).**

(١٥) **تصريح لمعالي وزير الصحة السابق الأستاذ الدكتور أسامة شبكشي في ندوة " تطور وهيكله القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية التي نظمها مستشفى قوى الأمن بمدينة الرياض خلال الفترة ١٦- ١٩ شعبان ١٤١٩هـ الموافق ٥-٨ ديسمبر ١٩٩٨م.**

(١٦) **محاضرة ألقاها المؤلف في ندوة "التأمين الصحي والضمان الصحي" التي نظمتها الأمانة العامة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية في دولة البحرين في ٢٢-٢٣ صفر ١٤١٩هـ (الموافق ١٦-١٧ يونيو ١٩٩٨م).**





## الباب الثالث

---

### وظائف إدارة المستشفيات

الفصل الأول: التخطيط في المستشفيات

الفصل الثاني: التنظيم الإداري للمستشفيات

الفصل الثالث: القيادة الإدارية للمستشفيات

الفصل الرابع: التنسيق في المستشفيات

الفصل الخامس: الرقابة الإدارية



## الفصل الأول

### التخطيط في المستشفيات

- تعريف التخطيط
- أهمية التخطيط
- أنواع التخطيط
- مراحل التخطيط
- مثال تطبيقي



## تعريف التخطيط

يعد التخطيط من أهم عناصر العملية الإدارية التي تشمل إلى جانب التخطيط: التنظيم والتنسيق والرقابة والتوجيه والتوظيف والتدريب وغيرها.

ويعرف التخطيط بإيجاز بأنه مرحلة التفكير والتنبؤ التي تسبق تنفيذ العمل<sup>(١)</sup>. فالتخطيط يرتبط بالمستقبل والاستعداد العلمي المنظم للاحتتمالات المستقبلية وهو بهذا يشمل تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها والتأكد من سير العمل نحو الوصول إلى الأهداف المحددة.

والتخطيط الصحي (Health Planning) هو: العملية التي من خلالها يحاول المسؤولون عن التخطيط الصحي نقل نظام وضع قائم إلى وضع أفضل، بحيث تصبح أعمال وأنشطة المنشآت الصحية أكثر إنتاجية وفعالية وكفاءة، وينتج عن عملية التخطيط الصحي الخطط أو البرامج التي تسعى المنشآت الصحية لتحقيقها، وكذلك التحديات المستقبلية وطرق تلافئها، حتى لا تؤثر على استمرارية المنشآت الصحية ومستوى الأداء<sup>(٢)</sup>.

وعرفت منظمة الصحة العالمية التخطيط بأنه العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات، وتقدير الموارد، واستعمال نتائج هذا التحليل في الإعداد للتغيير، وفقاً لأهداف مقصودة ومحددة مسبقاً<sup>(٣)</sup>.

ويعرف تخطيط المستشفيات بأنه العملية التي تبدأ بتحديد احتياجات أفراد المجتمع الصحية واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها في ضوء الموارد المتاحة لتحديد البرامج والخدمات الطبية المطلوبة، وتقوم الخدمات القائمة وتطويرها، بجانب توفير القوى العاملة المؤهلة بالأعداد المناسبة لتقديم الخدمات المطلوبة بكفاءة وفعالية عالية<sup>(٤)</sup>.

فالتخطيط هو عملية مستمرة تتمثل في اقتران الفكر بالقرار في اختيار بديل من عدة بدائل لتحقيق الأهداف المطلوبة. والتخطيط في المستشفى هو أداة

تستهدف فعالية البرامج والخدمات الصحية المقدمة من المستشفى لتوفير خدماتها بأعلى جودة وأقل تكلفة.

### أهمية التخطيط وفوائده

إن غياب التخطيط العلمي المدروس في مستشفيات بعض دول العالم النامي يعد من أبرز المشاكل التي تواجهها تلك المستشفيات، حيث يعوق ذلك تطور خدمات المستشفيات، وقدرتها على مواجهة المستقبل بمختلف احتمالاته، ويتسبب في تخبط جهود العمل فيها.

ويمكن إيجاز أهم فوائد التخطيط في التالي:

- يسهم في وضع أهداف محددة وواضحة للعمل.
- يسهم في تحديد واختصار وقت تنفيذ الأعمال.
- يحدد بوضوح مسار العمل.
- من خلال التخطيط يتم تحديد الموارد، والإمكانات المادية، والبشرية، اللازمة لإنجاز الخطة.
- التخطيط يحقق الاستخدام الأمثل للموارد.
- زيادة فاعلية مدراء المستشفيات، حيث يوضح كل ما يلزم من معلومات لاتخاذ القرارات.
- يمكن من معرفة المشاكل المتوقع حدوثها، ومن ثم الاستعداد المبكر لمواجهتها.
- من خلال التخطيط تتم عملية تقويم الأداء، للتأكد من سير العمل في الاتجاه الصحيح .
- يتيح التخطيط للعاملين بالمستشفى التعرف على أهداف العمل وغاياته ووسائله، ويبين لهم معالم الطريق في مستشفاهم.

## أنواع التخطيط

يقسم التخطيط إلى أنواع، وفقا لمعايير معينة، فهناك تقسيم مبني على المدة الزمنية. وهناك تقسيم قائم على مجالات الخطة، شكل (١-١).

فالتخطيط المبني على الفترة الزمنية ينقسم إلى ثلاثة أنواع:

**التخطيط طويل الأجل:** ويقصد به إعداد خطة تتراوح مدة تنفيذها من عشرة إلى عشرين سنة، وتستخدم بعض المستشفيات في الولايات المتحدة خطط عشرية تقسم إلى مراحل سنوية، ولكن كلما طالت مدة الخطة كلما صعب إجراء تنبؤات دقيقة.

وتستخدم الخطة طويلة الأجل في مجال: المشاريع الأساسية، وتنمية القوى البشرية.

**التخطيط متوسط الأجل:** وهو الذي يغطي فترة زمنية تتراوح بين أربع إلى سبع سنوات، وهناك الكثير من مستشفيات العالم تستخدم الخطط الخمسية، التي تستغرق خمس سنوات.

**التخطيط قصير الأجل:** ويتمثل في الخطة السنوية، وكثيراً ما تكون مرحلة من مراحل خطة متوسطة الأجل، وهي بذلك تمثل أفضل وسيلة لتقويم المسار، والتأكد من سلامة المسيرة نحو تحقيق الأهداف.

ويقسم العلماء التخطيط بناء على مجال الخطة إلى ثلاثة أنواع على النحو التالي:

### ▪ التخطيط التنظيمي (Organizational Planning)

ويشمل التنظيم الإداري للمستشفى، أو إعادة تنظيمه والتوصيفات الوظيفية وإجراءات العمل وغيرها.

### ▪ تخطيط القوى العاملة (Manpower Planning)

ويتناول هذا النوع من التخطيط القوى العاملة بالمستشفى من حيث: الاحتياجات الكمية، والنوعية من القوى العاملة، على اختلاف فئاتها، وكيفية تميمتها، وتطويرها ورفع كفاءتها.

### ▪ التخطيط الطبي (Medical Plannin)

ويقصد به التخطيط المتعلق بالتطور المستقبلي للعمل الطبي بالمستشفى. ويقسم العلماء المتخصصين الخطط وفقاً لنطاق التخطيط، وذلك على النحو التالي:

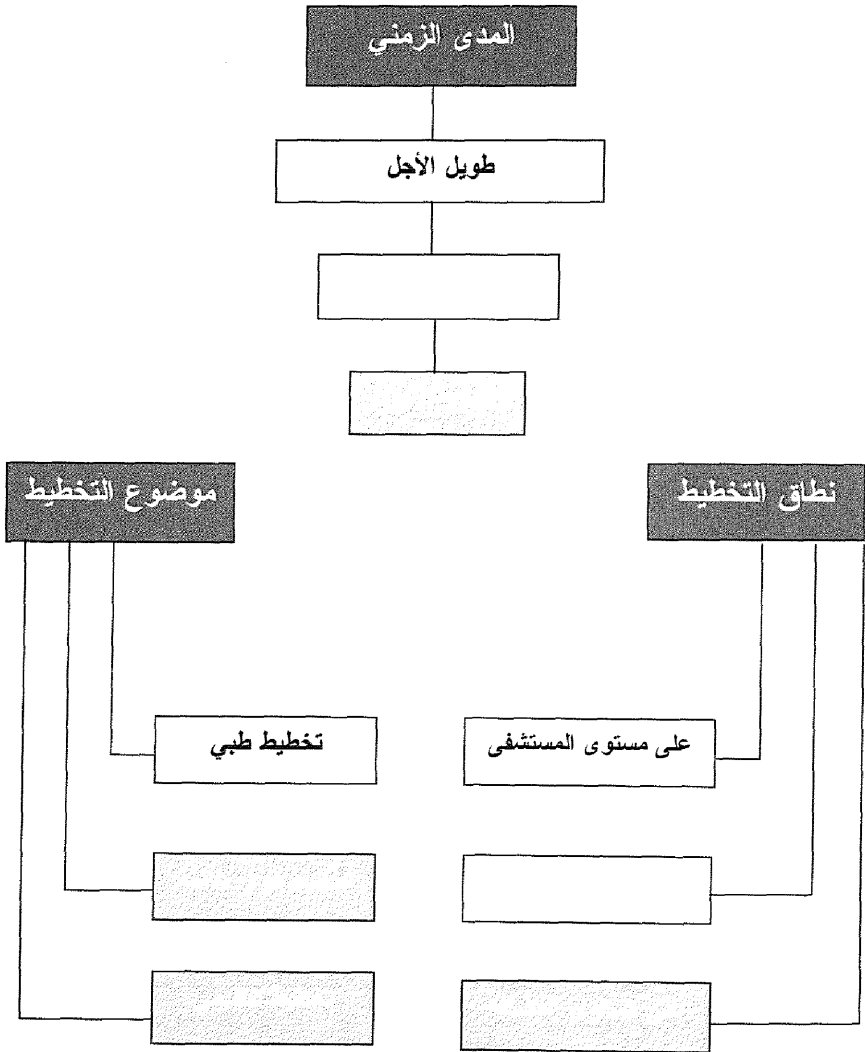
- على مستوى المستشفى:
- تكون خطة شاملة على مستوى المستشفى ككل.
- على مستوى القسم:
- وتستهدف وضع خطة تطويرية مستقبلية لعمل قسم معين من أقسام المستشفى.
- على مستوى مشكلة محددة:
- ويقصد بها الخطة التي تستهدف القضاء على مشكلة معينة في المستشفى.

### مراحل التخطيط

تمر عملية إعداد الخطة بالمراحل الرئيسية التالية:

تحليل الوضع الراهن: وهي مرحلة الإعداد وجمع المعلومات وتحليلها، وتتمثل في حصر المعلومات والإحصائيات المتعلقة بكافة المتغيرات الطبية، والاجتماعية، والاقتصادية، في المستشفى وفي المجتمع، وكذلك تحديد الإمكانيات البشرية والمادية المتوفرة.





شكل (١-١). أنواع التخطيط.

وأهم مصادر المعلومات التالي:

- تعداد السكان.
  - حركة المرضى بالمستشفى (منومين ومراجعي عيادات وطوارئ).
  - المؤشرات الصحية المختلفة لقياس الأداء، والاستخدام كمعدل دوران السرير، فترة خلو السرير، معدل أشغال الأسرة، متوسط مدة الإقامة، معدل الوفيات إضافة إلى أعداد العمليات الجراحية، والقوى العاملة.
  - المؤشرات المتعلقة بالسكان:
  - معدل الأسرة لكل ألف من السكان، معدل التمريض لكل ألف من السكان، معدل العمليات لكل ألف من السكان .
  - ويتم جمع البيانات المتعلقة بالموارد (المدخلات) والتي تشمل:
    - أ) الهيكل التنظيمي للمستشفى بتوزيعاتها وأقسامها وخطوط السلطة والمسؤولية.
    - ب) القوى البشرية العاملة بالمستشفى على اختلاف فئاتها.
    - ج) الموارد الطبيعية وتشمل:
      - عدد الأسرة وتوزيعاتها حسب التخصص.
      - عدد العيادات وتوزيعاتها حسب التخصص.
      - الأجهزة الطبية وغير الطبية المتوفرة بالمستشفى.
      - الأدوية والمستلزمات الطبية المتوفرة بالمستشفى.
- وكذلك جمع البيانات المتعلقة بالعمليات والنشاطات وتشمل:
- أسلوب تشغيل المستشفى.
  - عدد العيادات وتوزيعات مراجعي العيادات والطوارئ.
  - أعداد وتوزيعات المرضى المنومين.
  - أعداد الفحوصات المخبرية وأنواعها.

- الوصفات المصروفة من الصيدلية.
  - العمليات الجراحية.
- وأيضاً جمع البيانات المتعلقة بالخدمات الصحية (المخرجات) وتشمل:
- حالات خروج المرضى (مصنفين حسب الحالة: شفاء، وتحسن، ووفاة، وإحالة).
  - معدلات جودة الخدمة ومؤشرات قياس الأداء وتشمل:
    - معدلات الوفيات.
    - معدلات الإصابة.
    - معدلات التنويم.
    - نسبة الإحالة.
  - وكذلك جمع المعلومات عن البيئة المحيطة بالمستشفى وتشمل:
    - التعداد السكاني للمنطقة التي يخدمها المستشفى.
    - المستوى الصحي للمجتمع.
    - التوزيع الديموغرافي.
- ومن ثم تحليل هذه البيانات وإحالتها إلى معلومات واستنباط النتائج منها لتحديد الفروقات بين الواقع والمأمول.
- تحليل الطلب على خدمات المستشفى:** يقصد بتحليل الطلب عملية تقدير الاحتياجات المستقبلية لخدمات المستشفى وتتم عن طريق قياس الفرق بين الوضع الراهن وما ينبغي أن يكون عليه، ولهذه العملية عدة خطوات تشمل:
- تحديد الخدمات المطلوب تقدير الاحتياج لها مثل الأسرة، القوى العاملة وغيرها.

- تحديد المعايير القياسية المعتمدة لتوفير الخدمة.
- تحديد حجم وكمية الخدمة المطلوبة خلال مدة الخطة من خلال مقابلة المعايير بحجم الاستخدام، مثل: عدد سكان المنطقة التي يخدمها المستشفى، وعدد المنومين، وعدد مراجعي العيادات، والطوارئ مع الأخذ في الاعتبار معدلات النمو الآنية والمستقبلية.
- تحديد الفروق بين الكمية الحالية للخدمة، والكمية المطلوبة منها.
- ويمكن تحليل الطلب على الخدمة باستخدام المعادلة الرياضية التالية<sup>(٥)</sup>:

$$Rn = \frac{Pt \times Tn}{Ta \times Ut}$$

حيث:

$Rn$  = عدد وحدات الموارد اللازمة لكل فترة زمنية

$Pt$  = متوسط عدد المستفيدين لكل فترة زمنية

$Tn$  = الزمن اللازم لتوفير الخدمة اللازمة لكل مريض

$Ta$  = الزمن المتوفر لكل وحدة من الموارد لكل فترة زمنية

$Ut$  = معدل الاستخدام المستهدف

**تحديد المشكلات:** حيث يتم تحديد المشاكل التي تواجه المستشفى، ثم وضع

البرامج الكفيلة بمواجهتها، ويمكن تصنيف المشكلات إلى:

- مشكلات استراتيجية تتعلق بسياسات وأهداف المستشفى .
- مشكلات تنفيذية تتعلق بالعمل اليومي.
- مشكلات تتعلق بالقوى العاملة.
- مشكلات تتعلق بتقديم الخدمة.
- مشكلات على مستوى المستشفى، ومشكلات على مستوى قسم معين في

المستشفى.

**تحديد الأهداف<sup>(١)</sup>:** بناء على تحليل الوضع الراهن، وتحديد المشكلات يتم صياغة الأهداف للتغلب على المشكلات وتلبية الاحتياجات المستقبلية والهدف هو النتيجة المأمول تحقيقها من تطبيق برنامج معين خلال زمن محدد. والهدف إما أن يصاغ بصورة عامة لتحديد المتطلبات أو تفصيلاً محددًا قابلاً للقياس، ومحددًا بالمدى الزمني والتطبيقي.

**تحديد البدائل:** ويقصد بها البرامج اللازمة لتحقيق الأهداف:

وهناك أساليب إحصائية كمية لتحديد البدائل، كما أن هناك أساليب أخرى غير كمية، ومنها أسلوب اللجان التي تناقش، وتبحث، وتتبادل الأفكار، والخبرات والتصورات بين أعضاء هذه اللجان، كما أن هناك أسلوب العصف الذهني (Brain Storming) وأسلوب (دلفاي) الذي يتم فيه توزيع استبيانات عن المشاكل والأهداف على بعض الخبراء والمتخصصين ثم تجمع وتلخص ويعقد اجتماع بهم، حيث تتم مناقشة الآراء حتى يتم التوصل إلى أفضل البدائل. ويتم تقييم البدائل من خلال التأكد من:

- مدى تحقيق البديل للأهداف المرسومة.
- مدى اتفاق البديل مع السياسات والأنظمة.
- درجة المخاطرة المتوقعة من تنفيذ البديل.
- مدى توفر الإمكانيات اللازمة لتنفيذ البديل.
- كفاءة وفاعلية البديل.
- التكلفة اللازمة للإنجاز.
- الزمن اللازم للإنجاز.

**تطوير البرامج:** وهي العملية التي يتم من خلالها تحديد النشاطات التفصيلية

لتنفيذ كل برنامج على حدة، وذلك من خلال ما يلي:

- تحديد نوع ومسمى البرنامج.

- تحديد الأهداف المباشرة لكل برنامج.
- تحديد الموارد المطلوبة للتنفيذ كماً ونوعاً.
- تقييم وتقويم البرنامج.

### مثال تطبيقي<sup>(٧)</sup>

لاحظ مدير المستشفى طول صفوف الانتظار أمام الصيدلية. فكلف مسؤول إدارة التخطيط بالمستشفى بدراسة الوضع، ووضع خطة لحل المشكلة.

#### أولاً: الخطوات العملية للحل

- ١- تحليل الوضع الراهن من خلال:
  - أ) تحديد البيانات المطلوبة.
  - ب) تحديد مصادر جمع البيانات سواء تاريخية أو ميدانية.
  - ج) عرض البيانات ضمن جداول أو رسوم بيانية، وتحليلها وتفسيرها.
  - د) استخراج مؤشرات قياس الأداء للوضع الراهن.

#### ٢- تحليل الطلب

أ) من خلال مقارنة المعايير القياسية مع معدلات الأداء في الوضع الراهن لتحديد الفروق بين الكمية الحالية للخدمة، وبين إجمالي الكمية المطلوبة للخدمة خلال فترة زمنية محددة.

ب) باستخدام المعادلة الرياضية

$$R_n = \frac{P_t \times T_n}{T_a \times U_t}$$

حيث:

$R_n$  = عدد وحدات الموارد اللازمة لكل فترة زمنية

$P_t$  = متوسط عدد المستفيدين لكل فترة زمنية

الزمن اللازم لتوفير الخدمة اللازمة لكل مريض  $Tu =$

الزمن المتوفر لكل وحدة من الموارد لكل فترة زمنية  $TA =$

معدل الاستخدام المستهدف  $Ut =$

٣- تحديد المشكلات، وتحليلها، وتصنيفها، وترتيبها حسب الأهمية، والإمكانيات المتاحة.

٤- تحديد الأهداف، وأنواعها، وخصائص الأهداف النموذجية.

٥- تحديد البدائل المتاحة بالأساليب العلمية.

٦- المفاضلة بين البدائل، وطرق تقييم البدائل بالأساليب العلمية، وترتيبها حسب الأولوية.

٧- تحرير وصياغة الخطة في هيئة تقرير يقدم لصاحب الصلاحية لاعتماده.

٨- متابعة التنفيذ.

٩- تقييم النتائج.

### ثانياً: حل المشكلة

كما أوضحنا يتم الحل على ثلاث خطوات: الأولى ويتم خلالها تحليل الوضع الراهن، وتحليل الطلب، وتحديد المشكلات، وتحديد الأهداف، وتحديد البدائل المتاحة أو المتوقعة، والمفاضلة بينها، والخطوة الثانية وهي: تحرير الخطة في هيئة تقرير يرفع لصاحب الصلاحية لاعتماده، أما الخطوة الثالثة: فهي متابعة التنفيذ، وتقييم النتائج. ويلاحظ أن الخطوة الأولى لا يظهر منها في الخطوة الثانية سوى النتائج، ماعدا الوضع الراهن. والذي يظهر في الخطوة الثانية في شكل رسوم بيانية وجداول إحصائية متضمنة مؤشرات الأداء للوضع الراهن، مقارنة مع المعايير القياسية، أما الخطوة الثالثة فهي لاحقة للخطوة الثانية. وفيما يلي شرح للخطوات الثلاث:

## الخطوة الأولى

(أ) بعد دراسة الوضع الراهن حصل مسؤول التخطيط على المعلومات التالية:

١- يعمل في الصيدلية (١)، صيدلي قانوني وعدد (٢) مساعد صيدلي (سعوديين).

٢- يقوم الصيدلي بتحضير، وإعداد ما متوسطه ٧٥ وصفة في اليوم.

٣- يقوم مساعد الصيدلي بتجهيز ما متوسطه ٩٠ وصفة في اليوم.

٤- متوسط الوقت للأداء هو ٢٠ دقيقة.

٥- تعمل الصيدلية يومياً لمدة ٩ ساعات.

٦- معدل الاستخدام ٨٠٪.

٧- عدد أيام الإجازات في السنة ٦٥ يوماً.

٨- التنظيم الداخلي للصيدلية يتكون من مدير الصيدلية، وهو صيدلي

قانوني، ومساعدوه وهو مساعد صيدلي وترتبط إدارياً بمدير المستشفى.

(ب) ومن تحليل الطلب يتضح الآتي: المعايير القياسية:

• معدل الوقت اللازم لإعداد الوصفة ١٠ دقائق.

• معدل متوسط الاستخدام ٨٠٪.

• معدل النمو السنوي للوصفات ١٠٪.

## حل المثال

١- (أ) العدد اللازم من الصيدلة =

=  $\frac{\text{عدد الوصفات في اليوم} \times \text{متوسط الوقت اللازم للتحضير} \times \text{عدد أيام السنة}}{\text{عدد دقائق العمل في اليوم} \times \text{معدل الاستخدام}} \times \text{عدد أيام العمل أثناء السنة}$

عدد دقائق العمل في اليوم × معدل الاستخدام × عدد أيام العمل أثناء السنة



$$= \frac{20 \times 75}{80 \times (60 \times 9)} \times \frac{360}{300} = \frac{1500}{432} = 1,2 \times \text{صيادلة.} \quad \epsilon$$

٢- (ب) العدد اللازم من مساعدي الصيدلة =

$$= \frac{20 \times 90}{80 \times (60 \times 9)} \times \frac{360}{300} \times \frac{1800}{432} \times 1,2 = 5 \text{ مساعدي صيدالة} \quad \sigma$$

ج) تحليل المشكلة: وفي هذه المرحلة يتم تحليل المشكلة للتعرف على الأسباب المباشرة وغير المباشرة، واستخراج النتائج المباشرة وغير المباشرة لها للعمل على حل المشكلة، وفيما يلي جدول يوضح تحليل المشكلة:

النتائج			تعريف المشكلة	النتائج		
من الدرجة ٣	ثانوية	حتمية		مباشرة	ثانوية	حتمية
عدم وجود ضبط وربط إداري	تسبب	قوى عاملة	طول فترة الانتظار لصرف الدواء	تأخر صرف الدواء	طول صفوف الانتظار	تذمر المرضى
عدم تدريب الموظفين	انخفاض الكفاءة					شغل الإدارة بالشكاوي
قلة خبرة الموظفين						
تعميد في إجراءات صرف الدواء	إجراءات صرف الدواء	سوء توزيع العمل				الإساءة لساعة العمل

د) تحديد الأهداف: بعد دراسة الوضع الراهن، وتحليل الطلب، وتحليل المشكلة، تحدد الأهداف لحل المشكلة، حتى لا تتكرر مرة أخرى، ونستنتج أن الأهداف المحددة لحل المشكلة الموضحة أعلاه هي:

- ١- إعادة تنظيم وتوزيع العمل في الصيدلية خلال شهر.
- ٢- خفض إجراءات صرف الدواء من ٢٠ دقيقة إلى ١٠ دقائق.
- ٣- تنظيم دورة تدريبية للعاملين مدتها أسبوع.

٤- العمل على توفير صيدلي قانوني خلال سنتين، ومساعد صيدلي بعد ثلاث سنوات.

**تحليل البدائل:** وفي هذه المرحلة بعد تحديد الأهداف يتم تحليل البدائل المتاحة للتعرف على مزايا وعيوب كل بديل، للاستفادة من البدائل ذات المزايا الكبيرة، والتقليل من أهمية البدائل ذات العيوب الكبيرة، وفيما يلي طريقة تحليل البدائل:

العيوب	المزايا	البديل
لا يوجد	سهولة التنفيذ تحقيق التوزيع المتوازن للعمل بين الموظفين	إعادة توزيع العمل بالصيدلية خلال شهر
لا يوجد	سهولة تنفيذه اختصار وقت صرف الدواء	إعادة تنظيم الصيدلية خلال شهر
عدم توفر الكادر التدريبي بالمستشفى ولكن يمكن تدريب الموظفين بمرفق آخر غياب أحد العاملين أسبوع تدريبي يؤثر على سير العمل	رفع كفاءة العاملين	تدريب العاملين بالصيدلية بدورة مدتها أسبوع خلال شهر
يرتبط تحقيق الهدف بتنفيذ البدائل من الأول حتى الثالث	سرعة إنجاز العمل	خفض إجراءات صرف الدواء من ٢٠ إلى ١٠ دقائق خلال شهر

**الخطوة الثانية:** وهي تحرير وصياغة الخطة في هيئة تقرير يرفع لصاحب الصلاحية لاعتماده ويجب أن يتضمن:

أ) مقدمة تحتوي على جداول ورسوم بيانية، موضحًا بها معدلات الأداء الحالية.

(ب) تحليل للطلب بمقارنة معدلات الأداء الحالية، مع المعايير القياسية، وتفسيرًا للانحرافات المكتشفة بين المعدلات الحالية، والمعايير القياسية.  
 (ج) تحديد الهدف العام: حل مشكلة ازدحام مراجعي الصيدلية، وتأخر صرف الدواء.

(د) تحديد السياسات: مثلاً:

- يجب أن يكون العاملون بالصيدلية من خريجي معهد صحي دبلوم صيدلة.

- أن يكون أحد العاملين صيدليًا قانونيًا.

(هـ) تحديد البرامج والأهداف المحددة لها، وهي الآتي:

البرامج	الأهداف
البرنامج الأول: تنظيم الصيدلية	إعادة تنظيم الصيدلية خلال شهر. إعادة توزيع العمل بين العاملين بالصيدلية خلال شهر. خفض وقت إجراءات صرف الدواء من ٢٠ إلى ١٠ دقائق خلال شهرين بعد تنفيذ الفقرة الأولى. والثانية من البرنامج الأول والفقرة الأولى والثانية من البرنامج الثاني.
البرنامج الثاني: القوى العاملة	تنظيم دورة تدريبية للعاملين مدتها اسبوع لكل موظف خلال شهر. تشديد الرقابة على العاملين. توفير صيدلي قانوني خلال سنتين ومساعد صيدلي خلال ثلاث سنوات.

**إقرار الخطة:** بعد الانتهاء من المراحل السابقة يتم رفع مشروع الخطة إلى  
 الجهة صاحبة الصلاحية لاعتماد تنفيذها، مثل: مجلس الأمناء، أو مجلس  
 الإدارة، لبعض المستشفيات الخاصة أو وزارة الصحة بالنسبة لمستشفيات وزارة  
 الصحة.

**التنفيذ:** بعد إقرار الخطة وتوفر اعتماداتها المالية تدخل مرحلة التنفيذ.

**تقويم التنفيذ:** حيث يتم متابعة سلامة التنفيذ أولاً بأول، ومدى مطابقتها للتقدم في التنفيذ لما جاء في الخطة، من حيث الإنجاز العملي والتوقيت الزمني.

**عوامل النجاح:** يتفق علماء الإدارة على أن هناك عدة عوامل تكفل نجاح الخطة، يمكن إيجاز أهمها على النحو التالي:

- مشاركة العاملين بالمستشفى على اختلاف فئاتهم من أطباء، وفنيين، وممرضين، وإداريين في إعداد الخطة.

- توفر المعلومات الشاملة والدقيقة التي يتم الاعتماد عليها في إعداد الخطة.

- الواقعية تعد من أهم مفاتيح نجاح الخطة، فكثيراً ما تكون أحلام المخططين واسعة تتجاوز الواقع وإمكاناته.

- مرونة الخطة تكفل التكيف مع المتغيرات المستقبلية، دون الإخلال بأسس، ومنطلقات الخطة، ودون تأثير على فاعليتها.

ولقد أشارت مجموعة خبراء منظمة الصحة العالمية أن تخطيط المستشفيات يجب أن يتم وفق خطوات ذات ترتيب منطقي، على النحو التالي<sup>(٨)</sup>:

**تقدير الاحتياجات:** ويقصد به تقدير الاحتياجات كمياً ونوعياً للمستشفى، وتشمل العوامل الكمية تحديد عدد الأسرة اللازمة للمستشفى، ولكل خدمة متخصصة يوفرها، ونطاق خدمات العيادات الخارجية، ونطاق الخدمات التشخيصية والعلاجية للمرضى المنومين ومرضى العيادات الخارجية. أما العوامل النوعية فتشمل مستوى الرعاية المستهدف ودرجة التخصص المرغوبة، ولا بد من القيام بتقديرات وتنبؤات للتطورات المستقبلية في العلوم الطبية، وتقدير احتياجات، ومطالب الرأي العام المستقبلية.

**تقدير الموارد:** ويقصد بها الموارد الاقتصادية، والبشرية، والفنية، حيث يتم تقدير الإمكانيات المالية الآتية والمستقبلية، ومدى توفر القوى العاملة التي تحتاجها المستشفى على اختلاف فئات القوى العاملة، وكذلك احتياجات توفير فرص التدريب المناسبة لهم.

**تحديد الأولويات:** بعد تحديد الاحتياجات، وتقدير الموارد تحدد الأهداف طويلة الأجل، وقصيرة الأجل، ويتطلب ذلك تحديد الأولويات، ويتأثر ذلك بالاعتبارات، والعوامل السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية السائدة.

**تقييم التقدم:** يجب أن يكون التخطيط عملية مرنة مستمرة لمواكبة التغير الطبيعي، الذي يحدث في احتياجات المستشفيات، ولهذا لا بد من تقييم التقدم.

وأوضح تقرير آخر للجنة خبراء من منظمة الصحة العالمية<sup>(٩)</sup> أنه، وقبل البدء بأي تخطيط للمستشفيات على نطاق واسع، يجب أن تتوفر الشروط التالية:

- اهتمام الحكومة بتنمية خدمات المستشفيات.
- استعداد سلطات المستشفيات القائمة للتعاون.
- وجود هيئة تخطيط لديها مقدرة إدارية على التخطيط.
- توفر وقت كاف لجمع البيانات اللازمة، وتحليلها.
- أن تتسم الخطة بقدر كاف من المرونة يتيح إجراء تعديلات دورية، وفقاً لتقدم الرعاية الطبية، والتغيرات الاجتماعية، والاقتصادية.
- وأن تكون الخطة في إطار الخطة الصحية الوطنية الشاملة.

## هوامش الفصل الأول

(١) **Joseph L. Massie**, *Essentials of Mangment*, Third Edition, (New Jersey:Prentice-Hall Inc.,(1979),P.P85- 90

(٢) خالد بن سعيد، *أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الرياض: المملكة العربية السعودية (١٩٩٦م)*، ص٦.

(٣) **World Health Organization**,*Technical Report Series*, No. 297,1965

(٤) حسان محمد حرساتي، *إدارة المستشفيات، المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة (١٤١٠هـ)*، ص٦٩.

(٥) محمد فارس المطيري ومروان ركن، *التخطيط الصحي - دراسة علمية تطبيقية، جدة: مديرية الشؤون الصحية بمحافظة جدة، (١٤١٧هـ)*.

(٦) المصدر السابق.

(٧) المصدر السابق.

(٨) *سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، رقم (٣٩٥)*، جنيف: منظمة الصحة العالمية (١٩٦٨م)، ص١٧.

(٩) *سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، رقم (٣٥)*، جنيف: منظمة الصحة العالمية (١٩٦٧م)، ص١٥.

## الفصل الثاني

### التنظيم الإداري للمستشفيات

- تعريف التنظيم
- عناصر التنظيم
- مبادئ التنظيم
- أنواع التنظيم
- إعادة التنظيم
- خطوات تنظيم المستشفى
- مجلس إدارة المستشفى
- المجلس الطبي للمستشفى
- أقسام المستشفى
- الهياكل التنظيمية





التنظيم كممارسة قديم قدم الإنسان، ذلك أن الفرد لا يستطيع إنجاز بعض الأعمال بمفرده، فيقوم بتقسيم العمل بينه وبين الآخرين.

كما أن المستشفى - أي مستشفى - لا تستطيع تحقيق هدفها المتمثل في تقديم خدمة صحية عالية الجودة مهما توفرت لها الإمكانيات المادية والبشرية ما لم تكن منظمة تنظيمًا علميًا جيدًا.

ويعتبر ماكس فيبر (Max Weber) (١٨٦٤-١٩٢٠م) أول من وضع التنظيم في قوالب نظرية علمية ثم تابع فريدريك تايلور وهنري فايول وهربرت سايمون وغيرهم وضع الإطار العلمي لمفهوم التنظيم ولقد حقق التنظيم تقدماً واسعاً في حقل الإدارة حتى أصبح واجهة من الواجهات التي تتصدى للتحديات الفكرية التي ما زالت تواجه علم الإدارة<sup>(١)</sup>.

ولقد اهتم عدد من علماء إدارة المستشفيات بموضوع تنظيم المستشفيات وأجروا العديد من الدراسات والأبحاث وقدموا إصدارات قيمة في هذا الصدد.

فالمستشفيات هي منظمة بيروقراطية تتبع المبادئ البيروقراطية (بالمفهوم العلمي الإيجابي للبيروقراطية) مثل تقسيم العمل والتخصص ونطاق الإشراف وتطبيق الأنظمة وتنسيق النشاطات<sup>(٢)</sup>.

وللتنظيم الإداري للمستشفى ثلاثة أعضاء بارزين ضمن فريق عمل المستشفى وهي: مجلس الإدارة أو مجلس الأمناء في قمة التنظيم والمدير الطبي أو كبير الأطباء والمدير الإداري والمدير التنفيذي. ولا يحقق المستشفى أهدافه بنجاح ما لم يكن هناك اتصال فعال بين هذه العناصر الرئيسية الثلاثة.

## تعريف التنظيم

يقول مارتنش (Martch) وسيمون (Simon): "إن التنظيم هو: أنماط من السلوك يتم التنسيق بينها عبر قنوات معلومة تستهدف تحقيق هدف مشترك"<sup>(٣)</sup>.

ويقول جوزف ماسي: "إن التنظيم هو: الهيكل والعمليات التي من شأنها أن تؤدي إلى توزيع السلطات، وتنسيق العلاقات بين مجموعة متعاونة من الأفراد تسعى إلى تحقيق هدف مشترك"<sup>(٤)</sup>.

ويعرف نوتز وادونيل التنظيم بأنه: "عملية تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة، والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات، والتنسيق بينها"<sup>(٥)</sup>.

كما يعرف هود جتس وكاسيو التنظيم بأنه: "العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين، والتنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة"<sup>(٦)</sup>.

ويمكننا تعريف التنظيم بأنه: "عملية إعداد وترتيب الجهاز الإداري، ليحقق أهدافه بدرجة عالية، وذلك بتقسيمه إلى وحدات إدارية بكل منها إمكانيات مادية، وبشرية محددة، وتنسيق العلاقة بين أنشطتها لتحقيق أهداف المستشفى".

## عناصر التنظيم

يتفق علماء الإدارة بصفة عامة، وإدارة المستشفيات بصفة خاصة، على عناصر التنظيم التالية:

أولاً: تحديد الوظائف والموظفين: يتضمن تنظيم المستشفى مجموعة من الوظائف يلزم لشغلها مجموعة من الموظفين، الذين يحملون مؤهلات معينة لشغلها.

ويعرف علماء الإدارة الوظيفية بأنها: منصب مدني يقتضي من شاغله القيام بواجبات محددة، وتحمل مسؤوليات معينة سواء تفرغ لذلك كلياً أو لم يتفرغ. وتوجد هذه الوظيفة في العادة قبل أن يوجد الموظف لهذا فهي مستقلة في وجودها عن يشغلها، ولا تتأثر بموته، أو إحالته للتقاعد أو استقالته<sup>(٧)</sup>.

والموظف هو: الإنسان الذي يشغل الوظيفة، ويقوم بواجباتها، ويلتزم بمسؤولياتها ويمارس صلاحياتها، انظر في الملاحق الجداول القياسية لمتطلبات المستشفى من القوى العاملة، ويستلزم التنظيم الإداري للمستشفى العمليات التالية:

١- **توصيف الوظائف (Job Description):** ويقصد به وصف الوظيفة وصفاً تحليلياً بحيث تحدد أهدافها، ومهامها، وارتباطها التنظيمي، والمؤهلات والخبرات، التي ينبغي توفرها في شاغلها.

٢- **ترتيب الوظائف:** ويقصد به تجميع الوظائف المتشابهة من حيث: خصائصها ونشاطاتها في مجموعات أو فئات أو قطاعات عمل.

**ثانياً: تكوين الوحدات الإدارية:** يتم تكوين الوحدات الإدارية، وتقسيمها بناء على أسس تنظيمية مختلفة، منها التقسيم على أساس الوظيفة، مثل: الوظائف الطبية المساندة، والوظائف الإدارية، والوظائف الفنية غير الطبية، والوظائف الاستشارية .. وهكذا.

**ثالثاً: تدرج السلطة:** ويقصد به تدرج السلطة وفق التسلسل الوظيفي من مستوى إلى مستوى إداري أقل، ومن السائد أن تكون لأي مستشفى ثلاثة مستويات رئيسية تبدأ من المدير العام للمستشفى، إلى مدراء الإدارات، إلى

رؤساء الأقسام، وفي بعضها يكون هناك مجلس إدارة أو مجلس أمناء كمستوى أول.

رابعاً: تكوين قطاعات العمل: ولقد اتفق علماء إدارة المستشفيات على تقسيم العمل في المستشفيات إلى ثلاثة قطاعات رئيسية:

■ **القطاع التنفيذي:** ويشمل الإدارات التي تقوم بأعمال تنفيذية، مثل: الإدارات الطبية.

■ **قطاع الخدمات المساعدة:** ويشمل الإدارات المساعدة مثل: شئون الموظفين، والإدارة المالية، وغيرها.

■ **قطاع الخدمات الاستشارية:** ويشمل الإدارات التي تقوم بدور استشاري، فقط مثل: إدارات التخطيط والتطوير.

### مبادئ التنظيم

يختلف علماء إدارة المستشفيات في تحديد مبادئ التنظيم الإداري للمستشفيات، وذلك وفقاً لاهتمام وخلفية كل منهم، ولكن هناك اتفاق على المبادئ التالية:

١. **التخصص:** ذلك أن وجود متخصصين للقيام بأعمال متخصصة من أهم مبادئ التنظيم.

٢. **تقسيم العمل:** بحيث يتم بناء وحدات، إدارية يتولى كل منها القيام بجزء متخصص ومعين من أعمال المستشفى، وتقسيم العمل بناء على التخصص يعد أفضل وسائل تحقيق معدلات إنتاجية عالية. أن تحديد الوصف الوظيفي، والمهام من أهم أعمال مدير المستشفى الحديث.

٣. نطاق الإشراف: (Span of Control): ويقصد به عدد المرؤوسين الذين يمكن للمدير الإشراف عليهم بصورة فعالة. وعادة ما يصغر نطاق الإشراف كلما صعدنا إلى مستوى إداري أعلى في التنظيم الإداري للمستشفى، ورغم اختلاف الآراء حول عدد المرؤوسين الذين يمكن لمدير المستشفى أن يرأسهم، إلا أن بعض علماء إدارة المستشفيات أجمعوا على أن (٣-٤) مرؤوسين هو العدد المناسب، بينما المدراء في المستويات الأدنى من الممكن أن يشرفوا على ضعف هذا العدد، وترى النظريات التقليدية أن التنظيم الفعال هو: الذي يكون فيه نطاق الإشراف صغيراً.

٤. وحدة القيادة: ويقصد به توحيد مصدر الأوامر والتوجيهات، فإذا تعددت مصادر القيادة اضطرب التنظيم وسادت الفوضى، وعم التوتر التنظيمي.

٥. التنسيق: ويقصد به توفير سبل التكامل بين الوحدات الإدارية المختلفة في المستشفى وللتسيق أهمية كبيرة في ظل العدد الكبير من الأنشطة والإدارات والأقسام والوظائف بالمستشفيات الحديثة في عصرنا الحالي، فالتسيق يحقق التناسق والانسجام بين الجزئيات العاملة المختلفة في المستشفى لتحقيق أهدافها، ولعل من أهم أسباب ضعف التنسيق الضعف في الاتصال.

٦. تفويض السلطة: تجمع النظريات الإدارية على أن من حسن الإدارة تفويض سلطة اتخاذ القرارات بحيث تتخذ على المستويات الإدارية الأدنى، فتكون أقرب للمأثرين بها، كما أنها تخفف العبء على المدير، وهذا في الأمور ذات الطبيعة الروتينية، ولكن ذلك لا يعفي المدير من مسئولية تلك القرارات التي يتخذها مرؤوسه.

## أنواع التنظيم

يفرق علماء الإدارة بين نوعين من التنظيم، وهما: التنظيم الرسمي، والتنظيم غير الرسمي:

**أولاً: التنظيم الرسمي (Formal Organization):** وهو التنظيم الهيكلي العلمي الرسمي بكل مقوماته، وينقسم إلى الأنواع الرئيسية التالية:

▪ **التنظيم الرأسي (Hirarcial Organization):** ويسمى أيضاً التنظيم الهرمي (Pyramid Organization)، ويقصد به النوع التقليدي، الذي تتدرج فيه السلطة من الأعلى إلى الأسفل بين المستويات الإدارية المختلفة في المستشفى، وترتب فيه أقسام المستشفى بطريقة هرمية، وهذا التنظيم سائد في معظم المستشفيات في المملكة، وفي معظم دول العالم كونه يتميز بالبساطة والوضوح وتظهر فيه بجلاء الوحدات والقطاعات وخطوط السلطة.

▪ **التنظيم الوظيفي (Staff Organization):** ويعتمد هذا التنظيم على التخصص، وتقسيم العمل واللامركزية بحيث يكون كل قطاع متخصص في المستشفى له استقلاليتة النسبية، ويمكن أن يعرف بالتنظيم المؤسساتي بمعنى أن تكون هناك أكثر من مؤسسة داخل المستشفى. مثال ذلك القطاع الطبي في المستشفى، القطاع الإداري والمالي وغيرها.

**ثانياً: التنظيم غير الرسمي (Informal Organization):** ويقصد به أنماط السلوك الفعلي لمجموعة من مجموعات العاملين داخل المستشفى، ولا يخضع التنظيم غير الرسمي للأنظمة والقواعد المكتوبة، حيث أثبتت الدراسات العلمية والتجارب الواقعية أنه في كثير من الأحيان يوجد اختلاف بين التنظيم الرسمي، للمستشفى أو لأي منظمة وبين تصرفات بعض أعضاء المنظمة. ولا يظهر هذا

النوع من التنظيم في الهيكل التنظيمي للمستشفى كما لا تظهر الاتصالات غير الرسمية.

وللتنظيم غير الرسمي فوائده التي يمكن إيجازها في التالي:

- أنه ينقل مطالب الأعضاء إلى السلطات العليا بصورة سريعة.
- أنه يساعد في الرفع من مستوى الإنتاجية عندما تكون أهداف التنظيم الرسمي وغير الرسمي متحدة ومتطابقة.

ومن عيوبه: أنه قد يقود إلى كسر القواعد واللوائح والتنظيمات الرسمية . ويرى الكثير من علماء إدارة المستشفيات ضرورة أن يولي التنظيم الرسمي اهتماماً بالتصرفات والسلوك غير المخطط، الذي يوجد بين جماعات العمل نتيجة لارتباطات، وعلاقات معينة تربط بينهم، قد تكون الروابط دينية أو اجتماعية أو عرقية.

ومن هذا المنطلق فإن على القائد المسؤول في المستشفى أن يسعى إلى احتواء التنظيمات غير الرسمية في المستشفى، ويشرك الجماعات المختلفة في صياغة الأهداف، وصنع القرارات، وصولاً إلى التطابق المطلوب بين أهداف التنظيم الرسمي، وغير الرسمي، وهذا بالتالي ينعكس بصورة إيجابية على مستوى الأداء، ويحقق الأهداف الموضوعية بأحسن صورة.

### إعادة التنظيم

يرى الكثير من العلماء المتخصصين أن إعادة التنظيم (Re-Organization) إنما هي عملية مستمرة. ذلك أن المستشفى في أي مجتمع إنما هي جزء من عالم متغير، ويتطور سريعاً مما يستدعي مواكبة المستشفى لهذه المتغيرات، وان بدت في صحة تنظيمية إلا أنه يظل هناك مجالاً للتحسين والتطوير.

ومن أهم الأسباب الداعية إلى إعادة تنظيم المستشفيات:

- تغير أهداف ووظائف المستشفى، مثل: إنشاء مراكز طبية متخصصة في المستشفى، أو تحويل المستشفى من عام إلى تخصصي، أو تحويل مستشفى متخصص في أمراض النساء والأطفال إلى مستشفى عام.
- إن عالم الطب والمستشفيات يتميز بالتطور التقني الطبي السريع ولذلك فإن مواكبة هذه التطورات وإدخال تقنية متقدمة والأخذ بأساليب عمل حديثة يستوجب إعادة تنظيم المستشفى.
- الاستجابة لسياسة صحية تصدرها السلطة العليا، أو السلطة الصحية. مجلس الوزراء أو وزارة الصحة مثلاً في المملكة العربية السعودية.
- تزايد الطلب على خدمات المستشفى، وهي ظاهرة واضحة في المملكة، سواء في المستشفيات العامة أو الخاصة، ومن أسباب ذلك: النمو السكاني السريع، والذي يبلغ معدله ٣,٧٪ وانتشار الوعي الصحي، وسهولة الحصول على خدمات المستشفيات، وتغير نمط الحياة الذي يتسم بالرفاهية، والخمول، وقلة الحركة، وارتفاع مستوى الأعمار.
- ظهور مشاكل تنظيمية بالمستشفى، وكثرة الشكاوي، والتذمر، والغياب، والتسيب بين العاملين في المستشفى، يستدعي إعادة التنظيم.

### خطوات تنظيم المستشفى

- يمكن إيجاز خطوات تنظيم المستشفى في النقاط التالية:
- تحديد أهداف المستشفى الهامة والتفصيلية بوضوح.
- دراسة التنظيم السابق وتحديد مزاياه وعيوبه.



▪ تحديد النشاطات الأساسية للمستشفى وتجميعها في فئات أو قطاعات

كالتالي:

- التشخيص والتحليل.
- الخدمات العلاجية.
- خدمات التمريض.
- الخدمات الإدارية والمالية.
- الخدمات الفنية.

تقسيم المستشفى إلى وحدات.

- تحديد العلاقات والسلطات بين الأقسام.
- تحديد اختصاصات كل قسم من الأقسام.
- تحديد حجم القوى البشرية، والمادية اللازمة لكل قسم.

ولا شك أن عملية التنظيم تتطلب استطلاع آراء العاملين في المستشفى، سواء من خلال استبيانات تصمم لهذا الغرض، أو من خلال مقابلات شخصية تتم معهم.

### مجلس إدارة المستشفى

مجلس إدارة المستشفى هو: السلطة العليا في المستشفى، ويسمى في بعض الدول مسميات أخرى، وكثيراً ما يسمى مجلس الأمناء (Trustees Board). ويختلف دور مجلس إدارة المستشفى، وأهميته، وحجم سلطاته، ومسؤولياته من مجتمع إلى آخر، وفقاً لطبيعة المجتمع وخصائصه، حيث نجد في بعض الدول أن مجلس الإدارة يهيمن على المستشفى، وأحياناً تكون له صفة استشارية فقط.

كما يختلف دور مجلس الإدارة في المستشفى الحكومي عنه في المستشفى الأهلي (الخاص). ففي المستشفى الحكومي لا يمثل مجلس الإدارة السلطة النهائية، حيث توجد سلطات أعلى منه، مثل: الإدارة الصحية الإقليمية ثم وزارة الصحة، وتندرج السلطة تصاعدياً في المستشفى إلى مدير الشؤون الصحية وإلى وكيل وزارة الصحة، ثم إلى وزير الصحة.

ورغم أن مجلس الإدارة أو مجلس الأمناء يقوم بدور فاعل في مستشفيات الدول الغربية، إلا أنه يتواجد صورياً، وفي رسوم الهياكل التنظيمية للمستشفيات في الكثير من الدول الأخرى بما فيها معظم مستشفيات المملكة العربية السعودية.

ويتشكل مجلس الإدارة بناء على مبدأ تمثيل المجتمع المحيط بالمستشفى على اعتبار أن المجتمع هو المستفيد والمستهلك لخدمات المستشفى<sup>(٨)</sup>، وتمثيله يتضمن إيصال آراء واحتياجات المستفيدين إلى سلطات المستشفى بصورة فعالة، كما أن تمثيل العاملين بالمستشفى في المجلس يضمن تمثيل مصالحهم. وفي معظم الدول الغربية يضم مجلس إدارة المستشفى ممثلين عن الحكومة ورجال الصناعة، والتجارة، وكليات الطب، ورجال الدين، والإعلام، والبنوك إلى جانب ممثلين لفئات العاملين بالمستشفى.

وفي معظم هذه المستشفيات لا يتجاوز عدد أعضاء مجلس الإدارة عن ٢٠ عضواً، ذلك أن كثرة عدد أعضاء المجلس قد يؤدي إلى شيء من التضارب في الآراء وصعوبة اتخاذ القرارات. ويجتمع مجلس الإدارة بشكل دوري مرة كل شهر.

ويمكن تلخيص أبرز مهام مجلس إدارة المستشفى في التالي:

- اعتماد الخطط العامة للمستشفى، وإقرار الميزانية المالية للمستشفى.

- اعتماد السياسات العامة، واللوائح التنظيمية.
- إقرار المشاريع الإنشائية، والتوسعية.
- البحث عن مصادر التمويل، وتميئها.
- وغير ذلك من المهام ذات الطابع العام.

### المجلس الطبي

يشكل في المستشفيات الحديثة مجلس طبي (Medical Board)، وهو هيئة طبية تنفيذية مسؤولة عن دراسة، ووضع السياسات، والخطط الطبية لتحقيق أهداف المستشفى العلاجية، والوقائية، وبرامج التدريب، والتعليم الطبي، والبحوث الصحية، كما تشمل مهامه تقييم سير العمل الطبي بالمستشفى، وبحث سبل تطوير الرعاية الصحية، المقدمة للمريض بصورة مستمرة، ومعالجة مشكلات العمل الطبي، ومعوقات تطويره، بما في ذلك مشكلات التنسيق بين الوحدات الطبية المختلفة بالمستشفى.

ويتولى رئاسة المجلس المدير الطبي للمستشفى، ويضم رؤساء الأقسام الطبية، والأقسام الطبية المساعدة، كالأشعة، والمختبرات، والصيدلة، والتمريض، إضافة إلى قسبي الطوارئ والعيادات الخارجية.

ويجتمع المجلس الطبي بشكل دوري مرة كل شهر، ولا يعتبر الاجتماع قانونياً إلا بحضور نصف الأعضاء على الأقل. وقد يقرر المجلس تكوين لجان تتبثق عنه مثل اللجنة التنفيذية، ولجنة التقييم والمراجعة الطبية، ولجنة مراجعة استخدام الموارد، وغير ذلك.

ويمثل المجلس رئيسه في مجلس الإدارة فيما يتعلق بالسياسات الطبية، وأعمال التطوير الطبي، والرقابة الطبية، وكذلك يمثل أمام مدير المستشفى. ويختلف تنظيم المجلس الطبي وفقاً لحجم المستشفى، وتعدد تخصصاته وأقسامه.

ولعل من أبرز ما يبحثه المجلس الطبي في اجتماعاته التالي<sup>(١)</sup>:

- أعمال وإنجازات الهيئة الطبية.
- التنسيق بين الرعاية الطبية التي تقدم على مستوى الأقسام العلاجية بالمستشفى.
- تلقي ودراسة التقارير التي تحال إليه من اللجان المتفرعة منه.
- تقديم التوصيات اللازمة لمدير المستشفى بالنسبة للمشاكل الإدارية ذات الطبيعة الطبية.
- تقديم التوصيات اللازمة لمجلس إدارة المستشفى بالنسبة للمشاكل، التي تحال إلى المجلس الطبي.

### أقسام المستشفى

يضم المستشفى أقساماً طبية، طبية مساعدة، خدمات مسانده، وإدارية ومالية. وكل قسم من هذه الأقسام يقوم بدور يتناغم مع أدوار بقية الأقسام، ينتهي بتقديم الخدمات الطبية المطلوبة للمرضى.

### الأقسام الطبية

ويختلف عدد الأقسام ونوعها وفقاً لحجم المستشفى ونوعه، والاحتياجات الصحية في بيئة المستشفى.

ولكن المستشفيات العامة تضم - بصفة عامة - أقساماً رئيسية مثل: الجراحة العامة، والباطنية، والنساء، والولادة، والأطفال، والأسنان، إلى جانب الطوارئ والعناية المركزة. وترتبط الأقسام الطبية تنظيمياً بالمدير الطبي للمستشفى<sup>(١٠)</sup>.

وجميع الأقسام تقوم بأعمال أساسية تشمل:

استقبال المرضى في العيادات والطوارئ، تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية وتويم من يحتاج إلى تويم، وضع وتنفيذ خطة العلاج اللازمة، علاج ومتابعة حالات العناية المركزة حسب الاختصاص، طلب الاستشارات المتخصصة من الأقسام الأخرى، وتقديم الاستشارات للأقسام الأخرى، تحويل المرضى المحتاجين إلى خدمات متخصصة إلى مستشفيات أخرى، المشاركة في اللجان ذات العلاقة، والمشاركة في تطبيق خطط وبرامج العمل المشتركة مثل: الجودة الشاملة ومكافحة العدوى وغيرها، وإعداد وتنفيذ برنامج تدريب الأطباء، وإجراء الدراسات، والبحوث الطبية، والمشاركة في الندوات والمؤتمرات الطبية ذات العلاقة.

وإلى جانب هذه المهام الأساسية هناك مهام محددة وهدف عام لكل قسم وذلك على النحو التالي:

(١) قسم الباطنية: ويستهدف تقديم خدمات طبية: تشخيصية، وعلاجية، وإسعافية في مجال الطب الباطني. وتشمل مهامه الإشراف على وحدات الباطنة المختلفة مثل: الباطنية العامة، وأمراض القلب، والأمراض الصدرية، والأورام، والكلى، والغدد الصماء، والروماتيزم، والأمراض المعدية، والأمراض العصبية والنفسية، وأمراض الدم. وفي بعض المستشفيات تكون بعض هذه الوحدات أقساماً منفصلة مثل: القلب، وقسم الأمراض النفسية، وقسم الكلى.

(٢) قسم الجراحة العامة: ويستهدف إجراء العمليات الجراحية العلاجية والاستكشافية، ومتابعة المرضى بعد إجراء العمليات الجراحية.

ويشرف القسم على وحدات: الجراحة العامة، وجراحة العظام، وجراحة المسالك البولية، وجراحة المخ والأعصاب، جراحة التجميل والحروق جراحة

الأطفال، جراحة الأنف والأذن والحنجرة، جراحة الوجه والفكين، جراحة العيون. وأيضًا في بعض المستشفيات الكبيرة تكون بعض هذه الوحدات أقسامًا مستقلة.

(٣) قسم الأطفال: ويستهدف تقديم رعاية طبية: تشخيصية، وعلاجية، وإسعافية للأطفال، وحديثي الولادة، ومتابعة نموهم، وذلك في قسم تنويم الأطفال، وفي وحدة العناية المركزة للأطفال ووحدة العناية المركزة للمواليد الخدج، إضافة إلى العيادات الخارجية والطوارئ.

ومن مهام القسم: معالجة الأطفال حديثي الولادة، والتأكد من خلوهم من الأمراض والتشوهات، وتوفير الرعاية الطبية المتكاملة لهم، وكذلك بالنسبة للأطفال المبسترين متابعة نمو الأطفال بدنيًا وعقليًا، ومعالجة أي قصور يعانون منه بدنيًا وعقليًا.

(٤) قسم أمراض النساء والولادة: ويستهدف توفير العلاج والرعاية الطبية تشخيصيًا وعلاجًا وإسعافًا للنساء عمومًا، فيما يختص بالأمراض النسائية وللمهات، والأجنة أثناء الحمل، وبعد الولادة داخل قسم التنويم، وفي العيادات والطوارئ.

وتشمل مهامه: وضع خطة متابعة الحامل، وتشخيص وعلاج الأمراض المصاحبة للحمل، والإشراف على الولادة، وكذلك تشخيص وعلاج الأمراض النسائية، وإجراء العمليات الجراحية اللازمة.

(٥) قسم العناية المركزة: ويقدم خدمات طبية فائقة ومركزة للحالات المرضية الحادة، وهو قسم يختلف عن بقية الأقسام الطبية الأخرى في نوع الخدمة المقدمة للمريض، ودقة المتابعة له، وتبعًا لذلك حجم القوى العاملة التي يحتاجها القسم، حيث يحتاج كل مريض إلى ممرضة تتابعه على مدار الساعة.

٦) **قسم الطوارئ:** ويستهدف تقديم الخدمات الطبية الإسعافية للحالات المرضية الطارئة، وإصابات الحوادث المختلفة.

وتشمل مهامه تقديم الرعاية الطبية الأساسية العاجلة للمريض في قسم الطوارئ بالمستشفى، وطلب إجراء الفحوصات الإشعاعية و المخبرية اللازمة.

٧) **قسم التأهيل الطبي:** ويستهدف تقديم خدمات علاجية وتأهيلية للمرضى المعاقين والمصابين، لاستعادة المقدرة البدنية والنفسية.

وتشمل مهام القسم إجراء الاختبارات الطبية المختلفة، وتقديم الخدمات التأهيلية بالأجهزة العلاجية المختلفة، وكذلك وصف الأجهزة التعويضية، والأطراف الصناعية المطلوبة للمرضى.

٨) **قسم الأسنان:** ويستهدف تقديم خدمات تشخيصية وعلاجية في مجال صحة الفم والأسنان، وتشمل مهامه عمل: الحشوات والتركيبات الثابتة والمتحركة، وعلاج اللثة، وإجراء العمليات الجراحية لمن يحتاج في مجال تخصص القسم، وفي بعض المستشفيات العامة تتوفر خدمات تقويم الأسنان، ويدخل ضمن مهام القسم إجراء المسوحات المتعلقة بأمراض الفم.

### الأقسام الطبية المساعدة

ومن حيث الموقع التنظيمي لهذه الأقسام فإنها ترتبط في العادة بالمدير. وفي بعض المستشفيات ترتبط بمساعد مدير المستشفى للخدمات الطبية المساعدة، الذي يرتبط بمدير المستشفى.

وتقوم هذه الأقسام بمهام عامة تتمثل في: متابعة توفير الاحتياجات المادية والبشرية التي يحتاجها العمل، والسعي لمواكبة التطورات وتحسين الأداء، وتدريب الطلاب والعاملين في القسم، والاشتراك في أعمال اللجان المختلفة ذات

العلاقة بالمستشفى، ومناقشة الحالات مع الأطباء، وإعداد تقارير دورية عن أعمال القسم، والتوصيات الرامية إلى تطوير العمل بالقسم.

ويمكن إيجاز الهدف العام والمهام للأقسام الطبية المساعدة في المستشفى على النحو التالي:

(١) قسم الأشعة التشخيصية: ويستهدف تقديم خدمات الفحص الإشعاعي، وإعداد تقارير بنتائج الفحص.

ومن مهامه: إجراء الفحوصات الإشعاعية المختلفة العادية والمتخصصة باستخدام النظائر المشعة، والتصوير الطبقي، والموجات فوق الصوتية وغيرها، تطبيق قواعد وإجراءات الوقاية من الإشعاع، والتخلص من النفايات المشعة والنووية، وإعداد تقارير الأشعة، وفهرسة الأفلام والتقارير وحفظها. وأصبح قسم الأشعة في المستشفيات الحديثة لا يقوم بدور تشخيصي فقط، وإنما يقوم بدور علاجي أيضاً لاسيما في علاج الأورام.

(٢) قسم المختبرات وبنك الدم: ويستهدف توفير خدمات الفحص المخبري، وتوفير الدم بمكوناته المختلفة.

ومن مهامه: سحب العينات من المرضى وتوزيعها على الوحدات المتخصصة في المختبر، لإجراء الفحوصات المخبرية عليها، وكذلك استقبال المتبرعين بالدم، وإجراء سحب الدم، وتحليله، وحفظه، واسترجاعه حسب الحاجة، وكذلك إعداد التقارير المخبرية، والاستئناس الإكلينيكي المطلوب، والقيام بتدريب المتدربين نظرياً وعملياً وإجراء البحوث، وتقديم التسهيلات للباحثين.

(٣) قسم الصيدلة: ويستهدف توفير خدمات صيدلانية بكفاءة وفعالية عالية.

ومن مهامه: تحديد احتياجات المستشفى من الأدوية، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتأمينها وتخزينها وتوزيعها على الأقسام حسب النظام والعمل على



استمرار توفرها، وصرف الوصفات الطبية، وفقاً للأنظمة والطرق العلمية وشرح طريقة استعمالها للمرضى، وكذلك تركيب بعض الأدوية من موادها الخام، وحفظ الأدوية الخاضعة للرقابة ومراقبتها وصرفها، وفقاً للأنظمة المعتمدة، وكذلك توفير المعلومات الدوائية واقتراح البدائل الدوائية، للأطباء، وتقديم خدمات صيدلانية إكلينيكية في الأقسام الداخلية.

٤) قسم التمريض: يستهدف تقديم خدمة تمريضية عالية الجودة والكفاءة.

ومن مهامه: إعداد خطة العناية التمريضية الشاملة ومتابعة تنفيذها، توزيع القوى العاملة التمريضية اللازمة، وفقاً للاحتياج، ومتابعة توفير الكوادر التمريضية اللازمة، وفقاً لمعدلات التشغيل المعتمدة وإعداد جداول المناوبات والإجازات الخاصة بالهيئة التمريضية ويدخل ضمن مهام القسم تنظيم عملية إدخال المرضى للعيادات، وتحضير المرضى للعمليات، وتنظيم مواعيد العمليات، وتنظيم برامج تعليم وتدريب هيئة التمريض.

٥) أقسام الخدمات المساندة: ترتبط تنظيمياً في بعض الهياكل التنظيمية للمستشفيات بمدير الخدمات المساندة الذي يرتبط بمدير المستشفى، وفي هياكل أخرى ترتبط بمساعد مدير المستشفى للشؤون الطبية أو بمساعد مدير المستشفى للشؤون الإدارية، وأحياناً في المستشفيات الكبيرة بمساعد مدير المستشفى للخدمات المساندة.

٦) قسم الخدمة الاجتماعية: ويستهدف القسم تقديم الخدمة الاجتماعية للمرضى، والعمل على حل مشكلاتهم، داخل المستشفى وخارجها<sup>(١١)</sup>.

ومن مهامه: إجراء البحوث الاجتماعية للمرضى، للتعرف على المشاكل الاجتماعية والنفسية التي يعانون منها، تمهيداً لتقديم المساعدة اللازمة لهم، وتسهيل استفادة المرضى من الخدمات المتوفرة بالمستشفى، واستطلاع آراء

المرضى دورياً ومن ثم وضع المقترحات لتحسين مستوى الخدمات المقدمة للمرضى، التنسيق مع الجمعيات الخيرية ولجان أصدقاء المرضى لمساعدة المرضى المحتاجين، وتحويل المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية مؤسسات اجتماعية أو تأهيلية أو خدمات أخرى كالضمان الاجتماعي والشئون الاجتماعية ودور التربية الفكرية والمراكز الاجتماعية الخاصة ومتابعة هذه الحالات مع هذه الجهات والتنسيق معها لضمان حصول المريض على الخدمة المطلوبة، وتقديم الإرشاد الاجتماعي والنفسي للمرضى وذويهم وتقديم برامج توعية صحية واجتماعية وكذلك برامج اجتماعية ترفيهية للمرضى، واستكمال إجراءات تحويل المرضى إلى المرافق الصحية الأخرى أو عودتهم إلى مواطنهم داخل المملكة وخارجها، المشاركة في إجراء الدراسات المتعلقة بالظواهر الاجتماعية وتدريب طلاب أقسام الاجتماع والخدمة الاجتماعية بالجامعات<sup>(١٢)</sup>.

(٧) قسم السجلات الطبية: يستهدف توفير سجلات متكاملة للمرضى لحفظ معلومات شخصية ونتائج الفحوصات الطبية والمخبرية والتطور التاريخي للحالة الصحية.

ومن مهامه: تجهيز السجلات الجديدة بالنماذج المختلفة اللازمة، ومتابعة نتائج الفحوصات المخبرية والإشعاعية للمرضى وتجميعها ووضعها في سجلات المرضى حتى تكون مستكملة وجاهزة عند الطلب<sup>(١٣)</sup>، وفهرسة السجلات الطبية حسب الأقسام الطبية والتصنيف الدولي للأمراض، وحفظ السجلات وفق الأساليب العلمية واسترجاعها عند الحاجة وفق الإجراءات النظامية المعتمدة التي تكفل الحفاظ على سرية محتوياتها، ومتابعة حركة السجلات لضمان عدم تكرار فتح عدة سجلات للمريض الواحد، وإعداد فهارس السجلات<sup>(١٤)</sup>.

(٨) قسم التغذية العلاجية: ويستهدف تقديم خدمات التغذية العلاجية، والخدمات الغذائية بالمستشفى.

ومن مهامه: العمل على توفير التغذية اللازمة للمريض وفقاً لحالته الصحية، توفير الإرشادات الغذائية، والإشراف على توفير المتطلبات الصحية في إعداد الوجبات الغذائية، ومتابعة جميع مراحل إعداد الوجبات، والإشراف على المطبخ والمطاعم بالمستشفى، ومراقبة الحالة الصحية للعاملين في مجال التغذية بالمستشفى وتقدير الكمية اللازمة من الأغذية، وتوعية المرضى من ناحية الأغذية الصحية، وتدريب العاملين، وإعداد البيانات النظامية اللازمة لصرف مستحقات المتعهد، وإعداد تقارير دورية عن أعمال القسم وسبل تطوير الأداء.

### الأقسام الإدارية والمالية

ترتبط تنظيمياً بمساعد مدير المستشفى للشؤون الإدارية والمالية، وقد يسمى المدير الإداري والمالي للمستشفى، والذي يرتبط بمدير المستشفى.

وفيما يلي وصف لأهم الأقسام:

١) قسم شؤون الموظفين: ويستهدف القيام بجميع الأعمال المتعلقة بالعاملين من الناحية الوظيفية.

ومن مهامه: تطبيق الأنظمة واللوائح الخاصة بشؤون العاملين والقيام بإجراءات شؤون الموظفين مثل: التعيين، ومستحقات الموظفين مثل: الرواتب، والبدلات، والعلاوات، والانتدابات، والإجازات، والعقود، والترقيات، والمباشرة، كذلك الاحتفاظ بملف لكل موظف، وتنفيذ العقوبات التأديبية على الموظفين وفق الأنظمة، وإصدار أوامر الإركاب، وإعداد خطط المسار الوظيفي للموظفين، والعمل على تنفيذها، ومتابعة حركة الوظائف المختلفة بالمستشفى، والمشاركة في تحديد احتياجات المستشفى الآتية والمستقبلية من القوى العاملة.

وعادة ما يتفرع عن هذا القسم عدة شعب مثل:

- شعبة التوظيف.
- شعبة ملفات الموظفين.
- شعبة الرواتب.
- شعبة علاقات الموظفين.

**قسم الشؤون المالية:** ويستهدف القيام بجميع الأعمال المالية للمستشفى.

ومن مهامه: إعداد ميزانية المستشفى، وتطبيق الأنظمة المالية، وإجراء المراجعة المالية الدورية، وتأمين المشتريات إجراء التحصيل والصرف، ومتابعة المصروفات، وتوافقها مع الموارد والميزانية، إعداد التقارير المالية، القيام بالأعمال المتعلقة بحاسبة التكاليف بالمستشفى بما في ذلك تسعيرة الخدمات، الاحتفاظ بمعلومات عن الشركات الموفرة للمواد والمستلزمات التي نحتاج إلى تأمينها، متابعة حركة السوق.

وعادة ما يؤدي هذا القسم أعماله من خلال عدة شعب مثل:

- شعبة المحاسبة.
- شعبة محاسبة المرضى.
- شعبة الميزانية.
- شعبة المشتريات.

**قسم المستودعات:** ويستهدف توفير، وتخزين، ومراقبة، وصرف الأثاث،

والملابس، والمطبوعات، والمواد غير الطبية.

ومن مهامه: توفير احتياجات المستشفى من الأثاث، والمطبوعات، والملابس، والمواد غير الطبية، ومتابعة نفاذ الكميات المتوفرة في المخازن، ومراقبة عمليات التوريد إلى المستودعات، والتأكد من مطابقة المورد مع

الشروط والمواصفات، وإعداد مشروع ميزانية المستشفى من التمويل، وتطبيق شروط السلامة في حفظ المخزون وحمايته من التلف، وإعداد التقارير الدورية، والجرد الدوري للموجودات.

**قسم الإحصاء:** ويستهدف إعداد الإحصاءات الخاصة بالمستشفى وتحليلها.

ومن مهامه: تحديد الإحصائيات المطلوبة، وإعداد النماذج الخاصة بجمع الإحصائيات، وجمع الإحصاءات من الأقسام المختلفة بالمستشفى، وتحليل الإحصائيات التي تم تجميعها، واستخلاص المؤشرات الإحصائية، وإعداد التقارير الإحصائية الدورية.

**قسم العلاقات العامة:** ويستهدف تطوير علاقة المستشفى مع المجتمع. ومن مهامه: القيام بأعمال العلاقات العامة، والمراسم، وتنظيم المناسبات، والقيام بالمهام الإعلامية.

**قسم الاتصالات الإدارية:** ويستهدف توفير الخدمات الاتصالية على اختلاف أنواعها.

ومن مهامه: استلام وتسجيل المعاملات الواردة والصادرة من وإلى المستشفى، وتوزيع المعاملات الواردة على الأقسام المعنية ومتابعة إنجازها، وتوفير الخدمات البريدية والبرقية والرسائل الهاتفية، وحفظ وتنظيم ملفات المستشفى الخاصة بالمعاملات الصادرة.

**قسم الصيانة:** ويستهدف توفير خدمات الصيانة الطبية وغير الطبية بالمستشفى.

ومن مهامه: استلام الأجهزة والإشراف على تركيبها، وإصلاح وصيانة الأجهزة، وتأمين قطع الغيار، والاتصال السريع بمؤسسات الصيانة، وإجراء

عمليات الصيانة الوقائية (Preventive Maintenance)، والاحتفاظ بخراط لمبنى المستشفى، والشبكات الكهربائية، والاتصالاتية، وكذلك شبكات الصرف الصحي والمياه، وكذلك الخرائط الهندسية للمستشفى، والكتيبات الخاصة بالأجهزة المختلفة.

### الهيكل التنظيمية

الهيكل التنظيمية هي: الشكل الذي يصور التنظيم الإداري للمستشفى، ويوضح المستويات الإدارية والوحدات المختلفة في المستشفى، والعلاقات التي تربط بينها وخطوط السلطة والمسؤولية والاتصال، وتبين الخريطة التنظيمية، وخطوط السلطة الرأسية والأفقية. فالخطوط الرأسية هي التي تتسبب من مستوى إداري أعلى إلى مستوى إداري أدنى. أما الخطوط الأفقية فتبين العلاقة بين الوحدات الإدارية الواقعة في مستوى إداري واحد، أما الخطوط المتقطعة فتعبر عن العلاقة الاستشارية بين وحدة وأخرى.

### أهمية الخريطة التنظيمية للمستشفى

- تعكس الخريطة التنظيمية المستوى التنظيمي للمستشفى.
- توضح الخريطة التنظيمية: خطوط السلطة، والاتصال الرسمي بالمستشفى.
- تبين الخريطة التنظيمية المستويات الإدارية للمستشفى.
- تبين الخريطة التنظيمية العلاقة التي تربط بين الجانب الطبي، والإداري، والفني في المستشفى.
- تبين الخريطة التنظيمية نطاق الإشراف (Span of Control) في المستشفى.
- تساعد الخريطة التنظيمية على معرفة الرؤساء والمرؤوسين لواجباتهم ومسؤولياتهم، وارتباطهم الوظيفي، وحدود سلطاتهم.

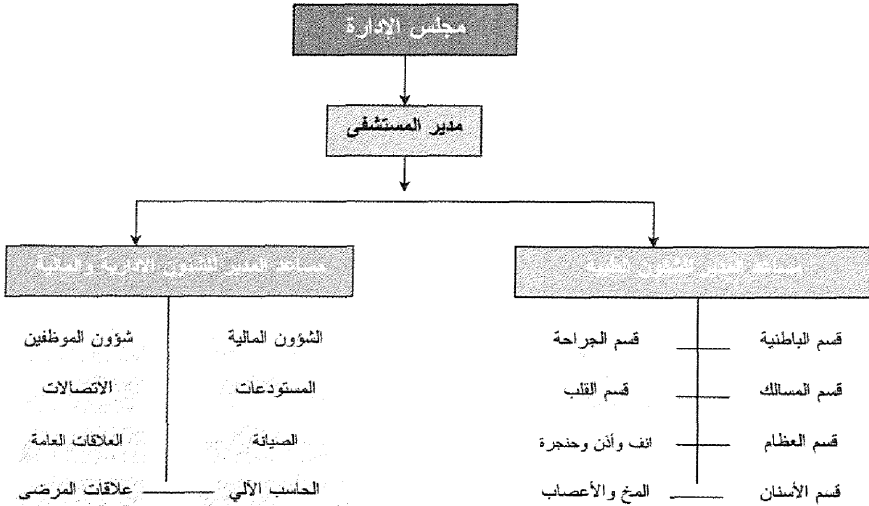
- تستخدم الخريطة التنظيمية في تعريف المجتمع إعلامياً بالمستشفى.
- يعتبر صدور الخريطة التنظيمية صورة لمرحلة تاريخية يوثق بها التطور التاريخي للمستشفى.

### أشكال الخرائط التنظيمية

يركز علماء الإدارة على ثلاثة أشكال رئيسية للخرائط التنظيمية وهي:

#### ▪ الخرائط الرأسية الهرمية (Vertical Organizational Charts)

وهي أكثر أشكال الخرائط التنظيمية انتشاراً وذيوعاً وذلك لسهولته ووضوحه، وتنساب السلطة فيه من قمة الهرم إلى قاعدته، ويتسع حجم التنظيم كلما اتجهنا إلى أسفل الهرم. (انظر الشكل ٢-١).



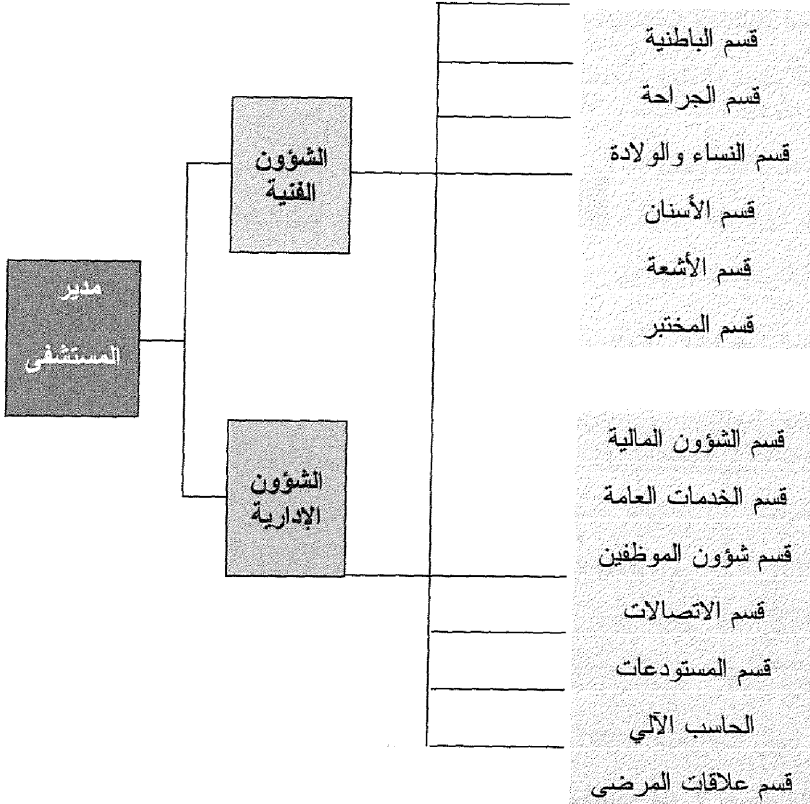
شكل (٢-١). الشكل الهرمي الرأسية.

ويعاب على هذا الشكل من أشكال الخرائط التنظيمية أنه لا يسمح بتصوير المستشفيات الكبيرة ذات المستويات، والوحدات المتعددة في شكل واحد، الأمر

الذي يستدعي تصميم عدة خرائط للمستشفى الكبير، حتى يمكن تصوير الهيكل التنظيمي له بكافة وحداته وتقسيماته.

### ■ الخرائط الأفقية (Horizontal Organizational Charts)

رأى مبتكرو الخرائط الأفقية أن الخريطة الهرمية الرأسية تعطي انطباعاً بالتسلط، ومن هذا المنطلق ظهرت فكرة الخريطة الأفقية التي تتدرج فيها السلطة من اليسار إلى اليمين. ( انظر الشكل ٢-٢ ).



شكل (٢-٢). الشكل الأفقي.



### ■ الخرائط الدائرية (Circular Organizational Charts)

ويقصد بها الخرائط ذات الشكل الدائري، حيث يكون مدير المستشفى في مركز الدائرة وتنساب خطوط السلطة من مركز الدائرة. (انظر شكل ٢-٣).



شكل (٢-٣). الخريطة الدائرية.

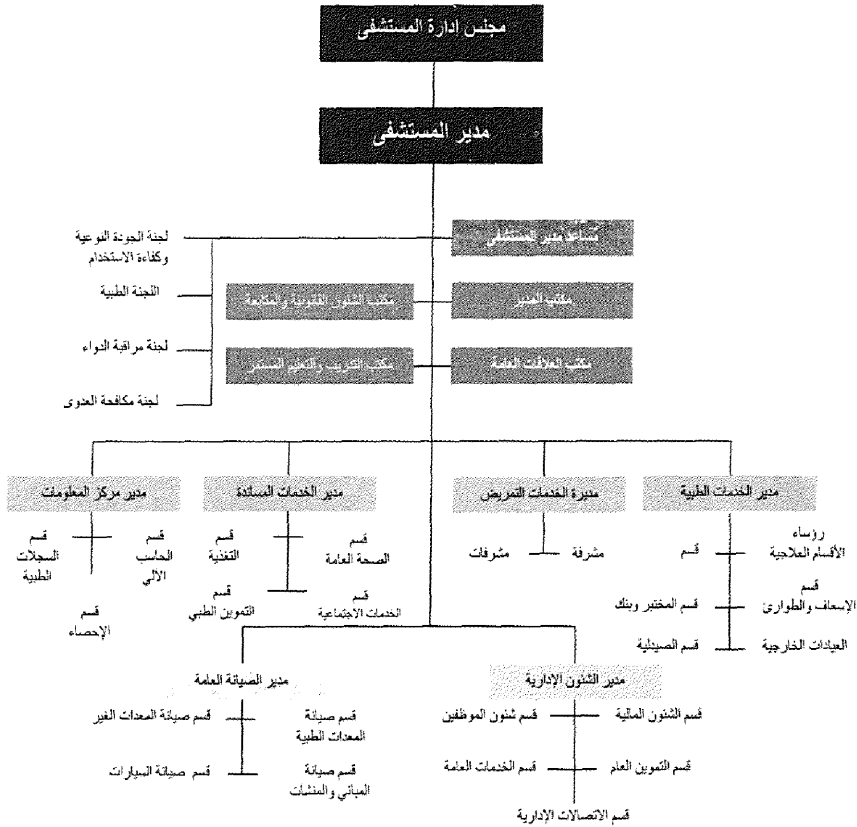
### الهيكل التنظيمي لمستشفيات وزارة الصحة بالمملكة

وكانت وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية قد أصدرت في عام ١٤٠٩ هـ لائحة تنظيمية للمستشفيات تضمنت هيكلًا تنظيميًا لمستشفياتها، وموضحًا في الشكل (٢-٤)، ولا زال معمول به.

وهو هيكل هرمي يضم ثلاثة مستويات إدارية رئيسية، يأتي مجلس إدارة المستشفى في المستوى الأول، ثم مدير المستشفى في المستوى التالي يليه مدراء الخدمات الرئيسية في المستوى الثالث.

وقد قسم الهيكل أعمال المستشفى إلى خمس فئات رئيسية تشمل: الخدمات الطبية، وخدمات المرضى، والخدمات المساندة، وخدمات المعلومات، وخدمات الإدارة والصيانة.

وإذا كان المتخصصون يرون صعوبة تعميم هيكل تنظيمي على مجموعة مستشفيات، نظرًا لأن لكل مستشفى ظروفها وإمكانياتها واحتياجاتها إلا أن الطابع العام لمستشفيات وزارة الصحة متقارب إلى حد ما إذا كانت السعة السريرية متقاربة. إلا أن المستشفى كبير الحجم الذي تزيد سعته السريرية عن ٥٠٠ سرير يحتاج إلى مستوى إداري يضم مساعدين لمدير المستشفى، لتخفيف العبء الواسع الواضح في الهيكل على مدير المستشفى، حتى يتمكن من ممارسة وظائفه التخطيطية والإشرافية والقيادية.



شكل (٢-٤). الهيكل التنظيمي لمستشفيات وزارة الصحة.

## هوامش الفصل الثاني

- (١) أمين ساعاتي، أصول الإدارة العامة، القاهرة: دار الفكر العربي (١٤١٧هـ)، ص: ١٥٥.
- (٢) **Lawrence Wolper and Jesuse Pena**, *Health Care Administration* Maryland, U.S.A: Aspen Publishers, Inc. (1987), P.266
- (٣) **Joseph L.Massi**, *Essentials of Management*, Third Edition, Englewood Cliffs, New Jersey Prentice-hall, Inc., (1979), P.67
- (٤) **W.Richard Scatt**, *Organization : Rational, Natural, and Open Systems*, Englewood cliffs: Prentice-hall Inc.(1981), P.19
- (٥) **Harold Knootz and Cyril O. Donnel**, *Principles of Managemen* New York: McGraw-Hill Book Co., (1964), P.105.
- (٦) **Richard Hodgetts and Dorothy Cascio**, *Modern Health Care Administration*, New York : Academic Press, Inc., (1983), P.136.
- (٧) أمين ساعاتي، أصول الإدارة العامة، القاهرة: دار الفكر العربي (١٤١٧هـ)، ص: ١١٦.
- (٨) **Mc Gibony J.**, *Principles of Hospital Administration*, New York : Putman's and Sons (1952), P. 149.
- (٩) زهير حنفي علي، الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (١٩٨٨م)، ص: ١٠١.
- (١٠) وفي بعض المستشفيات يطلق عليه مسمى كبير الأطباء أو مساعد مدير المستشفى للشؤون الطبية.
- (١١) انظر "واجبات الخدمة الاجتماعية الطبية"، المملكة العربية السعودية: وزارة الصحة، (١٣٩٤هـ).
- (١٢) **Howard Freeman et al.**, *Hand Book of Medical Sociology*, 3<sup>rd</sup> Edition, Englewood Cliffs, N.y.: Prentice Hall Inc. (1979), Part one.

(١٣) عبد الرحمن أحمد العرفج، السجلات الطبية، الدمام، المملكة العربية السعودية ١٤١٢هـ، ص: ١٦.

(١٤) تعد السجلات الطبية محوراً أساسياً للخدمات الصحية في المستشفيات الحديثة، فالبيانات التي ترصد في سجل المريض تشمل تاريخه المرضي، الفحوصات السريرية والإكلينيكية والمخبرية والشعاعية التي أجريت له ونوعية العلاج الذي أعطي ومن الذي تولى علاجه. فهذه البيانات تعكس ماهية ونوعية الرعاية الطبية للمريض أي بمعنى آخر تجيب على الأسئلة التالية:

ما هي نوعية الرعاية التي قدمت للمريض، كيفية تقديمها، ولماذا قدمت، ومتى تم تقديمها، ومن قام بتقديمها؟

فهذه البيانات التي ترصد في سجل المريض توفر قاعدة معلومات عن المريض بشكل شامل (تشخيصه، وعلاجه، والقائمين بتقديم الخدمة الصحية له، وتاريخه المرضي، وحالته عند الخروج...)

ويمكن الاستفادة منها في أغراض شتى، كما أن هذه البيانات تعكس قدر العمل المنجز من قبل العاملين بالرعاية الطبية (الأطباء، وهيئة التمريض...) من حيث الكم والكيف، فهي ذات فائدة وأهمية للمريض، للطبيب المعالج، للمستشفى، للبحوث، للإحصاء، للتعليم والتدريب، وكذلك مدى الالتزام باللوائح التشريعية والعلاجية لمهنة الطب. علاوة على ذلك، فإن المعلومات المتوفرة في السجلات الطبية ذات أهمية بالغة للتخطيط، كتقدير الميزانيات، والحاجة للتدريب، والحاجة لتوفير خدمات طبية جديدة أو للتوسع في خدمات قائمة ... وغير ذلك.

ومن خلال قيام قسم السجلات الطبية بترميز، وفهرسة، وتبويب، وجدولة البيانات من السجلات الطبية. سواء كانت إحصائية طبية أو إحصائية إدارية فإن ذلك يعد أساساً لأعمال الجودة النوعية للمستشفى.

## الفصل الثالث

### القيادة الإدارية للمستشفيات

- من يدير المستشفى الطبيب أم الإداري؟
- واجبات مدير المستشفى



القيادة هي القدرة على التأثير على الآخرين، وخلق حوافز العمل، والإبداع لديهم، لتحقيق أهداف المنظمة.

ولا نود هنا أن نتناول القيادة الإدارية في المستشفيات بالأسلوب الكلاسيكي التقليدي من حيث أنماطها وأساليبها ومقوماتها، ولكننا عمدنا إلى الدخول مباشرة في مناقشة الإجابة على السؤال المتمثل في: من يدير المستشفى بكفاءة وفعالية تتناسب مع أهمية الدور القيادي لوظيفة مدير المستشفى، أهو الطبيب أم الإداري؟

### من يدير المستشفى الطبيب أم الإداري؟

هناك جدلية قديمة لا زالت تثار حتى يومنا هذا، وتتمثل في السؤال التالي:

أيهما أقدر على إدارة المستشفى - أي مستشفى - بصورة أكثر فعالية وكفاءة.. أهو الطبيب أم الإداري المتخصص؟

حول هذا السؤال العريض يدور حوار ممتد في الأوساط الصحية المحلية وغيرها.

وتشير الكتب العلمية المتخصصة إلى أن حوارًا مماثلاً كان دائرًا في الأوساط العلمية والصحية بالولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الثلاثينات وأوائل الأربعينات الميلادية، عندما شرعت الجامعات الأمريكية في افتتاح أقسام جامعية علمية لتأهيل كفاءات متخصصة في إدارة الصحة والمستشفيات.

ويذكرني هذا الحوار بالنقاش الذي كان دائرًا حول طبيعة الإدارة، أهو علم أم فن؟ والذي انتهى إلى تأكيد حقيقة كونها علم وفن في آن واحد.

هي علم في كونها تتضمن نظريات مثبتة حول عناصر الإدارة المعروفة من تنظيم، وتخطيط، وتنسيق، ورقابة. وهي فن لكون عنصر القيادة يعتمد كثيرًا

على قدرات ذاتية موهوبة لدى المدير، لا يتعلمها، وإنما خلقت فيه وصقلت بالتجربة والممارسة.

ولعل المدخل إلى تناول هذه القضية يقتضي عرض التعريف العلمي المختصر للمستشفى، فلقد عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنها "تنظيم طبي، وجزء من التنظيم الاجتماعي يستهدف تقديم الخدمة الصحية علاجاً ووقاية، وتوفير التدريب والتعليم الطبي وإجراء البحوث الطبية".

فالمستشفى بطبيعتها كيان صحي طبي، وبالتالي فإن دور الطبيب يظل هو الأهم بين أعضاء فريق العمل بالمستشفى من فنيين، وإداريين، وممرضين.

والأطباء - بصفة عامة - هم النخبة في المجتمعات الذين أظهروا تفوقاً في تحصيلهم العلمي الثانوي نقلهم إلى الكليات الطبية، ثم تجشموا عناء التعليم الطبي بكل صعوباته، حتى أصبحوا أطباء، ويتكلف إعدادهم التعليمي أضعاف ما يرصد مالياً لمعظم التخصصات العلمية الأخرى، وتتميز طبيعة عمل الطبيب بالمعاناة والسهر والتعب.

ومن هذا المنطلق يرى البعض أن تكليف الطبيب بأمور إدارية بسيطة يشغله عن عمله الطبي الأهم، والكثير من هذه الأمور يستطيع أي إداري توليها في وقت لا يستطيع القيام بمهام الطبيب إلا الطبيب، خاصة وأن الطب لازال يعد من التخصصات الأكثر ندرة في معظم مجتمعات العالم.

ولقد عمدنا هنا إلى عرض آراء عدد من الشخصيات القيادية في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية حول هذه الجدلية<sup>(١)</sup>.

▪ فلقد أبدى معالي وزير الصحة السعودي (السابق) الأستاذ الدكتور أسامة ابن عبد المجيد شبكشي رأيه حول هذا الموضوع فقال:



تختلف معادن الرجال. فقد نجد أن المبرزين في تخصصاتهم يجيدون أعمالاً أخرى إذا ما أنيطت بهم، ومن ذلك المنطلق فإن ممارسة الأطباء المتميزين في عملهم نظراً لالتزامهم وجديتهم يؤدي إلى إظهار جوهرهم المكنون إذا ما أنيطت بهم أعباء إدارية مثل: إدارة قسم إكلينيكي كالجراحة العامة، أو الأمراض الباطنية إلى غير ذلك من الأقسام الإكلينيكية، حيث يقومون بإدارة أفراد هذا القسم من استشاريين، وأخصائيين، وأطباء مقيمين. ويتولون الإشراف الإداري على تنفيذ أعباء العمل الإكلينيكي على القسم لكي يؤدي دوره ببسر وسهولة من تغطية مناوبات ليلية، وعمل طبي طوال اليوم، وأخذ إجازات إلى غير ذلك من الإجراءات الإدارية، إضافة إلى التنسيق المستمر مع الهيئة التمريضية والصحية بهذا القسم أو ذلك.

كما أن هؤلاء الأطباء إذا أنيطت بهم أعباء إدارية أكثر شمولاً مثل: إدارة مرفق صحي كمستوصف، أو مستشفى، نجد أن البعض منهم يبرز في هذا المرفق أو ذلك، لاسيما إن توفر لديهم وعي إداري يمكنهم من سرعة تفهم الإجراءات الإدارية التي قد تبدو لأول وهلة معقدة، إلا أن من له رغبة في إجادة عمل سيتقنه بسهولة، فإذا ما تمكن الطبيب من اجتياز سنوات عجاف في كلية الطب بنجاح، فإن ذلك في حد ذاته عامل مساعد لسبر أغوار الإدارة، والتعرف على أنماطها.

إلا أننا نجد الطبيب الناجح إذا ما انغمس في العمل الإداري سرعان ما يغرق في بحر لجي من الملفات، والمعاملات الإدارية، والأعمال المتعلقة بذلك من اجتماعات ولجان قد تبعده بعض الشيء إلى أن يفقد المجتمع طبيياً لامعاً في مجال تخصصه في وقت نحن في أمس الحاجة فيه إلى كل طبيب ناجح بالمجتمع.

لقد نجح الطبيب في عمله بالإدارة الصحية التنفيذية من منطلق أن لديه خلفية طبية، وصحية تمكنه من تفهم مشاكل الأطباء، والمرضى، والمرضات، والفنيين، والفنيات كما أن ارتباطه بحالات المرضى، والصعاب

التي قد يواجهونها تمكنه من تلمس تلك المشاكل وتفهمها، ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها.

من ذلك المنطلق فإذا ما وجدت لدى الطبيب الناجح إكلينيكيًا الهواية الإدارية، وإذا ما تمكن هذا الطبيب من سبر أغوار الإجراءات الإدارية وحضور بعض الدورات في الإدارة فإن ذلك سوف يمكنه من إنجاز أعباء الإدارة الصحية التنفيذية ببسر وسهولة. إلا أن ذلك لا ينبغي أن نجد ما بين الفينة والأخرى بعض الإداريين المتمرسين في إدارة المستشفيات، والحقل الصحي، وقد برزوا ولمعوا في هذا المجال، وإن كانوا في هذه الحالة سيحتاجون إلى وجود مدير طبي أو كبيراً للأطباء لمساعدتهم في تخطي حاجز المعرفة الطبية، وتلمس معاناة الأطباء والجهاز الفني العامل بالمستشفى أو المستوصف.

إن الإدارة علم وفن، فإذا ما وجد الطبيب المتمكن من عمله، وعنده ملكة الإبداع الفني والإداري فإنه سوف يكون طبيبياً وإدارياً بإذن الله.

▪ ويقول الدكتور حسين بن محمد الفريحي أمين عام هيئة التخصصات الصحية السعودية: إن التوجه لتولي الأطباء مناصب إدارية لا يخدم الوطن وفي غير المسار الصحيح، مع التأكيد على أن المدير الطبي في المنشآت الصحية يجب أن يكون طبيبياً.

إن سعي بعض الأطباء للمناصب الإدارية لكون الكرسي الإداري في هرم المنشأة له بريق ووجاهة اجتماعية، وظهور إعلامي وغيرها من المغريات. وحيث إن الجامعات تخرج كفاءات متخصصة في الإدارة الصحية، وهي المختصة في إدارة دفة المنشأة الصحية. لذا يجب إعادة النظر عند تعيين القيادات الإدارية من جديد وتفريغ الأطباء لمهنة الطب التي اختاروها منذ بداية حياتهم العلمية والعملية.

▪ ويقول الدكتور عمر زيان الشرقي أستاذ ورئيس قسم إدارة الخدمات الصحية بجامعة الملك عبدالعزيز بجدة:

إن الحاجة الملحة لأن يكون مدير المستشفى إدارياً مختصاً في إدارة المستشفيات تكمن في تقديم الخدمات بأقل تكلفة ممكنة بعامّة والخدمات الجيدة للمرضى بخاصة. وهذا لا يكون إلا بالعمل الجاد والقدرة الخارقة على مواجهة المشكلات الطبية والصعوبات الإدارية وتحسين الإنتاج وتطويره، إضافة إلى تحسين الخدمات وتخفيض تكاليف الإنتاج، وضمان المصادر المالية وحسن استخدامها. والسؤال هو لماذا يقوم الطبيب الناجح بهذا الدور ويخسر المجتمع والمرضى (طبيباً لامعاً) في مجال الطب على حساب الإداري المختص؟

وتشير بعض الدراسات إلى أن المدير الإداري الفعال في المستشفى يقوم بثلاثة أنواع من النشاطات هي: الإدارة الداخلية (إدارة العمل داخل المستشفى)، استطلاع البيئة المحيطة لقياس الاحتياجات والمتغيرات، والبيئة الخارجية.. وتتمثل في العلاقات العامة والمشاركات الخارجية في المجتمع.

كما تؤكد بعض الدراسات العلمية أن هناك أنواعاً من المهارات التي تتوافر في مدير المستشفى (الإداري المختص) وهي: المهارات الإدارية وتعني القدرة على القيام بالوظائف الإدارية من خلال تطبيق أسلوب الفريق في التعامل مع المرؤوسين ومعالجة أخطائهم بأسلوب بناء، يبدأ بتحديد الخطأ والتعرف على أسبابه، ومن ثم علاج هذه الأسباب. والمهارة الفنية: وتعني القدرة على القيام بالأعمال حسب مجال المختص، وذلك بالتركيز على التحسين المستمر. والمهارة الإنسانية: وتعني القدرة على التعامل مع الآخرين، وخاصة في محيط العمل بالشكل الذي يكسب تعاونهم ويحفزهم على زيادة الإنتاج وأداء الأعمال على الوجه المطلوب.

وطبقاً للهيكل التنظيمي، يمكن أن نقول أنه كلما اتجهنا إلى أعلى في التنظيم احتجنا بدرجة أكبر إلى المهارة الفنية، بينما نحتاج إلى المهارة الإنسانية في جميع المستويات التنظيمية.

ويشير دليل تصنيف الوظائف الصادر من الديوان العام للخدمة المدنية بالمملكة العربية السعودية إلى أن أعمال مدير المستشفى تشمل الإشراف والتخطيط والتنظيم لأعمال المستشفى، والعمل على تأمين الأدوات والمعدات الطبية والأدوية للمستشفى، إعداد التقارير والتوصيات والمقترحات المتعلقة بعمل المستشفى، والإشراف على الموظفين وتوجيههم، وإعداد مشروع ميزانية المستشفى، والمشاركة في اللجان والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.

والمدير الناجح للمستشفى هو الذي يملك القدرة على (القيادة الإدارية) التي تتمثل في (التخطيط، والتنظيم، والتوجيه، والرقابة، واتخاذ القرارات، والاتصال)، حيث تتوفر فيه المهارات والصفات القيادية، إضافة إلى التأهيل العلمي والخبرات العملية التي تمكنه من التصرف بحكمة وموضوعية.

▪ ويقول الدكتور عثمان بن عبد العزيز الربيعية: وكيل وزارة الصحة (السابق) للتخطيط والتطوير في المملكة العربية السعودية:

عند الحكم على إيجابيات أو سلبيات ممارسة الأطباء للإدارة التنفيذية ينبغي أن يراعى عامل نقص الأطباء السعوديين بشكل عام من جهة، وعامل نقص الخبرة في الإدارة الصحية لغير الأطباء من جهة أخرى.

### أولاً: الإيجابيات

١. تمكن الطبيب من تفهم أهداف المرفق الصحي الذي يديره، وتقويم أداء الجهاز الفني خاصة.

٢. مقدرة الطبيب على حل الخلافات الفنية، التي تنشأ بين الأقسام المختصة نفسها، أو بين المراجعين لتلك الأقسام.

٣. مقدرة الطبيب على الاستيعاب الدقيق للمعطيات الفنية وحساسيتها وبالتالي تقدير الأولويات الفنية الملحة كأساس لاتخاذ القرار.

٤. تمكن الطبيب من الحصول على تجاوب الجهاز الفني وتعاونيه واحترامه بحكم علاقة الزمالة المهنية.

### ثانياً: السلبيات

١. التوجه الإداري للأطباء السعوديين سيكون على حساب اتجاههم إلى ممارسة التخصصات الطبية المختلفة.

٢. استيعاب المعطيات الفنية، يدخل الطبيب الإداري في مناقشة التفاصيل الفنية، مما يؤثر على النظرة الشمولية اللازمة لاتخاذ القرار.

٣. تحفظ الأطباء بصفة عامة في اتخاذ القرارات الإدارية الحازمة تحت تأثير العاطفة المهنية.

٤. علاقة الزمالة المهنية مع الجهاز الفني قد تضعف موقف الطبيب الإداري أمام المسؤولين عن النواحي المالية والإدارية.

٥. عدم الإحاطة بالقضايا الإدارية والمالية تضعف موقف الطبيب الإداري أمام المسؤولين عن النواحي المالية والإدارية.

٦. ممارسة الطبيب للإدارة تجعله يركز السلطة الفنية والإدارية بين يديه، مما يجعله قد يهتم بإحداهما على حساب الأخرى، أو يتخذ قرارات متناقضة.

وتتمثل أوجه الخلاف بين ممارسة الطبيب وغير الطبيب للإدارة الصحية التنفيذية في كون الطبيب يميل إلى تركيز سلطة اتخاذ القرارات الفنية وغير الفنية في يده، في حين يضطر الإداري إما إلى إهمال الجانب الفني أو اتخاذ القرارات بشأنه على ضوء مشورة الهيئة الطبية. ونرى أنه يجب فيمن يتولى الإدارة الصحية التنفيذية أن تتوفر فيه المعطيات التالية:

١. الصفات القيادية الشخصية بصرف النظر عن التخصص.

٢. ربما تكون الحاجة إلى الإلمام بالنواحي الطبية في الإدارة أكثر كلما كان المستشفى تخصصياً أكثر.

٣. القدرة على عمل الفريق (Team Work) وعدم النزوع إلى التفرد في اتخاذ القرارات.

٤. إذا كان مدير المستشفى طبيباً فيجب إلى جانب ما سبق أن يكون ملماً بأساسيات الإدارة الصحية. وإذا كان مدير المستشفى غير طبيب فيجب أن يكون مستوعباً للأولويات الفنية، وملماً ببعض المصطلحات الفنية ومستعداً للاستعانة بآراء المختصين.

▪ ويقول الدكتور سامر صالح إسلام، المشرف العام السابق على مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون، بالمملكة العربية السعودية:

إن إدارة أي مرفق صحي - وخاصة المستشفيات - تعتمد أساساً على تأهيل وخبرة في مجالين حيويين لا بد من توفرهما في أي شخص يكلف بهذه الإدارة الصحية: أولهما المجال الطبي والفني، وثانيهما المجال الإداري والمالي. وفي العصر الحديث أصبحت الإدارة الصحية أكثر تعقيداً وتخصصاً ليس فقط بسبب تزايد المعرفة الطبية، وكثرة عدد ونوعية الإجراءات التشخيصية والعلاجية، والدوائية، والجراحية، وغيرها من الإجراءات الحديثة غير الجراحية (مثل: المناظير وأنواع من الأشعة المختلفة) في التخصصات الفرعية بل أيضاً بسبب الحاجة إلى مهارات إدارية متخصصة لتشغيل أي مرفق صحي كبير، ومتعدد المهام من النواحي التوظيفية، والمالية، والتوريدات، والإعاشة، والإسكان، والجودة، والنوعية، وغيرها كثير.

فمن هو الشخص المثالي الذي يؤهله تعليمه وخبرته، ليكون مديراً تنفيذياً لمثل هذا المرفق وهذه المهمة؟

فإن اختيار الطبيب هو الاختيار المثالي، إنما هذا الطبيب الإداري التنفيذي لا بد أن يكون طبيباً متمرساً، واسع الخبرة في مجاله الطبي، بالإضافة إلى تأهيل وخبرة في الأساليب الإدارية الحديثة، وخاصة في المجالات المالية والتوظيف، ولكن مع الأسف إن هذا النوع من الأطباء ذوي المهارة، والخبرة الطبية، والإدارية، والمالية، نادر الوجود. إذاً ماهي إيجابيات وسلبيات ممارسة الأطباء كإداريين تنفيذيين إذا لم تتوفر فيهم الشروط المذكورة أعلاه؟

تشمل إيجابيات ممارسة الطبيب للإدارة التنفيذية لمرافق صحي مايلي:

١. أكثر إلماماً باحتياجات المريض، وبشكل أدق وأشمل من غير الطبيب، كما أنه يكون أفضل تأهيلاً وخبرة للتأكد من تلبية احتياجات المرضى، وذلك لمعرفة الطبيب الدقيقة للأمور الطبية، التي هي أساس عمل المستشفيات، والمرافق الصحية الأخرى.

٢. تقبل الأطباء العاملين في المرفق الصحي له، ولآرائه، وسهولة تعامله، وتدخله في الأمور الطبية، والفنية.

٣. فهم الطبيب للاحتياج الفعلي والنوعي للأجهزة والمستلزمات الطبية.

٤. اهتمام الطبيب بمتابعة تطبيق الأنظمة واللوائح الطبية للمرافق الصحية، وسهولة ذلك عليه بشكل أفضل من غير الطبيب.

أما سلبيات ممارسة الطبيب للإدارة التنفيذية لأي مرفق صحي ما يلي:

١- خسارته الشخصية، وخسارة مرضاه، إذا لم يمارس مهنته الطبية بسبب عمله الإداري، مما يفقده قدرته ومهارته العملية.

٢- عدم إلمامه المتخصص في الأمور المالية والإدارية تضاعف مشاكله في التوظيف، والتوريدات، والحسابات، وغيرها.

٣- تركيز اهتمامه في الأمور الطبية والفنية على حساب النواحي الأخرى الهامة في المرفق الصحي يضر في النهاية بالأمور الطبية. فتأهيله الطبي فقط يجعل قراراته الإدارية غير شاملة، مثلاً قد يهتم بأحد الأقسام الطبية أكثر من غيرها تبعاً لتخصصه، واهتمامه الطبي.

٤- صعوبة متابعة تطبيق اللوائح والأنظمة غير الطبية بالمرفق الصحي الذي يرأسه.

٥- اختلاف نوعية تعامله وتعاطفه مع موظفي المرفق الصحي، بانحيازه للأطباء على حساب الفنيين والإداريين.

إن أوجه الخلاف بين ممارسة الطبيب وغير الطبيب للإدارة الصحية تظهر بوضوح فيما ذكر أعلاه، عموماً فالطبيب يفتقر للخبرة في الأمور المالية والإدارية، في حين أن الإداري غير الطبيب يفتقر للخبرة الطبية.

إذا ما هو الرأي فيمن يجب أن يتولى الإدارة الصحية التنفيذية إذا ندر وجود الطبيب الذي يجمع بين المهارات الطبية، والمهارات الإدارية والمالية؟ من خلال تجربتنا وتجربة زملائنا العاملين معنا وهم المدير التنفيذي (إداري) والمدير الطبي (طبيب) ومساعد المشرف العام (صيدلي) نرى أن يكون الحل باشتراك الطبيب والإداري في الإدارة التنفيذية للمرفق الصحي، مع تحديد وتوزيع السلطات والصلاحيات المخولة لكل منهما وذلك باختيار إما:

١- طبيب كمدير تنفيذي يساعده شخص إداري متفاهم مع الطبيب ويتمتع بتأهيل وخبرة عالية في إدارة المرافق الصحية، ومخول له سلطات وصلاحيات واضحة ومتفق عليها أو:

٢- إداري غير طبيب كمدير تنفيذي يكون مؤهلاً ومهاهراً في إدارة المرافق الصحية يساعده طبيب متعاون مع الإدارة، ويتمتع بالمرونة والمهارة.



أما إذا وجد الطبيب النادر المؤهل، والخبير في الأمور الطبية والإدارية، فإنه يكون هو الحل الأمثل، لكن الواقع هو قلة وجود مثل هذا الطبيب الإداري لذلك يجب اختيار أحد الحلين المذكورين أعلاه، لما فيه مصلحة أداء رسالة المرفق الصحي على خير وجه وبأقل المشاكل والتكاليف.

▪ ويقول الدكتور محمد حسن مفتي مدير عام مستشفى قوى الأمن السعودي سابقاً (يرحمه الله):

لما كانت الإدارة علم وفن، فإن فن الإدارة هبة من الله يرزقها من يشاء، أما علم الإدارة فإنه ينبغي للطبيب التنفيذي الإمام به عن طريق الإطلاع، وحضور الندوات، والانضمام للحلقات الدراسية التطبيقية في علوم الإدارة الصحية المختلفة، وعندما يتوفر العلم مع الفن فإنه يتحقق النجاح بإذن الله.

ولقد أوضحت الدراسات أن كلاً من الطبيب والإداري يتمتعان بصفات وميزات تنطلق من التعليم والتدريب، الذي تلقاه كل منهما، ويمكن إيجازها في الجدول (٣-١).

وعندما يكلف الطبيب بأعمال إدارية، فعادة ما يكون ذلك بعد مرور سنوات عديدة على تخرجه، فإن عليه أن يمزج ما بين تلك الصفات الطبية والإدارية. ولكن نظراً للخلفية الأساسية من دراسته، وترسب صفات الطبيب في حياته وشخصيته، فإن إدارته تكون خليطاً من صفات الطبيب، وصفات الإداري مما يضيف على المرفق لمسات عاطفية طبية، وموضوعية إدارية، وقرارات طبية فردية وجماعية إدارية، ويكون هاجسه المريض كطبيب والمرفق كإداري.. الخ

ولابد من التنكير هنا بأن على الأطباء ألا ينغمسوا في الأمور الإدارية البحتة، كالتواحي المالية، والخدمات المساندة، والمواصلات، والصيانة. لأن ذلك لا يتطلب القدرات والمهارات الطبية، بل يتطلب قدرات إدارية بحتة، ويمكن أن

يقوم بها إداريون أكفاء، وعلى قدرة ودراية بأساليبها وخفائها بحكم الدراسة والخبرة العملية، أكثر من الطبيب الذي يفتقر إلى ذلك.

الجنول (١-٣).

صفات الطبيب	أ	صفات الإداري	ب
عاطفي إنساني	١	موضوعي ويتعايش مع الإمكانيات	١
هاجسه المريض	٢	هاجسه نجاح المرفق	٢
يقرر بمفرده	٣	يقرر مع فريق العمل	٣
يتعايش مع الطوارئ وحلولها	٤	يخطط للمدى الطويل	٤
يتوقع نتائج فورية لعمله	٥	يتوقع نتائج سريعة	٥
يقوم بأعماله بنفسه	٦	يفوض أعماله ويشرف على تنفيذها	٦
منفذ للتعليمات والسياسات	٧	مخططاً وواضعاً للسياسات	٧
يعمل بعلاقة فردية مع المريض	٨	يعمل بعلاقة جماعية	٨
تركيزه على الجودة ثم التكلفة	٩	تركيزه على التكلفة ثم الجودة	٩
بيدي رأيه عندما يسأل	١٠	يشارك بتقديم رأيه	١٠
عالم تقليدي	١١	عالم اجتماعي	١١

إن أساليب الإدارة الحديثة، والتي تعتمد على فريق العمل، وتفويض الصلاحيات، وإن كل موظف مهم في موقع عمله، الطبيب، والإداري، يكمل بعضهما البعض، على أن يقدر كل منهما خلفية الآخر، وما مر به من دراسة أكاديمية، وخبرات عملية، وهنا تكمن أهمية دور القائد لهذا الفريق إن كان طبيباً أم إدارياً، فإن كان طبيباً فلا بد له من الاستعانة بإداري ناجح لتسيير الأمور الإدارية البحتة وإن كان إدارياً فلا بد له من الاستعانة بكبير الأطباء في قراراته، إذ إن المرفق مرفق صحي، ولا يمكن أن تكون القرارات إدارية بحتة، بل هناك نواح طبية لا يدرك أبعادها إلا الطبيب، على ألا تؤثر تلك النواحي الطبية، والفنية، والإنسانية، على تحقيق أهداف المرفق ضمن إمكانياته المادية والبشرية.

▪ الدكتور فؤاد مصطفى عزب ( خبير سعودي في مجال إدارة المستشفيات وحاصل على درجة الدكتوراه في إدارة المستشفيات ومدير عام مستشفى خاص ) يقول:

اعتقد أن الجدل القديم حول الطبيب والمدير غير الطبيب في المستشفيات يكاد يكون انتهى، ونحن في القرن الواحد والعشرين إلى حسم هذا الجدل بالرأي القائل بأنه ليس مهماً أن يكون مدير المستشفى طبيباً أو غير طبيب المهم أن يكون محترفاً في التخصص، وملماً بعلم إدارة المرافق الصحية خبرة ودراسة، فلم يعد المسمى الوظيفي في التسعينات يؤدي نفس دور (الجبة) التي كان يمكن للقائد الإداري في السابق ارتداؤها ليخفي تحتها عجزه، لقد أصبح القائد الصحي في التسعينات عارياً إلا من ورقة توت هي: علمه، وخبرته، فنحن نعيش عصراً عقولياً نو نقلة نوعية جذرية، وشاملة يغلب التخصص فيه على الجدل، ويتخذ من الاحتراف مركزاً للكون.

لم يعد في العالم المتقدم أحد يجادل في أو يدافع عن هذه المقولة، لأن العالم المتقدم يعيش بدهاء من الفكر المتخصص. لقد أصبح هذا الجدل في الغرب شكلاً كلامياً لا مكان له في سباق الأمم نحو الأفضل، فهناك استبصار معرفي خلاق طرأ على دور مدير المستشفى جعل من وظيفته فعالية إبداعية في مجال الخدمة فرضه التطور الكبير في مفهوم المستشفى نفسه كمستشفى، فالمستشفى بعد أن كانت كلمة مشتقة عن اللاتينية تعني (إكرام الضيف وتطيبه عند المرض) أصبحت جزءاً من نظام اجتماعي يرتبط في أدائه ووظائفه ببرنامج صحي، متكامل لا بد أن ينسجم مع النظام الصحي العالمي وتعددت وظائفه لتشمل الجانب العلاجي والوقائي والتدريبي والبحثي والتأهيلي كل ذلك لم يدع للمدير في التسعينات خياراً، إلا أن يكون محترفاً متطوراً علمياً وعملياً، ليستطيع الهيمنة على هذا المرفق الحساس وهذه الهيمنة لا تأتي بارتداء هذا المدير قناعاً

يقربه مما يشتهي، بل بانضمامه لقائمة المحترفين، ففكرة الاحتراف في المجال الصحي القيادي أصبحت حقيقة نشأت فوق أنقاض ذلك الجدل القديم: هل يكون مدير المستشفى طبيباً أم غير طبيب، فالاعتراف طمس فعلاً ذلك الجدل للحد الذي لم يعد جدلاً بل تحول إلى جواب نهائي، ولم يختف ذلك الجدل فقط في البلدان المتقدمة، بل شيعت معه كثيراً من الممارسات والطرق القيادية الكلاسيكية الصحية، التي كانت تقوم في فلسفتها على مجموعة المبادئ المعروفة والقائمة على بناء الهيكل الرئيسي التنظيمي للمؤسسة، كأساس لكامل العملية الإدارية، ليحل محله فلسفة القيادة غير الموجهة ولتصبح هذه القيادة نموذجاً لقيادة عام ألفين في المرافق الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، تتبناه كثيراً من شركات التشغيل الكبرى وتعتبره علاجاً مناسباً لتصحيح مسار بعض المنظمات التي تعاني من انحراف في تحقيق أهدافها بل وفرضته كفلسفة تدريب وأداء في المنظمات التابعة لها، وساهم هذا النوع من التفكير على تفرغ القيادة العليا هناك للتخطيط، والابتكار، والإبداع، والرقابة، وتصميم البرامج التطويرية.

لقد أصبح العالم المتقدم ينتظر من القائد في المرافق الصحية الكثير، ولم يعد هذا العالم يهمله كون هذا القائد طبيباً أو غير طبيب كل همه ألا يتأخر هذا القائد في عمله، حتى لا يشيخ وأن يتبنى الاحتراف كمفهوم، وليس كرمز أو «يافطة» وأن يتحرر من أصفاد الفكر القيادي العتيق، فأكبر درجات العبودية القيادية أن تشعر أنك حر مطلق القدمين واليدين في إدارة مستشفى، يعج بأرقى وأحدث المعدات والأجهزة والمباني وعقلك مقيداً في أصفاد أفكار قيادية عقيمة وبالنية كأنك تعيش داخل شرنقة من الذاتية منغلقة على نفسك).

■ الدكتور حسين محمد برعي أستاذ الإدارة الصحية بجامعة الملك

عبدالعزیز يقول:

هو سؤال كثر ترديده وكثر الجدل فيه دون الوصول إلى إجابة محددة : من يدير المستشفى هذا التنظيم المعقد ؟ هل لابد أن يكون مدير المستشفى محصوراً في الحاصلين على مؤهل بذاته ؟ بمعنى هل يشترط عند اختيار مدير مستشفى أن يكون طبيبياً ؟ ألا يصلح لشغل هذا الموقع إدارياً، أو محاسبياً، أو اقتصادياً، بشرط أن يكون مؤهلاً في هذا المجال (إدارة مستشفيات أو إدارة خدمات صحية).

ثم هل الدراسة في كليات الطب تتيح للطبيب الحصول على أدنى قدر من المعارف المتعلقة بعلوم الإدارة ؟ فالمدير الناجح لأي منظمة لابد أن تساعده خلفية علمية إدارية وخبرة عملية كافية، وإلا يصبح كمن يعتمد في نجاحه على الموهبة والموهبة وحدها في أي شيء لا تكفي ما لم يصقلها العلم.

وإدارة المستشفى دون الإلمام بعلوم الإدارة تجعل إدارتها تعتمد على مبدأ التجربة والخطأ، وهو أمر لا يستقيم في مؤسسة حيوية هذا شأنها. هذا بالإضافة إلى أن المراكز الإدارية تتطلب من شاغلها: توفر مهارات وقدرات إدارية تختلف أهمية كل مهارة طبقاً للمستوى الإداري، ويكن تلخيص هذه المهارات في الآتي:

١- مهارات فنية.

٢- مهارات علاقات عامة.

٣- مهارة المعرفة.

بالإضافة إلى الخصائص الفردية الشخصية (الاتجاهات) أو ما يعرف بـ

(ATTITUDES).

وطبقاً لمبادئ علوم الإدارة كلما علا مستوى الإدارة كلما قلت الحاجة إلى المهارات الفنية، وزادت الحاجة إلى المهارات الخاصة بالعلاقات العامة والفكرية، والعكس في حالة الإدارة الأدنى (رؤساء أقسام مثلاً) لا بد من تمكنهم من النواحي الفنية لطبيعة عملهم اليومي.

لذلك نرى أن مدير المستشفى يمكن أن يكون طبيباً إذا كان مؤهلاً بعلوم إدارة المستشفيات، بالإضافة إلى تمكنه من المهارات اللازمة والأساسية لعمله كمنسق للعمل (COORDINATOR) وكقائد لهذا التنظيم المعقد، كذلك نرى أن هذه الإدارة لا يجب أن تكون وفقاً على الطبيب إذا توفر صيدلي، أو محاسب، أو اقتصادي، أو إداري يملك نفس المهارات، ومؤهلاً، ومتخصصاً، في علوم إدارة المستشفيات.

المهم ليس أن يكون طبيباً أو إدارياً فقط لكي يكون مديراً مناسباً للمستشفى، بل المهم أن تتوفر فيه الخصائص، والمميزات، والمهارات، والمعرفة اللازمة، لكي يكون منظماً، ومنسقاً مناسباً لهذه المنظمة المعقدة.

وبعد تقديم آراء نخبة من القيادات الصحية في المملكة العربية السعودية منهم أطباء إداريون، وإداريون مؤهلون تأهيلاً عالياً في مجال إدارة المستشفيات، نقول التالي:

عندما نستقري تاريخ المستشفيات في العالم نجد: أن المدير الطبيب ظل هو السائد حتى مطلع الأربعينات الميلادية من القرن الماضي، حيث بدأ زحف المتخصصين في مجال إدارة المستشفيات على مراكز القيادة بالمستشفيات في الولايات المتحدة وكندا ثم دول غرب أوروبا، بينما ظل مدير المستشفى طبيباً في روسيا ودول أوروبا الشرقية حتى اليوم.

وفي الوقت الذي نجد فيه أن علم إدارة المستشفيات على المستوى الأكاديمي يعد علمًا حديثًا، وذلك ما جعل تولى الطبيب مهام إدارة المستشفى أمرًا معتادًا ومتعارفًا عليه لأنه نتاج طبيعي لتجربة طويلة.

ويرى بعض المفكرين أننا في عصر التخصصات، وسوف تزداد التخصصات تخصصًا وتفرعًا في المستقبل القريب، خاصة ونحن نعيش روافد القرن الحادي والعشرين. ولذلك فإن مدير المستشفى ينبغي أن يكون متخصصاً في إدارة المستشفى والطبيب متخصصاً في مجاله الطبي.

بينما يرى البعض الآخر من المفكرين أن المستشفى ككيان طبي لا يدرك أبعاده عملاً، واحتياجاً، وتخطيطاً، وتنظيماً إلا الطبيب، فالمستشفى يقدم خدمة طبية والطبيب العنصر البشري الأهم بالمستشفى، وبالتالي فإن من المفترض أن يدير المستشفى طبيباً.

ثم يثار السؤال التقليدي: كيف حقق طبيبٌ نجاحاً باهراً في إدارة مستشفى رغم أنه لا يفقه شيئاً في علوم إدارة المستشفيات؟ وكيف أخفق في إدارة مستشفى حامل الدكتوراة المتخصص في مجال إدارة المستشفيات؟

وهو سؤال مبني على أمثلة موجودة حتى في مجتمعنا المحلي، والإجابة على هذا التساؤل تتضمن الإشارة إلى أن التأهيل العلمي لوحده لا يخلق قائداً إدارياً فمكونات التفوق الإداري المعروفة تشمل العلم والمعرفة (Knowledge) والمهارات (Skills) التي تدعم الحصيلة العلمية بالخبرة والممارسة والاتجاهات (Attitudes) إلى جانب القدرات الذاتية القيادية.

ولذلك نجد أن طبيباً نجح في إدارة مستشفى نظراً لتمتعه بصفات قيادية فطرية، وسلوكيات وظيفية تمكنه من إجادة التعامل مع الآخرين رؤساء، ومروسين مرضى ومراجعين، بالإضافة إلى عامل الخبرة والتجربة.

وعندما تأتي بمتخصص في إدارة المستشفيات من قاعة الدراسة مباشرة إلى قيادة مستشفى، فإن من الطبيعي أن يواجه صعوبات تنتهي به إلى الإخفاق، خاصة وأن المستشفى اليوم أصبح مدينة طبية متكاملة، عالية التقنية بالغة التعقيد.

وليس من شك أن المستشفى بحاجة إلى الطبيب والإداري معاً في مراكز القيادة، حيث لا يمكن للمدير الإداري أن يدير مستشفى دون وجود قيادة طبية تتولى الشؤون الطبية، كما لا يمكن للمدير الطبيب أن يدير مستشفى دون وجود قيادة إدارية تتولى أمور الكم الهائل من الموظفين، وظيفياً من خلال تطبيق أنظمة ولوائح وظيفية عديدة، وأمور الخدمات العامة وخدمات المرضى، والاتصالات، والمواصلات، والعلاقات الحكومية العامة، والهيكل التنظيمية، والتنظيمات الرسمية، والمكاتبات والسلطات بتسلسلها الرسمي، والأمور المالية، والمحاسبية، والميزانية بمالها من أنظمة، وقوانين، وأمور التخطيط والتنسيق وغيرها.

ويظل في تصور المؤلف: أن الطبيب الذي يتخصص في مجال إدارة المستشفيات، وتتوفر فيه الصفات القيادية والسلوكيات الوظيفية المطلوبة، هو الأقدر على النجاح، والطبيب المدير قد يحتاج إلى دورات إدارية لاستكمال جوانب النجاح في أدائه القيادي الإداري.



## واجبات مدير المستشفى

يكتسب دور مدير المستشفى أهمية خاصة، كونه القائد الذي يقود المستشفى، لتحقيق أهدافها وتتعدد تعاملاته. فهو يتعامل مع كبار وصغار الموظفين على اختلاف فئاتهم، وهو يتعامل مع المسؤولين في الأجهزة الأخرى، ويتعامل مع المرضى وذويهم. ولذلك ينبغي أن تتوفر فيه صفات قيادية مع تأهيل علمي، وخبرات عملية مناسبة تمكنه من التصرف بحكمة والتفكير بموضوعية وتحمل المسؤولية.

ويرى جيفري روبنسون<sup>(٢)</sup> أنه يمكن تلخيص واجبات ومسؤوليات مدير المستشفى على النحو التالي:

- أن يوفر المناخ والظروف الملائمة لتحقيق المستشفى لأهدافها، بحيث يجد المرضى العناية الصحية التي يحتاجونها، ويوفر مناخ الأبحاث الطبية، والتدريب الصحي.
- أن يفهم واجبات جميع الإدارات الموجودة بالمستشفى.
- أن يسعى لتوفير ما تحتاجه المستشفى من أجهزة، ومعدات طبية، وكوادر بشرية.
- أن يهتم بالمرضى ويحرص على رضاهم وزيارتهم، والاستفسار عن أحوالهم.
- أن يحرص على حصول الموظفين على ما لهم من حقوق في العمل ويوفر لهم الإمكانات المادية اللازمة لقيامهم بأعمالهم.
- أن يطبق أسس علمية وموضوعية في تفويض السلطة، فلا ينشغل بالأعمال الروتينية بل يخصص وقته الثمين للمسائل الهامة.

وكانت إحدى الدراسات التي أعدتها وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية قد تضمنت وصفاً وظيفياً لمدير المستشفى على النحو التالي:

### مسمى الوظيفة: مدير مستشفى

#### المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى)

- ١- ماجستير في الإدارة الصحية أو بكالوريوس طب.
- ٢- تناسب عدد سنوات الخبرة مع السعه السريرية للمستشفى.

#### المعارف والقدرات

- ١- المعرفة الجيدة بكافة الأنظمة واللوائح، والتعليمات المعمول بها.
- ٢- القدرة على التخطيط والتنظيم.
- ٣- القدرة على القيادة والإشراف.
- ٤- القدرة على الاتصال وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين.
- ٥- إجادة اللغة الإنجليزية.

الارتباط الوظيفي: يرتبط بمدير عام الشؤون الصحية بالمنطقة.

#### الواجبات الرئيسية

- ١- وضع سياسات وأهداف المستشفى من خلال مجلس إدارة المستشفى.
- ٢- القيام بالتخطيط، والتنظيم، والتوجيه، والمراقبة لجميع نشاطات وخدمات المستشفى من خلال قيادة مجلس الإدارة والإدارات الأخرى.
- ٣- ربط المستشفى بالمجتمع المحلي، وتنسيق جميع الخدمات المشتركة مع المستشفيات، والمراكز الصحية بما يحقق التكامل في تقديم الخدمات الطبية.
- ٤- رئاسة مجلس إدارة المستشفى، واعتماد تنفيذ القرارات الصادرة عنه.

- ٥- الإشراف على تطبيق جميع الأنظمة، واللوائح، والتنظيمات العامة.
  - ٦- التنسيق مع الجهات المعنية لتوفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لتشغيل المستشفى.
  - ٧- الإشراف على تحضير وإعداد مشروع ميزانية المستشفى، ومتابعة إقراره بصورة نهائية مع الجهات المختصة.
  - ٨- رفع التقارير الدورية عن خدمات ونشاطات المستشفى.
  - ٩- تقييم مستوى أداء العاملين، ومتابعة تطبيق التدريب والتعليم الكفيلة بزيادة مستوى أدائهم بشكل مستمر.
  - ١٠- الإشراف على وضع برامج الجودة النوعية المختلفة في المستشفى، بما يضمن تحقيق أفضل عناية طبية ممكنة بأقل التكاليف.
  - ١١- حضور الاجتماعات والندوات التي تهم المستشفى، أو تكليف من ينوب عنه في ذلك.
  - ١٢- القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.
- الواقع أن مدير المستشفى هو القائد الذي يمكن العاملين من أداء واجباتهم الوظيفية بكفاءة، وهو صاحب مسؤولية تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد وهو المسؤول عن نتائج العمل.
- ومع إطلاقة القرن الجديد فإن مدير المستشفى سيواجه عدة متغيرات، سوف يكون لها تأثيرها على المستشفى وخدماتها، ومواردها المالية، ومن هذه المتغيرات ازدياد أعداد المسنين، ظهور تقنيات طبية عالية التكلفة، نقص الموارد واستمرار ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية للدول وتغير تطلعات وتوقعات المستفيدين.

كما أن الاهتمام سوف يكون كبيراً من قبل السكان بجودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى، واستمرار هذه الجودة.

يقول تقرير للهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية: "الطلب سوف يكون كبيراً لكفاءة عالية في تقديم الخدمة الصحية، وكذلك لشواهد ملموسة على فعالية العناية"<sup>(٣)</sup>.

وهنا تتزايد أهمية دور المدير من خلال تحقيق الكفاءة والفعالية في الأداء في مواجهة التحديات المنتظرة.

إن المدير الناجح للمستشفى هو الذي يمتلك القدرة على القيادة، والاتصال، والتوجيه، والاضطلاع بوظائف القيادة الإدارية المعروفة: التخطيط، والتنظيم، والتوجيه، والرقابة، واتخاذ القرارات.

فلقد عرفت هيئة تعليم إدارة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة، إدارة الخدمات الصحية بأنها: "تخطيط، وتنظيم، وقيادة، ورقابة، وتنسيق الموارد، والإجراءات التي تحقق الاحتياجات للرعاية الصحية والبيئة الصحية"<sup>(٤)</sup>.

ولقد حدد بحث أجري في (١٤٩) مستشفى وشارك فيه (٤٢) مديراً، ثلاثة أنواع من النشاطات التي يقوم بها المدير وهي:

(١) الإدارة الداخلية ( إدارة العمل داخل المستشفى ).

(٢) استطلاع البيئة المحيطة لقياس الاحتياجات والمتغيرات.

(٣) البيئة الخارجية وتمثل في: العلاقات والمشاركات مع الناس، والمنظمات الأخرى الموجودة في المجتمع ذات العلاقة بواقع ومستقبل المستشفى<sup>(٥)</sup>.

كما حددت الجمعية الأمريكية للمستشفيات (AHA) مسؤوليات مدير المستشفى على النحو التالي<sup>(٦)</sup>:

• الإبداع، والمبادرة، والمراقبة للميكانيكية التنظيمية، للتأكد من أن المستشفى يتمتع بهيكل تنظيمية وإجراءات فعالة ، ووضع خطة تنظيمية محددة للمستشفى.

- نشر هدف وفلسفة للمستشفى لدى جميع العاملين فيها.
- وضع خطة استراتيجية للمستشفى تمكن من تحديد الأهداف في إطار حاجة المجتمع، والمتغيرات التي يشهدها، وتمكن من تحديد الأولويات والاختيار الأمثل بين البدائل للتطوير التنظيمي، والوظيفي.
- أن يتحمل المسؤولية في تحقيق الاستخدام الأمثل لموارد المستشفى.
- توفير مناخ العمل الإيجابي للقوى البشرية العاملة في المستشفى، والاهتمام بها، وتلبية احتياجاتها باعتبارها عنصراً هاماً في تسيير العمل بالمستشفى.
- وأشار دليل تصنيف الوظائف الصادر من الديوان العام للخدمة المدنية (وزارة الخدمة المدنية) بالمملكة العربية السعودية إلى أن أعمال مدير المستشفى تشمل<sup>(٧)</sup>:

- الإشراف والتخطيط والتنظيم لأعمال المستشفى .
- العمل على تأمين الأدوات، والمعدات الطبية، والأدوية للمستشفى.
- الإشراف على الموظفين، وتوجيههم وعلى أعمالهم.
- إعداد مشروع ميزانية المستشفى.
- المشاركة في اللجان، والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.

### هوامش الفصل الثالث

- (١) الخمسة آراء الأولى نشرت في مدونات ندوة الإدارة الصحية للأطباء التنفيذيين التي نظمها مستشفى قوى الأمن بالرياض في ٢٥-٢٨ شعبان ١٤١٢هـ .
- (٢) **Geoffrey Robinson**, *Hospital Administration*, London: Butterworths, (1998),P.43.
- (٣) **Joint Commission on accreditation of Health Care Organizations; The Joint Commission's Agenda for Change: Stimulating Continual Improvement in the Quality of Care**, 20 akbrook terrace,IL,1990.
- (٤) *Commission on Education for Health Administration*, Education for Health Administration, ANARBOR: Health Administration Press, (1975), P.15.
- (٥) **Kuhl Ingrid**. The Executive Role in Health Services Delivery Organizations,4-13.Washington, D.C, Association of University Program in Health Administration (1977).
- (٦) American Hospital Association, Institutional Practices *Committee. Role and function of hospital executive: Management Advisory*,1-4. Chicago: American Hospital Association ( 1 9 9 0 ) .
- (٧) دليل تصنيف الوظائف في الخدمة المدنية، الرياض: الديوان العام للخدمة المدنية، (١٩٩٤م)، ص: ١٢٦/٦.

## الفصل الرابع

### التنسيق في المستشفيات

- تعريف التنسيق
- أهداف التنسيق
- أنواع التنسيق
- وسائل التنسيق
- فوائد التنسيق





يعتبر التنسيق (Coordination) من وظائف إدارة المستشفيات ذات الأهمية المتزايدة، نظراً للتوسع الكبير الذي تشهده المستشفيات الحديثة في حجمها، ووظائفها، ومستوياتها الإدارية، والطبية، والفنية، لاسيما في ظل الارتفاع المتزايد في تكاليف المستشفيات والحاجة الماسة إلى ترشيد النفقات واحتواء التكاليف، حيث تعد عملية التنسيق من أهم وسائل ترشيد الإنفاق ذلك أنها تمنع الازدواجية، والتكرار، والتضارب، وتحقق الانسجام، والتوافق بين أعمال ونشاطات أقسام المستشفى، ووحداته الطبية، والإدارية.

فالتنسيق يكفل تحقيق الأهداف في أقصر وقت، وبأقل جهد، وأعلى كفاءة، حيث يسهم في ربط الأقسام المختلفة داخل المستشفى، وينسق بين أعمالها وفق ارتباطاتها وتخصصاتها، ويحقق التكامل بين أقسام المستشفى، وتضافر جهودها لبلوغ أهداف المستشفى. فالتنسيق جزء لا يتجزأ من العملية الإدارية بالمستشفيات على اختلاف أنواعها.

كما أن التنسيق يدعم روح فريق العمل الواحد (Team Work) بالمستشفى، ويضيف بذلك بعداً إيجابياً على مناخ العمل، ومعنويات العاملين بالمستشفى، فيسود التعاون بينهم والتضافر لجهودهم مما ينعكس بالتالي على أداء المستشفى، وكفاءة وفعالية العمل، والخدمات الصحية التي تقدمها للمستفيدين.

### تعريف التنسيق

لعل أوضح تعريف للتنسيق هو أنه: جهد مشترك وتعاون منظم يستهدف تحقيق هدف معين<sup>(١)</sup>.

فالتنسيق يحقق الهدف المطلوب بأعلى كفاءة، وأقل تكاليف من خلال العمل التعاوني المنظم.

ويعرف التنسيق بأنه: "الجهد الإداري الذي يقوم به المدير، والهادف إلى توجيه العاملين، وتوحيد جهودهم نحو إنجاز الأعمال في وقت محدد وبأسلوب معين".

وتبين من هذا التعريف عناصر التنسيق، والتي تشمل:  
توحيد وتوجيه الجهود، تحديد الوقت المطلوب للعمل، تحديد كمية ونوعية العمل المطلوب أدائه من كل قسم أو عنصر بشري، تحديد الشكل الذي يجب أن يسير العمل على نهجه<sup>(٢)</sup>.

### أهداف التنسيق

يمكن تلخيص أهم أهداف التنسيق في التالي:

- التوفيق بين جهود أقسام ووحدات المستشفى بكفاية عالية، وفي أقل وقت ممكن، وبدرجة عالية من الكفاءة. وذلك يوفر وقتاً وجهداً ويقدم عملاً متكاملًا عالي الجودة.
- يستهدف التنسيق إزالة التفاوت بين العاملين المتماثلين وظيفياً بحيث يحقق التكامل في الأداء.
- يخلق التنسيق روح العمل المشترك والفريق الواحد داخل المستشفى.
- ويستهدف التنسيق تفسير وإيضاح الأهداف، والقرارات، والسياسات، والأنظمة واللوائح بالمستشفى، بشكل موحد، وواضح يلغي أي غموض، لاسيما وأن الأفراد مختلفين في فهمهم وتفسيرهم للقرارات والأنظمة.

### أنواع التنسيق

أولاً : يمكن تصنيف التنسيق وفقاً للاتجاه إلى قسمين:

### • التنسيق الرأسي (Vertical)

بحيث يبدأ من مدير المستشفى إلى المستويات الإدارية الأدنى، بحيث يتم تحديد حدود السلطة والمسؤولية، وقنوات الاتصال.

### • التنسيق الأفقي (Horizontal)

وذلك يتم بين المستويات التنظيمية المتساوية في موقعها التنظيمي بالمستشفى، بما يحقق تضافر الجهود بين الأقسام لتحقيق أهداف المستشفى.

ثانياً: التنسيق المكاني: وينقسم إلى:

#### • التنسيق المادي

ويقصد به التنسيق في تنفيذ مشروع معين، أو برنامج طبي، أو برنامج تدريبي، بحيث يكون لكل قسم واجباته المحددة في تنفيذ البرنامج أو المشروع.

#### • التنسيق الزمني

ويقصد به ترتيب الأولويات في عمليات التنفيذ وفقاً لبرنامج زمني بين الأقسام المختلفة بالمستشفى.

وقد يصنف التنسيق إلى أنواع وفقاً لنطاقه على مستوى القسم، بحيث يكون هناك فهم مشترك لدور كل فرد في القسم، على مستوى المستشفى بحيث يكون هناك فهم مشترك لدور كل قسم، وعلى مستوى المجتمع بين المستشفى، والمنظمات الأخرى في المجتمع.

### وسائل التنسيق

رغم أن التنسيق يبدأ عادة من مدير المستشفى في شكل قرارات وتوجيهات، إلا أن هناك وسائل هامة للتنسيق نذكر منها<sup>(٣)</sup>:

## ١- الاجتماعات

سواء كانت دورية، أو تلك التي تنعقد لمناقشة أمر معين، حيث يتم في هذه الاجتماعات تبادل وجهات النظر، ومناقشة موضوع الاجتماع من كافة جوانبه وبدلي كل فرد من المجتمعين بدلوه للوصول إلى الحلول من خلال تنسيق الأدوار، وتحقيق التعاون بين الأقسام المختلفة.

## ٢- أقسام التنسيق

في بعض المستشفيات الحديثة في الدول الغربية يتضمن الهيكل التنظيمي قسماً للتنسيق، تتحصر مهمة القسم في تنفيذ أهداف التنسيق بين أقسام المستشفى ووحداتها والعاملين فيها.

## ٣- اللجان المختلفة

عادة تضم اللجان أعضاء من أقسام مختلفة، وذلك يسهم في تحقيق أهداف التنسيق بين أقسام المستشفى وتوحيد جهودها. وأحياناً تشكل في المستشفى لجنة التنسيق والمتابعة.

## ٤- القرارات والاتصالات الإدارية

كما أن القرارات والتعليمات المكتوبة، والاتصالات الشخصية، تعد من وسائل التنسيق.

## فوائد التنسيق

- يسهم في انسياب العمل في قنوات الاتصال بشكل منظم.
- يحقق الاستخدام الأمثل لموارد المستشفيات المادية والبشرية.
- يسهم في ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف.

- يساعد في تحقيق الأهداف في أقصر وقت، وأقل جهد، وأقل تكاليف، وبأعلى جودة.
- يرفع من معدلات الروح المعنوية للعاملين بالمستشفى.
- يحقق التنسيق المطلوب بين العمليات الإدارية التي تشمل: التخطيط، والتنظيم، والتوجيه، والرقابة، وغيرها، حتى تتحقق أهداف المستشفى.

### هوامش الفصل الرابع

- (١) سليمان الطحاوي، مبادئ الإدارة العامة، القاهرة: دار الفكر العربي (١٩٦٥م)، ص: ٢٠٨.
- (٢) أمين ساعتي، أصول علم الإدارة العامة، القاهرة: دار الفكر العربي (١٤١٧هـ)، ص: ٢٢٩.
- (٣) مدني علاقي، الإدارة: دراسة تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية، جدة، المملكة العربية السعودية : تهامة (١٤٠٥هـ)، ص: ١٧٨.



## الفصل الخامس

### الرقابة الإدارية

- تعريف الرقابة
- أهداف الرقابة
- أنواع الرقابة
- مراحل الرقابة
- وسائل الرقابة





تعد الرقابة الإدارية من وظائف الإدارة الهامة، باعتبارها وسيلة من وسائل زيادة فعالية الإدارة في المستشفيات، حيث يتم من خلالها التحقق من أن أعمال المستشفى تسير في الاتجاه الصحيح بالكفاءة، والفاعلية المطلوبة نحو تحقيق أهداف المستشفى، ومن أن كل شيء يسير وفقاً للخطط المرسومة. ولذلك فإن وظيفة الرقابة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتخطيط فهي الوسيلة التي تسعى إلى تسيير الأعمال، وفقاً للخطة والكشف عن أي اعوجاج ينشأ عن المسار المخطط له، والتأكد من سلامة وكفاءة التنفيذ، ويصعب للرقابة أن تضطلع بدورها ما لم تكن هناك أهداف وخطط مرسومة.

و لقد أصبحت الرقابة في المستشفيات رقابة تخصصية، تمارس من خلال جهة داخل المستشفى. فهناك لجان الجودة النوعية، ولجان الوفيات، ولجان متابعة كفاءة استخدام الموارد، ولجان مكافحة العدوى، ومجالس الإدارات، والمجالس الطبية، وغيرها.

وتقوم بعض المستشفيات بإنشاء أقسام للرقابة والمتابعة.

### تعريف الرقابة

ورغم أن المفهوم التسلطي للرقابة هو السائد بين الكثيرين إلا أن الرقابة - كما أشرنا - هي باختصار وسيلة للتأكد أن كل شيء يسير وفق ما هو مخطط، ومرسوم له، لتحقيق أهداف المستشفى، وبالتالي الكشف عن أي أعمال تخرج عن هذا الإطار، والعمل على تقويمها.

فالرقابة كما يعرفها جوزيف ماسي: هي العملية التي تقيس الأداء الحالي وتوجهه إلى تحقيق الهدف المطلوب<sup>(١)</sup>.

ويضيف ماسي قائلاً: إن جوهر الرقابة يتمثل في تقييم النشاط القائم مقارنة بالنتائج المطلوبة والممولة المحددة في عملية التخطيط<sup>(٢)</sup>.

وتعرف الرقابة بأنها:

"العملية أو مجموعة الخطوات التي من خلالها تتعرف الإدارة على مدى تطابق التنفيذ مع الخطة الموضوعية، وفي حالة وجود انحرافات في التنفيذ بشكل ضعف في الأداء، أو تدن في الجودة، أو أي مشكلة أخرى تؤثر على سير التنفيذ، وتحقيق الأهداف تقوم الإدارة بالإجراءات التصحيحية"<sup>(٣)</sup>.

فالرقابة هي أساساً: عملية وقائية تمنع حدوث الانحرافات. وإذا اكتشفت انحرافات فإنها تبحث عن أسبابها، وتعمل على معالجتها، وليست الرقابة وسيلة لتصديد الأخطاء كما يفهمها بعض موظفي الإدارة في الدول النامية، بل كما يفهمها بعض القائمين بالأعمال الرقابية.

ولذلك ولكي تكون الرقابة فعالة لا بد من توافر بعض العناصر مثل:

وضع المعايير، والإشراف على التنفيذ من خلال تقويم النتائج أولاً بأول، للوقوف على الانحرافات في المسار وتصحيحها قبل تطورها، مقارنة النتائج بالمعايير، وتصحيح الانحرافات.

### أهداف الرقابة

يمكن تلخيص أهم أهداف الرقابة في التالي:

١. التحقق من أن العمل يسير ضمن اللوائح، والأنظمة، والإجراءات المقررة.

٢. البحث عن الانحرافات (أو الأخطاء) في حينها، ثم اتخاذ الإجراءات الضرورية لإيجاد حلول مناسبة لها قبل استفحالها.

٣. التأكد من حسن استخدام الموارد المحددة من أموال، ومواد وأجهزة ضرورية، والموارد البشرية، والتصرف فيها وفقاً للخطة المقررة.
٤. العمل على تحقيق الوفرة المادي في تكلفة التنفيذ، والحد من الإسراف والتبذير.
٥. تنفيذ القرارات بأفضل صورة ممكنة، والتأكد من أنها محل احترام الجميع.
٦. تحقيق العدالة بين جميع أفراد المستشفى، وذلك بالمحافظة على حقوق ومزايا جميع العاملين فيها.
٧. وضع تقييم شامل لمستقبل المستشفى في ضوء الخطط، والإجراءات المعتمدة.
٨. توفير مصادر معلومات تساعد في اتخاذ القرار الرشيد.

### أنواع الرقابة

أنواع الرقابة كثيرة ومتعددة، وفقاً لمعيار التصنيف، فإذا كان الهدف من الرقابة هو معيار التصنيف، فإن هناك رقابة وقائية، وهي التي تكشف الأخطاء، قبل وقوعها لتفادي حدوثها. وهناك رقابة علاجية وهي التي تكتشف الأخطاء، وتبحث في أسبابها، وتعمل على معالجتها، ومنع تكرارها.

كما تختلف أنواع الرقابة، وفقاً لمراحل التنفيذ. فهناك رقابة مرحلية، وهناك رقابة تركز على تطبيق الإجراءات واللوائح.

وفي المستشفيات هناك رقابة طبية، ورقابة إدارية، ورقابة مالية . وتقوم المجالس واللجان الفنية بالرقابة الطبية مثل: المجلس الطبي، ولجنة الوفيات ولجنة الجودة النوعية، ولجنة مكافحة العدوى وغيرها.

أما الرقابة الإدارية فهي التي تهتم بالتزام الموظفين، وتطبيق الأنظمة، والإجراءات الإدارية. والرقابة المالية تختص بالتأكد من تطبيق الأنظمة المالية وسلامة الصرف المالي، والالتزام ببندود الميزانية المعتمدة للمستشفى.

وتختلف أنظمة الرقابة المطبقة في المستشفيات الحكومية عنها في المستشفيات الخاصة، فالمستشفى الحكومي تطبق عليه الأنظمة الرقابية الحكومية والتي تشمل رقابة تشريعية تتمثل في إقرار الأهداف والسياسات والخطط والأنظمة الصحية ونقر الموازنة المالية وتتدخل الرقابة التشريعية للتأكد من تنفيذ المستشفى للأهداف، والسياسات، والخطط، والأنظمة، والقواعد المعتمدة. وهناك الرقابة الإدارية والمالية وتقوم بها الأجهزة الصحية المركزية، كما تقوم بها أجهزة رقابية مستقلة، على سبيل المثال في المملكة العربية السعودية هناك (هيئة الرقابة والتحقيق) التي أنشئت في عام ١٩٧١م وترتبط برئيس مجلس الوزراء مباشرة، وتضم جهازين: جهاز الرقابة وجهاز التحقيق، حيث تقوم بمراقبة الموظفين بالمستشفى، والتأكد من أدائهم لواجباتهم، والتحقيق مع المقصرين والمتجاوزين للأنظمة، وهناك "ديوان المراقبة العامة" الذي أنشئ في عام ١٣٧٣هـ كشعبة تتبع مجلس الوزراء، ثم صدر في عام ١٣٩١هـ مرسوم ملكي نص على تأسيس ديوان المراقبة العامة كجهاز مستقل، يرتبط برئيس مجلس الوزراء، ويتولى أعمال الرقابة المالية.

و كلا الجهازين يقومان بدورهما في تنفيذ أهداف الرقابة على جميع أجهزة الدولة بما فيها المستشفيات الحكومية.

أما المستشفيات الأهلية (الخاصة) فإنها تخضع للرقابة من قبل الجهاز الصحي الحكومي فيما يختص بخدماتها الصحية، التي تقدمها للأفراد للتأكد من مدى التزامها بالسياسات، والضوابط، والقواعد الصحية المعتمدة.

وتحرص المستشفيات الخاصة على الرقابة على تكاليف التشغيل، والعمل على زيادة الأرباح باعتبارها الهدف الأساسي لها.

### مراحل الرقابة

هناك ثلاث مراحل للرقابة اتفق عليها معظم العلماء المختصين وهي:

■ **وضع المعايير:** حيث تقوم المستشفى بوضع معايير للعمل لديها Standards، وتستعين المستشفيات بمعايير يتم وضعها من قبل الجمعيات المختصة، مثل: اللجنة الأمريكية للاعتراف بالمستشفيات، أو الاتحاد الدولي للمستشفيات، أو غيرها. وتعتبر الأنظمة واللوائح معايير للرقابة، حيث يتم مقارنتها بالأداء، ومن ثم اكتشاف أي خلل في الالتزام بها.

■ **التقييم والقياس:** حيث يتم قياس الأداء الفعلي بالمستشفى، مقارنة بالمعايير المعتمدة لتحديد الانحرافات، واكتشافها، ومن ثم العمل على تصحيحها. ولا شك أن وجود معايير شاملة ودقيقة من شأنه أن يسهم في تنفيذ تقويم دقيق وفعال للأداء، وذلك تبعاً يؤدي إلى تطوير كفاءة الأداء وفعاليتها.

■ **تصحيح الانحرافات:** لا يقتصر دور الرقابة على تحديد واكتشاف الانحرافات عن المسارات والمعايير الموضوعية، بل يشمل تحليل هذه الانحرافات، والبحث في أسبابها لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بمعالجة الأخطاء، وتقادي تكرار حدوثها.

### وسائل الرقابة

توجد وسائل عديدة للرقابة، ولكن من أهمها مخطط جاننت والتحليل الشبكي.

■ **مخطط جاننت:** ويمتاز بالسهولة والبساطة في تطبيقه وفق خطة زمنية محددة، مع توفر تقديرات للوقت المطلوب لكل مرحلة على أساس تحديد مواعيد

بدء وانتهاء كل مرحلة. ويوضح الشكل التالي خطة زمنية مبسطة وفق مخطط جاننت:

الزمن	محرم	صفر	ربيع الأول	ربيع الثاني	جمادى الأولى	جمادى الآخرة	رجب	شعبان	رمضان	شوال
المراحل										
إعداد التصاميم	●									
طرح المناقصة		●								
تحليل العروض			●							
إرساء العروض				●						
البدء في التنفيذ					●					
الانتهاء من التنفيذ						●				
استلام المشروع							●			

■ **التحليل الشبكي:** وهي وسيلة أكثر صعوبة من مخطط جاننت ولكنها تستخدم في تحقيق رقابة فعالة على الخطط التي تستلزم تنفيذ مجموعة مراحل، منها ما ينفذ معاً بصورة متوازية، ومنها ما يسير تنفيذه بصوره متتالية ومتعاقبة، فهناك مراحل تنفذ في وقت واحد وهناك مراحل تنفذ بعد الانتهاء من مراحل معينة، ولذلك يتطلب تطبيق هذه الوسيلة ترتيب المراحل حسب الأولوية الزمنية.

### هوامش الفصل الخامس

(١) Joseph Massie, *Essentials of Management*, New Jersey: Prentice- Hall Inc., 1979.

(٢) *Ibid*, P.291

(٣) حامد سوادى عطية، العملية الإدارية، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤٠٨هـ)،

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية

- أخضر، فاروق، تخصيص الاقتصاد السعودي بين النظرية والتطبيق، جدة: المملكة العربية السعودية: الشركة السعودية للأبحاث والنشر، (١٤١٥هـ).
- جمعة، رمسيس عبد العظيم، التنمية الصحية، الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، (١٩٨٧م).
- حسن، عادل، الإدارة في القطاع الحكومي، بيروت: دار النهضة العربية، (١٤٠٥هـ).
- حرساتي، حسان، المدخل لعلم الإدارة الصحية، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤٠٢هـ).
- حرساتي، حسان ومحمد علي التركي. انتظار المرضى في العيادات الخارجية، الرياض: معهد الإدارة العامة (١٤٠٥هـ).
- حرساتي، حسان، إدارة المستشفيات، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤١٠هـ).
- نحلان، ربيع، التحول إلى القطاع الخاص، جدة، المملكة العربية السعودية: دار البلاد للطباعة والنشر، (١٤٠٩هـ).
- درويش، عبد الكريم، وتكلا، ليلي، أصول الإدارة العامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، (١٩٧٢م).
- الديوه جي، سعيد، الموجز في الطب الإسلامي، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، (١٩٨٩م).
- ساعاتي، أمين. أصول علم الإدارة العامة، القاهرة: دار الفكر العربي، (١٤١٧هـ).

- ساعاتي، عبدالإله، مبادئ الضمان الصحي التعاوني وتطبيقاته، جدة: دار المحمودية، (١٤٢٢هـ).
- السباعي، زهير أحمد، لصحة حاضرها ومستقبلها في المملكة العربية السعودية، الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، (١٤٠٨هـ).
- السباعي، زهير أحمد وحسن بله. التثقيف الصحي مبادئه وأساليبه، الرياض: دار الخريجين للنشر والتوزيع، (١٤١٦هـ).
- بن سعيد، خالد، أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الرياض: مطابع الفرزدق، (١٤١٣هـ).
- بن سعيد، خالد، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض: دار العبيكان للنشر، (١٤١٨هـ).
- السلطان، فهد، إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة)، الرياض، (١٤١٨هـ).
- الشاذلي، حافظ. دليل تنمية مهارات العاملين في الحقل الصحي. الرياض: وزارة الصحة، (١٤١٤هـ).
- العصيمي، منيرة حمدان. التمريض في المملكة العربية السعودية، جدة: مطبعة مستشفى الملك فهد بجدة، (١٤١٥هـ).
- العرفج، عبد الرحمن أحمد، السجلات الطبية، الدمام، المملكة العربية السعودية، (١٤١٢هـ).
- علي، زهير حنفي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، (١٩٧٦م).
- علي، زهير حنفي، مبادئ إدارة الخدمات والتغذية بالمستشفيات، القاهرة: مطبعة النهضة العربية، (١٩٩٠م).
- علي، زهير حنفي، مبادئ إدارة المواد بالمستشفيات، القاهرة: مطبعة النهضة العربية، (١٩٩١م).



- علي، زهير حنفي، الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، (١٩٨٨م).
- علاقي، مدني، الإدارة: دراسة تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية، جدة، المملكة العربية السعودية: تهامة، (١٤٠٥هـ).
- غزنوي، حسن إسماعيل، نمو إدارة المستشفيات بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراه، (١٩٨٢م).
- قوته، بكر، وعطية محمد، قوته، محمد نور، الرقابة على تكاليف المستشفيات، جدة: جامعة الملك عبدالعزيز (١٤٠٣هـ).
- كامل، وديع، المرشد في إدارة المستشفيات، القاهرة: المنظمة العربية للعلوم والإدارة، (١٩٨٧م).
- كارل، تيلور، استخدامات بحوث النظم الصحية، جنيف منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٩م).
- محمد، حسني موسى، مبادئ صحة البيئة، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤٠٣هـ).
- محمد، علي محمد، وعلي، عبد الرازق حليبي، والخولي سناء، وجابر، ساميه محمد. دراسات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، (١٩٨٩م).
- مفتي، محمد حسن، النهضة الصحية في المملكة العربية السعودية، الرياض: (١٤١٩هـ).
- ملا، عادل محمد، خصخصة المستشفيات العامة، جدة: (١٤٢١هـ).
- فريد النجار، إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية، القاهرة: مطابع الطوبجي، (١٩٨٤م).
- نصير، حسن وبياقي، وأحمد أيوب، حسن. الإدارة في المستشفيات الخاصة. جدة: الغرفة التجارية الصناعية، (١٤٠٤هـ).

- الهوارى، سيد، الإدارة بالأهداف والنتائج، القاهرة: مكتبة عين شمس (١٩٧٦م).
- هنتر، ادموند، قصة الطب، ترجمة محمد العدنان، بيروت: مكتبة لبنان، (١٩٨٠م).
- هيوكش، إدارة الجودة الشاملة، ترجمة طلال الأحمدى. الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤٢٢هـ).

## ثانياً: الوثائق والدوريات

- إدارة المستشفيات، تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، جنيف: منظمة الصحة العالمية، (١٩٦٨م).
- إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية (٣٩٥)، جنيف سويسرا: منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٠م).
- أضواء على منجزات التنمية في المملكة العربية السعودية. الرياض: دار الأفق للنشر والتوزيع، (١٩٩٥م).
- التخصيص المبادرة والتنفيذ، الدمام: الغرفة التجارية الصناعية للمنطقة الشرقية، (١٤١٤هـ).
- تخطيط وإدارة المستشفيات، تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية، جنيف: منظمة الصحة العالمية، (١٩٦٦م).
- التقرير الصحي السنوي ١٤١٧/١٤١٨هـ، الرياض: وزارة الصحة، (١٤١٩هـ).
- التقرير الصحي السنوي ١٤٢٧/١٤٢٨هـ، الرياض: وزارة الصحة، (١٤٢٩هـ).
- خطة التنمية الأولى ١٣٩٠-١٣٩٥هـ المملكة العربية السعودية: الهيئة المركزية للتخطيط، (١٣٩٠هـ).
- خطة التنمية السابعة ١٤١٥-١٤٢٠هـ، الرياض: وزارة التخطيط، (١٤١٥هـ).
- خطة التنمية الثامنة ١٤٢٥-١٤٣٠هـ، الرياض: وزارة التخطيط، ١٤٢٩هـ.

- إدريس، عبد اللطيف، دراسة عن برنامج التشغيل الذاتي لمستشفيات وزارة الصحة: تجربة مستشفى الملك عبد العزيز بجدة، (١٤١٨هـ).
- دافيز، وماكلابي، استخدام المستشفيات وإحصائياتها. جنيف: منظمة الصحة العالمية، (١٩٦٦هـ).
- دراسة جنوى اقتصادية حول تحويل مستشفيات وزارة الصحة للقطاع الخاص. الرياض: المركز الاستشاري للاستثمار والتمويل، (١٩٨٨م).
- دليل العاملين في المراكز الصحية، المملكة العربية السعودية: وزارة الصحة، (١٤٠٦هـ).
- دليل تصنيف الوظائف في الخدمة المدنية، الرياض: الديوان العام لخدمة المدنية، (١٩٩٤م).
- السجل العلمي للندوة السعودية الأولى لإدارة المستشفيات ودور القطاع الخاص، جدة: مستشفى جدة الوطني، (١٤١٥هـ).
- الصحة للجميع (تقرير إعلامي)، الرياض: وزارة الإعلام، (١٤١٠هـ).
- المجلة الطبية السعودية. الرياض: المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة.
- مجلة كلية الملك خالد العسكرية، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- المستشفيات وتوفير الصحة للجميع، تقرير لجنه خبراء منظمة الصحة، جنيف: منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٨م).
- مونيكوسوج، تقرير لمنظمة الصحة العالمية عن دور مستشفى الخط الأول ضمن نظام الخدمات الصحية المحلية، جنيف: منظمة الصحة العالمية (١٩٨٠م).
- نحو قطاع صحي أفضل وأشمل، الدمام: الغرفة التجارية الصناعية للمنطقة الشرقية، (١٤١٦هـ).
- ندوة تنسيق الخدمات الصحية، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤٠٤هـ).

- ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها، الرياض: معهد الإدارة العامة، (١٤١١هـ).
- نشرة الخدمة المدنية، الرياض: الديوان العام للخدمة المدنية.
- نظام مزاوله مهنة الطب البشري وطب الأسنان، الرياض: مصلحة مطابع الحكومة الأمنية، (١٤١٠هـ).
- واجبات الخدمة الاجتماعية الطبية، الرياض: وزارة الصحة، المديرية العامة للطب العلاجي، (١٣٩٤هـ).
- اللائحة التنظيمية للمستشفيات، الرياض: وزارة الصحة، (١٤٠٩هـ).
- اللائحة التنفيذية لنظام مزاوله الطب البشري وطب الأسنان، الرياض: وزارة الصحة، (١٤٠٩هـ).
- المستشفيات الخمس، الرياض: وزارة الصحة، (١٤٠٠هـ).

### ثالثاً: المراجع الأجنبية

- **American Hospital Association**, *Guide to the Health Care Field*, Chicago :AHA,(1991).
- **American Hospital Association**, *Classification of Health Care Institutions*,(1974).
- **Champy James**, *Reengineering Management*, London : Harper Collins Publisher, (1995).
- **Saaty Abdalelah**. *The Ecological Context of public Administration in Saudi Arabia*, U.S.A: University of Alabama, (1985).
- **Freeman, H. and et al.** *Hand Book of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, N.Y :Prentice- Hall Inc, (1979).
- **Gaus, John**. *Reflection of Public Administration*. U.S.A: University of Alabama Press ,(1947).

- **Goldstein Arnold**, *Dictionary of Health Care Administration*, Rockville – Maryland : Aspen Publishers Inc, (1989).
- **Grant, Colin**, *Hospital Management*, London: Churchill Livingstone, (1973).
- **Hadgetts, R. and Cascio D.**, *Maodern Health Care Administration*, NewYork: Academic Press Inc,(1983).
- **Hammar , M. and Champy, J.** *Reengineering the Corporation, Amenifesto for Business Revolution*, London: Nicholas Brealy Publishing (1993).
- **Iami, Massaki.** *Kaisen Wave Circles the Glob*, Tokyo: Tokyo Business Today ,(1990).
- **Kaluzny, A. Warner, D. Zelman, W**, *Management of Health Services*. New Jersey: Pretice-Hall,Inc.,(1982).
- **Kast, Rosenzweig**, *Organization and Management: A System Approach*, New York: McGraw-Hill, (1973).
- **Knoots, Harold and Odonnel Cyril.** *Principles of Management*, New York: McGraw-Hill.(1964).
- **Langhlin, C. and Kaluzny, A.** Total Quality Management in Health : Making it Works, *Health Care Management Review*,(3) (15), (1995).
- **Levey, Samuel and Loompa**, N.Paul, *Health Care Administration*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. (1992).
- **Marry, Martin**, Illusion VS. Reality: TQM Beyond the Yellow Brick Road, *Health Care Executive*, March/April, (1991).
- **Massie, Joseph.** *Essential of Management*, New Jersey: Prentice-Hall Inc,(1979).
- **Matherly, Laura and Alan Laster**, Implementing,TQM in a Hospital, *Quality Progress*, April, (1984).

- **McGibony, John R.** *Principles of Hospital Administration*, New-York: Putnam`s Sons (1952).
- **McGregor, Douglas.** *Integration and Self Control*, New York: McGraw-Hill Book Co,(1974).
- **Morrissey, George,** *Management By Objectives and Results*, Reading, Massachusetts : Addison Wesley Publishing G, (1976).
- **Odiorne, George,** *Management By Objectives*, New York: Pitman Publishing Corp, (1965).
- **Pegels, C. Carl, Kenneth A. Rogers,** *Strategic Management of Hospitals and Health Care Facilities*, Maryland, U S A: Aspen Publishers, Inc. (1988).
- **Quality Assessment and Improvement,** *Accreditation Manual for Hospitals*, Oak Brook Terrace, IL : Joint Commission.(1992).
- **Reddin, William,** *Effective Management By Objectives*, New York: McGraw-Hill Book Co,(1971).
- **Riggs, Fred.** *Administration In Developing Countries*, Boston: Houghton Mifflin Co., (1964).
- **Saddique, Abdulaziz,** and Pharm. D. *Continuous Quality Improvement: Application in Health Care*. Riyadh: King Saud University Press, (1994).
- **Sherman, V.,** *Creating the New American Hospital*, San Fransisco, U.S.A: Jossey: Bass Publishers (1993).
- **Stevens, R.,** *In Sickness and In Health: American Hospitals In the Twentieth Century.*, New York: Basic Books, (1989).
- **Thomas, Conin,** *Coulson Business Process Re- engineering : Myth & Reality*, London: Kogan Page Limited, (1994).
- **Wolper, Lawrence and Pena, Jesus,** *Health Care, Administration*. Maryland, U.S.A.: Aspen Publishers , Inc,(1987).

- **World Health Organization.** *World Health Statistics Annual*, Geneva, (1997).
- **Avedis Donabedian,** Axlead Soloman and yeszewinski, Leon *Medical Care Chartbok*, Ann Arbor, Michigan, U.S.A: Health Administration Press,(1999).
- **Richard B. Saltman,** *The International Handbook of Health- Care Systems*, Connecticut, U.S.A; Greenwood Press, Int., (1988).





## الملاحق

- النظام الصحي السعودي
- نظام الضمان الصحي التعاوني
- وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية : الهدف العام والاختصاصات العامة
- دراسة موجزة لمكونات مستشفى عام (١٠٠) سرير و(٢٠٠) سرير والمساحات التقريبية للأقسام
- المتطلبات القياسية من القوى العاملة للمستشفيات



ملحق (١)

المملكة العربية السعودية

### النظام الصحي

الصادر بالمرسوم الملكي رقم ( م / ١١ ) وتاريخ ٢٣/٣/١٤٢٣هـ.  
والمشور في جريدة أم القرى في عددها رقم ( ٣٨٩٧ ) وتاريخ  
١٧/٤/١٤٢٣هـ .

بندوة العزيز



الرقم: م/١١

التاريخ: ٢٣/٣/١٤٢٣هـ

بِعون الله تعالى

باسم خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبد العزيز آل سعود

نحن عبد الله بن عبدالعزيز آل سعود

نائب ملك المملكة العربية السعودية

بناءً على الأمر الملكي رقم (٢٥/أ) وتاريخ ٨/٣/١٤٢٣هـ .

وبناءً على المادة (السبعين) من النظام الأساسي للحكم الصادر بالأمر الملكي رقم (٩٠/أ) وتاريخ ٢٧/٨/١٤١٢هـ .

وبناءً على المادة (العشرين) من نظام مجلس الوزراء، الصادر بالأمر الملكي رقم (١٣/أ) وتاريخ ٣/٣/١٤١٤هـ .

وبناءً على المادتين ( السابعة عشرة والثامنة عشرة ) من نظام مجلس الشورى الصادر بالأمر الملكي رقم (٩١/أ) وتاريخ ٢٧/٨/١٤١٢هـ .

وبعد الاطلاع على قرار مجلس الشورى رقم (١٦/١٦) وتاريخ ١٩/٦/١٤٢١هـ .

وبعد الاطلاع على قرار مجلس الوزراء رقم (٧٦) وتاريخ ٢٢/٣/١٤٢٣هـ .

رسمنا بما هو آت :

أولاً : الموافقة على النظام الصحي، بالصيغة المرافقة .

ثانياً : على سمو نائب رئيس مجلس الوزراء والوزراء - كل فيما يخصه - تنفيذ مرسومنا هذا .

عبدالله بن عبدالعزيز

بسم الله الرحمن الرحيم

الرقم : ٧/ب/٩٩٩٣  
التاريخ : ٢٩/٣/١٤٢٣ هـ  
المرفقات : ١١

المملكة العربية السعودية  
ديوان رئاسة مجلس الوزراء

معالي وزير الصحة  
نسخة لرئاسة الحرس الوطني  
نسخة لوزارة الدفاع والطيران  
نسخة لوزارة الداخلية  
نسخة لمجلس الشورى  
نسخة لوزارة التعليم العالي  
نسخة لوزارة الخدمة المدنية  
نسخة لوزارة التجارة  
نسخة لوزارة الإعلام  
نسخة لوزارة المعارف  
نسخة لوزارة المالية والاقتصاد الوطني  
نسخة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية  
نسخة للأمانة العامة لمجلس الوزراء  
نسخة للبيان المراقبة العامة  
نسخة لهيئة الخبراء بمجلس الوزراء  
نبحث لكم طيه ما يلي :-

- ١ - نسخة من قرار مجلس الوزراء المؤقر رقم (٧٦) وتاريخ ٢٢/٣/١٤٢٣ هـ القاضي بالموافقة على النظام الصحي وذلك بالصيغة المرفقة بالقرار .
  - ٢ - نسخة من المرسوم الملكي الكريم رقم (١١/م) وتاريخ ٢٣/٣/١٤٢٣ هـ الصادر بالمصادقة على ذلك .
- ونأمل إكمال اللازم على ضوء ذلك .. وتقبلوا تحياتنا ..

عبدالعزیز بن فهد بن عبدالعزيز  
رئيس ديوان رئاسة مجلس الوزراء

بسم الله الرحمن الرحيم

الجمهورية العربية السورية

مجلس الوزراء

الأمانة العامة

قرار رقم: (٧٦)  
وتاريخ: ٢٢/٣/١٤٢٣ هـ

### إن مجلس الوزراء

بعد الاطلاع على المعاملة الواردة من ديوان رئاسة مجلس الوزراء برقم (٧/١٥٣٤٧/ر) وتاريخ ٨/٨/١٤٢١ هـ، المشتملة على خطاب معالي وزير الصحة رقم (٣٩/١٤٠٧) وتاريخ ١/١٢/١٤١٢ هـ، بشأن مشروع النظام الصحي .  
وبعد الاطلاع على المحاضر رقم (٧٩) وتاريخ ٣٠/٧/١٤١٥ هـ، ورقم (١٤٦) وتاريخ ٢٣/٩/١٤١٧ هـ، ورقم (٤١٤) وتاريخ ٤/١٢/١٤٢١ هـ المعدة في هيئة الخبراء .

وبعد النظر في قرار مجلس الشورى رقم (١٦/١٦) وتاريخ ١٩/٦/١٤٢١ هـ .  
وبعد الاطلاع على توصيتي اللجنة العامة لمجلس الوزراء رقم (٣٧٢) وتاريخ ١٣/٨/١٤٢٢ هـ، ورقم (٦٨) وتاريخ ٢٥/١/١٤٢٣ هـ .

### يقرر

الموافقة على النظام الصحي ، بالصيغة المرفقة .  
وقد أعد مشروع مرسوم ملكي بذلك صيغته مرافقة لهذا .

نائب رئيس مجلس الوزراء

(٩)

بسم الله الرحمن الرحيم

## النظام الصحي

### ( المادة الأولى )

يقصد بالعبارات والكلمات الآتية المعاني المبينة قرين كل منها ما لم يقتض السياق خلاف ذلك :

- ١ - الصحة العامة : منظور متكامل وشامل لصحة الفرد والأسرة والمجتمع ، والتأثيرات البيئية والاجتماعية والاقتصادية والوراثية عليها .
- ٢ - الرعاية الصحية : الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي تعنى بصحة الفرد والمجتمع بمستوياتها الأولية والثانوية والتخصصية .
- ٣ - الرعاية الصحية الأولية : يقصد بها الآتي :
  - أ - نشر التوعية الصحية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع حول المشكلات والأخطار التي تهدد الصحة وسبل الوقاية منها ، والعمل على تغيير أنماط السلوك التي قد تؤدي إلى المرض .
  - ب - العمل مع الجهات ذات العلاقة لمراقبة إصحاح البيئة وسلامة مياه الشرب والأغذية ، والاهتمام بالتغذية الصحية السليمة ونشر التوعية عنها .
  - ج - الرعاية الصحية المتكاملة للام والطفل .
  - د - التحصين ضد الأمراض المعدية .
  - هـ - مكافحة الأمراض المستوطنة الطفيلية والمعدية ، والحد من انتشارها .
  - و - التشخيص والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة ، وإجراء الولادات الطبيعية .
  - ز - توفير الأدوية الأساسية .

(١٠)

النظام الصحي

- ٤ - الرعاية الصحية الثانوية : الرعاية الصحية التي تقدمها مستشفيات عامة وأطباء متخصصون .
- ٥ - الرعاية الصحية الثالثة أو التخصصية أو المرجعية : الرعاية الصحية التي يتم تقديمها من قبل مستشفيات متخصصة في أمراض معينة ، وتتطلب تجهيزات متقدمة ، وأطباء ذوي تخصصات عالية ولديهم الخبرة والمهارة الكافية .
- ٦ - توفير الرعاية الصحية : ضمان وجود الرعاية الصحية دون أن يعني ذلك بالضرورة تقديمها مباشرة من الدولة أو تمويلها ، إلا ما نصت عليه مواد هذا النظام .
- ٧ - الوزير : وزير الصحة .
- ٨ - الوزارة : وزارة الصحة .
- ٩ - المجلس : مجلس الخدمات الصحية .

### ( المادة الثانية )

يهدف هذا النظام إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان بطريقة عادلة ، وميسرة ، وتنظيمها .

### ( المادة الثالثة )

تعمل الدولة على توفير الرعاية الصحية ، كما تعنى بالصحة العامة للمجتمع بما يكفل العيش في بيئة صحية سليمة ، ويشمل ذلك على وجه الخصوص ما يأتي :

- ١ - سلامة مياه الشرب وصلاحياتها .
- ٢ - سلامة الصرف الصحي وتنقيته .
- ٣ - سلامة الأغذية المتداولة .



(١١)

النظام الصحي

- ٤ - سلامة الأدوية والعقاقير والمستلزمات الطبية المتداولة ومراقبة استعمالها .
- ٥ - حماية المجتمع من آثار أخطار المخدرات والمسكرات .
- ٦ - حماية البلاد من الأوبئة .
- ٧ - حماية البيئة من أخطار التلوث بأنواعه .
- ٨ - وضع الاشتراطات الصحية لاستعمال الأماكن العامة .
- ٩ - نشر التوعية الصحية بين السكان .

### ( المادة الرابعة )

توفر الدولة خدمات الرعاية الصحية الموضحة أدناه للمواطنين بالطريقة التي تنظمها :

- ١ - رعاية الأمومة والطفولة .
- ٢ - برامج التحصين .
- ٣ - الرعاية الصحية للمعوقين والمسنين .
- ٤ - الرعاية الصحية للطلاب والطالبات .
- ٥ - الرعاية الصحية للحوادث والطوارئ والكوارث .
- ٦ - مكافحة الأمراض المعدية والوبائية .
- ٧ - علاج الأمراض المستعصية ، مثل إزالة الأورام وزراعة الأعضاء والغسل الكلوي .
- ٨ - الصحة النفسية .
- ٩ - غير ذلك من عناصر خدمات الرعاية الصحية الأولية .

(١٢)

النظام الصحي

## ( المادة الخامسة )

- الوزارة هي الجهة المسؤولة عن توفير الرعاية الصحية ، وعليها - على وجه الخصوص - ما يأتي :
- ١ - ضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية .
  - ٢ - توفير خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات والمراكز العلاجية الثانوية والتخصصية .
  - ٣ - إعداد الإحصاءات الصحية والحيوية ، وإجراء الدراسات والأبحاث العلمية وتحليلها والاستفادة منها .
  - ٤ - وضع الاستراتيجية الصحية والخطط اللازمة لتوفير الرعاية الصحية وتطويرها وتوزيعها بما يضمن أن تكون في متناول جميع أفراد المجتمع .
  - ٥ - وضع البرامج لإعداد القوى العاملة في المجال الصحي وتطويرها بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة .
  - ٦ - وضع التعليمات والاشتراطات الخاصة بمنع دخول وانتشار الأمراض المعدية والأمراض السبائية والمحجرية ، والإبلاغ عنها ، والعمل على مكافحتها أو القضاء عليها ، مع تطبيق الإجراءات الوقائية والعلاجية .
  - ٧ - تنظيم تداول الأدوية والعقاقير ومراقبتها ، بما يضمن توافرها وصلاحيتها وحسن استعمالها وملاءمة أسعارها .
  - ٨ - وضع الضوابط والاشتراطات اللازمة للترخيص للمؤسسات الصحية الخاصة والعاملين بها ، ومراقبة نشاطها وجودة أدائها .
  - ٩ - وضع قواعد ومعايير الجودة النوعية للرعاية الصحية وضمان تطبيقها .
  - ١٠ - التأكد من الممارسة الصحيحة للمهن الصحية ، ومدى التزام العاملين بقواعد المهنة وأخلاقياتها .
  - ١١ - العمل على وضع القواعد المنظمة لإجراء الأبحاث والتجارب الطبية والدوائية .
  - ١٢ - وضع الخطط والبرامج لنشر التوعية الصحية الشاملة على مستوى المجتمع .
  - ١٣ - التعاون والتنسيق مع الدول والمنظمات الإقليمية والعالمية في مجالات الصحة العامة والرعاية الصحية .

**( المادة السادسة )**

تعمل الدولة من خلال الوزارة على توفير شبكة متكاملة من خدمات الرعاية الصحية تغطي جميع مناطق المملكة ، وتشمل مستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية ، وتقوم الوزارة بالتعاون مع مجالس المناطق بتحديد الاحتياج ومواقع ومستويات تقديم هذه الرعاية وفقاً للوضع الجغرافي والسكاني وأنماط الأمراض السائدة في المنطقة .

**( المادة السابعة )**

تعطى كل مديرية عامة للشؤون الصحية الصلاحيات الإدارية والمالية التي تمكنها من تادية المهام المنوطة بها بطريقة فعالة ، وتراعي الوزارة ضمن ميزانيتها الاحتياجات الخاصة بكل منطقة بحسب المرافق الصحية فيها وأعداد سكانها ، ويخصص لكل مستشفى الاعتمادات المالية التي يحتاجها .

**( المادة الثامنة )**

تقوم المديرية العامة للشؤون الصحية بتنفيذ الخطط والبرامج التي تضعها الوزارة في المنطقة ، وتناط بها على وجه الخصوص المسؤوليات الآتية :

- ١ - ضمان توفر برامج الرعاية الصحية لتغطية احتياجات المنطقة .
- ٢ - القيام بمسؤولية إدارة وتشغيل المرافق الصحية التابعة للوزارة .
- ٣ - الترخيص للمرافق الصحية الخاصة والعاملين بها طبقاً لمتطلبات والاشتراطات التي تضعها الوزارة ، ومراقبة الجودة النوعية في هذه المرافق .
- ٤ - إعداد الإحصاءات الصحية والحيوية وإجراء الدراسات والأبحاث على مستوى المنطقة .
- ٥ - وضع برامج التعليم الطبي وتنفيذها المتواصل ، وتدريب العاملين في المرافق الصحية في المنطقة ، بالتنسيق مع الوزارة والقطاعات الصحية الأخرى .
- ٦ - التنسيق والتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة ومع المديريات الصحية الأخرى .
- ٧ - تنفيذ الخطط والبرامج لنشر التوعية الصحية الشاملة على مستوى المنطقة .

(١٤)

النظام الصحي

**( المادة التاسعة )**

- ١ - تقوم المراكز الصحية التابعة للوزارة والجهات الحكومية الأخرى والقطاع الخاص بتقييم الخدمات الوقائية والإسعافية والعلاجية والتأهيلية وتوجيه الحالات عند الحاجة إلى المستشفيات ومراكز التخصص العلاجي .
- ٢ - تحدد اللائحة التنفيذية تفاصيل اختصاصات هذه المراكز ، والقواعد المنظمة لعملها ، وعلاقتها بالمستشفيات ، وإجراءات الإحالة ، وإصدار التقارير الطبية .

**( المادة العاشرة )**

- مع عدم الإخلال بما جاء في المادة ( الرابعة ) يتم تمويل خدمات الرعاية الصحية بالطرق الآتية :
- ١ - الميزانية العامة للدولة .
  - ٢ - إيرادات الضمان الصحي التعاوني .
  - ٣ - الوقف والهيئات والتبرعات والوصايا وغيرها .
- وتحدد بقرار من مجلس الوزراء بناء على اقتراح من الوزير الأسس والمعايير التي يتم بموجبها اختيار طرق تمويل الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية المختلفة وتنظيم حق الانتفاع بها .

**( المادة الحادية عشرة )**

- ١ - يجوز بقرار من مجلس الوزراء بناءً على اقتراح الوزير تحويل ملكية بعض مستشفيات الوزارة إلى القطاع الخاص .

**( المادة الثانية عشرة )**

- تعمل الوزارة على ما يأتي :
- ١ - توفير التعليم والتدريب لأفراد الفريق الصحي العاملين بها ؛ وذلك بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة .

(١٥)

النظام الصحي

٢ - التأكد من وجود المستوى المعترف به من التعليم والتدريب لدى المتقدمين للتدريب أو إعادة الترخيص .  
وتحدد الهيئة السعودية للتخصصات الصحية المعايير المطلوبة للتعليم والتدريب .

### ( المادة الثالثة عشرة )

تقدم الرعاية الصحية لغير السعوديين وفقاً لنظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية .

### ( المادة الرابعة عشرة )

تقدم الرعاية الصحية للحجاج خلال فترة الحج وفقاً للائحة يضعها الوزير .

### ( المادة الخامسة عشرة )

الوزارة هي الجهة المسؤولة عن تطبيق هذا النظام فيما لا يدخل في اختصاصات جهة أخرى .

### ( المادة السادسة عشرة )

١ - ينشأ مجلس يسمى مجلس الخدمات الصحية برئاسة الوزير وعضوية كل من:

- ١ - ممثل من الوزارة يرشحه الوزير .
- ٢ - ممثلين من الخدمات الصحية في كل من رئاسة الحرس الوطني ، ووزارة الدفاع والطيران ، ووزارة الداخلية ، ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، ترشحهم جهاتهم .
- ٣ - اثنين من عمداء الكليات الصحية يرشحهما وزير التعليم العالي .

( ١٦ )

النظام الصحي

- ٤ - اثنين يمثلان القطاع الصحي الخاص يرشحهما مجلس الغرف التجارية الصناعية السعودية .
- ٥ - ممثل من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ، ترشحه الهيئة .
- ٦ - ممثل من جمعية الهلال الأحمر السعودي ، ترشحه الجمعية .
- ٧ - ممثل من مجلس الضمان الصحي ، يرشحه المجلس .
- ب - يتم تعيين أعضاء المجلس بقرار من مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد مرتين فقط ، ولا تقل مرتبة أعضاء المجلس الممثلين للجهات الحكومية عن الثانية عشرة .
- ج - للمجلس أن يدعو مندوبين أو خبراء أو مختصين لحضور اجتماعاته ، ولهم حق النقاش دون أن يكون لهم حق التصويت .
- د - لا يعد اجتماع المجلس نظامياً إلا بحضور ثلثي الأعضاء على الأقل ، وتصدر قرارات المجلس بأغلبية الحاضرين ، وعند التساوي يرجح الجانب الذي صوت معه الرئيس ، وتعد قراراته ملزمة للقطاعات الصحية بعد اعتمادها من رئيس مجلس الوزراء .
- هـ - يضع المجلس لائحة داخلية لسير أعماله .
- و - يحدد بقرار من مجلس الوزراء بناء على اقتراح الوزير مقدار مكافأة الرئيس وأعضاء المجلس ومصدر هذه المكافأة .

### ( المادة السابعة عشرة )

يختص المجلس بالآتي :

- أ - إعداد استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة تمهيداً لاعتمادها من مجلس الوزراء .
- ب - وضع التنظيم الملائم لتشغيل المستشفيات التي تديرها الوزارة والجهات الحكومية الأخرى ، بحيث تدار وفقاً لأسس الإدارة الاقتصادية ومعايير الأداء والجودة النوعية .
- ج - وضع وإقرار سياسة التنسيق والتكامل بين جميع الجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية ، وعلى وجه الخصوص في المجالات الآتية :
- ١ - خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية .
- ٢ - خدمات الإسعاف والإخلاء الطبي .

( ١٧ )

النظام الصحي

- ٣ - تحويل المرضى بين الجهات الصحية المختلفة .
- ٤ - تأمين الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية والاستعمال الأمثل لها .
- ٥ - تعليم القوى العاملة في المجال الصحي وتدريبها وتوظيفها .
- ٦ - القيام بالبحوث والدراسات الصحية .
- ٧ - تقديم الرعاية الصحية للحجاج .
- ٨ - نشر التوعية الصحية بين السكان .
- ٩ - تطوير صحة البيئة .
- ١٠ - تبادل خبرات المتخصصين بين الجهات الصحية المختلفة .
- د - تعيين أمين عام للمجلس بناء على ترشيح الوزير ، ووفق ما يقضي به نظام الخدمة المدنية .
- هـ - وضع القواعد اللازمة لمكافحة من يستعان بهم من الخبراء بالتنسيق مع وزارة المالية والاقتصاد الوطني<sup>(١)</sup> .

### ( المادة الثامنة عشرة )

يصدر الوزير اللائحة التنفيذية لهذا النظام خلال عام من تاريخ نشره<sup>(٢)</sup> .

### ( المادة التاسعة عشرة )

ينشر هذا النظام في الجريدة الرسمية ، ويعمل به بعد تسعين يوماً من تاريخ نشره ، ويلغى كل ما يتعارض معه من أحكام<sup>(٣)</sup> .

( ١ ) صدر الأمر الملكي الكريم رقم (٢/١) وتاريخ ٢٨/٢/١٤٢٤هـ بتعديل مسمى وزارة المالية والاقتصاد الوطني إلى (وزارة المالية) .

(٢) صدر قرار وزير الصحة رقم (٣٠/٦٩١٨١) وتاريخ ١٥/٦/١٤٢٤هـ بللواقفة على اللائحة التنفيذية للنظام الصحي ونشرت بجريدة أم القرى في العدد رقم (٣٩٥٦) وتاريخ ١/٧/١٤٢٤هـ .

(٣) نشر بجريدة أم القرى في عددها رقم ( ٣٨٩٧ ) وتاريخ ١٧/٤/١٤٢٣هـ .

**ملحق (٢)****نظام الضمان الصحي التعاوني****الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (٧١)****في ٢٧/٤/١٤٢٠هـ الموافق ١١/٨/١٩٩٩م**

**المادة الأولى:** يهدف هذا النظام إلى توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين في المملكة، ويجوز تطبيقه على المواطنين، وغيرهم بقرار من مجلس الوزراء.

**المادة الثانية:** تشمل التغطية بالضمان الصحي التعاوني جميع من ينطبق عليهم هذا النظام وأفراد أسرهم، وفقاً لما جاء في الفقرة (ب) من المادة الخامسة.

**المادة الثالثة:** مع مراعاة مراحل التطبيق المشار إليها في الفقرة (ب) من المادة الخامسة وما تقضي به المادتان الثانية عشرة والثالثة عشرة من هذا النظام، يلتزم كل من يكفل مقيماً بأن يشترك لصالحه في الضمان الصحي التعاوني.

**المادة الرابعة:** ينشأ مجلس للضمان الصحي برئاسة وزير الصحة وعضوية:

(أ) ممثل على مستوى وكيل وزارة عن وزارة الداخلية، وزارة الصحة، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، وزارة المالية والاقتصاد الوطني، وزارة التجارة، ترشحهم جهاتهم.

(ب) ممثل عن مجلس الغرف التجارية الصناعية السعودية يرشحه وزير التجارة، وممثل عن شركات التأمين التعاوني يرشحه وزير المالية والاقتصاد الوطني بالتشاور مع وزير التجارة.

(ج) ممثل عن القطاع الصحي الخاص، وممثلان اثنان عن القطاعات الصحية الحكومية الأخرى ويرشحهم وزير الصحة بالتنسيق مع قطاعاتهم.

ويتم تعيين أعضاء المجلس، وتجديد عضويتهم بقرار من مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.



**المادة الخامسة:** يتولى مجلس الضمان الصحي الإشراف على تطبيق هذا النظام، وله على وجه الخصوص ما يأتي:

- (أ) إعداد مشروع اللائحة التنفيذية لهذا النظام.
- (ب) إصدار القرارات اللازمة لتنظيم الأمور المتغيرة بشأن تطبيق أحكام هذا النظام بما في ذلك تحديد مراحل تطبيقه، وتحديد أفراد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان وكيفية ونسبة مساهمة كل من المستفيد وصاحب العمل في قيمة الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني، وكذلك تحديد الحد الأعلى لتلك القيمة بناء على دراسة متخصصة تشتمل على حسابات التأمين
- (ج) تأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني.
- (د) اعتماد المرافق الصحية التي تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني.
- (هـ) تحديد المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في هذا المجال، والمقابل المالي لاعتماد المرافق الصحية التي تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني وذلك بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.
- (و) إصدار اللائحة المالية لإيرادات مجلس الضمان الصحي ومصروفاته. بما في ذلك أجور العاملين فيه ومكافآتهم، بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.
- (ز) إصدار اللائحة الداخلية لتنظيم سير أعمال المجلس.
- (ح) تعيين أمين عام المجلس بناء على ترشيح من وزير الصحة، وتشكيل أمانه عامة، وتحديد مهماتها.
- المادة السادسة:** تغطي المصروفات اللازمة لأداء مجلس الضمان الصحي لأعماله، وأجور العاملين فيه، ومكافآتهم من الإيرادات، التي يتم تحصيلها بموجب الفقرة (هـ) من المادة الخامسة وفق ما يتم الاتفاق عليه بين وزارة الصحة، ووزارة المالية والاقتصاد الوطني.

**المادة السابعة:** تغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الخدمات الصحية الأساسية الآتية:

- أ - الكشف الطبي، والعلاج في العيادات، والأدوية.
- ب - الإجراءات الوقائية مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة والطفولة.
- ج - الفحوصات المخبرية والشعاعية التي تتطلبها الحالة.

د - الإقامة والعلاج في المستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات.

هـ - معالجة أمراض الأسنان واللثة، ما عدا التقويم، والأطعم الصناعية.

ولا تخل هذه الخدمات بما تقتضي به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية، وما تقدمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد، لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نص عليه هذا النظام.

المادة الثامنة: يجوز لصاحب العمل توسيع مجال خدمات الضمان الصحي التعاوني، بموجب ملاحق إضافية، وبتكلفة إضافية لتشمل خدمات تشخيصية وعلاجية أخرى أكثر مما نص عليه في المادة السابقة.

المادة التاسعة: يتم ترتيب ما يتعلق بالإجراءات الوقائية الصحية التي يخضع لها المشمولين بالضمان بما في ذلك الفحوصات، واللقاحات في المدة التي تسبق إصدار وثيقة الضمان الصحي التعاوني بقرار من وزير الصحة.

المادة العاشرة: يتحمل صاحب العمل تكاليف علاج المستفيد من الضمان في الفترة التي تنتضي بين تاريخ استحقاق العلاج، وتاريخ الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني.

#### المادة الحادية عشرة

أ- يجوز عند الحاجة تقديم الخدمات الصحية المشمولة في وثيقة الضمان الصحي لحاملها من قبل المرافق الصحية الحكومية، وذلك بمقابل مالي تتحمله جهة الضمان الصحي، ويحدد مجلس الضمان الصحي المرافق التي تقدم هذه الخدمة والمقابل المالي لها.

ب- يحدد وزير الصحة بعد الاتفاق مع وزير المالية، والاقتصاد الوطني، إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المالي المنصوص عليه في الفقرة السابقة.

المادة الثانية عشرة: يكون علاج العاملين في الجهات الحكومية المشمولين بهذا النظام وأفراد أسرهم في المرافق الصحية الحكومية متى كانوا متعاقدين مباشرة مع هذه الجهات وتحت كفالتها، وكانت عقودهم تنص على حقهم في العلاج.

المادة الثالثة عشر: يجوز بقرار من مجلس الضمان الصحي إعفاء المؤسسات والشركات التي تملك مؤسسات طبية خاصة مؤهلة من الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني عن الخدمات التي تقدمها لمنسوبيها.

## المادة الرابعة عشرة:

(أ) إذا لم يشترك صاحب العمل أو لم يتم دفع أقساط الضمان الصحي التعاوني عن العامل لديه ممن ينطبق عليه هذا النظام، وأفراد أسرته المشمولين معه بوثيقة الضمان الصحي التعاوني، ألزم بدفع جميع الأقساط الواجبة السداد، إضافة إلى دفع غرامة مالية لا تزيد على قيمة الاشتراك السنوي عن كل فرد، مع جواز حرمانه من استقدام العمال لفترة دائمة أو مؤقتة.

(ب) إذا أخلت أي شركة من شركات التأمين التعاوني بأي من التزاماتها المحددة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني، ألزمت بالوفاء بهذه الالتزامات وبالتعويض عما نشأ عن الإخلال بها من أضرار، إضافة إلى دفع غرامة لا تزيد عن خمسة آلاف ريال عن كل فرد مشمول بالوثيقة محل المخالفة.

(ج) تشكل بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي لجنة أو أكثر يشترك فيها ممثل

من:

- ١- وزارة الداخلية.
- ٢- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.
- ٣- وزارة العدل.
- ٤- وزارة المالية والاقتصاد الوطني.
- ٥- وزارة الصحة.
- ٦- وزارة التجارة.

وتختص هذه اللجنة بالنظر في مخالفات أحكام هذا النظام واقتراح الجزاء المناسب، ويوقع بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي، وتحدد اللائحة التنفيذية كيفية عمل هذه اللجنة.

ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم ، خلال ستين يوماً من إبلاغه.  
المادة الخامسة عشرة: يحل المقيم غير المشمول بكفالة عمل محل صاحب العمل في الالتزامات المترتبة على هذا الأخير بموجب هذا النظام.

المادة السادسة عشرة: تتولى وزارة الصحة مراقبة ضمان جودة ما يقدم من خدمات صحية للمستفيدين من الضمان الصحي التعاوني.

**المادة السابعة عشرة:** يتم تطبيق الضمان الصحي التعاوني عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية، مؤهلة، تعمل بأسلوب التأمين التعاوني على غرار ما تقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني، ووفقا لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (١) وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ.

**المادة الثامنة عشرة:** يصدر وزير الصحة اللائحة التنفيذية لهذا النظام في مدة أقصاها سنة من تاريخ صدوره.

**المادة التاسعة عشرة:** ينشر هذا النظام في الجريدة الرسمية ويبدأ بعد تسعين يوما من صدور اللائحة التنفيذية، أما الأحكام المتعلقة بإنشاء مجلس الضمان الصحي واختصاصاته تعد نافذة من تاريخ نشره.

## ملحق (٣)

## وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية

الهدف العام: رفع المستوى الصحي للمواطنين والقضاء على المشكلات الصحية القائمة.

## الاختصاصات العامة

١. رسم السياسة الصحية والدوائية، وإعداد الخطط والبرامج الرامية إلى رفع المستوى الصحي في المملكة، وذلك في إطار متطلبات الخطة العامة للدولة في هذا الصدد والعمل على تنفيذ ما يخصها من تلك السياسات، والخطط والبرامج بعد إقرارها.
٢. إعداد الخطط والبرامج الصحية والطبية على مستوى الدولة، والإشراف على تنفيذها بعد إقرارها.
٣. توفير الخدمات الصحية الوقائية منها والعلاجية بما يكفل رفع المستوى الصحي للمجتمع وسلامته من الأمراض، والأوبئة، والعمل باستمرار على تحسين هذه الخدمات.
٤. إعداد الخطط الصحية الهادفة إلى منع انتشار الأوبئة والأمراض السارية، وخاصة في موسم الحج، والمواسم الأخرى، ومن ثم العمل على متابعة تنفيذها.
٥. وضع السياسات العامة والخطط التي تضمن توفر الأدوية المناسبة في المملكة.
٦. القيام بالبحوث والدراسات في المجالات الصحية، والعمل على تطبيق نتائجها، وتوصياتها لهدف الوقاية من الأمراض وعلاجها، ورفع المستوى الصحي بصفة عامة بين كافة الأفراد جسدياً ونفسياً.
٧. اقتراح الأنظمة واللوائح الصحية والطبية، ومراقبة تنفيذها في كافة أرجاء المملكة.
٨. العمل بالتنسيق مع الجهات المختصة على تنمية القوى البشرية في المجال الصحي بما يتلاءم واحتياجات الخطط والبرامج الصحية.
٩. توفير الخدمات الصيدلانية والدوائية في الوحدات العلاجية، التابعة للوزارة، ومراقبة توزيعها والتصرف بها.

١٠. الإشراف والرقابة على الخدمات الطبية والعلاجية في القطاع الخاص، بما يكفل حسن أداء مهمتها وتطويرها، وكذلك الإشراف والرقابة على مزاوله مهنة الطب، والصيدلة في القطاع الخاص وغير ذلك من المهن الصحية الأخرى، بحيث تتجاوب هذه الخدمات مع الحاجات المحلية وفقاً لخطة وسياسة الدولة وتتكامل مع ما تقوم به الوزارة.
١١. التنسيق والتعاون مع الجامعات، والوزارات، والمصالح الحكومية الأخرى، المهمة بالمجالات الصحية والطبية بما يخدم تحقيق سياسة، وخطة الدولة الصحية ويرفع من مستوى الخدمات المقدمة، ويعمل على نشرها في كافة أرجاء المملكة.
١٢. العمل والتنسيق مع الجهات المعنية لتوثيق الصلات في المجالات الصحية والطبية مع الدول الشقيقة والصديقة، ومع الهيئات الإقليمية والدولية ذات العلاقة بهذه الأمور.

## ملحق (٤)

دراسة موجزة لمكونات مستشفى عام  
١٠٠ سرير و ٢٠٠ سرير والمساحات التقريبية للأقسام

ملاحظات	مستشفى ١٠٠ سرير		مستشفى ٢٠٠ سرير		الاسم
	المساحة م <sup>٢</sup>	المحتويات	المساحة م <sup>٢</sup>	المحتويات	
	٢٩٤٧.٥	أجنحة الباطنة والجراحة عدد ٥ جناح ، بكل جناح ٢٠ سرير (إجمالي ١٥٠ سرير)	١١٩١.٠	أجنحة الباطنة والجراحة عدد ٢ جناح ، بكل جناح ٣٠ سرير ( إجمالي ٦٠٠ سرير)	أجنحة المرضى: باطنة ، جراحة ، نساء وأطفال
	٤٨٣.٠	أمراض النساء ٢٠ سرير	٣٦٦.٠	أمراض النساء ١٥ سرير	
	٥٨٩.٠	أمراض الأطفال ٣٠ سرير	٥٨٩.٠	أمراض الأطفال ٢٥ سرير	
	٢٦٦.٥	٥ أسرة عناية مركزة	٢٢٢.٥٥	٣ أسرة عناية مركزة	
	٢٨٢.٠	٣ أسرة مخاض مع التوليد	٢٥٨.٠	٣ أسرة مخاض مع التوليد	
	١٥٢.٠	تشمل عدد ٢ غرفة عزل	١١٠.٠	تشمل عدد ١ غرفة عزل	
	٤٧٢.٠		٢٧٣٦.٥		المساحة الإجمالية
Screening Clinic	٦١٤.٤	تشمل عدد ١٢ غرف كشف وعدد ٤ غرفة استشارة	٥٤٥.٥	تشمل عدد ٨ غرف كشف وعدد ٤ غرفة استشارة	خدمات المرضى الخارجية عيادات الكشف لشاملة
	٤٨.٠	تشمل عدد ٢ غرفة جراحة أسنان ومعمل أسنان ومكتب	٤٨.٠	تشمل عدد ٢ غرف جراحة أسنان ومعمل أسنان ومكتب	عيادات الأسنان
Out patient department	٣٧٥.٠	تشمل عدد ٢١ غرفة كشف واستشارة	٢٨٥.٠	تشمل عدد ١٤ غرفة كشف واستشارة	العيادات الخارجية
	٣٣٥.٠	تشمل غرفة كشف لعدد ٨ أسرة	٣١٩.٠	تشمل غرفة كشف لعدد ٦ أسرة	قسم الإسعاف والطوارئ
		١٣٧٢.٥	١١٩٧.٥		المساحة الإجمالية
	٢٤١.٠	يشمل عدد ٣ غرف أشعة	٢٧١.٠	يشمل عدد ٣ غرف أشعة	قسم الأشعة
	٧٢٠.٠	يشمل عدد ٤ غرف عمليات	٥٨٥.٠	يشمل عدد ٢ غرف عمليات	جناح العمليات
	٤٠١.٠	يشمل عدد ٧ غرف علاج وصالة ألعاب ولحده وعدد ٢ غرفة تمارين	٢٩٤.٠	يشمل عدد ٥ غرف علاج وصالة ألعاب واحدة وعدد ٢ غرفة تمارين	العلاج الطبيعي
	٣٠٨.٠	يشمل مختبر باثولوجي كيميائي وهيماتولوجي وميكروبيولوجي وفيزيولوجي وهستولوجي وبنك الدم	١٩٢.٠	يشمل مختبر باثولوجي كيميائي وهيماتولوجي وميكروبيولوجي وفيزيولوجي وهستولوجي وبنك الدم	المختبر
	١٧٧٠.٠		١٣٤٣.٠		المساحة الإجمالية

ملاحظات	مستشفى ٢٠٠ سرير		مستشفى ١٠٠ سرير		القسم
	المساحم	المحتويات	المساحم	المحتويات	
<b>قسم التمريض</b>					
	٣١٣.٠	تشمل الصيدلية الداخلية ومناطق التحضير والتوزيع والخدمات الملحقة	٢٤١.٠	تشمل الصيدلية الداخلية ومناطق التحضير والتوزيع والخدمات الملحقة	الصيدلية
	٢٠٤.٠		١٩٨.٠		التعقيم المركزي
	٤٩٠.٠	تشمل مكاتب دخول المرضى وعدد ٢ غرفة سكرتارية طبية وانتظار نساء ورجال وخدمات أخرى	٣١١.٠	تشمل مكاتب دخول المرضى وغرفة سكرتارية طبية والنتظار نساء ورجال وخدمات أخرى	الملفات الطبية
	٩٨.٠	تشمل غرفة اللجأت وغرفة مشاهدتها وخدماتها	٩٨.٠	تشمل غرفة اللجأت وغرفة مشاهدتها وخدماتها	ثلاجة حفظ الجثث
	١٠٠٥.٠		٨٤٨.٠١		المساحة الإجمالية
<b>قسم الخدمات العامة</b>					
	٦٥٩.٠	غرف ومكاتب مديري الأقسام والإدارات ومكاتب موظفين	٦٦١.٠	غرف ومكاتب مديري الأقسام والإدارات ومكاتب موظفين	الإدارة
	٦٩٣.٠	تشمل صالة المدخل الرئيسي وعناصر الاتصال الرأسي وغرف المراقبة وكاونتر الاستقبال... إلخ	٥٩٠.٠	تشمل صالة المدخل الرئيسي وعناصر الاتصال الرأسي وغرف المراقبة وكاونتر الاستقبال... إلخ	صالة المدخل الرئيسي وغرفة المراقبة المستودعات المركزية
	٨٥١.٠	تشمل مساحات التخزين بمساحة ٤٥٠ متر مربع مع خدماتها	٥٦١.٠	تشمل مساحات تخزين بمساحة ٢٥٠ متر مربع مع خدماتها	
	٤٩٣.٠	يشمل مكاتب وورش الصيانة والمحرفة ومستودعات قطع الغيار	٣٨٥.٠	يشمل مكاتب وورش الصيانة والمحرفة ومستودعات قطع الغيار	قسم صيانة المباني والخدمات الهندسية
	٢٩٩٦.٠		٣١٩٧.٠		المساحة الإجمالية



ملاحظات	سنتفي ٢٠٠٠ بربر		سنتفي ١٠٠٠ بربر		القسم
	المساحم	المحتويات	المساحم	المحتويات	
<b>مستشفيات</b>					
	٤٥٢,٠	تتضمن قاعات للإطلاع ومكتبة وقاعة محاضرات وصالة ندوات	٤٥٢,٠	وتتضمن قاعات للإطلاع ومكتبة وقاعة محاضرات وصالة ندوات	المكتبة وقاعة المحاضرات
	٤٥٢,٠		٤٥٢,٠		المساحة الإجمالية
<b>مستشفيات</b>					
المطبخ المركزي المغسلة	٩٧٠,٠	يشمل المطبخ ومستودعات وقاعات طعام للعاملين (نساء ورجال)	٦٤٢,٠	يشمل المطبخ ومستودعات وقاعات طعام للعاملين (نساء ورجال)	المطبخ المركزي المغسلة
غرف الخدمات بالسطح	٥١٥,٠	تشمل مناطق الإستلام والغسيل والإصلاح والكسي والتوزيع ومستودعات وخدماتها	٣١٦,٠	تشمل مناطق الإستلام والغسيل والإصلاح والكسي والتوزيع ومستودعات وخدماتها	غرف الخدمات بالسطح
	غير محدد	غرف المصاعد والخدمات الميكانيكية وغيرها	غير محدد	غرف المصاعد والخدمات الميكانيكية وغيرها	
	١٤٨٥,٠		٩٥٨,٠		المساحة الإجمالية
إجمالي المساحة للمستشفى	١٣٩٠,١	(لا تشمل مررات الحركة وسكن العاملين والخدمات الترفيهية)	٩٧٢٣	لا تشمل مررات الحركة وسكن العاملين والخدمات الترفيهية	إجمالي المساحة للمستشفى
	١٨٠,٧١	(شاملة مررات الحركة ولا تشمل سكن العاملين والخدمات الترفيهية)	١٢٦٥٣	(شاملة مررات الحركة ولا تشمل سكن العاملين والخدمات الترفيهية)	المساحة الإجمالية الكلية للمستشفى

## ملحق (٥)

## جداول المتطلبات القياسية من القوى العاملة للمستشفيات

## متطلبات مكتب مدير المستشفى من القوى العاملة حسب السعة السريرية (١)

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس المكتب	١	١	١	١	١
مترجم	١	١	١	١	١
سكرتير طبي	١	١	١	١	١
سكرتير	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	٢	٢	٢
المجموع	٥	٥	٦	٦	٦

## متطلبات قسم الشؤون القانونية والمتابعة

## من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس المكتب الشؤون القانونية والمتابعة	١	١	١	١	١
محقق قانوني	-	-	١	١	١
مفتش	١	١	٢	٢	٢
سكرتير	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	١	١	١
المجموع	٤	٤	٥	٦	٦

متطلبات قسم الباطنة  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	١	١	١	١	رئيس قسم الباطنة
٣	٣	٣	١	-	استشاري باطنة
٧	٦	٦	٥	٣	أخصائي باطنة
٢٠	١٤	١٢	١٠	٥	طبيب مقيم باطنة
١	١	-	-	-	استشاري قلب
٣	٢	١	-	-	طبيب مقيم قلب
١	١	-	-	-	استشاري جهاز هضمي
٢	١	١	-	-	أخصائي جهاز هضمي
٢	٢	١	-	-	طبيب مقيم جهاز هضمي
١	١	-	-	-	استشاري أعصاب
١	١	١	-	-	أخصائي أعصاب
٢	٢	-	-	-	طبيب مقيم أعصاب
١	١	-	-	-	استشاري كلي
١	١	١	-	-	أخصائي كلي
٣	٣	٢	-	-	طبيب مقيم كلي
١	١	-	-	-	استشاري غدد صماء
١	١	١	-	-	أخصائي غدد صماء
٢	٢	-	-	-	طبيب مقيم غدد صماء
١	١	-	-	-	استشاري أمراض دم
١	-	-	-	-	أخصائي أمراض دم
١	١	-	-	-	طبيب مقيم أمراض دم
١	-	-	-	-	استشاري علاج الأورام

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	-	-	-	-	استشاري أمراض صدرية
-	١	-	-	-	أخصائي أمراض صدرية
١	-	-	-	-	استشاري أمراض معدية
-	١	-	-	-	أخصائي أمراض معدية
١	١	-	-	-	استشاري جلدية
٢	٢	٢	١	١	أخصائي جلدية
٢	٢	٢	-	-	طبيب مقيم جلدية
١	-	-	-	-	استشاري روماتيزم
١	١	-	-	-	أخصائي روماتيزم
١	١	١	-	-	استشاري نفسية
٢	٢	١	١	١	أخصائي نفسية
٢	٢	٢	١	-	طبيب مقيم نفسية
٢	٢	٢	١	١	أخصائي نفسي
٢	٢	٢	١	١	سكرتير طبي
٢	٢	٢	٢	١	مستخدم
٧٩	٦٦	٤٥	٢٤	١٤	المجموع

## متطلبات قسم الجراحة

من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم الجراحة	١	١	١	١	١
استشاري جراحه عامة	-	١	٢	٣	٤
أخصائي جراحة عامة	٢	٣	٤	٦	٦
طبيب مقيم جراحة عامة	٣	٥	٦	١٢	١٤
استشاري مسالك	-	-	١	١	١
أخصائي مسالك	-	١	١	٢	٢
طبيب مقيم مسالك	-	١	٣	٤	٥
استشاري عظام	-	-	١	١	٢
أخصائي عظام	١	٢	٢	٣	٤
طبيب مقيم عظام	١	٢	٤	٦	٨
استشاري عيون	-	-	١	١	١
أخصائي عيون	١	١	١	٢	٢
طبيب مقيم عيون	١	١	٢	٣	٤
استشاري أنف وأذن	-	-	١	١	١
أخصائي أنف وأذن	١	١	١	٢	٣
طبيب مقيم أنف وأذن	١	١	٢	٣	٤
استشاري جراحة مخ وأعصاب	-	-	-	١	١
أخصائي جراحة مخ وأعصاب	-	-	١	١	٢
طبيب مقيم جراحة مخ وأعصاب	-	-	٢	٣	٤
استشاري جراحة صدر	-	-	-	-	١
أخصائي جراحة صدر	-	-	-	١	٣

الوظيفة					
٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
٤	٢	-	-	-	طبيب مقيم جراحة صدر
١	-	-	-	-	استشاري جراحة وجه وفكين
١	١	-	-	-	أخصائي جراحة وجه وفكين
٢	٢	-	-	-	طبيب مقيم جراحة وجه وفكين
١	١	-	-	-	استشاري جراحة تجليل وحروق
٢	١	١	-	-	أخصائي جراحة تجميل وحروق
٥	٣	١	-	-	طبيب مقيم جراحة تجميل وحروق
١	-	-	-	-	استشاري جراحة أطفال
١	-	-	-	-	أخصائي جراحة أطفال
٢	-	-	-	-	طبيب مقيم جراحة أطفال
١	-	-	-	-	استشاري جراحة قلب
٢	-	-	-	-	أخصائي جراحة قلب
٦	-	-	-	-	طبيب مقيم جراحة قلب
١	-	-	-	-	استشاري جراحة أوعية دموية
١	١	-	-	-	أخصائي جراحة أوعية دموية
٢	٢	٢	١	١	سكرتير طبي
٨	٧	٦	٥	٤	مستخدم
١١٣	٧٧	٤٦	٢٦	١٧	المجموع

## متطلبات قسم التدريب والتعليم المستمر من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠	٢٠٠	٣٠٠	٤٠٠	٥٠٠
	سرير	سرير	سرير	سرير	سرير
رئيس المكتب	١	١	١	١	١
( أخصائي تدريب )	-	-	١	١	١
أخصائي تدريب	-	-	١	١	١
فني وسائل سمعية وبصرية	١	١	١	٢	٢
أمين مكتبة	١	١	١	٢	٢
مصور	-	-	١	١	١
سكرتير طبي	١	١	١	٢	٢
مستخدم	١	١	١	٢	٢
المجموع	٥	٥	٧	١١	١١

## متطلبات قسم الأطفال من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠	٢٠٠	٣٠٠	٤٠٠	٥٠٠
	سرير	سرير	سرير	سرير	سرير
رئيس قسم الأطفال	١	١	١	١	١
استشاري أطفال	-	١	٢	٣	٤
أخصائي أطفال	٢	٣	٥	٦	٨
طبيب مقيم أطفال	٥	٦	٨	١٢	١٦
استشاري أطفال حديثي الولادة	-	-	١	١	٢
أخصائي أطفال حديثي الولادة	-	١	١	١	٢
طبيب مقيم أطفال حديثي الولادة	-	٤	٤	٦	٨
سكرتير طبي	١	١	١	٢	٢
مستخدم	١	١	١	٢	٢
المجموع	١٠	١٨	٢٤	٣٤	٤٥

## متطلبات قسم النساء والولادة

## من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم النساء والولادة	١	١	١	١	١
استشاري أمراض نساء وولادة	١	١	٢	٣	٣
أخصائي أمراض نساء وولادة	٢	٣	٤	٦	٧
طبيب مقيم نساء وولادة	٤	٦	٩	١١	١٤
استشاري عقم	-	-	-	١	١
أستشاري أورام نسائية	-	-	-	-	١
سكرتيرة طبية	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	١	١	١
المجموع	١٠	١٣	١٨	٢٤	٢٩

## متطلبات قسم التخدير والعناية المركزة

## من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم التخدير والعناية المركزة	١	١	١	١	١
استشاري تخدير	١	٢	٢	٣	٥
أخصائي تخدير	٣	٥	٧	٩	١١
طبيب مقيم	٢	٤	٦	٨	١٠
فني تنفس	١	٢	٣	٤	٥
سكرتير طبي	١	١	١	٢	٢
مستخدم	١	١	٢	٢	٣
المجموع	١٠	١٦	٢٢	٢٩	٣٧



## متطلبات قسم الأسنان من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم الأسنان	١	١	١	١	١
أخصائي جراحة فم وأسنان	-	-	١	٢	٢
أخصائي علاج جذور	١	١	١	١	٢
أخصائي تركيبات	-	-	١	٢	٢
أخصائي أمراض لثة	١	١	١	٢	٢
طبيب مقيم أسنان	١	٢	٣	٤	٥
سكرتير طبي	١	١	١	١	٢
فني تركيبات أسنان	-	-	٤	٤	٤
مستخدم	١	١	١	١	٢
المجموع	٦	٧	١٤	١٨	٢٢

## متطلبات قسم التأهيل الطبي من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم التأهيل الطبي	١	١	١	١	١
استشاري طب طبيعي وتأهيل	-	١	١	١	١
أخصائي طب طبيعي وتأهيل	-	١	١	١	١
طبيب مقيم طب طبيعي وتأهيل	-	١	١	٢	٢
أخصائي علاج طبيعي	١	٢	٣	٤	٥
فني علاج طبيعي	٣	٤	٥	٧	٨
أخصائي علاج حرفي	-	-	١	١	١
سكرتير طبي	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	١	١	٢
المجموع	٧	١٢	١٥	١٩	٢٢

## متطلبات قسم الأشعة العلاجية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم الأشعة العلاجية	١	١	١	١	١
استشاري أشعة علاجية	١	١	١	١	١
أخصائي أشعة علاجية	١	١	١	١	٢
طبيب مقيم أشعة علاجية	١	١	٢	٢	٢
أخصائي فيزياء طبية	-	-	١	١	٣
مشرف فنيين أشعة علاجية	-	١	١	١	٢
فني أشعة علاجية	٢	٣	٣	٥	٨
فني عمل القوالب	١	١	١	٢	٢
سكرتير طبي	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	١	٢	٢
المجموع	٩	١١	١٢	١٧	٢٤

## متطلبات قسم الأشعة التشخيصية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم الأشعة	١	١	١	١	١
استشاري أشعة	-	-	١	١	٢
أخصائي أشعة	-	١	٢	٢	٣
طبيب مقيم	-	١	٢	٢	٣
مشرف فنيين أشعة	١	١	١	١	١
فني أشعة	٦	٨	١٥	٢٤	٣٠
سكرتير طبي	١	١	٢	٣	٣
عامل غرفة مظلمة	١	١	٢	٢	٣
مستخدم	١	١	١	١	١
المجموع	١١	١٥	٢٧	٣٧	٤٧

## متطلبات قسم الطوارئ من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠	٢٠٠	٣٠٠	٤٠٠	٥٠٠
	سرير	سرير	سرير	سرير	سرير
رئيس قسم الطوارئ	١	١	١	١	١
أخصائي الطوارئ	-	-	١	٢	٣
طبيب مقيم الطوارئ	٥	٧	٩	١١	١٢
سكرتير طبي	١	١	١	١	١
سائق إسعاف	٦	٦	٧	٨	٩
مستخدم	٢	٣	٥	٦	٦
المجموع	١٥	١٨	٢٤	٢٩	٣٢

## متطلبات قسم المختبر وبنك الدم من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠	٢٠٠	٣٠٠	٤٠٠	٥٠٠
	سرير	سرير	سرير	سرير	سرير
رئيس قسم المختبر وبنك الدم	١	١	١	١	١
أخصائي بثلوجيا اكلينيكية	١	٢	٢	٢	٢
أخصائي هيماطولوجي	-	-	١	١	٢
أخصائي كيمياء حيوية	-	١	٢	٢	٢
أخصائي بنك الدم	-	-	-	١	٢
أخصائي جراثيم	١	١	٢	٢	٣
أخصائي فيروسات	-	-	-	-	١
أخصائي بثلوجيا نسيجية	-	١	١	٢	٢
فني مختبر	١٧	٢٤	٣٢	٣٧	٥٠
سكرتير طبي	١	١	١	٢	٢
مستخدم	١	١	٢	٢	٢
مجموع	٢٢	٣٢	٤٤	٥٢	٧٠

## متطلبات قسم العيادات الخارجية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	١	١	١	١	مدير العيادات الخارجية
٢	٢	٢	١	١	سكرتير طبي
٤	٤	٣	٢	٢	مستخدم
٧	٧	٦	٤	٤	المجموع

## متطلبات قسم التمريض من القوى العاملة حسب السعة السريرية

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	١	١	١	١	مديرة خدمات التمريض
١	١	١	١	١	مشرفة تدريب وتعليم
٢	٢	١	١	١	موجهة تمريض
٣	٣	٢	١	-	مدرسة تمريض
١٠	٩	٧	٦	٤	مشرفة تمريض
٢٥	٢٠	١٦	١٢	٨	رئيسة ممرضات
٢	٢	٢	١	١	ممرضة مكافحة عدوى
٢٢٢	١٧٨	١٣٣	٨٩	٤٥	ممرضة قانونية
٢٤	١٩	١٤	١٠	٨	قابلة
٢١٧	١٧٣	١٣٠	٨٦	٤٣	ممرضة (عملي)
١٤٢	١١٤	٨٥	٥٧	٢٨	مساعدة ممرضة
٢٠	١٦	١٣	٩	٥	كاتبة عنبر
٢	٢	١	١	١	سكرتيرة طبية
١	١	١	١	١	مستخدمة
٦٧٢	٥٤٠	٤٠٧	٢٧٦	١٤٧	مجموع

## متطلبات قسم السجلات الطبية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم السجلات الطبية	١	١	١	١	١
أخصائي جودة نوعية	-	-	١	١	١
فني سجلات طبية	٣	٤	٥	٧	٨
مساعد فني سجلات طبية	٧	١١	١٣	١٨	٢٠
سكرتير طبي	٢	٢	٣	٤	٥
مستخدم	٢	٢	٣	٣	٣
مجموع	١٥	٢٠	٢٦	٣٤	٣٨

## متطلبات قسم الصحة العامة من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم (أخصائي وبائيات)	١	١	١	١	١
أخصائي صحة عامة	١	١	١	٢	٢
مراقب صحي	٢	٣	٣	٤	٤
مشرف التعقيم المركزي	١	١	١	١	١
فني تعقيم	٣	٤	٥	٦	٧
مشرف نظافة	١	١	١	١	١
مشرف مغسلة	١	١	١	١	١
غسال	٣	٤	٥	٦	٧
كواء	٣	٤	٥	٥	٦
خياط	١	١	١	٢	٢
مأمور ثلاجة موتى	١	١	٢	٣	٣
سكرتير	١	١	١	١	١
عامل صحي	٦٠	٨٠	١٠٠	١٢٠	١٤٠
مجموع	٧٩	١٠٣	١٢٧	١٥٣	١٧٦

## متطلبات قسم الخدمة الاجتماعية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم ( أخصائي اجتماعي )	١	١	١	١	١
أخصائي اجتماعي	-	٢	٣	٤	٥
باحث اجتماعي	٢	٣	٣	٤	٤
سكرتير	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	١	١	١
مجموع	٥	٨	٩	١١	١٢

## متطلبات قسم التغذية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم	١	١	١	١	١
أخصائي تغذية علاجية	١	١	٣	٤	٥
أخصائي تغذية عامة	١	١	١	١	٢
فني تغذية	١	٢	٣	٤	٥
طاهي	٤	٥	٦	٧	٨
مساعد طاهي	٦	٨	١٠	١٢	١٤
سكرتير	١	١	١	١	١
عامل صحي	١١	١٦	١٨	٢٠	٢٠
مستخدم	١	١	١	١	١
مجموع	٢٧	٣٦	٤٤	٥١	٥٧

متطلبات قسم التموين الطبي  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم	١	١	١	١	١
أمين مستودع طبي	٢	٢	٢	٣	٣
سكرتير طبي	١	١	١	١	١
مستخدمة	١	٢	٢	٣	٣
مجموع	٥	٦	٦	٨	٨

متطلبات قسم الحاسب الآلي  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم الحاسب الآلي	١	١	١	١	١
مبرمج	١	١	٢	٢	٢
محلل نظم	١	١	١	١	١
مشغل حاسب آلي	٢	٢	٢	٣	٣
مدخل بيانات	١	١	٢	٣	٣
مستخدم	١	١	١	١	١
مجموع	٧	٧	٩	١١	١١

متطلبات قسم الصيدلة  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	١	١	١	١	رئيس قسم الصيدلية
١	١	١	١	-	مشرف صيدلية داخلية
١	١	١	١	١	مشرف صيدلية خارجية
٤	٣	٢	١	١	صيدلي اكلينيكي
١١	٩	٧	٥	٤	صيدلي
١٦	١٤	١٠	٨	٦	مساعد صيدلي
٢	١	١	١	١	سكرتير طبي
٣	٢	٢	٢	١	مستخدم
٣٩	٣٣	٢٥	٢٠	١٥	مجموع

متطلبات قسم الإحصاء  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	١	١	١	١	رئيس قسم الإحصاء
١	١	١	-	-	أخصائي أو باحث إحصاء
٦	٥	٤	٣	٢	فني إحصاء
١	١	١	١	١	سكرتير طبي
١	١	١	١	١	مستخدم
١٠	٩	٨	٦	٥	مجموع



متطلبات قسم الشؤون المالية  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم	١	١	١	١	١
محاسب	٣	٣	٤	٥	٦
محاسب تكاليف	١	١	١	١	١
مدقق حسابات	٢	٣	٣	٤	٥
أمين صندوق	١	١	١	١	١
مأمور مشتريات	١	١	١	٢	٢
سكرتير	١	١	١	١	١
مستخدم	١	١	١	١	١
مجموع	١١	١٢	١٣	١٦	١٨

متطلبات قسم شؤون الموظفين  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس قسم شؤون الموظفين	١	١	١	١	١
أخصائي شؤون موظفين	١	١	١	٢	٣
باحث شؤون موظفين	-	١	١	٢	٢
مدقق شؤون موظفين	٤	٤	٥	٦	٦
سكرتير	١	١	١	١	٢
معقب	١	١	١	٢	٣
مستخدم	١	١	١	١	١
مجموع	٩	١٠	١١	١٥	١٨

متطلبات قسم المستودعات  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم	١	١	١	١	١
أمين المستودع	٢	٢	٢	٣	٣
سكرتير	١	١	١	١	٢
مستخدم	١	١	١	١	١
مجموع	٥	٥	٥	٦	٧

متطلبات قسم الخدمات العامة  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم	١	١	١	١	١
مشرف إسكان	١	١	١	١	١
سكرتير	١	١	١	١	١
مشرف أمن	١	١	١	١	١
مراقب أمن	٣	٣	٣	٤	٤
حارس أمن	٢١	٢٤	٢٧	٣١	٣٥
مأمور حركة	١	١	١	١	١
سائق	٤	٥	٥	٦	٦
مأمور سنترال	٤	٥	٦	٧	٨
مستخدم	١	١	١	١	١
عامل	٤	٦	٦	٨	٨
المجموع	٤٢	٤٩	٥٣	٦٢	٦٧

متطلبات قسم الصيانة  
من القوى العاملة حسب السعة السريرية

٥٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠	الوظيفة
سرير	سرير	سرير	سرير	سرير	
١	١	١	١	١	رئيس القسم
٢	٢	٢	١	١	مهندس أجهزة طبية
٢	٢	٢	١	١	مهندس ميكانيكي
٢	٢	٢	١	١	مهندس كهربائي
٦	٥	٤	٣	٢	فني أجهزة طبية
٩	٨	٧	٦	٥	فني كهربائي
٩	٨	٧	٦	٥	فني ميكانيكي
٥	٤	٤	٢	٢	فني إلكترونيات
٥	٤	٤	٣		فني تبريد
٤	٣	٣	٢		فني زراعي
٣	٢	٢	١	١	فني مباني
٥	٤	٤	٣	٣	سباك
٣	٢	٢	١	١	نجار
٣	٢	٢	١	١	دهان
١	١	١	١	١	سكرتير
٣٠	٢٥	٢٢	١٨	١٥	عامل
٩١	٧٥	٦٩	٥١	٤٥	المجموع

## متطلبات قسم الاتصالات الإدارية من القوى العاملة حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
رئيس القسم	١	١	١	١	١
مترجم	١	١	١	١	١
كاتب صادر ووارد	٢	٣	٣	٤	٤
مأمور ملفات	١	١	٢	٢	٣
مدخل بيانات	٢	٣	٤	٥	٦
مشغل أجهزة مكتبية	١	١	١	٢	٢
مستخدم	١	١	١	٢	٢
مجموع	٩	١١	١٣	١٧	١٩

## خلاصة القوى العاملة بالمستشفيات حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
وظائف الأطباء	٦١	٩٠	١٣٥	١٦٢	١٩٠
وظائف التمريض	١٤٤	٢٩٣	٤٢٣	٥٥٣	٦٨٧
الوظائف الطبية المساعدة	٧٦	٧٩	١٣٩	١٥٦	١٧٤
الوظائف الإدارية	٧٩	٨٦	١٢٧	١٤٥	١٦٣
الوظائف الفنية والحرفية	٢٣	٣٢	٤١	٤٨	٥٦
وظائف المستخدمين والعمال	٣٣	٣٦	٤٦	٥٣	٦١
المجموع	٤١٦	٦١٦	٩١١	١١١٧	١٣٣١

معدلات القوى العاملة بالمستشفيات حسب السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير
وظائف الأطباء	٠,٦٠	٠,٥١	٠,٥٥	٠,٦١	٠,٦٦
وظائف التمريض	١,٤٠	١,٣٢	١,٣٠	١,٣٠	١,٣٠
الوظائف الطبية المساعدة	٠,٩٦	٠,٦١	٠,٥٨	٠,٥٤	٠,٥٤
الوظائف الإدارية	٠,٩٩	٠,٥٦	٠,٤٤	٠,٤٠	٠,٣٤
الوظائف الفنية والحرفية	٠,٧٢	٠,٣٥	٠,٣٠	٠,٢٦	٠,٢٤
وظائف المستخدمين والعمال	١,٢٨	٠,٨١	٠,٦٤	٠,٥٧	٠,٥١
المجموع	٥,٩٥	٤,١٦	٣,٨١	٣,٦٨	٣,٥٩

هوامش الملاحق

(١) تنظيم وزارة الصحة الصادر بموجب قرار مجلس الوزراء رقم ١٢٧٨٢/٧ وتاريخ ١٤٠٣/٥/٢٨هـ والمبني على قرار اللجنة العليا للإصلاح الإداري رقم (١٢٩) وتاريخ ١٤٠٣/٥/٢٠هـ.

(٢) انظر (Mc Gibony , Principles of Hospital Administration) والتنظيم الإداري لمستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية (١٤٠٩هـ).





