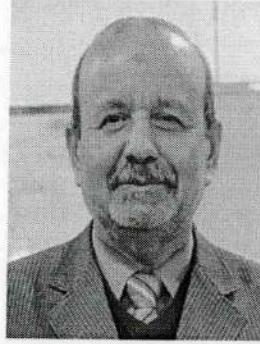


وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الجامعة التقنية الجنوبية

المعهد التقني / العمارة

قسم تقنيات الإدارة الصحية



الحقيبة التعليمية لمادة

إدارة المستشفيات

الصف الثاني

م . م . جمعة نعيم خليف

الفصل الدراسي الأول

وصف الحقيبة التعليمية

الجامعة التقنية الجنوبية	اسم الجامعة
المعهد التقني / العمارة	الكلية / المعهد
2024/2025	العام الدراسي
طلبة الصف الثاني	الفئة المستهدفة
م . م . جمعة نعيم خليف	اسم التدريسي
مدرس مساعد	اللقب العلمي
15 أسبوع	مدة البرنامج الدراسي
ساعتان	عدد ساعات المحاضرة
30/6/2025	تاريخ إعداد الحقيبة

دليل الحقيبة

اسم الحقيبة : إدارة المستشفيات .

الهدف العام من الحقيبة :

إكساب الطلبة المعارف والمهارات الأساسية المتعلقة بإدارة المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية ومفاهيمها الأساسية ، و وظائفها الأساسية (الوظيفة العلاجية ، والوظيفة الوقائية ، و وظيفة التدريب والتعليم ، والوظيفة البحثية) ، مع التركيز على خصوصيته الإدارية في القطاع الصحي لما تتطلبه من اهتمام متزايد ومستمر بالجانب الإنساني .

الأنشطة وأساليب التدريس المتبعة

عروض تقديمية

أنشطة جماعية

أنشطة فردية

عصف ذهني

سؤال وجواب

تقييم نهائي

اختبارات

الأساليب التعليمية

القلم الملون

السبورة

لايتوب

أداة العرض (داتا شو)

الصف الالكتروني (كلاس روم)

الساعات التدريسية					2	السنة الدراسية	اسم المادة	
عدد الوحدات	مج الساعات	التطبيقية	العملية	النظرية	1	الفصل الدراسي	إدارة المستشفيات	بالعربية
5	5	3		2	العربية	تخصصية	Hospital Management	بالإنكليزية

الأسبوع	التفاصيل
الأول	الإدارة الصحية ... أهميتها ، مفهومها ، خصوبيتها
الثاني	المستشفى ، جزء من النظام الصحي .. دوره ، وظائفه
الثالث	نظام المستشفيات ومكوناته .. نظرة نظمية تحليلية
الرابع	المستشفى والقانون وأخلاقيات المهنة
الخامس	التخطيط لبرامج وخدمات المستشفى
السادس	التخطيط الاستراتيجي للمستشفيات والاستراتيجيات المحمودة
السابع	خطة الموازنة السنوية للمستشفى
الثامن	إحصائيات المستشفى ، ... المؤشرات الاستشفائية ودورها في إدارة المستشفى
التاسع	تصميم الهيكل والتنظيم الداخلي للمستشفى
العاشر	مدير المستشفى .. واجباته ، دوره ، مسؤولياته
الحادي عشر	تنظيم مجلس الإدارة
الثاني عشر	إدارة وتنظيم الهيئة الطبية
الثالث عشر	إدارة وتنظيم خدمات المستشفى
الرابع عشر	ضبط العدوى في المستشفيات
الخامس عشر	

الفصل الأول

الإدارة الصحية

أهميتها - مفهومها - خصوصيتها

ازدادت القناعة في كثير من الدول المتقدمة بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه المستشفيات مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة امكانيات وموارد وأصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها وذات أهمية كبيرة أما في الدول العربية فلم تحظى بعد الإدارة الصحية بما تستحقه من الاهتمام رغم أهميتها والحاجة إليها وهنا نؤكد أن الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفؤ لجميع الأجزاء.

مفهوم الإدارة الصحية والتحديات التي تواجهها

الإدارة الصحية: تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل.

التحديات التي تواجه المدير الصحي (الإدارة الصحية):

- ١- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد.
- ٢- التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الصحية.
- ٣- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة.
- ٤- التذمر وعدم الرضى من جانب مقدم الخدمات الصحية.
- ٥- الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية والتي تضع قيود ومعوقات أمام التركيز على الكفاءة والاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية

خصوصية الإدارة الصحية:

تميز الإدارة الصحية ينبع من خصوصية القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى ومن أهم خصائص الإدارة الصحية:

- ١- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية (حسب حاجة كل فرد)
- ٢- العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلف ومتشعب غير خاضع إلا للقليل من القياس
- ٣- الجزء الأعظم من العمل بها يتم بواسطة الانسان وليس الآلة
- ٤- الدرجة العالية من التمكن والتخصص في القطاع الصحي
- ٥- تعدد المؤسسات الصحية داخل البلد الواحد
- ٦- الطلب على الخدمة الصحية والحاجة إليها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري.
- ٧- عدم خضوع الخدمة الصحية لقانون العرض والطلب

الاختلافات المميزة للخدمة الصحية عن الخدمات الأخرى:

- ١- جهل المستهلك نتيجة عدم توفر المعلومات أو قلتها ويترتب على ذلك:
 - لا يمكن لمستهلك الخدمة الصحية التعلم بسرعة أو بتكلفة قليلة عند استهلاكه للخدمة
 - يصعب على المستهلك للخدمة الصحية الحكم على وتقييم جودة الخدمة الصحية
 - يصعب تحديد المنفعة عند استهلاك أو عدم استهلاك الخدمة الصحية
 - إن دليل فاعلية الخدمة الصحية بعد استهلاكها والآثار الجانبية للتدخل الطبي هو غالباً مؤجل لأيام أو أسابيع أو أشهر.
 - عدم التيقن من النتيجة النهائية لاستخدام الخدمة الصحية
 - إن معلومات المستهلك حول الخدمة الصحية يعيقها كذلك غياب الإعلان والدعاية في الرعاية الصحية
- ٢- هنالك تحيز ضد اطلاق ميكانيكيات وحوافز السوق لتعمل في قطاع الرعاية الصحية بسبب تضارب المصالح بخصوص تقديم خدمات صحية أكثر مما يجب أو أقل مما يجب ويمكن القول أن الطريقة المناسبة للتعامل مع هذه الإشكالية هي:
 - تحرير صناعة القرار الطبي من الاعتبارات المالية فتُخصّص الموارد حسب الحاجة الطبية وليست الاعتبارات الاقتصادية.
 - إزالة العوائق الاقتصادية أمام التشخيص والعلاج المبكر.
 - تجنب تحميل الفقير رسوم مالية حتى ولو ضئيلة لأن الأكثر فقراً هم الأكثر مرضاً.
 - تحديد المعنى الدقيق لجودة الخدمات الصحية؛ فالجودة في الأخير تخضع لرضى المريض عن الرعاية التي يتلقاها.
- ٣- القوة شبه الاحتكارية لمهنة الطب فالأطباء هم مصدر المعلومة الطبية الوحيد للمريض؛ فالطب غموض وجهل لكل من هو ليس طبيباً، ففي المجلد الطب تحكمه أخلاقيات المهنة أكثر منها قوانين عامة.
- ٤- التقيد بمتطلبات الترخيص ومزاولة المهنة قبل البدء في ممارسة المهنة.
- ٥- زيادة العمل بزيادة التكنولوجيا الطبية على عكس باقي المجالات التي توفر العمالة بتوافر التكنولوجيا.
- ٦- تميز الرعاية الصحية وخدماتها بكثافة العمالة مما يؤدي أن الجزء الأعظم من الإنفاق يكون للرواتب التي تصل لنسبة ٧٠٪ من مجمل الإنفاق، بينما النسبة في الصناعة تكون ١٥-٢٥٪ فقط.
- ٧- تمر علاقة المريض والطبيب بمرحلتين هما:
 - أ) المرحلة الطوعية (Volitional Stage) حيث يكون فيها المرض هو المتحكم في طلب الرعاية الصحية من عدمها.
 - ب) مرحلة المصيدة (Entrapment Stage) وفيها يذعن المريض حقه في اتخاذ القرار.
- ٨- صعوبة الوصول لموازنة للإنفاق على الرعاية الصحية لاختلاف المستوى الاقتصادي على المستوى الفردي واختلاف نوعية المرض وكم الإنفاق الواجب لرعايته وهذا يستدعي تجميع موارد المجتمع على أساس التضامن الاجتماعي.
- ٩- تعاون الأطباء وبط سلوك الممارسة هو مفتاح ترشيد الإنفاق الصحي فقرارات الأطباء هي المسؤولة عن ٧٠-٨٠٪ من الإنفاق على الرعاية الصحية.

١٠- علو سقف التوقعات المنتظرة من الطبيب فالمجتمع ينتظر منه أن يكون وكيلاً مؤتمناً على مصلحة المريض ويعمل وفق أخلاقيات المهنة واحتواء التكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية.

وهناك اختلافات أساسية في توقعات المجتمع من الأطباء من ناحية الدور المتوقع منهم وظيفياً ومقدار التركيز على العلاج والرعاية والقداسة.

١١- تسييس الخدمات الصحية فأصبح الوصول للخدمة والانتفاع بها حق معترف به للمواطنين حسب القانون.

١٢- العرض يخلق الطلب على الخدمات الصحية عكس الخدمات الأخرى.

١٣- ممارسات التسعير غير العادلة فهناك تمييز بين المستهلكين على أساس الدخل؛ فالأصل في الخدمات الصحية أن تكون الحاجة للخدمة هي الأساس وليس القدرة على الدفع.

كما أن المنافسة السعرية غير مسموح بها في المستشفيات.

١٤- الخدمات الصحية مزيج بين الاستثمار والاستهلاك فالخدمة لمعالجة كبار السن هي استهلاك ولكن للفئات العمرية الأصغر تعتبر استثماراً.

١٥- وجود مرونة سعرية مختلفة للخدمات الصحية فخدمات الطوارئ ذات مرونة صفرية وخدمات طب الأسنان ذات مرونة سعرية عالية.

الخصائص المميزة للمستشفى والمضامين المترتبة عليها:

المستشفى أحد أكثر التنظيمات تعقيداً وتميزاً بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى، هذا التميز نابع من خصوصية المستشفى وأهميتها عن غيرها ولخصائص المستشفى التي لا توجد بغيرها. أهم الخصائص المميزة للمستشفى:

١- تعدد الأهداف التي يسعى المستشفى لتحقيقها:

الهدف الأساسي للمستشفى هو تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية. وتوجد العديد من الأهداف الأخرى كتدريب وتعليم الأطباء والممرضين والقيام بالأبحاث العلمية التي هدفها تحسين الرعاية الطبية.

لكن قد يتواد تعارض بين بعض الأهداف وغيرها؛ فعلى سبيل المثال: استعمال المرضى كمادة تدريبية للأطباء المتدربين وللأبحاث العلمية يتعارض مع الهدف الرئيس من تقديم رعاية صحية جيدة بأقل كلفة لاستهلاك الكثير من الماديات في هذه الأبحاث.

كما أن التدريب يتعارض مع حقوق المريض في الخصوصية والسرية وقد تتطلب أحياناً إدخال حالات مرضية غير ضرورية والتأخر عن حالات الأفضل الإسراع في تقديم الرعاية لهم.

٢- التقسيم الواسع للعمل وتنوع واختلاف التركيبة الاجتماعية للعمالة في المستشفى:

تتميز العناصر البشرية في المستشفى في خلفياتها العلمية وخبراتها ومهاراتها ابتداءً من الأطباء كأهم العناصر البشرية من ناحية التعليم وأهمية دورهم وانتهاءً بعمال النظافة وما يقع بينهما من عناصر مهنية مساعدة.

لذا دور المدير هو دور فاعل للغاية كمنسق بين هذه العناصر والمسئولية عن تنظيم الأنشطة المختلفة بالمستشفى.

٣- تداخل الأنشطة والخدمات واعتمادها الكبير على بعضها البعض:

الرعاية الاستشفائية الحديثة تقوم على التكامل بين جميع العاملين في المستشفى بسبب الدرجة العالية والتخصصات والتقسيمات المتعددة والواسعة للعمل في المستشفى.

هذا التكامل والتداخل بين الأنشطة يتطلب قدراً كبيراً من التنسيق العالي بينهم لضمان الكفاءة والفعالية لتحقيق الأهداف؛ وهذه أهم المهام الصعبة للمدراء في سبيل خلق البيئة التنظيمية المناسبة لأداء خدمات الرعاية الطبية.

٤- الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى:

طبيعة الحالات القادمة للمستشفى أكثرها تكون حالات طارئة وغير قابلة للانتظار؛ مما يجعل من الصعب على العاملين بالمستشفى توقع حجم العمل والحالات المرضية التي قد تأتي للمستشفى؛ وهذه الخصيصة بالتحديد بها العديد من المضامين لتحمل هذا العبء الكبير.. وهذه المضامين كما يلي:

أ) ضرورة استمرار العمل على مدار اليوم ومدار الأسبوع بلا توقف مما يفرض تكاليف إضافية للمشاكل المتعلقة ببرمجة الأنشطة والخدمات ومشاكل الورديات بين الأفراد.

ب) تفرض الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى مزيدًا من الضغوط والجاهزية المستمرة على كافة العاملين فيها مما يشكل عبئًا ثقيلًا على جميع العاملين.

ج) كما تفرض الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى على المدراء والمشرفين تبني أسلوب الإدارة بالأزمات وليس بالأهداف مما لا يترك مجالًا للتشاور فيما يتعلق بالعمل والظروف الطارئة.

د) تتطلب طبيعة العمل بالمستشفى قدرًا كبيرًا من الانضباط والسلوك المنظم لذا لا بد من تحديد خطوط السلطة والمسئولية بشكل واضح واعتماد لوائح تنظيمية وسياسات صارمة واضحة بحكم تعامل المستشفى مع قضايا الحياة والموت مما يجعل احتمالات قبول الأخطاء أو الإهمال في نطاق ضيق للغاية.

هـ) رقابة وتقييم الأنشطة الطبية وضمان الاستخدام الرشيد للموارد المتاحة عن طريق الهيئة الطبية نفسها التي تتميز بالاستقلالية والحكم الذاتي تجنبًا لحدوث أي نزاعات أو ممارسات طبية غير مبررة فالأطباء بالنهاية بش.

٥- المستشفى تنظيم شبه بيروقراطي:

يرتكز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ هي:

■ تقسيم العمل على أساس من التخصص الوظيفي.

■ سلسلة هرمية محددة للسلطة.

■ نظام محدد من اللوائح والتشريعات التي تحدد واجبات وحقوق العاملين بها.

■ نظام محدد من الإجراءات للتعامل مع ظروف العمل.

■ العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم.

المستشفى كنظام بيروقراطي يعتمد بحد كبير على سياسات وقواعد رسمية لضبط السلوكيات وتنظيم علاقات العمل.

ومثل هذه الشخصية واضحة من خلال الأنماط الحادة لعلاقات الرئيس بمروؤوسيه لتحقيق النظام والخضوع من العاملين.

ومؤخرًا بدأ الاتجاه العام يكون نحو تنظيمات أكثر منطقية ونحو أسلوب الإدارة بالمشاركة؛ لأن لا يتوقع أن تتخلص المستشفيات من كل الخصائص البيروقراطية للأسباب التالية:

أ) حقيقة تعامل المستشفى مع قضايا الحياة والموت وهامش الخطأ المسموح به قليل جدًا فهذا يتطلب اللوائح الرسمية والقوانين والخضوع والتقيّد بها وتصبح القواعد الرسمية مهمة وضرورية.

ب) السعي لتحقيق مستوى عال من كفاءة الإنجاز وفي غياب نمط الإنتاج الممكن في المستشفى فمثل هذا المسعى يجبر المستشفى لاستعمال وسائل شبه بيروقراطية لتنظيم ومراقبة الأنشطة واللوائح.

ج) غياب النظرية الإدارية والتنظيمية الخاصة بمؤسسات القطاع الصحي دفع بهذه المؤسسات للأخذ من المبادئ المعروفة والموضوعة لمجال قطاع الأعمال والصناعة مما لا يتماشى مع طبيعة العمل بالمستشفى.

٦- المستشفى تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلة:

المستشفى هو تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلي فأهم مدخلاته المريض ومخرجاته الرعاية الصحية بالمريض؛ فرعاية المرضى هي خدمات فردية وليست نمطية متشابهة بل تكون وفق الاحتياجات والمتطلبات المحددة للمريض.

ولا تستطيع المستشفى اللجوء لما يسمى بالإنتاج الكبير مما يرتب عليه أمران: مقدمي هذه الخدمات والمرضى يمارسون قدرًا من الرقابة على المستشفى، والثاني عدم التحكم في حجم العمل والحالات التي تقدم للمستشفى.

نظرًا لكل ما سبق فلا بد للمستشفى أن يعتمد على العناصر البشرية العاملة فيه للقيام بتعديلات يومية والتأقلم المطلوب على ضوء الأوضاع اليومية المتغيرة مما يجعل من الصعب وضع لوائح تلائم هذه التغيرات فقد يلزم أحيانًا الانحراف عن اللوائح الرسمية لمواجهة حالات وظروف معينة.

٧- مشكلة التمهين والاحتراف في المستشفى:

يعرف فردسون المهني: الشخص المؤهل علميًا وعمليًا في مجال من مجالات المعرفة ونتيجة لبرنامج طويل ومتخصص في التدريب ويلتزم باستعمال مهاراته وعلمه وفقًا للمعايير المحددة من قبل أصحاب المهنة.

وتؤكد معايير العمل على نقطتين:

١. الحكم والإدارة الذاتية للمهنيين ككل.
 ٢. الاستقلال والحكم الذاتي لكل ممارس من هؤلاء المهنيين ضمن إطار الحدود الموضوعة.
- متحملو المسؤولية بالمستشفى هم مهنيون احترافيون وعلى رأسهم الأطباء ونظرًا لمركز الأطباء المتميز فهذا قد يكون مصدرًا للمشاكل الإدارية والتشغيلية بسبب:

- أ- الأطباء بحكم تعليمهم وتدريبهم لديهم الدوافع القوية للاستقلال الشخصي والتمتع بالحرية مما يجعلهم ميالون لمقاومة النظام والانضباط الناتج عن التشريعات واللوائح.
- ب- ميل الأطباء للالتزام باستعمال معارفهم ومهارتهم وفقًا لمعايير وأخلاقيات المهنة وليس وفقًا للتعليمات واللوائح.
- ج- امتلاك الأطباء للمعرفة والمهارات العلمية اللازمة المؤهلة لعملهم بشكل مستقل نسبيًا ولكن الكثير من القرارات التنظيمية يتخذها المدراء الممتلكون للسلطة مما يؤدي لاحتكاكات خطيرة بين الجانبين.
- د- الأطباء بحكم مهنتهم يتمتعون بمراكز أعلى من باقي العمالة البشرية في المستشفى ولهم سلطة كذلك نظرًا لموقعهم الهام بالمستشفى على جميع من فيها لذا فإن عبء التأقلم والتعايش مع هذه الأوضاع يقع على كاهل الفئات الأخرى من العناصر البشرية الموجودة بالمستشفى.

٨- غياب خط السلطة المنفرد:

من أهم الخصائص المميزة للمستشفى فالقرارات لا تصدر من مصدر واحد كما هو الحال في التنظيمات الأخرى مما يسبب مشاكل إدارية وتشغيلية لإدارة المستشفى مثل:

- أ- صعوبة التنسيق الرسمي بين الدوائر والأقسام المختلفة في المستشفى لتعدد مصادر السلطة في المستشفى.
- ب- حدوث الارتباك والغموض في التنظيم لتداخل خطوط السلطة والمسئولية.
- ج- ظهور أوضاع يكون فيها بعض العاملين خاصة الممرضات مسئولون ليس فقط أمام المسؤول الرسمي بل أمام الأطباء كذلك ويتلقون التعليمات من هاتين الجهتين.
- د- زيادة المشاكل المتعلقة بالاتصالات وقضايا الانضباط والتأديب.
- هـ- صعوبة حل المشاكل التي تحتاج تعاوناً بين الهيئة الطبية والهيئة الإدارية.
- و- لا يتمتع مدير المستشفى بنفس السلطة كما في مدراء المؤسسات الأخرى لوجود الأطباء الذي يملكون سلطة غير رسمية أيضاً في المستشفى.
- ٩- ظروف العمل غير العادية بالمستشفى:

نظراً لتعامل المستشفى مع قضايا الحياة والموت فهذا يضع عبئاً ويسبب قلقاً لكل من الهيئة الطبية العاملة وعلى المريض وذويه كذلك وحالة من الترقب.

١٠- مشكلة قياس المخرجات النهائية للمستشفى:

ما زالت مشكلة عدم وجود معايير لضبط الجودة للرعاية الصحية المقدمة كما أسلفنا قائمة، ولا زال هناك مقدار كبير من عدم الاتفاق بين الخبراء والباحثين فيما يتعلق بما يجب أن يقاس وكيف يقاس.

كل هذه الخصائص من المحتمل أن تزداد مع التقدم التكنولوجي في المستقبل الأمر الذي سينتج عن تقسيم أبعد وأوسع للعمل وتمايز وتداخل أكبر بين الأنشطة.

وبسبب عدم وجود النظرية الإدارية التي يمكن تطبيقها على كافة أنواع المؤسسات والتي يمكن تطبيقها على كافة أنواع التنظيمات ولأن هذه النظريات موضوعة بناء على قطاع الصناعة والأعمال فقد استفادت المستشفيات من التنظير المتعدد في تنظيم وإدارة أنشطتها فقد تم اختيار تصميمات تتفق مع خصوصية المستشفى وتمكنها من إدارة نشاطاتها بكل كفاءة وفعالية.

المستشفى كنظام فرعي من النظام الصحي:

إن المفهوم الحديث للمستشفى ودوره في صحة المجتمع قد أكدت عليه منظمة الصحة العالمية (لجنة خبراء تنظيم الرعاية الصحية) (التقرير الفني لمنظمة الصحة العالمية رقم ١٢٢، ١٩٥٧). حيث عرفت اللجنة المستشفى: (جزء من النظام الاجتماعي الطبي وظيفته تقديم خدمات رعاية صحية كاملة تشمل الخدمات العلاجية والوقائية وتمتد خدماته الصحية الخارجية إلى العوائل في بيوتها وهو كذلك مركز لتدريب القوى العاملة الصحية والبحوث الطبية).

وتعتبر مقدمة التعريف المستشفى جزء من نظام صحي واجتماعي كبير ومعقد، ويوضح الشكل (١) موقع المستشفى ضمن النظام الصحي الاجتماعي. إن مفهوم النظام الصحي يتفق مع مفهوم الصحة طبقاً لمنظمة الصحة العالمية ((حالة من الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض)). وعلى ذلك فالصحة مفهوم شامل يشكل النظام الصحي جزء منه يؤثر على صيانتها وحفظها بمفهومها الشامل.



الشكل (١) المستشفى كنظام فرعي

المستشفى بها العديد من الأنظمة داخلها مثل:

- النظام الاجتماعي الاقتصادي.
- نظام الرعاية الصحية.
- نظام الرعاية الطبية.

العوامل المؤثرة على الصحة:

- العوامل الوراثي.
- العوامل البيئية.
- العوامل السلوكية.
- الخدمات الصحية الشاملة مثل:
 - خدمات المستشفى.
 - العيادات والمراكز الصحية.
 - الصحة العاملة وصحة البيئة.
 - الخدمات الصحية الأخرى.

١- العوامل الوراثية:

من أهم العوامل المحددة لإصابة الفرد بأمراض وراثية وتشكيل صحته كمرض السكر والسيل وخلافه.

تتفاعل الجينات الموروثة مع العوامل البيئية والسلوكية وتنتج أنواعاً مختلفة من الأمراض كأمراض الدم والتشوهات الخلقية.

والحل للسيطرة على مثل هذه الأمراض هي إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج والإرشاد الطبي والجنيني.

٢- العوامل البيئية:

(١) البيئة الطبيعية والماديات بها مثل المناخ والتربة والجغرافيا وكل هذه الخصائص تتفاعل سويًا وتؤثر على الثقافة والغذاء والصحة.

(٢) البيئة الصناعية: وهي نواحي البيئة المادية الأخرى كالمسكن ووسائل المواصلات والاتصالات غير الملائمة والتي تمنع وصول الخدمات الصحية المناسبة.

ومستوى التصنيع ونوعها والتجمعات السكانية التي تزيد من فرصة حدوث الأمراض المعدية.

(٣) صحة البيئة: كصحة الماء والهواء والصرف الصحي.

(٤) العوامل الاجتماعية: مثل القيم والمعتقدات والأعراف فهي تؤثر على نمط الغذاء والرياضة والسلوك الصحي.

٣- العوامل السلوكية:

تؤثر العادات الشخصية على الصحة ومن أهم العوامل المؤثرة عليها التدخين ومدى ممارسة الرياضة، وتناول المشروبات الكحولية وإدمان المخدرات، والقيادة الخطرة للمركبات، والأنماط الغذائية والإفراط في تناول الطعام والصحة والنظافة الشخصية، والتأخر في طلب الخدمة الصحية.

٤- الخدمات الصحية:

أدت التطورات الحديثة في العلوم الطبية والصحية والتقدم التكنولوجي الهائل إلى تعقيد الرعاية الطبية والخدمات الصحية بشكل فريد وخاصة تلك التطورات الحادثة إبان النصف الثاني من القرن الماضي فلم تعد الرعاية الطبية والصحية عملية بسيطة تقوم على علاقة الطبيب بالمريض مباشراً بل أصبحت نتيجة جهود فريق من المهنيين الصحيين متعددي المعارف والاختصاصات والذين لابد أن يتعاونوا بشكل متناغم ومتكامل ويمكن تصنيف الخدمات الصحية إلى مجموعتين:

أ- خدمات الصحة العامة:

تركز هذه الخدمات على صحة كامل المجتمع من خلال حملات التحصين ومسوحات الصحة الشاملة وبرامج صحة البيئة كالماء والهواء والغذاء، وخدمات الصرف الصحي ومكافحة القوارض والحشرات وتوفير المسكن الصحي، والسلامة المهنية وغيرها ويتم تقديم هذه الخدمات من قبل جهات متعددة.

ب- خدمات الصحة الشاملة:

تركز على صحة الفرد وتشمل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتشخيصها وعلاجها وخدمات التأهيل ويتم تقديم هذه الخدمات من قبل هيئات مختلفة تشمل القطاع العام والخاص والجهات الخيرية والتطوعية. وذلك من خلال مؤسسات صحية مثل المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية وغيرها ويشارك في تقديمها مهنيون وفنيون ذوي اختصاصات متعددة.

ونخلص إلى قول أن المستشفى أحد المؤثرات على الصحة بمفهومها الشامل. وهذا يعني ضرورة تخطيط وتنظيم خدماتها ودورها كجزء مكمل للنظام الصحي والاجتماعي الكلي في المجتمع وألا يتم معاملة المستشفيات كمنظمات معزولة خارج هذا السياق المتكامل بحيث تتحقق الأهداف التالية:

١- ضمان التنسيق بين الخدمات الوقائية والعلاجية.

٢- تعظيم وترشيد استعمال المواد المتاحة لصحة المجتمع بحيث لا يتم المبالغة في التركيز على المستشفيات على حساب باقي الخدمات الصحية والاجتماعية والتي قد تتفوق على المستشفيات في تأثيرها ومساهمتها في تحقيق الصحة بمفهومها الشامل. كما أن الاستثمار في الخدمات الصحية والاجتماعية الأخرى يؤدي إلى التقليل من الطلب على خدمات المستشفيات والأطباء والمتصفة بارتفاع تكلفتها ومحدودية مردودها على الصحة الفردية والمجتمعية

٣- الربط والتنسيق بين مستويات الرعاية الطبية المختلفة كخدمات المستشفيات وخدمات الأطباء الآخرين.

٤- تدعيم العلاقات بين المستشفى ومجتمعه المحلي لمشاركة أكبر في صحة المجتمع وتوفير الدعم المطلوب للمستشفى ودوره وأهدافه وقضايا ومشاكله.

وظائف المستشفى وأهدافه:

مرت أهداف المستشفى بتطور دائم عبر مسلسل تطور المستشفى نفسه ويجمع المهتمون على خمسة أهداف للمستشفى الحديث. ويحدد فريدمان ما يلي:

- ١- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
 - ٢- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
 - ٣- القيام بأنشطة التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين والعاملين في القطاع الصحي.
 - ٤- رفد المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.
 - ٥- الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى والأفراد في المجتمع.
- كما أوصت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية هي:

- ١- الوظيفة العلاجية.
- ٢- الوظيفة الوقائية.
- ٣- التدريب والتعليم.
- ٤- الأبحاث الطبية والاجتماعية.
- ٥- الخدمات الممتدة والاجتماعية.

١- الوظيفة العلاجية:

تعتبر الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى. حيث يركز المستشفى على تقديمها بأعلى مستوى لجميع أنواع المرضى وتحسينها باستمرار. ونظراً لارتفاع تكلفة الخدمات الاستشفائية بالمقارنة مع باقي الخدمات الصحية وتكلفتها المتزايدة مع تزايد الطلب عليها ومحدودية الموارد المتاحة لابد التركيز على كفاءة العملية الاستشفائية بما يضمن تقديم خدمات الرعاية الطبية بأقل تكلفة. ولتحقيق هذه المعادلة الصعبة لابد للمستشفى التركيز على الناحية الاقتصادية للخدمة الاستشفائية وكفاءتها ولاسيما وأن غالبية المستشفيات لا تهدف لتحقيق الربح كما أنها مقيدة بمحدودية الموارد. فالمستشفيات الخاصة لا يمكنها زيادة إيراداتها عن الحدود المسموح بها. كما أن المستشفيات العامة والتي نركز عليها هنا مقيدة بالإيرادات المقدمة من المال العام. وعلى ذلك فإن الحل الوحيد لهذا المعادلة هو التركيز على كفاءة العملية الإدارية. وإذا كانت إدارة المستشفيات لا يمكنها التحكم الكلي بالعوامل المؤثرة على التكلفة إلا أن في مقدورها التحكم بالعوامل الخاصة بكيفية استعمال خدمات ومرافق المستشفى حيث يمكن للإدارة التركيز على النقاط التالية:

- أ- اقتصار الإدخالات إلى المستشفى على المرضى المحتاجين لذلك فعلاً.
- ب- تقليل مدة إقامة المرضى إلى أدنى حد وتبعاً للحاجة الفعلية لهم.
- ج- توفير خدمات استشفائية بديلة للمرضى الغير محتاجون لدخول المستشفى مثل العيادات الخارجية.

د- التأكيد على الجانب الوقائي عند التعامل مع المرضى المقيمين والكشف المبكر وعلاج المرض في مراحله الأولى قبل استفحاله.

ولضمان جودة الرعاية الاستشفائية للمرضى ومصابي الحوادث لابد للإدارة التركيز على الآتي:

أ- مراعاة التصميم الجيد لمنشآت المستشفى بحيث يتم مراعاة الناحية العملية لتسهيل تنفيذ الأنشطة.

ب- توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات.

ج- التخطيط الجيد للخدمات المستشفى وتوفير المطلوب منها لسد الاحتياجات الصحية للمجتمع المحلي. ومن ثم المراجعة المستمرة لها لتلبية الاحتياجات المستجدة.

د- تنظيم المستشفى وتزويده بالأجهزة والمعدات والعناصر البشرية المؤهلة لضمان أعلى مستوى من الرعاية.

هـ- ضرورة التعامل مع المريض بـ Whole person وليس مجرد نظام بيولوجي وبالتالي الاستجابة لخدمات المستشفى الفنية.

فقد أثبتت الدراسات أن العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية والسلوكية للفرد تؤثر على حدوث ومسار المرض واستجابة المريض للمعالجة. كما أشارت إلى أهمية النواحي المعنوية وأثرها على الصحة وإلى العلاقة بين التوتر النفسي والاجتماعي والصحة الجسدية والعقلية لذلك لابد للمستشفى وإدارته وجميع طواقمه إدراك هذه الحقائق إهمالها مع المرضى.

ومن الأخطاء الشائعة للمستشفى في التعامل مع المرضى يمكن أن نذكر ما يلي:

١. عدم التقدير الصحيح لإنسانية المريض حيث يتم مخاطبته بإطلاق رقم عليه أو التعريف عليه بالحالة المرضية التي يعاني منها.
٢. عدم التفهم الكافي لحاجة المرضى للراحة ولقدر من العزلة.
٣. التعامل مع المريض بعجرفة من قبل المهنيين الصحيين.
٤. سوء تقدير لذكاء المريض والافتراض الخاطئ بوجود انصياع المرضى لما يطلب منهم دون تفسير.
٥. الافتراض الخاطئ بأن وقت المهنيين المتخصصين أكثر أهمية من وقت المريض.
٦. فشل العاملين لفهم الخلفية الاجتماعية للمريض والمشاكل المحتملة المؤثرة على مرضه.

و- اهتمام المستشفى بتنقيف المريض حول مرضه.

فالمريض يملك حق معرفة ما يخص صحته ومرضه وبالتالي المساهمة في حماية صحته وتسريع شفاؤه واجتيازه للمرض كما أشارت الدراسات لإيجابيات التنقيف الصحي على نتائج رعاية المرضى.

ز- التأكيد على أخلاقيات المستشفى Hospital Ethics ويشمل ذلك:

١. التأكيد على حقوق المريض واحترامها ومنها المساواة المرضى فيما يتعلق حقهم في العلاج وحسن المعاملة وتوفير قدر من العزلة له والسرية لمعلومات مرضه والاستفسار حول مرضه. وحقه في رفض العلاج بغض النظر العرق أو الجنس أو الدين أو المركز الاجتماعي أو الاقتصادي.

٢. عدم التمييز بين المرضى تبعاً لأي تصنيف كان وتقديم الرعاية الاستشفائية تبعاً لحاجة المريض.

٣. وجوب عدم تسبب المستشفى بأي أذى أو ضرر سواء كان ذلك جسدياً، اجتماعياً، أو عاطفياً.

٤. توفير إقامة مناسبة للمرضى مع مراعاة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والاحتياجات الطبية لهم. ولسد الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية للمريض لابد من توفير ثلاثة أنواع من الإقامة للمرضى:

- غرف خاصة بسرير واحد لذوي الدخل المرتفع.

- غرف شبه خاصة. بسريرين أو أكثر لمتوسطي الدخل.

- قاعات تحتوي على عدد من الأسرة للفقراء.

ولسد الاحتياجات الطبية للمرضى لابد من توفير غرف عزل خاصة للحالات المرضية المستدعية لذلك بغض النظر المركز الاجتماعي والاقتصادي لهم.

٢. الوظيفة الوقائية:

تجمع الكتب والمراجع العلمية لإدارة المستشفيات وجوب قيام المستشفيات بدور نشط في وقاية المجتمع من الأمراض وبعض الباحثين يعد ذلك من أخلاقيات المستشفى للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية نحوها. كما ان هناك توجه عام نحو وجوب قيامها بحفظ صحة المجتمع المحلي لما يتوفر لديها من إمكانيات تمكنها بالقيام بدور ملموس في هذا الاتجاه باعتبارها المؤسسة الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية للمجتمع.

ويمكن تصنيف الخدمات الوقائية على ثلاث مستويات وهي:

أ- خدمات الوقاية الأولية Primary Prevention:

والنمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم الجماعية أو الموجهة لمجموعة معينة. كما تدخل خدمات ترقية الصحة Health Promotion كجزء من هذا المستوى. وتركز هذه الخدمات على العوامل البيئية المؤثرة على الصحة مثل صحة الماء والهواء والطعام، ومكافحة الحشرات والقوارض الناقلة للمرض، والتخلص السليم من النفايات الصلبة والساكنة وغيرها من الأمور الواقع أغلبها خارج نطاق سيطرة المستشفى المباشرة إلا أنه يمكنه المشاركة بأنشطة وقائية عند هذا المستوى من خلال ما يلي:

١- المشاركة بحملات التطعيم الموجهة لحماية المجتمع من الأمراض بالتعاون مع مؤسسات الصحة العامة مع تقديم الدعم اللازم.

٢- المشاركة في برامج التنقيف الصحي للمجتمع من خلال:

أ. برامج التوعية والتنقيف الصحي الموجهة نحو فئات معينة كالأهالي والحوامل وطلاب المدارس للمساهمة في خلق مجتمع واع يستطيع المساهمة في حماية نفسه. ويمكن تقديم مثل هذه البرامج من خلال المراكز الصحية المرتبطة بالمستشفى ومن خلال الصحة المدرسية داخل المدارس بالنسبة للطلاب.

ب- استخدام وسائل الإعلام من خلال البرامج الصحية الموجهة للتأثير على السلوكيات السلبية للأفراد وبناء السلوك الصحي لديهم.

ج- دعم برامج تنظيم الأسرة وبرامج الصحة العامة بالتعاون مع المؤسسات الصحية والاجتماعية الأخرى.

٣- التنقيف الصحي للمرضى عبر الوسائل التكنولوجية المتاحة كدوائر التلفزيون المغلق.

ويمكن لهذه البرامج التركيز على بعض المشاكل الصحية الهامة وطرق الوقاية منها إضافة إلى العادات المضرة بالصحة كالتدخين وتعاطي المسكرات. كما يمكن للمستشفى إصدار بعض الكتيبات الصحية الإرشادية وتوزيعها على المرضى والزوار لزيادة الوعي الصحي.

٤- التعاون مع مؤسسات الصحة العامة وصحة البيئة فيما يتعلق بتحسين الظروف البيئية للمجتمع المحلي. ولقيام المستشفى بدوره الصحيح في مجال الخدمات الوقائية لا بد له من تطوير العلاقات مع دوائر الصحة العامة وصحة البيئة من خلال التنظيم الإقليمي والإدارة الإقليمية للخدمات

الصحية لضمان التكامل والتنسيق بين مؤسسات الخدمة الصحية بحيث يعمل المستشفى كجزء من النظام الصحي الإقليمي للمنطقة الجغرافية التي يعمل بها.

ب- الخدمات الوقائية الثانوية Secondary Prevention:

تتركز هذه الخدمات على الكشف المبكر عن المرض وعلاجه وتشمل التشخيص والكشف المبكر وخدمات المسح الصحي الشامل أو المسوحات الصحية المختارة لمجموعة محددة، والفحوصات الطبية الدورية لبعض الفئات التي لديها قابلية للإصابة بمرض ما. ويتوفر للمستشفى فرصة أكبر للقيام بالخدمات الوقائية عند هذا المستوى عنه في المستوى السابق حيث يمكن له القيام بما يلي:

١. اكتشاف الأمراض الكامنة لدى المرضى عن طريق بعض الفحوصات الروتينية كقياس الضغط وتخطيط القلب للمرضى فوق الخامسة والثلاثين عام لاكتشاف أمراض ضغط الدم والقلب وقياس نسبة الهيموجلوبين لاكتشاف فقر الدم، والفحوصات الروتينية للبول لاكتشاف أمراض السكر وغيرها من الفحوص التي يمكن أن تكشف عن الكثير من الأمراض الكامنة الأخرى ومن ثم علاجها في مراحلها الأولى.

٢. المساهمة في عمليات المسح الصحي الموجهة نحو تقصي الأمراض والكشف عنها للمحليين وخاصة المسوحات الموجهة نحو مجموعات محددة لتحديد الأمراض والمشاكل الصحية المنتشرة. الوقوف على الاحتياجات الصحية وأولوياتها والعمل على تلبيتها من خلال تخطيط وتوجيه البرامج والأنشطة الصحية للمستشفى.

ج- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة Tertiary Prevention:

وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص وتهدف لإعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث. وقد ازدادت هذه الخدمات في مجال الرعاية الطبية والاستشفائية وأصبحت جزءاً هاماً من خدمات الرعاية الصحية حيث تعتبر المرحلة الرابعة والأخيرة لهذه الخدمات بعد خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض، والخدمات العلاجية.

وتقوم المستشفيات بدور هام في مجال خدمات إعادة التأهيل من خلال مراكز التأهيل المتخصصة أو أقسام التأهيل الملحقة بالمستشفيات العامة حيث يعتمد على مدى الحاجة لمثل هذه الخدمات ومدى توفر الإمكانيات الفنية والمادية والبشرية اللازمة لها لأنها تقوم على مجهودات فريق متعدد الاختصاصات. وتسهم هذه الخدمات بصحة الأفراد بطريقتين كما يلي:

أ. مساعدة المرضى وضحايا الحوادث الذين يعانون من إعاقات وعجز محتم للوصول لأعلى مستوى ممكن من اللياقة وتمكينهم من الاعتماد على أنفسهم وممارسة حياة طبيعية منتجة قدر الإمكان.

ب- منع حدوث الإعاقات والعجز خلال فترة علاج المرضى في المستشفى وخاصة الإعاقات والعجز الناتج عن الفترات الزمنية الطويلة من العلاج مثل تصلب العضلات والهزال الذي يمكن أن ينتج عن الفترات الطويلة من عدم الحركة، ومنع القلق المصاحب لحالة المرض والإصابة.

٣. وظيفة التدريب والتعليم:

يختلف حجم نشاط التدريب والتعليم من مستشفى لآخر حسب حجم المستشفى ونوعه. فنجد أن المستشفيات كبيرة الحجم تقوم بنشاط تعليمي وتدريب أكثر من الصغيرة كما أن المستشفيات التعليمية المرتبطة بكلية الطب تقوم بنشاط تعليمي وتدريب أكثر من غيرها. ويعتبر نشاط التعليم من الوظائف الهامة الذي يجب أن تقوم به أي مستشفى وبصرف النظر عن حجمه ونوعه. فلكي يقوم المستشفى بدوره الرئيسي على أمل وجه فلابد من قيامه بقدر ما من أنشطة التدريب والتعليم لرفع كفاءة عامليه. ويتطلب ذلك تدريب الأطباء والمرضات والمهنيين والفنيين العاملين بالمجال الطبي. وتعليم وتدريب طلبة الدراسات العليا في إدارة المستشفيات وإكسابهم الخبرات العملية المطلوبة في الإدارة قبل ممارستهم العملية لإدارة المستشفيات.

ويعتبر المستشفى المكان الأنسب للتدريب العملي لما يتوفر له من إمكانيات لا تتوفر لغيره من المؤسسات. ولكونه يستقبل ويعالج حالات مرضية مختلفة. مما يجعله المكان الوحيد لتدريب المهنيين الصحيين وتطبيق ما تعلموه من معارف أكاديمية وهو ما يعرف بالتعليم السريري Clinical Education أو التعليم الرسمي ويتم من خلال الدراسات العليا أما التعليم الغير رسمي فهو الذي يتم من خلال الممارسة اليومية وهو هام لإثراء معارف الطبيب وتطويرها بشكل مستمر.

ويترتب على قيام المستشفى بهذا الدور التدريبي والتعليمي مواجهة العديد من القضايا الهامة مثل:

أ. توفير المستلزمات المادية المطلوبة لعملية التدريب والتعليم من أجهزة وقاعات تدريس وعرض وغرف للطلاب للمراقبة والمشاركة في عمليات التشخيص والعلاج بالإضافة للكتب والمراجع.

ب. زيادة الطلب على خدمات المستشفى وما يترتب عليه من تكاليف إضافية تتطلب تمويل مما يجعل تكلفة التشغيل الكلية للمستشفى التعليمي أكبر من البقية.

ج. توفير العناصر البشرية المطلوبة للقيام بأنشطة التعليم والتدريب ويتطلب ذلك متخصصين في مختلف المجالات لمواجهة زيادة عبء العمل في المستشفى التعليمي وما يترتب عليه من زيادة التكلفة والمتخصصين.

د. إيجاد التمويل اللازم لتوفير اللوازم المطلوبة وتشغيلها وصيانتها والعنصر البشري مما يزيد من نفقات التشغيل والاستثمار الرأس مالي وما يتطلبه من اعتمادات مالية تزيد من تكلفة الخدمات الاستشفائية للمستشفيات التعليمية عن غيرها.

هـ. تدخل أعضاء هيئة التدريس في كلية الطب المرتبطة بالمستشفى في إدارة المستشفى مما يؤدي إلى مشاكل السلطة في المستشفى واختلاف على الأولويات فينحاز الأطباء للنواحي الفنية على حساب الإدارية منها مما. وبرغم من أن ذلك يزيد كفاءة الرعاية الطبية إلا أنه يؤثر على كفاءة التشغيل وزيادة التكلفة الكلية لها.

و. استعمال المريض كمادة تعليمية مما قد ينتج عنه زيادة حساسية المريض عند شعوره بأنه يعامل كحالة مرضية خاصة وليس كشخص كامل. فيجب التأكيد على حقوق المريض التي سبق ذكرها.

٤- الوظيفة البحثية:

لما كان الهدف النهائي للبحث الطبي والعلوم الطبية، هو الإضافة إلى المعرفة والعلوم الطبية وإثرائها والتي تحسن خدمات ورعاية وعلاج المرضى فلا بد لكل مستشفى من المساهمة في مجال البحث العلمي.

وتقسم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى بحوث طبية وإدارية. وتشمل الأولى الفحوصات والبحوث المخبرية التي يتطلبها علاج المرضى كما تشمل البحوث المخططة إلى تحسين رعاية المرضى وعلاجهم.

أما البحوث الإدارية فتتضمن كافة الأنشطة والخدمات التي تدعم الرعاية الطبية كالبحوث الإدارية وبحوث التمريض وخدمات الطعام والتدبير المنزلي وغيرها. ولقيام المستشفى بالمهمة البحثية تحتاج إلى موارد وإمكانات متعددة تشمل الأطباء المتخصصين لقيادة برامج البحث، والعناصر البشرية المساعدة بالإضافة إلى الحيزات المناسبة كالمختبرات والمعدات والتجهيزات التكنولوجية والمواد الخام والمرضى.

وإذا كانت التطور المعرفي للأطباء لا يتم إلا عن طريق الأبحاث. ولما كانت الأبحاث التي تجري على المرضى تشمل مخاطرة لظهور نتائج غير مرغوبة فلا بد من مراعاة عدة نقاط هامة عن إجرائها.

- أ. الحصول على موافقة المريض بشكل مسبق على إخضاعه للبحث والتجربة.
- ب. الحصول على موافقة إدارة المستشفى فهي المسؤولة عن رعاية وعلاج المرضى.
- ج. إخضاع الأبحاث إلى إشراف مستمر من قبل لجنة الأبحاث في المستشفى.
- د. وضع الباحث خطة مفصلة للبحث المراد إجرائه ورفعها للجنة الأبحاث لدراسته وبيان فوائده ومحاذيره المحتملة ومن ثم التوصية عليه بالموافقة أو الرفض.
- هـ. المحافظة على أسرار المرضى المُجرى عليهم الأبحاث وعدم الإفشاء بأي معلومات تكشف هوية المريض.

٥- الخدمات الممتدة في المنزل:

إن المستشفى العام كمركز رئيس لصحة المجتمع المحلي العامل به وجزء من مؤسساته. دائمة التأثير والتأثير به ولا ينبغي إقتصار دوره على تقديم الخدمات الطبية لطالبيها داخله. بل لابد له من الخروج بأنشطته إلى المدى الكامل من خدمات الرعاية الطبية (ابتداء من خدمات ترقية الصحة وانتهاء بخدمات التأهيل). ولابد له أيضاً للوصول لبعض المرضى في بيئتهم المنزلية. وخاصة الحالات الطبية المزمنة التي لا تطلب الرعاية الطبية المركزة داخل المستشفى والتي لا تستطيع الحضور ومتابعة العلاج به حيث يمكن للمستشفى تنظيم برامج الرعاية الممتدة للمنزل Extended Care وخاصة للمرضى كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقتاً طويلاً وحضور المريض ولا تتطلب الحضور للمستشفى والاكتفاء بالإشراف من قبل الممرضات وخدمات الطبيب العام من منازلهم.

ونظراً لفوائد هذه الخدمات الاقتصادية والاجتماعية تدير كثير من المستشفيات العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا وأمريكا هذه الخدمات لتكلفة أقل بكثير من الرعاية بالمستشفى. علاوة على توفي أماكن بالمستشفى للحالات المرضية المتطلبة لرعاية استشفائية. بالإضافة إلى فوائدها الاجتماعية بحيث يبقى المريض في منزله بين أسرته. ومن هنا جاء تعريف منظمة الصحة العالمية شاملاً ونص على هذه الخدمات لفوائدها المتعددة.

أنواع المستشفيات وخصائصها:

يمكن تصنيف المستشفيات وفقاً لعدة معايير أكثرها قبولاً وشيوعاً:

١- معيار الملكية والإدارة. أي حسب الجهة المالكة والممولة للمستشفى، حيث تقسم المستشفيات بناءً عليه إلى مستشفيات حكومية وخاصة. وتتضمن الحكومية منها كافة المستشفيات المعتمدة على المال العام وقد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة، والدفاع وغيرها. أما المستشفيات الخاصة فتشمل كافة المستشفيات المملوكة للقطاع الخاص سواء كان فرداً أو مؤسسة أو اتحاد أو جمعيات خيرية.

٢- حسب الهدف منها فقد تكون مستشفيات ربحية كشأن مشروعات الأعمال أو خيرية لا تهدف للربح.

٣- والمعيار الأكثر قبولاً وشيوعاً هو المعيار الإكلينيكي وبناءً عليه تقسم إلى مستشفيات عامة General Hospital ومستشفيات خاصة Specialty Hospital والمستشفى العام هو المحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وهي خدمات الطب الباطني، والجراحة، والأطفال، وخدمات أمراض النساء والولادة كما يمكن أن يضم خدمات أخرى مثل: طب الأنف والأذن والحنجرة، وطب العيون، وطب العظام والطب النفسي وغيرها علاوة على ما يناظرها من خدمات في العيادات الخارجية للمستشفى بالإضافة إلى خدمات الطوارئ. أما المستشفى المتخصص في تقديم خدمة واحدة أو أكثر مثل مستشفى العيون، ومستشفى العظام، وغيرها. ولقد ظهرت المستشفيات عند نشأتها كمستشفيات عامة General إلا أنه مع التزايد السريع للمعرفة والعلوم الطبية في الفترة ما بين ١٩٣٠-١٩٥٠ وما رافقه من اتجاه للتخصص الدقيق في الطب ظهرت المستشفيات المتخصصة وأصبحت الأكثر شيوعاً في تلك الفترة وحتى الستينات من القرن الماضي. ثم عاد التركيز على المستشفيات العامة كمراكز رئيسية لصحة المجتمع المحلي ونقطة ارتكاز للنظام الصحي الكلي بصفاتها الأكثر قدرة على تقديم الرعاية الطبية الشاملة بما ينسجم مع المفهوم الحديث للرعاية الطبية حيث اتضح للمهتمين بالرعاية الطبية أن المستشفيات المتخصصة:

أ- لا يمكنها تحقيق التكامل المطلوب في الرعاية الطبية لاسيما ان الرعاية الحديثة تقوم على مجهودات فريق متكامل متعدد الاختصاصات والمؤدي لتجزئة الرعاية الطبية وعزل الفريق الطبي بها.

ب- صعوبة تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد في المستشفيات المتخصصة. ونتيجة لما تقدمه اقتصر دورها على كونه مركزاً طبياً متخصصاً للبحوث والتدريب والعلاج يحال إليها المرضى من المستشفى العام لتلقي رعاية طبية متخصصة ودقيقة وهو ما يسمى بالمستوى الثالث من

الرعاية Tertiary Care كجراحة القلب، والأطفال وغيرها. وبالمقابل تم التركيز على المستشفى العام كمركز رئيسي لخدمات الصحة والرعاية الطبية الشاملة كنواة لتكامل خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

ج- وهناك معايير آخر مثل معدل مدة إقامة المرضى في المستشفى حيث تُقسم إلى مستشفيات الإقامة الصغيرة وهي التي يقل معدل الإقامة بها عن ٣٠ يوماً لما يزيد عن ٥٠٪ من المرضى ومستشفيات الإقامة الطويلة والتي تزيد فيها معدل الإقامة عن ٣٠ يوماً لما يزيد عن ٥٠٪ من المرضى.

د. معيار حجم (عدد الأسرة) حيث تُقسم إلى مستشفى صغير الحجم تتراوح أسرته بين ٥٠-١٠٠ سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريف Rural Hospital ويقدم خدمات الرعاية الأولية عادةً والمستشفى المتوسط الحجم وتتراوح أسرته من ١٠٠-٣٠٠ سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة District Hospital ويقدم عادة خدمات الرعاية الثانوية Secondary Care ومستشفيات كبيرة الحجم تتراوح أسرته من ٢٠٠-١٠٠٠ سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي Regional Hospital ويقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة ويعد هذا التصنيف تصنيفاً نسبياً يختلف من دولة لأخرى فما يعتبر مستشفى كبير الحجم في بلد ما قد يعتبر متوسط الحجم في بلد آخر.

هـ- كما تقسم المستشفيات حسب معيار التعليم إلى مستشفيات تعليمية وغير تعليمية. والمقصود بالمستشفيات التعليمية هي المستشفيات الجامعية التابعة لكليات الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات تعليم وتدريب الطلاب. وعادة ما يتطلب نشاط التعليم والتدريب الطبي توفير الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة كأساتذة الطب والمختبرات وما إلى ذلك أما المستشفيات غير التعليمية فهي التي لا تدير برامج لتعليم وتدريب الطلاب. لكن تقوم بأنشطة التعليم والتدريب للأطباء والمرضات والمهنيين الصحفيين الآخرين. فالمستشفيات الحديثة تمارس مقداراً من أنشطة التدريب إلا أن حجمه يختلف تبعاً لحجم المستشفى وإمكاناته وأهدافه المرسومة. إضافة إلى أن القيام بأنشطة التدريب والتعليم جزء من أخلاقيات المستشفى ووظائفه الأساسية لترقية مستوى الرعاية الطبية. كما أن المستشفى هو المكان الوحيد والملائم لتدريب وتعليم كافة العاملين بالمجال الطبي لما يتوفر له من إمكانيات بشرية ومادية وتكنولوجية لا تتوفر في غيره من الأماكن.

والنقطة الهامة هنا أنه في تصنيف المستشفيات لابد من أخذ المعايير معاً. فالمستشفيات بشكل عام قد تتبع في ملكيتها وإدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص وكلاهما قد يكونا مستشفيات عامة أو متخصصة والتي بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة أو القصيرة.

الفصل الثالث

نظام المستشفيات ومكوناته نظرة نظامية تحليلية

يعتبر المستشفى الحديث من أعقد التنظيمات الموجودة لاحتوائه على أنظمة داخلية غاية في التعقيد واستخدام عناصر بشرية متعددة المهارات والتخصصات.

المدخل الكلاسيكي والشكل التنظيمي المعتمد على الترتيبات الهرمية لا يفي باحتياجات المستشفى ولم يعد مقبولا بين مدراء المستشفيات.

والمدخل السلوكي بتركيزه على الفرد والتفاعلات بين المستخدمين وسلوكهم كأفراد في الجماعات فقد أظهرت الدراسات أن الأساس الذي يقوم عليه الفرد المدخل وهي الإنتاجية فهي تولد الرضى والقناعة لدى الفرد.

الملح الأهم هنا أن هذه المداخل وغيرها من المفاهيم الإدارية ركزت على العمليات الداخلية وأغفلت علاقة التنظيم بالبيئة الخارجية.

وبما أن الاهتمام الرئيسي للمستشفى هو المريض كمستهلك لخدماتها فمن هنا تكمن أهمية المستشفى كنظام ينظر فيه للإدارة كنظام فرعي والأطباء كنظام فرعي فني وللمريض والبيئة المحيطة وتأثيرها على النظام وهنا تكمن أهمية الربط بين هذه الأنظمة الفرعية والتنسيق بينها لتحقيق الأهداف المشتركة.

الموضوعات المطروحة للنقاش هنا:

١- المستشفى كنظام اجتماعي وفني معقد.

٢- المستشفى كنظام معقد مفتوح.

٣- مدخلات النظام.

٤- مكونات النظام.

٥- أهداف النظام.

٦- إدارة النظام.

١- المستشفى كنظام اجتماعي فني معقد:

المستشفى هي أكبر الأنظمة استهلاكاً للعمالة البشرية بمعدل ٢-٣ أفراد لكل سرير، ومع اشتراط المهارة والفنية العالية لهذه العمالة لذا فالمستشفى نظام اجتماعي معقد يعتمد على الإنسان وهدفه الإنسان.

ومع الكم الهائل من العناصر البشري والاحتراف فهم يؤدون أدوارا واضحة وهذا الوضوح في الأدوار ناتج عن الاحتراف والمهنية العالية رف من عملية التدريب تتضمن العديد من الاختلافات بين المشاركين في التنظيم للاختلاف في خلفياتهم التعليمية ومناصبهم ومسئولياتهم.

٢- المستشفى كنظام مفتوح:

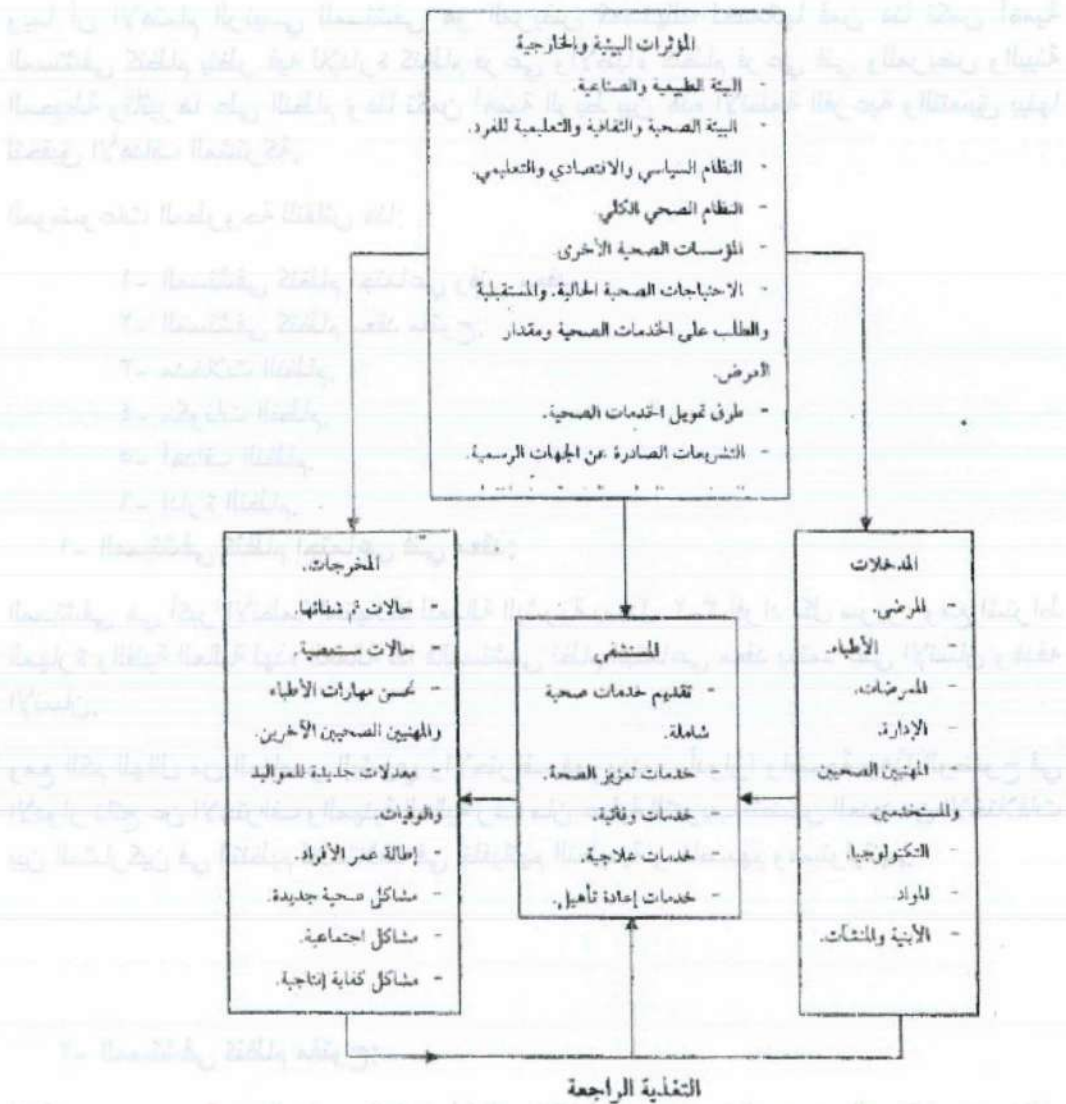
النظام هو مجموعة من العناصر المترابطة التي تتكامل مع بعضها البعض؛ والمستشفى هي نظام يتألف من العديد من الأنشطة والفعاليات المختلفة لتحقيق أهداف هذا النظام وعلى رأسها رعاية المريض.

والنظام بالتعريف السابق قد يكون نظامًا بيولوجيًا كجسم الإنسان أو اجتماعيًا كالمستشفى أو ميكانيكيًا كالجرس الكهربائي.

النظم تنقسم إلى نوعين:

- نظام مغلق يتصف بالاستقلال الذاتي عن بيئته الخارجية كنظام الآلة.
- نظام مفتوح على بيئته الخارجية يؤثر فيها ويتأثر بها ضمن علاقة تفاعلية متبادلة مثل التنظيمات الإنسانية كالمستشفيات.

المستشفى كالنظام المفتوح تتأثر مدخلاته ومخرجاته بالبيئة الخارجية كما يوضح المخطط التالي:



٣- مدخلات النظام:

• المرضى:

المستشفى نظام معقد وبالتبعية فإن مدخلاته أيضاً معقدة والمريض من ضمن هذه التعقيدات بما لديه من أنظمة إنسانية متعددة.

الأنظمة الأخرى للمريض مثل النظام النفسي والبيئي والاجتماعي وغيرها فكلها تؤثر في الحالة المرضية وعملية المعالجة، وبالتالي فإن تركيز المستشفى على النظام البيولوجي والإهمال للأنظمة الأخرى تؤثر على سلوك المريض والرعاية الصحية المقدمة له.

- النظام النفسي للمريض: القلق والتوتر والضغوط النفسية عند دخوله المستشفى ومواقف وتصرفات العاملين بالمستشفى كلها تؤثر على نظامه النفسي.
- النظام البيئي للمريض: كظروف الأسرة والمجتمع المحيط فكلها تؤثر على استجابة المريض وتكيفه وتفاعله مع الرعاية الصحية المقدمة.
- النظام الاجتماعي للمريض: دوره ومركزه الاجتماعي في المجتمع والعائلة ودائرة معارفه وكلها تؤثر على علاقاته بالعامل البشري داخل المستشفى.
- النظام الثقافي للمريض: المتمثل في عادات وقيم ومواقف السلوك النابعة من معتقداته والمؤسسات المحيطة كلها تؤثر على استجابته للثقافة التي يمثلها العاملون بالمشفى.
- النظام الزمني للمريض: مثل عمره والأوقات المعتادة للراحة والطعام والشراب كلها تتأثر باستجابة المريض وتكيفه مع الجداول الزمنية الخاصة بالمستشفى.

فالمريض نظام معقد لا بد من التعامل معه كشخص إنسان وليس مريض فقط والعمل على تلبية احتياجاته العلاجية وخدمات الرعاية.

• الهيئة الطبية:

تتألف الهيئة الطبية من العاملين بالمستشفى والأطباء المتفرغين والمستقلين وبشكل عام فإن الهيئة الطبية مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:

- ١- العناية بالمرضى وهي المسؤولية الرئيسية للهيئة الطبية وعلى رأس مهام المستشفى.
- ٢- المحافظة على كفاءة وأداء عملية تقديم الخدمات الطبية والعمل على متابعة الرعاية الصحية وكل التحديثات في هذا الموضوع لمواكبة هذه التحديثات سواء في المرض أو العلاج.
- ٣- تنظيم أفراد الهيئة الطبية وربطهم بالتنظيم الكلي وتنسيق الجهود والنشاطات الخاصة بعملية تقديم الخدمات الصحية.
- ٤- التعليم والتدريب التي تتضمن إعطاء المحاضرات النظرية والتطبيقات العملية لجميع العاملين بما يتماشى مع سياسة المستشفى بخصوص برامج التعليم.
- ٥- تقييم عملية أداء الخدمة الصحية من خلال تبني مقاييس مهنية تحكم جودة الأداء لضمان تقديم مستوى جيد من الرعاية الصحية.
- ٦- تقديم المشورة للإدارة ومساعدتها في إدارة وتنظيم شؤون المستشفى.

● هيئة التمريض:

تعتبر هيئة التمريض جزءاً من التنظيم الإداري للمستشفى فهي ترتبط بمدير المستشفى من خلال مديرة التمريض وتتألف من:

- الممرضات القانونيات.
- والممرضات المساعدات.
- ومساعدات التمريض.

هيئة التمريض مسؤولة عن التنسيق بين مهام المريض ممثلة بالمستشفى ومهام المعالجة ممثلة بالطبيب؛ مما يجعلها كوسيط بين النظام الفرعي الفني (الأطباء) والنظام الفرعي التنسيقي (الإدارة) مما يجعلها في دوين متضاربين.

وللمريض فإن الممرضة هي الممثل الرئيسي للمستشفى لارتباطها المباشر وتفاعلها المستمر في كل مراحل علاجه.

يجدر الإشارة إلى أن المركز الاجتماعي للممرضة أخذ في النمو وخاصة بظهور تخصصات جديدة في أقسام الجراحة المتخصصة ووحدات الرعاية المركزية والمعالجة الصحية مما جعلها تتعامل بقدم المساواة مع أعضاء الهيئة الطبية وبعلاقة زمالة أكثر منها رئيس ومرووس.

● الجهاز الإداري:

يتألف الجهاز الإداري من مدير المستشفى ومساعديه ورؤساء الأقسام الذي تقع مسؤولية اختيارهم على عاتق مدير المستشفى.

دور المدير سابقاً كان مقتصرًا على إدارة الجانب المكتبي فقط لكن مع التقدم العلمي التكنولوجي زادت أهداف ومسؤوليات المستشفى مما زاد بالتبعية مهام المدير وازداد دوره أهمية كمنسق ضروري لتوحيد الجهود النشاطات المتعددة.

التكنولوجيا:

يستخدم المستشفى اليوم تكنولوجيا طبية معقدة وهذا لا يقتصر فقط على المعدات الطبية بل تعدى ذلك إلى الجانب المادي لها وما تتطلبه من أبنية وإنشاءات لاستيعاب هذه التكنولوجيا الحديثة.

وكنتيجة حتمية لهذا التقدم ازداد دور الأطباء أهمية وحيوية في المستشفى لكونهم هم المستخدمون لهذه التكنولوجيا في المقام الأول وكما نتج عن هذا التقدم حاجة أكبر لأساليب محسنة وجديدة في التنظيم والإدارة لتنسيق الجهود والأنشطة.

المواد والمهمات:

وتنقسم لقسمين هما:

أ- المواد والمهمات الطبية: وتشمل الأدوية والمحاليل والأدوات والمهمات الطبية والجراحية بكافة أنواعها.

ب- الموارد غير الطبية: وهي المهمات والتزويد الفندقية من أغذية وملابس ومواد كيميائية وغيرها.

مكونات النظام: يتكون النظام الداخلي للمستشفى من عدة أنظمة فرعية متكاملة مع بعضها البعض ويجمعها الهدف الرئيس وهو المريض كمحور مركزي في هذا النظام. هذه الأنظمة هي:

(١) برامج رعاية المريض وتشمل:

- خدمات التمريض.
- دائرة الأشعة.
- المختبر.
- الطب الباطني والجراحي وغيرها من باقي التخصصات الطبية.
- العيادات الخارجية والطوارئ.
- المعالجة الدوائية.
- المعالجة المهنية.
- المعالجة التنفسية.
- المعالجة الطبيعية.
- المعالجة الغذائية وغيرها مما تخدم المريض.

(٢) الخدمات الإدارية والتنسيقية المساعدة:

- الإدارة.
- السجلات الطبية وقسم الدخول.
- المحاسبة والسجلات.
- خدمات التغذية.
- التدبير المنزلي والمصبعة.
- إدارة المستخدمين.
- دائرة الصيانة.
- هندسة النظم.

(٣) البيئة الطبية التي تقوم بالفعاليات التالية:

- إدخال المريض للمستشفى عند توفر الدليل الإكلينيكي أو أي دليل يبرر إدخال المريض.
- تشخيص الحالة المرضية بعد إجراء الفحوصات.
- إعطاء الأوامر والتعليمات لإجراء الفحوصات المخبرية.
- وصف العلاج ووضع خطة المعالجة للمريض.
- مراجعة استخدام أجهزة ومعدات وتسهيلات المستشفى للتأكد من سلامة استخدامها.
- وضع سياسات وإجراءات العلم الطبي والجراحي وضع المقاييس المهنية اللازمة.
- التقييم الطبي لعملية العلاج من خلال دراسة السجلات الطبية للمرضى السابق دخولهم للمستشفى لتقصي العيوب وتلافيها.
- التعليم والتدريب الطبي ورفع كفاءة أعضاء الهيئة الطبية.
- الإشراف على المريض ومتابعة خطة علاجه واتخاذ الإجراء المناسب على ضوء الظروف الخاصة به.

وظائف النظام وأهدافه:

وظائف المستشفيات وأهدافه تغيرت على مر العصور ففي بدايات ظهورها كان المستشفى يقوم بتقديم خدمات الرعاية للمرضى الفقراء حتى الثلاثينات وظهور المضادات الحيوية فحينها أصبحت ورشة عمل للطبيب يقدم الرعاية الصحية للمرضى ضمن علاقة مباشرة ومغلقة بين الطبيب ومريضه؛ حتى أصبح في ستينات هذا القرن هو المركز الصحي لرئيسي في المجتمع لتقديم الخدمات العلاجية.

كما نجد للمستشفى أهدافاً أخرى قد تتعارض مع الأهداف السابقة مثل بناء الشهرة والمركز الاجتماعي أمام الرأي العام لكن المريض ورعايته تأتي في مقدمة أهدافها.

مخرجات النظام:

تمثل مخرجات النظام حصيلة الجهود لكافة العناصر العاملة في المستشفى ويعتبر الأطباء أهم العناصر التي تؤثر على جودة الخدمة العلاجية ومستواها بما انهم الفئة الوحيدة ومسئولة عن ممارسة مهنة الطب.

ولذا يقع على عاتق الهيئة الطبية وضع مقاييس معنية لأداء الخدمة العلاجية وتقييم الحصيلة النهائية لها.

حتى الآن لا توجد مقاييس متفق عليها لتقييم جودة الخدمات الصحية وضبطها فكل مستشفى تضع معاييرها الخاصة بها التي تراها مناسبة للتحكم بنوعية الخدمات العلاجية وتتولى لجان معين مهمة التقييم ووضع المعايير الخاصة بالجودة مثل لجنة التقييم الطبي ولجنة السجلات الطبية وخلافه.

هناك بعض نقاط التي تعطي مؤشراً للجودة هي:

- ١- تفحص الهيكل التنظيمي المُقدم للخدمات وذلك بتفحص نشاطاته وخصائصه المختلفة المؤثرة على الجودة، ومعرفة التأهيل العلمي لمن يقدم الخدمي العلاجية.
- ٢- تفحص الطريقة الفعلية لتقديم الخدمات العلاجية وتحقيقها بوسائل مختلفة كالملاحظة المباشرة ومراجعة السجلات الطبية وتقرير مدى ملائمة المعالجة التي تلقاها المريض.
- ٣- قياس النتيجة النهائية للمعالجة كما يدل عليها وضع المريض الصحي بعد تلقيه الخدمة.

إدارة النظام:

الإدارة بمفهوم النظام هي عملية لتحويل المدخلات لمخرجات مرغوبة.

تتحمل إدارة المستشفى مسؤولية خلق بيئة متكاملة وجو للتواصل بين النظام الكلي التنظيمي والأنظمة الفرعية الداخلية بشكل يحقق أهداف كافة العناصر المشاركة في النظام؛ لذا فالمستشفى تقوم بنوعين من الوظائف:

١- الوظائف الإدارية الداخلية:

التي تتفاعل فيها الإدارة مع مكونات النظام الداخلي وتتضمن عملية اتخاذ القرارات الرسمية ههنا:

- أ- تنظيم عناصر ونشاطات النظام الداخلي ووضع السياسات والأهداف الخاصة بها.
 - ب- الرقابة المالية على عملية التحويل.
 - ج- إدارة وتقييم أداء الأنشطة والنظم الفرعية.
- ### ٢- الوظائف الخارجية:

وهي المرتبطة بتفاعل النظام مع بيئته وتتضمن عمليات اتخاذ القرارات:

- أ- تخطيط البرامج والأنشطة ورسم السياسات العامة للنظام بما يلزم حاجات المجتمع الصحية.
 - ب- تنسيق وتنظيم علاقات النظام بالبيئة والقوى الخارجية.
 - ج- تقييم النتائج النهائية لعملية التحويل على أساس الأهداف المرسومة مسبقاً.
- وبذلك فإن مدير المستشفى يساهم في تشكيل النظام الكلي ومختلف الأنظمة الفرعية بما يحقق أهداف النظام.
- وكذلك يجب ألا تغفل إدارة المستشفى عن تنظيم الأنشطة المختلفة خاصة في النواحي غير الرسمية وذلك لأن المستشفى نظام إنساني واجتماعي.
- وسلطة المستشفى تكون مشتركة بين الهيئة الطبية والمدير فهناك مداخل كثيرة بين مصادر السلطة في المستشفى مما يولد بينها أسباب للصراع.
- ولتنظيم العلاقة بين أصحاب السلطة بالمستشفى لابد من النظر إليها من خلال نظامين فرعيين:
- الأول: إداري يتولى المدير فيه دورًا تخطيطيًا في التفاوض بين مع العاصر المختلفة المكونة للنظام.
- الثاني: فني وتتولاه الهيئة الطبية وهو متعلق بمعالجة المريض.
- وأفضل المداخل التنظيمية للتخفيف من هذه الصراعات هو التنظيم المصفوف.

المستشفى والقانون والأخلاقيات

لم تكن المستشفيات بالماضي مسؤولة قانونيًا عن الأذى الذي قد ينتج من الإهمال في الممارسات الطبية التي يقوم بها الأطباء، فكانت المحاكم تنظر للمستشفى كنظرتها للفندق الذي يقدم الخدمات للنزلاء دون تحمل مسؤولية سلوك هؤلاء النزلاء.

وبما إن المستشفى وعلى عكس الأطباء غير مرخصة للممارسة الطب وإنما هي بيئة مادية ملائمة للخدمات العلاجية فلذا لا يمكن تحميلها مسؤولية قانونية عن القصور في المعالجة الطبية.

ولكن في السنوات الأخيرة نجد أن المحاكم قامت بتحميل المستشفى مسؤولية قانونية عن جودة الرعاية الطبية المقدمة من الأطباء المستقلين استجابة لتوقعات المجتمع بعدم وضع خطوط فاصلة بين مسؤولية إدارة المستشفى ومسؤولية الأطباء الممارسين مما دفع بالمستشفى لمزيد من الاهتمام بالخدمات المقدمة.

مصادر القانون:

القانون هو نظام من المبادئ والقواعد المتعلقة بالسلوك البشري وهي قواعد محددة ومعروفة من قبل الهيئة الحاكمة مشتملاً على القانون المدني والجرمي.

ويجب التنويه لأن الأخلاق تتوقع من الفرد أكثر مما يتوقع القانون منه فالقانون يحدد السلوك الأدنى فقط.

وتنقسم مصادر القانون إلى مجموعتين رئيسيتين:

١- المصادر الرسمية:

وهي المصادر الموجودة في النصوص المكتوبة والمصدر الرئيس هنا هو الدستور واللوائح القانونية، لذا فإن الأنظمة والقوانين الداخلية التي تنبئها المستشفيات على درجة كبيرة من الأهمية لمدير المستشفى حيث تعتمد عليها المحاكم لتقرير واجبات والتزامات المسؤولين فيها.

والأخلاقيات المهنية تعد من ضمن المصادر الرسمية للقانون وهي خاضعة للتفسير القانوني الذي قد يكون الأساس الذي يهتدى به في السلوك اللاحق واتخاذ القرارات.

٢- المصادر غير الرسمية:

وهي المواد والاعتبارات الهامة قانونيًا التي لم تكتسب الصفة التنفيذية ولم يتم تضمينها في وثائق مكتوبة في وثيقة قانونية رسمية مثل معايير العدالة وأسس النطق والاعتبارات التي تحكم طبيعة الأشياء.

الأساس الفلسفي (النظري) للأخلاق:

هناك ثلاث نظريات هي الأساس لدراسة الأخلاق:

١- نظرية الغاية: أساس هذه النظرية هي أن صحة أو خطأ أي قرار أخلاقي يتقرر على أساس فيما إذا كان هذا الفعل سينتج عنه منفعة أو عم منفعة بالمقارنة مع البدائل الأخرى. ولذا فلا يوجد فعل صحيح أو خطأ صحيح لذاته بناء على هذه النظرية إنما الصحة والخطأ تعتمد على النتائج المترتبة وأفضل ما يعبر عن هذه النظرية: ((الغاية تبرر الوسيلة)).

٢- نظرية الواجب:

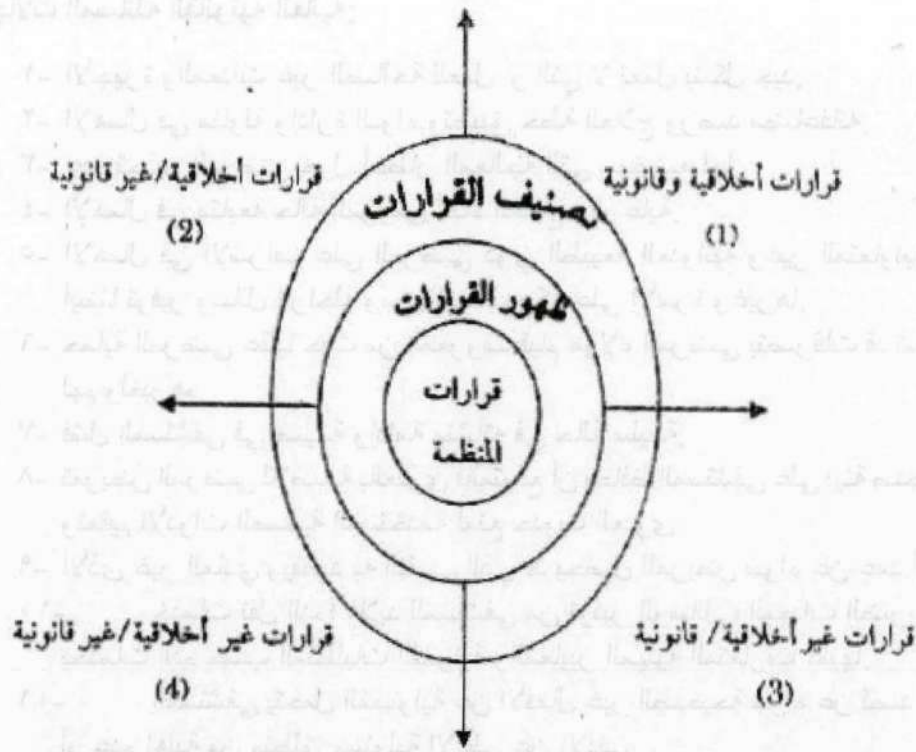
وترتكز هذه النظرية على الفعل مستقلاً بذاته دون النظر للنتائج المترتبة عليه. فنقول النظرية بأن النتيجة غير مهمة لان علينا واجبات تجاه بعضنا البعض كأشخاص عقلاء فالفعل يعتبر صحيحاً لو نابع من النية الحسنة، وحسب (كانط) فإن الفعل يعتبر صحيحاً إذا أمكن تعميمه عالمياً دون اختراق المساواة بين البشر. وتعتبر عن هذه النظرية المقولة: ((يجب عدم التعامل مع الإنسان ببساطة كوسيلة بل دائماً كغاية)).

٣- القانون الطبيعي:

وتقول هذه النظرية بأن الأخلاق يجب أن تركز دائماً على مصلحة البشر لذا فهي تركز على النتائج. وتتركز النظرية على فكر (أرسطو) الذي يفترض وجود نظام طبيعي في علاقات الأفراد مما يجعل الفرد الرشيد يميل لعمل أشياء محددة ويكتشف ما الواجب فعله. وتعتبر عن هذه النظرية المقولة: ((اعمل الخير وتجنب الشر)).

علاقة القانون بالأخلاق:

القانون هو معيار الحد الأدنى للأداء المتوقع من أفراد المجتمع فالمهنة بطبيعتها تتوقع الإذعان للقانون ولكنها تضيف للقانون مستوى اعلى وتطالب الفرد بمعيار أعلى مما يطلبه القانون. لذا فقانون أخلاقيات المهنة يمكن أن يطب ما لا يطلبه القانون، والشكل التالي يوضح مصفوفة الأخطا الممكنة عن القانوني والأخلاقي وغيرهما.



١. قرارات أخلاقية وقانونية: وهذه لا تشكل مشكلة في تحديدها.
٢. قرارات أخلاقية غير قانونية: تنشأ نتيجة استعمال مجموعتين من المبادئ والقواعد للحكم على الفعل مثل تكريم أحد مسؤولي المستشفى هو عمل أخلاقي ولكنه غير قانوني على اعتبار أنه رشوة غير مباشرة مما يجعله لا أخلاقي من مدير المستشفى.
٣. قرارات غير أخلاقية ولكن قانونية: هي مثال واضح على تطبيق المعايير الأخلاقية المتعلقة بالمهنة والتي تلزم المهنة بأعباء أكثر مما يتطلبه القانون.
٤. قرارات غير قانونية وغير أخلاقية: حيث يعتبر كل ما هو غير قانوني غير أخلاقي بشكل أوتوماتيكي.

القضايا القانونية التي تواجه المستشفى:

الإهمال:

الإهمال هو حذف أو ارتكاب فعل من قبل شخص ما وهو يشكل انحراف عن معيار الرعاية المتعارف عليه مهنيًا؛ وهناك عدة أشكال للإهمال كما يلي:

- ١- القيام بفعل غير قانوني أو غير لائق.
- ٢- الأداء غير الصحيح للعمل.
- ٣- عدم التصرف عندما يدعو الواجب للتصرف.
- ٤- سوء الممارسة الناتج عن الإهمال من جانب المهني.
- ٥- الإهمال الجرمي أي عدم الاهتمام بسلامة الغير وهو عدم اهتمام متعمد.

مجالات المسائلة القانونية العالية:

- ١- الأجهزة والمعدات غير الصالحة للعمل أو التي لا تعمل بشكل جيد.
- ٢- الإهمال في مناولة وإدارة الدواء وتطبيق خطة العلاج ورصد مضاعفاته.
- ٣- عدم تحذير المرضى حول أخطار المعالجة التي سيخضع لها.
- ٤- الإهمال في متابعة حالة المريض أثناء العلاج والرعاية.
- ٥- الإهمال في الإشراف على المرضى ذوي الطبيعة العدوانية وغير المتعاونين، ويتوقع أيضاً توفير وسائل الراحة ومسهلات الحركة على الأسرة وغيرها.
- ٦- حماية المرضى عقلياً حيث من المعروف قيام هؤلاء المرضى بتصرفات قد تسبب الأذى لهم ولغيرهم.
- ٧- فشل المستشفى في صيانة وإدامة منشآته في حالة سليمة.
- ٨- تعريض المرضى للإصابة بالعدوى فالتوقع أن يحافظ المستشفى على بيئة صحية ونظيفة وتعقيم الأدوات الصحية المستخدمة لمنع حدوث العدوى.
- ٩- الأذى غير المادي ويقصد به النفسي الذي قد يحصل للمريض سواء عن عمد أو بإهمال.
- ١٠- خدمات نقل الدم؛ فلا بد للمستشفى من توفير الوسائل والمعدات الضرورية للقيام بخدمات الدم حسب المتطلبات القانونية والمعايير المهنية المتعارف عليها.
- ١١- المستشفى يتحمل المسؤولية عن الأفعال غير الصحيحة سواء عن قصد أو بإهمال أو عدم أهلية من منطلق مسؤولية الأعلى عن الأدنى.

الاعتداء والضرب:

الاعتداء هو التهديد المقصود أو المحاولة مقروناً بالقدرة الظاهرة لإيقاع الأذى على الغير ولذا لا بد من تأمين موافقة المريض على لمس جسده مثلاً وكذلك الحصول على موافقة المريض قبل القيام بأي إجراء جراحي أو طبي؛ لذا يجب الحصول على موافقة المريض في كافة الإجراءات وإلا اعتبر اعتداءً عليه.

احتجاز المرضى رغماً عنهم:

أي تقييد حرية شخص أو احتجازه بشكل غير قانوني وليس شرطاً أن يكون بالقوة فقد يكون الاحتجاز لإرغام المريض على دفع المستحقات المالية أو لأصحاب الأمراض المعدية حتى لا ينشروا العدوى.

وفي حالة إصرار البعض على المغادرة فلا بد من توثيق ذلك في السجل الطبي ولا بد من إعلام المرضى عن الأذى المحتمل نتوجه عن مغادرته المستشفى وتوقيع إخلاء مسؤولية إذا أصروا على الخروج رغم النصيحة الطبية.

التشهير بالأشخاص:

ويشمل التشهير اللفظي أو الكتابي المسمي لشخص ما وينتج عنه أذى وضرر بالشخص المشهر به وهناك أربعة أنواع من التشهير المسبب للأذى وهي:

- ١- اتهام شخص بارتكاب جريمة.
- ٢- اتهام شخص بأنه يحمل مرضاً يثير الازمناز أو الكره.
- ٣- استعمال كلمات وألفاظ تؤثر على مهنة شخص آخر أو عمله.

٤- اتهام امرأة بعفتها.

ويجدر بالذكر أن الأطباء محميون بالقانون عند الإبلاغ عن الأمراض المعدية أو الجنسية ولكن يجدر بهم عدم مناقشة حالة المريض مع غير المريض.

التدليس:

هو الغش أو الكذب المتعمد الذي قد يؤدي بخسارة شخص أو ممتلكاته فالأطباء الذين يصرحون بأشياء ليس لديهم دليل على صحتها يمكن أن يتعرضوا للمساءلة القانونية.

اختراق سرية وخصوصية المريض:

اختراق خصوصية المريض عمل غير أخلاقي ويعرض للمساءلة القانونية وخاصة عندما يكون المريض في حالة لا تمكنه من حماية خصوصيته مثل عدم الوعي أو عدم القدرة على الحركة.

وتعتبر المعلومات المدونة في السجل الطبي سرية تمامًا لا يمكن الكشف عنها بدون موافقة المريض نفسه إلا في حالة الأمراض المعدية والطفقات النارية على سبيل المثال وغيرها مما يتطلبها القانون.

الحصول على موافقة المريض:

الجزء الأعظم من الشكاوى القانونية يكون بسبب عدم الحصول على موافقة المريض قبل أي إجراء جراحي ولا بد من هذه الموافقة أن تكون مبنية على معلومات واضحة ودقيقة حول حالة المريض.

هناك شكلان للموافقة على الإجراءات الطبية:

١- الموافقة العامة: وتكون عند دخول المريض للمستشفى وتعتبر صالحة لغايات القيام بتقديم

الخدمات الاستشفائية الروتينية ولا يمكن استعمالها كموافقة على إجراء الجراحات الطبية.

٢- الموافقة الخاصة والموقعة: لابد من الحصول عليها بشكل مسبق لأي إجراء جراحي أو

طبي.

وتستعمل كلا الموافقتين لحماية المستشفى والعاملين فيه ومن حق المريض رفض إعطاء الموافقة والمعالجة في المستشفى.

عناصر الموافقة الواعية:

١- التشخيص الدقيق.

٢- طبيعة الإجراء والغرض منه.

٣- كافة المخاطر والنتائج المترتبة على الإجراء.

٤- تقييم احتمالية تحقيق الأضرار للأهداف المرجوة.

٥- أية بدائل أخرى مقبولة للمعالجة مع المعلومات الواضحة كما هو الحال بالنسبة للإجراء

المرغوب.

٦- سلوك وتقديم المرض مستقبلاً في حالة عدم المعالجة.

ويرتكز مبدأ الموافقة على قاعدة أولية وهي أن الإنسان سيد جسده وبإمكانه وهو سليم العقل أن يمنع إجراء عملية جراحية أو أي شكل من أشكال العلاج.

وهناك عوامل أخرى تفرض اشتراك المريض في اتخاذ القرار:

- ١- إمكانية الاستغلال المادي من قبل مقدمي الخدمات الطبية.
 - ٢- ضبط الاتجاهات المنحازة عند المهنيين.
 - ٣- اشتراك المريض في اتخاذ القرار يعني احترام الشخص كشخص وهو من الشروط الأساسية لتقديم الخدمة.
 - ٤- حماية سلطة المهنة بعد تشجيع الادعاء بعدم المعرفة.
 - ٥- حمل المسؤولية الكاملة عن حياة المريض يخلق مسؤولية أخلاقية مرعبة.
 - ٦- اشتراك المريض في اتخاذ القرار تعتبر من أنواع التعبير العلمي عن الروح الديمقراطية.
- وأخيرًا فإن روح الحصول على الموافقة لا تعني التركيز على فقرات معينة من المعلومات الطبية بل على البحث وتبادل الرأي بين المهني والمريض لإيصال المعرفة والاهتمام والرؤية التي يحملها كل طرف.
- ولتقدير مدى أهمية مشاركة المريض فوجب التنويه أن التعامل مع حالة مرضية يحمل أحكامًا قيمية مع القرارات التقنية النابعة من العلوم الطبية ولو تضاربت قيم الطبيب مع قيم المريض فإن الأولوية لقيم المريض عند تقرير طريقة العلاج.

الأهلية العقلية:

في حالة فقد القدرة العقلية لا بد من إنابة آخرين لاتخاذ القرار بدلًا عنهم تحريًا للفائدة.

القدرة على اتخاذ القرار تستلزم:

- ١- أن يكون للشخص مجموعة من القيم والأهداف.
- ٢- القدرة على الاتصال وفهم المعلومات.
- ٣- القدرة على التعقل والمحاكمة فيما يختص بخياراته.

الخصوصية Confidentiality:

لكل مجتمع خصوصياته وأسراره وعالمه الخاص به فماذا يكون فكرة الشخص عن أن يكون كتابًا مفتوحًا أو تُداول أسرارته على الملأ؟

تعتبر الخصوصية أساس لتقديم الرعاية الطبية حيث إن الفحص الطبي والعلاج يستلزم علاقة صميمية بين المريض وطبيبه مما يعطي الطبيب الحق في معلومات تتعلق بحياة الإنسان ومركزه التي لا يتشاركها مع أي شخص آخر؛ لذا شددت جميع القوانين الطبية المعروفة منذ الأزل على احترام خصوصية المريض والحفاظ على سرية المعلومات الطبية.

ومن الناحية القانونية فإن جميع دول العالم تحترم خصوصية المريض ولا تسمح بإبرازها كبيئة في المحكمة إلا بإذن المريض نفسه وإلا تعرض الطبيب لسحب رخصة ممارسة المهنة منه.

قد يتطلب في بعض الأوقات خرق لهذه القوانين مثل حالات:

- الأمراض المعدية.
- الاشتباه بالجروح مثل الطلقات النارية والاعتداء على الأطفال.

- طلب معونة طبيب آخر يستلزم اطلاعه على جميع تفاصيل الحالة مهما كانت الخصوصية.

لكن الخصوصية في الوقت الحالي يصعب المحافظة عليه إذ أن كل معلومات المريض وسجله الطبي يكون موجودًا في سجلات المستشفى سواء بشكل كتابي أو إلكتروني.

مما سبق يتضح الفرق الأساسي بين السرية والخصوصية:

فالسرية: هي أنه لا يحق للطبيب أن يشارك أحدًا غيره في معرفة المعلومات.

والخصوصية: هي إشراك جميع أفراد الجهاز الطبي والإداري في هذه المعلومات بشرط أن يكون لهم حق شرعي في الوصول إليها.

في المستشفيات التعليمية تتسع حلقة المطلعين على هذه المعلومات لتشمل المدرسين والطلبة ولكن يجب التشديد على كليهما بعدم إفشاء هذه الأسرار.

ويجب أن يكون تبادل المعلومات الخصوصية بين الأطباء في مكان مغلق بحيث لا يستمع باقي الناس ممن لا حق لهم في معرفة هذه المعلومات لها.

قواعد الأخلاق المهنية:

اهتم العالمون في المهن الصحية بالمشاكل الأخلاقية التي تواجههم أثناء الممارسة ولذا وضعوا مجموعة من المبادئ الأخلاقية الأساسية التي يجب أن يستلهمها الطبيب أثناء الممارسة المهنية.

في التاريخ القديم كان تشريع حمو رابي ملك بابل هو أول مجموعة قوانين معروفة توضح بالتفصيل علاقة الطبيب بمرضاه.

وفي التاريخ الحديث فإن أساس أخلاقيات المهنة قائم على قسم أبقراط وهو ما يزال يؤديه العاملون في المجال الطبية يؤدونه حتى اليوم.

فقد جاء في الفقرة السابعة من القسم ما يأتي:

((يقول الطبيب: كل ما يمكن أن أرى أو أسمع أثناء المعالجة أو حتى خارج المعالجة عن كل ما يتعلق بحياة الناس ولا يجوز بأي حال من الأحوال أن ينتشر في الخارج فإنني أحتفظ به لنفسي وأعتبر الكلام عنه عملاً مشيناً)).

وأصدرت كلية الأطباء الأمريكيين دليلًا للأخلاقيات عام ١٩٨٤، نختار منه بعض المقاطع:

- تشخيص وعلاج مريض ميؤوس من حالته يجب ألا يتم أمام أسرته إلا إذا سمح المريض بذلك.
- يجب على الطبيب الحفاظ على سرية المريض ما لم تطبه الهيئات القضائية أو حدوث أضرار تفوق واجبه في الحفاظ على السرية.
- من واجب الطبيب أن يؤمن للمريض الميؤوس من حالته الموت بكرامة وبأقل ألم وإذا تعارضت رغبات الأسرة مع رغبات المريض فإن القضاء هو الذي يحكم في ذلك.

- إنهاء حياة المريض لإنفاذه من آلام مبرحة لا تزال عقدة أخلاقية فالقانون يمنع القيام بذلك ولكن الممارسة الغالبة هي احترام رغبة المريض إذا كان قد عبر عن ذلك في سجلات المستشفى.
- يجب على الطبيب قبول قرار المريض في استخدام علاجات غير علمية.
- الإعلان والتبليغ عن المرض يطرح صراعاً معقداً إذا رفض المريض أن يرضخ للقانون وهنا فإن الطبيب يجب أن يختار بين الرضوخ للقانون أو عدم التقيد بميثاق الخصوصية ولكاهما له نتائج وخيمة.

البحث السريري:

هدف تعامل المريض مع البحث السريري ليس محصوراً في تشخيص ومعالجة المريض الحالي بل في الحصول على معلومات يمكن أن يستفيد منها عدد أكبر من المرضى فالفائدة الأكبر هي نحو مرضى المستقبل وليس المريض الحالي.

البحث العلمي يظل مطلباً مهماً فالحصول على معلومات جديدة هو واجب ضروري من واجبات الطبيب لتحسين قدرة الطبيب على القيام بمسؤولياته المهنية.

أما الوجه السلبي لها فهو إمكانية بروز تضارب بين هدف البحث وعملية التشخيص والمعالجة للمريض الحالي لذا فالعديد من الدول وضعت قوانين لتنظيم الأبحاث التي تتناول الإنسان.

ملكية الطبيب للمؤسسات الصحية:

قد يكون الطبيب مالكا في مؤسسة صحية قائمة وفي هذه الحالة فإن من واجل الطبيب الأخلاقي أن يعلن للمريض عن ملكيته قبل أن يدخله إليها للتشخيص والعلاج، ولا يجوز أن يضع الطبيب مصالحته المادية فوق مصلحة المريض أو أن يطيل الطبيب مدة إقامة المريض في المستشفى دون ضرورة طبية؛ والغلبة تكون لمصلحة المريض ها هنا.

الحياة والموت:

الموت هو توقف الوظائف الحيوية بلا رجعة.

في العصور السابقة كانت الوظائف الحيوية هي الدوران والتنفس؛ فكان الموت مرادفاً لتوقف القلب والتنفس نهائياً.

أما في العصر الحديث تطورت نظرتة لنتركز حول وظائف الدماغ وانتقل تعريف الموت من موت الصدر إلى موت الدماغ وذلك لإمكانية حفظ الوظائف الطبيعية لفترة أطول.

هذا الانتقال في تقرير أساس الموت أتاح المجال لتطوير فرع جديد طبي وهو نقل الأعضاء.

ولكا كان تقرير موت الدماغ مسألة أخلاقية فقد وضعت الدول قواعد متعددة له ففي الأردن يجب استكمال الشروط التالية:

- ١- المريض في غيبوبة لا يستجيب لأي محرض.
- ٢- المريض موضوع على جهاز التنفس الاصطناعي.
- ٣- المريض مصاب بتلف دماغي بنيوي لا يمكن شفائه بعد مرور الوقت الكاف للتأكد من ذلك.

- ٤- مراجعة جميع الأدوية التي تعطى للمريض.
- ٥- استبعاد جميع الأسباب الأخرى للغيبوبة.
- ٦- غياب منعكسات جذع الدماغ.
- ٧- إثبات وقف التنفس.
- ٨- السكون الكهربائي في تخطيط الدماغ لمدة لا تقل عن ٢٠ دقيقة.
- ٩- التشخيص النهائي يكون في المستشفيات المركزية فقط.
- ١٠- الفحوص والاختبارات يجب إجراؤها من قبل ٣ أخصائيين أحدهم أخصائي أمراض عصبية.
- ١١- الفحوص والاختبارات يجب أن تجرى مرتين بفواصل لا يقل عن ٤ ساعات.
- ١٢- نقل الأعضاء لا يجوز أن يجرى إلا بعد إثبات موت الدماغ وفقاً للشروط السابقة.

قانون أخلاق المستشفى: Hospital Code Of Ethics

- (١) أخلاقيات المستشفى العائدة لرعاية المرضى وصحة المجتمع:
 - أ- المسؤولية الأولى للمستشفى هي رعاية المريض لذا يجب بذل أقصى طاقة لتقديم أفضل رعاية فالاعتبارات الاقتصادية يجب أن تكون اهتماماً ثانوياً.
 - ب- لا بد أن يقوم المستشفى بدور حيوي ونشط في تحسين المستوى الصحي العام للمجتمع.
 - ج- لا بد من المحافظة على علاقات مستقرة بين العاملين بالمستشفى وتعزيز العلاقات لضمان البيئة الملائمة لرعاية المرضى.
 - د- المستشفيات يجب أن تقوم بنشاط التعليم والتدريب وتحفيز البحث العلمي.
- (٢) أخلاقيات المستشفيات المتعلقة بعلاقاتها مع المستشفيات الأخرى والمجتمع:
 - أ- يتوجب التعاون بين المستشفيات والمنظمات الصحية الأخرى لتعزيز صحة المجتمع وترقيتها.
 - ب- يتوجب بذل الجهود اللازمة لضمان عدم استنساخ المنشآت والخدمات المقدمة من قبل المستشفيات الأخرى.
 - ج- يتوجب على المستشفيات الامتناع عن الحط من مكانة باقي المستشفيات.
 - د- يتوجب أن تكون أمينة في تحضير التقارير المتعلقة بأنشطتها وخدماتها للجهات المعنية.
 - هـ- يتوجب دعم وتشجيع كل طريقة فعالة من شأنها تخفيف العبء المالي المترتب على معالجة المرضى ويشمل ذلك:
 - العلاج المجاني للفقراء.
 - إجراء الفحوصات التشخيصية قبل إدخال المريض للمستشفى (Preadmission Testing).
 - تقليل مدة إقامة المرضى ما أمكن.
 - الامتناع عن إدخال المرضى للمستشفى دون ضرورة طبية.
 - الامتناع عن القيام بالإجراءات المشكوك بفعاليتها.
 - إمكانية الدفع المؤجل لفاتورة المستشفى على أقساط.

- و- يتوجب أن تكون المستشفيات أمينة وغير متحيزة في إدارة كل العلاقات المتعلقة بإجراء صفقات الأعمال مع الآخرين.
- ي- يتوجب على المستشفيات الاستجابة لحاجات المجتمع المخدوم وتقديم الخدمات الجديدة استجابة للحاجات المستجدة للمجتمع.
- (٣) أخلاقيات المستشفيات الحاكمة لسلوك الهيئة الطبية والعاملين:
- أ- سرية المعلومات والتي تفرضها الأخلاق المهنية على الأطباء والمرضى والعاملين بالمستشفى أيضاً ولا يجوز الكشف عن أي معلومات لأي شخص غير مخول بالاطلاع عليها.
- ب- لا يحق لأي موظف بالمستشفى قبول تعويض من أي منظمة بسبب إشغاله مركزاً وظيفياً.
- ج- يتوجب على المستشفى والعاملين به الامتناع عن استدراج المرضى للمستشفى وخدماته.
- (٤) الأخلاقيات المتعلقة بالدعاية والشهرة:
- أ- لا يجوز إعطاء معلومات تتعلق بالمرضى دون الحصول على موافقة المريض أو عائلته.
- ب- يجب عدم استعمال المعلومات المتعلقة بأنشطة المستشفى لغايات الحصول على ميزات تنافسية على المستشفيات الأخرى.
- (٥) أخلاقيات مجلس الغدارة والأمناء:
- أ- تحديد سياسات المستشفى المتعلقة بحاجات المجتمع.
- ب- توفير الأجهزة والمعدات بما ينسجم مع حاجات المجتمع.
- ج- التأكد من مراعاة المعايير المهنية في الممارسة والمحافظة عليها.
- د- التنسيق بين مصالح المهنيين ومصالح الغدارة والمصالح المالية وحاجات المجتمع.
- هـ- توفير التمويل المناسب عن طريق تأمين دخل كافي وممارسة رقابة صارمة للنفقات.
- و- تعيين مدير المستشفى على أساس الجدارة وليس الانتماء السياسي أو المحاباة.
- ز- لا يجوز لأي عضو تحقيق مكاسب نتيجة ارتباطه بالمستشفى.
- (٦) أخلاقيات المستشفى المتعلقة بالهيئة الطبية:
- أ- يجب أن تكون منظمة من خلال دوائر متخصصة ولجان وظيفية.
- ب- تقتصر العضوية على التعيين في المستشفى على الأطباء المؤهلين قانونياً.
- ج- تتحمل الهيئة الطبية ومجلس الإدارة حماية المصلحة العامة بحيث لا يسمح لأي عضو القيام بأي إجراء طبي ما لم يكن مؤهلاً لذلك.
- د- يتوجب الحصول على استشارة طبية مناسبة لحماية المرضى في الحالات المشكوك بها.
- هـ- طرد أي عضو من أعضاء الهيئة الطبية عند ارتكابه عملاً لا أخلاقياً.
- (٧) أخلاقيات المستشفى التي تحكم السجلات الطبية:
- أ- يتوجب توفير المنشآت الملائمة لتوثيق وحفظ سجلات طبية كاملة.
- ب- يتحمل المستشفى وموظفيه مسؤولية حماية السجلات الطبية للمرضى والتأكد من أن السجلات الطبية يتم الوصول لها فقط من الأشخاص المخولة بذلك.
- (٨) أخلاقيات علاقة المستشفى مع أفراد المجتمع:

- أ- حماية أفراد المجتمع من أية معالجة غير قانونية أو غير مؤهلة.
- ب- إبلاغ المعارف والأصدقاء إذا كان المريض بحالة خطيرة.
- ج- احترام حق المريض في الخروج من المستشفى أو التحويل لمستشفى آخر أو رفض العلاج.
- د- تجنب تحميل المريض أجور مبالغ فيها أو غير اعتيادية.
- هـ- رفض تقديم أو صرف أي علاج سري والاقتصار على الأدوية الرسمية فقط.

رسالة راجعة

رئيس مجلس إدارة مستشفى

مقدمة

لم يعد التخطيط لخدمات الرعاية الصحية والاستشفائية عملية سهلة تقتصر على وضع الخطة السنوية لتشغيل المستشفى، أو النظر إلى المنظمة الصحية وما يجري بها دون الانتباه لما يجري بالبيئة الخارجية. بل أصبحت عملية معقدة نظراً للتغير الجذري الذي شهدته بيئة الصناعة الاستشفائية والصحية. فأصبح التخطيط رد فعل معقد لبيئة متزايدة التعقيد في جميع المجالات. كل ذلك يستدعي من عملية التخطيط أن تكون منظمة ورسمية. واستدعى تحضير خطط قصيرة وطويلة المدى لمواجهة البيئة المضطربة والحكومة بالتشريعات والمعايير المقيدة سواء كانت إلزامية تضعها الجهات المشرعة أم تطوعية تضعها جهات غير رسمية. مما أبرز الحاجة الملحة لإحسان تسويق المستشفى النفسية وخدماته بيئة تنافسية ومفتوحة أكبر من ذي قبل، ملينة بالفرص والمخاطر مما يستوجب من إدارة المستشفى التخطيط للمستقبل للعبور بفاعلية واقتدار وبما يضمن بقاء ونمو المستشفى.

مبادئ تخطيط خدمات ومنشآت المستشفى:

وهذه مبادئ أساسية يسترشد بها عن التخطيط لخدمات وبرامج المستشفى:

١- تقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى ويمكن ذلك عن طريق:

- أ- توفير عناصر بشرية مؤهلة وأجهزة والخدمات الداعمة الأخرى.
- ب- وجود هيكل تنظيمي يحدد المسؤوليات والواجبات ويركز على المحاسبة عن النتائج.
- ج- التفاعل بين أعضاء الهيئة الطبية وأعضاء الفريق الصحي (تعليم، تدريب، استشارات، لجان...الخ).
- د- مراجعة مستمرة لمدى جودة الخدمات المقدمة من الأطباء والمرضات والفنيين.
- هـ- أنشطة تعليمية مصممة لتحسين رعاية المرضى وإبقاء الأطباء على اطلاع على تقدم الطب والتكنولوجيا الطبية.
- و- تطبيق معايير الرعاية الاستشفائية الجيدة.

٢- التوجه الفعال للمستشفى نحو المجتمع الخدم ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- أ- وجود مجلس إدارة من ذوي الاهتمام بقضايا المجتمع وصحته وممن لديهم قدرات قيادية.
- ب- وجود سياسات تركز على توفير خدمات استشفائية على أساس حاجة أفراد المجتمع.
- ج- وجود برامج خدمات ممتدة إلى المجتمع إلى المجتمع المحلي وأماكن إقامة بعض الفئات ككبار السن وذوي الأمراض المزمنة أو مدمنين المخدرات، والكحول.
- د- المشاركة في برامج الصحة العامة الموجهة لخدمة المجتمع (تطعيم، وقاية،...الخ)
- خ- التكامل بين خطط وبرامج المستشفى والأهداف المرسومة للمجتمع المحلي وتنميته.

- و- وجود برنامج علاقات عامة قادة على إطلاع المجتمع على أهداف المستشفى وخطته وقضاياها.
- ٣- ضمانات الاستمرار والنحو للمستشفى مستقبلاً ويمكن ذلك من خلال:
- أ- وجود إدارة مالية كفؤ قادرة على توفير الأموال اللازمة لدعم إيرادات المستشفى.
- ب- الموازنة والانسجام بين الخدمات التي يقدمها المستشفى مع حاجة المجتمع وتواجد السيولة.
- ج- المحافظة على نسبة أشغال مثلى للأسرة ويعتمد على قدرة المستشفى على اجتذاب أطباء أكفاء.
- د- وجود خطط للتوسع والتطوير مبنية على أساس حاجة المجتمع لتجنب الازدواجية في الموارد.
- هـ- وجود خطة محددة لتمويل رأس المال لضمان تبديل المعدات وتطوير المنشآت.
- و- وجود خطة موازنة سنوية للمحافظة على:
- أعلى مستوى من الخدمة.
 - معدات وخدمات كاحتياطي للأحوال الطارئة.
 - هيكل أجور جيد وعادي.
 - دفع مستحقات الديون والالتزامات.
 - تمويل استهلاك الآلات والمعدات وتجميع رأس المال اللازم لتبديل الآلات.
- ز- مشاركة المجتمع دعم المستشفى من خلال الممولين والمتبرعين والمتطوعين.
- ٤- وجود تخطيط منظم في المستشفى من خلال:
- أ- وجود إدارة تقبل بشمولية التخطيط (قصير وطويل الأجل) بدعم من لجنة التخطيط طويل الأجل.
- ب- تحديد منطقة خدم المستشفى.
- ج- تحليل أفراد الهيئة الطبية بالنسبة للعمر وموقع العيادة، وعدد المرضى المدخلين للمستشفى.
- د- فحص وتقييم الاستعجال المالي لتقدير الطلب المستقبلي على طلبات المستشفى.
- هـ- تحديد أهداف قصيرة وبعيدة للمستشفى.
- و- تحضير خطط وبرامج تفصيلية تصف:
- الأهداف قصيرة المدى.
 - المنشآت والأجهزة والموارد البشرية المطلوبة لتحقيق الأهداف.
- ٥- وجود خطة معمارية صحيحة ويتحقق ذلك من خلال:

- أ- التعاقد مع مهندس معماري ذو خبرة في صناعة المستشفيات.
- ب- اختيار موقع ملائم لمستشفى.
- ج- تقرير حجم المنشأة الكلي وحجم الخدمات بما يتناسب مع الحاجة المقدرة لمنطقة الخدمة.
- د- تأسيس أنماط مناسبة للحركة والتنقل داخل ومن وإلى المستشفى.
- هـ- خطة معمارية تراعي الحاجة إلى التوسع المستقبلي والاستغلال الأمثل للموارد البشرية وتضع الأنشطة في أماكنها الصحيحة، مع توفير المرونة لإمكانية التعديل في غرف المرضى.
- و- الاهتمام الكافي بقضايا:
 - ضبط العدوى.
 - خطط الطوارئ والكوارث.
 - الاستعمال المشترك للخدمات من قبل المرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية.

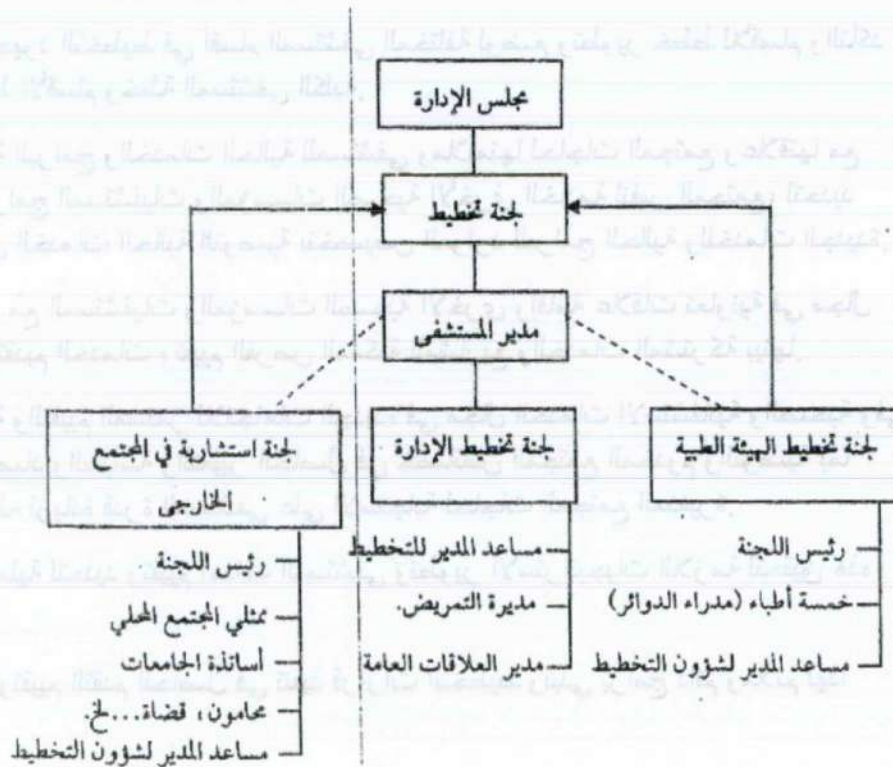
دور مدير المستشفى:

- نتيجة لما سبق لابد لمدير المستشفى كقائد لعملية التخطيط أن يقوم بما يلي:
- ١- تنظيم عملية التخطيط وجعلها رسمية ذات منهجية مدروسة وإشراك العناصر الكفوة لوضع توصيات مناسبة بشأن مستقبل المستشفى.
 - ٢- تحفيز جهود التخطيط في أقسام المستشفى المختلفة لوضع وتطوير خطط للأقسام والتأكد من تكامل خطط الأقسام وخطة المستشفى الكلية.
 - ٣- مراجعة البرامج والخدمات الحالية للمستشفى وملائمتها لحاجات المجتمع وعلاقتها مع خدمات وبرامج المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى الخادمة لنفس المجتمع، لتحديد الثغرات في الخدمات الحالية التوصية بتخصيص الموارد للبرامج الحالية والخدمات الجديدة.
 - ٤- التعاون مع المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى وإقامة علاقات تعاونية في مجال التخطيط وتقديم الخدمات وتقييم الفرص الممكنة للمشاريع والخدمات المشتركة بينها.
 - ٥- الدراسة والتقييم المستمر للاتجاهات الجديدة في مجال الخدمات الاستشفائية والصحية وفي مجال الاقتصاد والسياسة والتغيير الحاصل في خصائص المجتمع المخدوم والتوصية بما يتوجب عمله لزيادة قدرة المستشفى على الاستجابة لحاجات المجتمع المتغيرة.
 - ٦- قيادة عملية لتحديد وتقييم أهداف المستشفى وتطوير الاستراتيجيات اللازمة لتحقيق هذه الأهداف.
 - ٧- متابعة وتقييم التقدم الحاصل في تنفيذ قرارات التخطيط وتبني برامج دائم وملائم لهذا الغرض.

المداخل المختلفة للتخطيط:

يمكن للمستشفى الاختيار من بين الأشكال التالية للتخطيط:

- ١- التخطيط من قبل المدراء التنفيذيين بالتناغم مع دوره إعداد الموازنة السنوية للمستشفى ولا يلزم هذا المدخل للظروف المتغيرة في بيئة المستشفى الخارجية.
- ٢- التخطيط من قبل مستشار تخطيط حيث يقوم بجمع وتحليل البيانات وتقديم تقارير بذلك لمدير وإدارة المستشفى. وفي هذه الحالة يكون مدير المستشفى النقطة المركزية لنشاط التخطيط.
- ٣- نائب المدير أو المدير العام يتولى كافة مهام التخطيط مع تكليف أحد المدراء مسؤولية إدارة الأنشطة اليومية ويرفع للمدير العام تقارير بذلك.
- ٤- مدير متفرغ للتخطيط ويعمل معه عدداً من مستشاري التخطيط مع رفع تقاريرهم للمدير العام. ويمكن أن تشمل مسؤولية دائرة التخطيط كافة أنشطته ومنا الاتصال مع المؤسسات الأخرى.
- ٥- لجنة تخطيط منبثقة عن مجلس الإدارة تتولى التخطيط مستعينة عاداً بمستشار للتخطيط ويمثل بهذه اللجنة مجلس الإدارة وإدارة المستشفى والأطباء والمرضات وبعض فاعليات المجتمع مستعينة بالخبرات المتخصصة في التخطيط، ويبين الشكل (٦) مدخل لجنة التخطيط في المستشفيات كبيرة الحجم.



الشكل (٦) مدخل لجنة التخطيط

مخرجات عملية التخطيط:

ينتج عن عملية التخطيط خمس مخرجات كما يلي:

- ١- غاية عمل المستشفى.
- ٢- أهداف المستشفى.
- ٣- استراتيجيات المستشفى.
- ٤- الاستراتيجيات الفرعية للمستشفى.
- ٥- السياسات والإجراءات.
- ١- تحديد رسالة المستشفى:

توضيح رسالة ومعالم هوية المستشفى من حيث ما تقدمه ولمن تقدمه ومناهجها ومبادئها وفلسفتها ودورها وتشكل الأساس المعتمد في التخطيط. ولتحديد رسالة المنظمة لابد من الانتباه للأسئلة التالي:

- ١- مال المجتمع الذي ستستخدمه المستشفى؟ وما خصائصه؟ وما أهم حاجاته الصحية؟ وهل هذه الحاجات ملباه من المؤسسات الصحية الحالية؟
- ٢- هل هناك مجموعات محددة من المجتمع لم تلبي حاجاتها الصحية أو ملباه بشكل محدود؟ وما أسباب عم تليبيتها؟ وماذا يمكن للمستشفى عمله حيال الأمر.
- ٣- هل رسالة المستشفى ذات مرتبطة بحاجات المجتمع الحالية؟ وما صورة المجتمع وخدماته في أعين أفراد المجتمع؟ وما الخدمات التي يقدمها المستشفى؟ وما مستوى جودتها؟ وما حجمها وهل يكفي تحقيق اقتصاديات الحجم؟ وهل هي معبرة عن رسالة المستشفى؟ هل خدماتنا نسخة من خدمات باقي المستشفيات؟
- ٤- ما دور المستشفى في النظام الصحي للمنطقة التي يعمل بها المستشفى؟ وهل برامج المستشفى تتكامل مع نظام الرعاية الصحية للمنطقة؟
- ٥- ما مستوى جودة برامج المستشفى عموماً؟ وهل تتطابق أو تتفوق على المعايير المتوقعة من المجتمع؟
- ٦- هل سيتم خدمة العملاء بشكل أفضل إذا تم تكامل خدمات المستشفى مع غيره من المستشفيات؟ هل هنالك برامج يمكن غلقها بسبب ضعف الطلب عليها أو ضعف جودتها أو لعدم توفر الموارد أو عدم الحاجة لها؟
- ٧- ما مستوى خدمات العيادات الخارجية في المستشفى؟ وهل تلبي حاجات وتوقعات العملاء؟ هل تقدم خدمات الإسعاف والطوارئ؟ وهل خدمات الطوارئ مزودة بالعناصر المؤهلة؟ وهل تستطيع غرفة الطوارئ تقديم مدى مرضي من خدمات الطوارئ؟
- ٨- هل يقدم المستشفى أو يفكر في تقديم خدمات رعاية طويلة المدى لمرضى (الأمراض العقلية. وغيرها)؟

٩- هل يقوم المستشفى بالتدريب والتعليم؟ وهل هنالك ترتيبات للارتباط مع كليات الطب؟ وما إمكانيات القيام بالبحث العلمي؟

١٠- هل مجلس الإدارة أو الأمناء يدعم إدارة المستشفى؟ وما سابق الخطوات لتأمين دعم المجتمع المحلي للمستشفى؟

١١- هل البيئة الطبية منظمة ومؤهلة؟ وما هي خصائص الهيئة الطبية (العمر، تخصص) وكيف يتم اختيار أعضائها؟ وما مساهمات أعضاء المستشفى؟

١٢- هل يواجه المستشفى صعوبات في الحصول على العنصر البشري المؤهل؟

٣- الاستراتيجيات:

هي الخطط العامة التي تحددها المستشفى لتحقيق الأهداف العامة وهي مسؤولية الإدارة العليا وتكون عادةً طويلة الأجل وتتطلب الالتزام بتخصيص كم كبير من الموارد.

الإستراتيجية: الطريق التي تحقق من خلالها المستشفى أهدافها مثل توسيع نطاق الخدمة الصحية وتحقيق التكامل بين الخدمات.

٣- البرامج التكتيكية Tactical Programs:

هي النشاطات المنظمة والمخططات للدوائر والأقسام في المستشفى ولكل وحدة وتعتبر استراتيجيات فرعية.

٤- السياسات والإجراءات Policies & Procedures:

تعمل السياسات كقواعد وضوابط لاتخاذ القرار في المستشفى ويجب أن تكون متوافقة مع الرسالة والأهداف وتنقسم إلى (سياسات عاملة للمنظمة، وسياسات عملياتية للأقسام).

٥- الإجراءات:

سلسلة الخطوات المحددة للقيام بعملٍ ما لتوجيه العاملين ضامناً تناغم السلوك ومعيارية الأداء.

١- اعداد راجعة بشان الخطة الاستراتيجية

٢- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٣- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٤- اعداد راجعة بشأن استراتيجية
٥- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٦- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٧- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٨- اعداد راجعة بشأن استراتيجية
٩- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٠- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١١- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٢- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٣- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٤- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٥- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٦- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٧- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٨- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

١٩- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٢٠- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٢١- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٢٢- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

٢٣- اعداد راجعة بشأن استراتيجية

خصائص التخطيط الاستراتيجي الفعال:

هناك ٤ خصائص للتخطيط وهي:

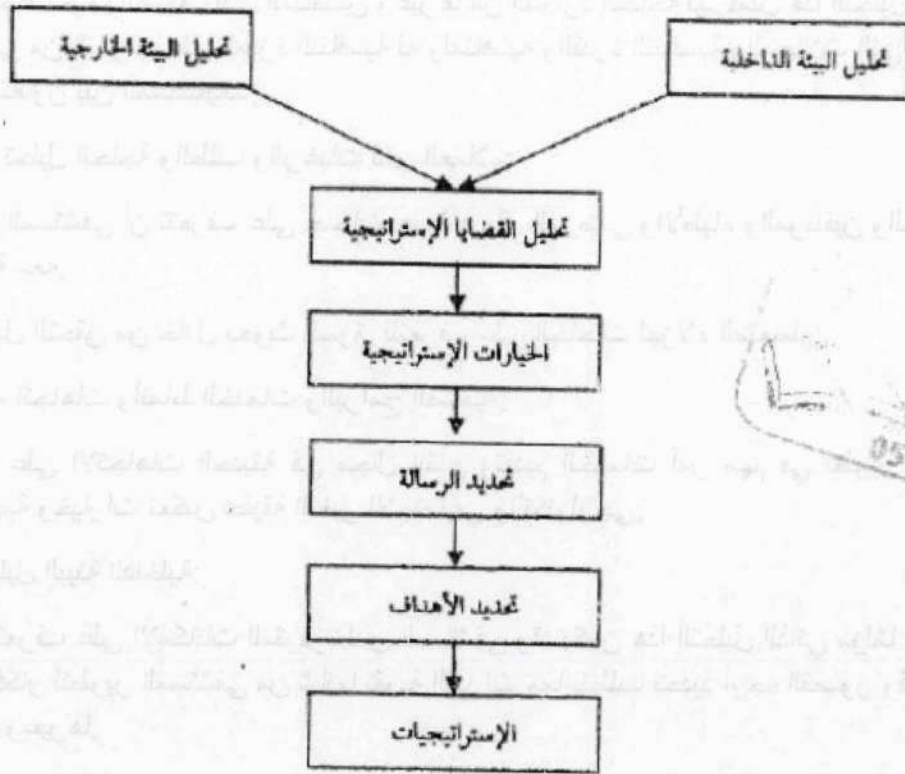
- ١- التوجه التسويقي بدلاً من التوجه الإنتاجي:
فرضت التغييرات الكبيرة على المستشفى الاهتمام بالخدمات التي يحتاجها السوق لا الخدمات التي تريد المستشفى تقديمها، وأصبح الأفراد والجماعات نقطة تركيز المستشفيات وليس الإنتاج.
- ٢- آلة المنظمة المكتوبة أو المتضمنة ليست نقطة بداية التخطيط.
لا يجوز أن تشكل رسالة المستشفى تقييداً للمستشفى عن دوره الأساسي والغرض من وجوده.
عناصر التخطيط الاستراتيجي تتحدد بعد استكمال تحليل عناصر البيئة الخارجية والداخلية وقد يلجأ المستشفى لتغيير جذري برسائلته وخدماته.
- ٣- تعد عملية التخطيط الاستراتيجي عملية فنية تقوم على أساليب التحليل الكمي.
فالتخطيط الاستراتيجي الناجح هو الذي يوازن بين الحاجة للتحليل الكمي والحاجة العملية للسياسة والتفاوض من أجل الوصول لقرارات قابلة للتنفيذ.
- فالحسابات الكمية وحدها لا تضمن نجاح تطبيق القرارات الاستراتيجية ولا بد من إكمال الخطة الاستراتيجية بالتركيز على العملية السياسية التفاوضية.
- ٤- التخطيط الاستراتيجي أصبح جزءاً لا يتجزأ من مهمة إدارة المستشفى.
يتطلب دمج عملية التخطيط في الإدارة مشاركة واسعة من الأطراف العديدة العاملة بالمستشفى.

عناصر عملية التخطيط الاستراتيجي:

٦ عناصر للتخطيط الاستراتيجي وهي:

- ١- تحليل البيئة الخارجية.
- ٢- تحليل البيئة الداخلية.
- ٣- تحليل القضايا الحاسمة والخيارات الاستراتيجية.
- ٤- تطوير رسالة المستشفى.
- ٥- تطوير أهداف المستشفى والوحدات العاملة به.
- ٦- الاستراتيجيات.

ويمكن تلخيصها في الشكل التالي:



١- تحليل البيئة الخارجية:

وهي القوى الخارجية المؤثرة على المستشفى وتقييم التأثير المحتمل لهذه القوى مما ينتج عنه تحديد عمليات المستشفى والسوق الحالي للتعامل مع منافسيه في السوق الاستشفائي.

ويتضمن التحليل ما يأتي:

أ- التنبؤ الديموغرافي ويتضمن:

١. تحليل خصائص المجموعات السكانية المخدومة فهي الأساس لتحديد الخدمات التي يحتاجها السوق ويطلبها.

٢. تقدير حجم السكان الحالي والمستقبلي ومعرفة التدقيق الأقرب للصواب.

ب- مسح البيئة القانونية والتشريعات الحاكمة:

وهو معرفة أثر القوانين والتشريعات على المستشفى من حيث اعتبارات كثيرة كتكوين رأس المال والتكنولوجيا الطبية وغيرها.

وقد تدفع المستشفى لخيارات استراتيجية مضطرة مثل استراتيجيات التنوع.

ج- تحليل المنافسة:

معرفة نقاط القوة والضعف لدى المنافسين وغيرها من الموارد المتاحة لهم فمثل هذا التحليل يمكن المستشفى من التعرف على الميزة التنافسية له ولمنافسيه والقدرة التنافسية والمجالات التي تشكل أساس التعاون بين المستشفيات.

د- تحليل الحاجة والطلب والرغبات لدى العملاء:

لا بد من المستشفى أن تتعرف على حاجات عملائه مثل المرضى والأطباء والموظفين والجهات المتعاملة معه.

وهذا سهل التحقق من خلال بحوث السوق للتعرف على الحاجات لهؤلاء المتعاملين.

هـ - اتجاهات وأنماط الخدمات والبرامج الصحية:

التعرف على الاتجاهات الحديثة في مجال إنتاج وتقديم الخدمات أمر مهم في تطوير بدائل استراتيجية وخيارات تعكس حقيقة التغير الاجتماعي والتكنولوجي.

٢- تحليل البيئة الداخلية:

بهدف التعرف على الإمكانيات المتوفرة لدى المستشفى وقد يكون هذا التحليل الذاتي مؤلماً ولكنه يؤدي لأفكار لتطوير المستشفى من شأنها تقوية القدرات مما يتطلب تحديد أوجه القصور وفرص التحسين وغيرها.

ويهتم هذا التحليل بدراسة استعمالية خدمات المستشفى وأنماط ومصادر المرض الداخل للمستشفى والأداء المالي ووضع المنشآت من حيث الكفاءة.

٣- تحليل القضايا الرئيسية والخيارات الاستراتيجية:

يوفر التحليل الخارجي والداخلي الأرضية لتحديد القضايا الرئيسية والتحديات التي تواجه المستشفى.

مما ينتج تحديد الخيارات المتاحة والأساس للتقييم الواقعي لرسالة المستشفى.

٤- تطوير رسالة المستشفى:

ويتضمن الإجابة على ٤ أسئلة:

ما هي الخدمات التي نريد تقديمها؟

ما هي الأعمال الأخرى التي نريد الدخول لها؟

ما هي الخدمات التي يتوفر لدينا الموارد لتقديمها؟

ماذا يحتاج المجتمع؟

وتوضح الرسالة الغرض الرئيسي للمستشفى لذا لا بد أن تكون واسعة لإعطاء مجال للإبداع والتجديد.

٥- تطوير الأهداف العامة وأهداف الأقسام :Goals and Objectives:

لا بد من مراعاة كون الأهداف تتسق مع الاستراتيجية فالرسالة تحدد الدور العام لوجود المستشفى بينما الأهداف تحدد الاستراتيجيات.

ويراعى خصائص الأهداف التالية:

١. قابلة للقياس.
٢. لها أفق زمني محدد لإنجازها.
٣. تحديد الشخص المسؤول عن تحقيق الهدف.
- ٦- الاستراتيجيات:

أدت المنافسة المتزايدة لتفحص وتطوير استراتيجيات شبيهة بتلك المستخدمة في منظمات الأعمال.

ومن هذه الاستراتيجيات التي نجحت بالمستشفيات:

أ- المنافسة غير السعرية:

تعتبر استراتيجية مهمة في الرعاية الصحية فلا يُسمح للمستشفيات والأطباء بممارسة المنافسة السعرية.

والغاء السعر أدلى للمستشفيات للتنافس على أساس الخدمات مثل الاهتمام بتوفير منشآت حديثة وزيادة مدى الخدمات المقدمة وتحسين تواجد الخدمات.

ب- استراتيجيات التكامل العامودي:

وتأخذ شكلين:

- التكامل العامودي للأمام.
- التكامل العامودي الخلفي.

وبدأت المستشفيات منذ الثمانينيات اغتنام الفرص للتكامل الخلفي حيث بدأت الدخول لصناعة الأدوية التقليدية وبعض مستلزمات الخدمات الاستشفائية وغيرها وقد بدأ الاهتمام بهذا التكامل الخلفي يزداد بين المستشفيات.

أما الأمامي فيتضمن التقدم والاقتراب من المستهلك النهائي للمنتجات والخدمات من إنشاء لمنظمات صيانة الصحة والعيادات المرتبطة بالصحة وعيادات تخفيف الوزن وغيرها الكثير.

ج- استراتيجيات التكامل الأفقي:

وتشمل الاندماج والامتلاك وإعادة الهيكلة بين المؤسسات المقدمة لنفس الخدمات وقد تأخذ ٣ أشكال:

١. ربط المؤسسات المتباعدة جغرافيًا أو المتقاربة جغرافيًا.

٢. ربط Linkage المؤسسات المتقاربة جغرافيًا.

٣. قيام المستشفى بتقديم مزيج من الخدمات للحالات الحادة وغير الحادة بالمرضى المنومين Acute/Non acute.

وهذا النوع من الاستراتيجيات يساعد المستشفى على الاستفادة من اقتصاديات الحجم الكبير ومركزية القدرات الإدارية التي يمكن استغلالها.

استراتيجية التكامل الأفقي أو التوسع تتيح للمستشفيات مركزية الخدمات الإدارية فهي توظف خبراءها لخدمة عدة مؤسسات صحية وتعطيها ميزة التنافس.

والشكل الأخير من التوسع هو التوسع باتجاه الوصول للمدى الكامل عن خدمات الرعاية الحادة وغير الحادة بهدف السيطرة على حركة المرضى.

د- استراتيجيات التنوع Diversification:

وهي على نوعين:

- التنوع ضمن الصناعة الواحدة أو الصناعات المرتبطة بالصناعة.
- التنوع بالدخول لصناعات ليست ذات علاقة بالصناعة الاستشفائية.

١. استراتيجيات التنوع ذات العلاقة بالصناعة الاستشفائية وتشمل:

أ. استراتيجية التنوع العامودي مثل:

- وحدة الجراحة النهارية أو جراحة العيادات الخارجية.
- مراكز التوليد.
- منظمات صيانة الصحة.
- بيوت الرعاية للمسنين.
- مراكز تأهيل مرضى القلب.
- المختبرات التجارية.
- مراكز خدمات الطوارئ.
- مراكز رعاية المرضى الخارجيين.
- خدمات الإسعاف.
- الطب الصناعي.
- برامج الصحة للمديرين.
- خدمات إسكان كبار السن.

ب. استراتيجيات التنوع الأفقي وتشمل:

١. حيازة المستشفيات:

- بالشراء.

- بالاستئجار.

٢. عقود الإدارة:

- إدارة كامل المستشفى.

- إدارة أقسام أو وحدات محددة.

٢. استراتيجيات التنوع غير المرتبطة Unrelated بالصناعة الاستشفائية وتشمل:

- الاستثمار في الأعمال الأخرى خارج الصناعة الصحية.

- الاستثمار في العقارات.

- الامتداد في الخدمات الدائمة الموجودة بالمستشفى لخارج قطاع الصناعة الصحية.

ج. استراتيجيات التحول Conversion وتشمل:

١. تحرير أسرة المستشفى بحيث تصبح أسرة متأرجحة يستعملها من يحتاجها.
٢. التحول لوحدات للرعاية المتخصصة مثل معالجة إدمان الكحول والتأهيل وغيرها.
٣. التحول لوحدات الرعاية المكثفة Intensive care مثل وحدات تنقية الكلى ووحدات رعاية مرضى القلب والربو... إلخ.
٤. تقليص الطاقة كخفض عدد الأسرة وإغلاق بعض قاعات المرضى.
٥. التحول من خدمة المرضى المنومين لخدمات عيادة خارجية.
٦. التحول في ملكية المستشفى من مستشفى خاص لعام أو العكس وخاصة عند التعثر المالي للمستشفى.
٧. التحول في مسؤولية تشغيل وإدارة المستشفى من عام لخاص والعكس وذلك كلياً أو جزئياً بسبب المشاكل المالية.
٨. التحول من خدمة المرضى المنومين لخدمات خارجية وغيرها.

1. التحويل Conversion

2. التحويل من التحويل

3. التحويل من التحويل

4. التحويل من التحويل

5. التحويل من التحويل

6. التحويل من التحويل

7. التحويل من التحويل

8. التحويل من التحويل

9. التحويل من التحويل

10. التحويل من التحويل

11. التحويل من التحويل

12. التحويل من التحويل

الفصل السابع

خطة الموازنة السنوية للمستشفى

مقدمة

تعتبر الموازنات أمراً حيوياً لأي مشروع ولحقيقة كون المستشفيات مؤسسات خدمية غير ربحية تهدف لتقديم خدمات صحية بمستوى جيد أصبح تحضير موازنات لهذه المؤسسات أمراً حيوياً يفوق في أهميته لها أهمية تحضير الموازنات المالية السنوية لنشاطات المشاريع الصناعية والتجارية وأصبح من الضروري لهذه المؤسسات إعداد الموازنات المالية السليمة للقيام بمسؤولياتها بكفاءة لتحقيق الاستقلال للمصادر المحدودة المتاحة لها. وهنا تأتي أهمية الموازنة والتخطيط المالي السليم لتوضح لإدارة المستشفى الأموال اللازمة لتمكينها من الاستمرار في عملياتها ولتعمل على توفير مسبقاً قبل أن تفاجأ بعجز مالي يواجهها أثناء السنة.

الغرض من تحضير الموازنة:

إن الغرض من الموازنة السنوية للمستشفى هو وضع تكاليف وتشغيل المستشفى وهي بذلك دليل لإنجاز النشاطات والانحرافات الكبيرة عن التكاليف المرصودة والمستوجبة للتوضيح. وبينما تتضمن الموازنة تكاليف العنصر البشري وتكاليف الموارد والمعدات والبناء وصيانتها، فهي أساساً وسيلة لقياس كفاءة العاملين بالمستشفى كونهم المستعملين للمواد وأدوات الإنتاج الأخرى لتنفيذ الأنشطة وغاية وضع الموازنة للمستشفى هي تحقيق الأهداف التي وضعتها الموازنة لها.

وعادةً تقوم إدارة المستشفى في نهاية كل سنة مالية بمراجعة إنجازات السنة المنتهية من خلال تقييم عام لنشاطاتها ومركزها المالي والنتائج المحققة للتحضير للموازنة القادمة. وعلى ضوء أهداف المستشفى للسنة المقبلة والمركز المالي الحالي والمتوقع والاتجاهات الحالية والمتوقعة للأجور والأسعار وتحليل تكلفة نفقات السنة الماضية يقوم المستشفى بتحضير موازنته السنوية بشكل يوضح الإيرادات المتوقعة من عمليات التشغيل والنفقات المتوقعة، وبالتالي الأموال المطلوب توفيرها لتتمكن المستشفى من الوصول إلى النتائج والأهداف المرجوب تحقيقها في السنة القادمة. وتعتبر الموازنة خطة يستشير بها المستشفى وتأخذ الآتي في الاعتبار:

١- الحاجة إلى التغيرات في الوسائل التشخيصية والعلاجية

٢- المؤثرات والتغيرات الاقتصادية والسكانية.

٣- إدخال الخدمات والطرق الحديثة لتحسين مستوى الخدمات الطبية الحالية ومواكبة التطور في الأساليب العلمية والتكنولوجية في مجال الخدمات الصحية.

تعريف الموازنة:

تعرف الموازنة بصيغ مختلفة فالبعض يعرفها بالأداة الرئيسية لخفض التكلفة وآخرين بالخطوط والسياسات الإدارية المستقبلية معبراً عنها بأسلوب محاسبي ويعتبرها البعض الآخر بالأداة الرئيسية للرقابة المالية. ونلاحظ منها المعنى المتضمن في الموازنة كأداة للتخطيط وكوسيلة للرقابة الإدارية على النفقات والنشاطات المختلفة والنتائج المتوقعة ومقارنتها بالمقاييس المعتمدة في الموازنة وفي هذا الإطار يمكن اعتبارها نوع خطط متخصص لتوضيح النشاطات والنتائج المتوقعة للمستشفى ووحداته التنظيمية بأسلوب رقمي لمدة زمنية محددة قادمة بما يكفل تحقيق الأهداف المرسومة في الخطة.

الموازنة كوسيلة للرقابة الإدارية:

إذا كانت الموازنة كخطة توضح النشاطات المستقبلية للمستشفى بأسلوب رقمي لفترة زمنية قادمة فإن استعمال الموازنة هو وظيفة رقابية ومن هنا تعتبر الموازنة المثال الجيد لبيان الترابط بين التخطيط والرقابة في العملية الإدارية. وتعتبر الموازنات من أهم وسائل الرقابة التي يجب أن يعتمد عليها المدير في تقييم الإنجازات لذلك من الضروري للمدير أن يكون ملماً بالنواحي العامة لوضع الموازنات واستعمالها لغاية الرقابة. وإذا أمكننا تعريق الموازنة بمقاييس موضوعة مسبقاً والتي يتم بموجبها مقارنة الإنجازات الفعلية وتعديلها من خلال عملية الرقابة الإدارية فإن الموازنة تعتبر في هذا البعد وسيلة للرقابة كونها تعكس الخطة المقدره للإنجاز الفعلي وكذلك تزود الموازنة المدير العام بالمعلومات المساعدة على إجراء التصحيحات عند الضرورة لغاية جعل النتائج متناسقة مع الخطة.

حيث أن الأرقام المعتمدة في الموازنة النهائية تصبح المقاييس المطلوبة والتي يجري مقابلة الأداء والإنجازات بها ولهذا أصبحت تلقى اهتماماً متزايداً من المدراء لأغراض التخطيط والرقابة وتحسين الأداء. وتجد أن الموازنات دليل للإدارة وليس بديلاً للإدارة الرشيدة. لذلك يجب أن تكون بعيدة عن التفصيل لكيلا تقيد بها. ولتجنب كون الموازنات مقيدة ومطلقة، على الإدارة التأكد من مرونتها بالمراجعة المنتظمة لفحص الإنجازات الفعلية ومقارنتها بالخطة الموضوعية. وإذا ما كانت هناك مؤشرات من أن الموازنة غير صحيحة ولا يمكن التقيد بها مستقبلاً وجبت مراجعة نتائجها.

أنواع الموازنات:

هناك ثلاث وثائق تترجم خطة المستشفى السنوية بأسلوب رقمي وهي:

١- الموازنة التشغيلية.

- جانب الإيرادات.

- جانب النفقات.

٢- موازنة السيولة النقدية.

٣- الموازنة الرأسمالية.

وستعرض لها في القسم الثاني من هذا الفصل.

مرتكزات إعداد الموازنة:

هناك مرتكزات أساسية لغايات الدقة في إعداد الموازنة والوصول لأهدافها، وتحقيق الوظيفة الرقابية لها وهي:

١- النظام المحاسبي الإحصائي ويعتبر الركيزة الأولى ومن أهم مقومات الموازنة فلا بد من وجوده بين كافة النفقات والإيرادات الشهرية للنشاطات المختلفة في المستشفى والإحصاءات العائدة لها للسنة الحالية والسنوات الثلاث السابقة لها لاستعمالها كأساس يسترشد به في تقدير النفقات والإيرادات المستقبلية. وهنا لابد من قيام قسم المحاسبة بتحضير دليل يتم توزيعه على مختلف الأقسام المعنية بتحضير موازنة المستشفى مشتملاً على:

أ- حسابات النفقات المختلفة وأرقامها وأنواعها المنطوية تحت كل حساب.

ب- الإحصاءات والبيانات العائدة للنشاطات المختلفة في المستشفى وهي نوعان:

١- إحصاءات المستشفى.

٢- إحصاءات الأقسام.

٢- تحديد الأهداف العامة للمستشفى للسنة القادمة بشكل دقيق وإطلاع رؤساء الأقسام في المستشفى عليها لوضع الأهداف الفرعية لأقسامهم على ضوء السياسات والأهداف العامة التي حددها مجلس الإدارة أو الجهة المسؤولة بما يكفل تحقيق الأهداف العامة.

٣- يجب أن يكون الهيكل التنظيمي العام للمستشفى مؤاضحاً للصلاحيات والمسؤوليات لرؤساء الأقسام وعلاقاتهم مما يمكنهم من ممارسة الوظيفة الرقابية على نشاطات أقسامهم المجرى لها تخصص مالي.

٤- ضرورة مشاركة رؤساء الأقسام بالتخطيط المالي الخاص بأقسامهم إذا ما أريد كسب التزامهم بالقيام بمسؤولياتهم فيما يتعلق بضبط النفقات ضمن إطار التخصيصات المالية لأقسامهم.

٥- تحضير الموازنة من أسفل إلى أعلى في التنظيم العام للمستشفى. حيث يحضر رؤساء الأقسام مسودات الموازنة الخاصة بأقسامهم ومن ثم تحريكها إلى أعلى التنظيم لمناقشتها قبل تحضير الموازنة النهائية.

٦- مراعاة المرونة عند وضع خطة الموازنة وترك مجال للتعديل. فيجب أن تكون الموازنة قابلة للتعديل تبعاً لمستجدات الأعمال في المستشفى، والذي لم تتمكن الخطة من التوقع والاحتياط له، مثل النفقات الاقتصادية والسكانية الغير متوقعة. وتجنب التفاصيل الغير مهمة كون الموازنة دليل للعمل وليس إجراءات مفصلة للعمل.

٧- الانتباه للتطورات الحديثة في تقديم خدمات الرعاية الطبية ومعرفة الاحتياجات للفترات المقبلة. ولا بد من تذكر أن الموازنة تقدير للمستقبل لذلك عند اختلاف الإنجازات مع التوقعات فيحتمل أمرين:

أ- هناك مشكلة في التنفيذ تحتاج لضبط ورقابة مباشرة بشكل أكبر.

ت- أو أن الموازنة لم تكن دقيقة في المقام الأول.

مراحل إعداد الموازنة:

١- وضع الأهداف والسياسات العامة للمستشفى حيث يقوم مجلس الإدارة أو الجهة الرسمية المسؤولة بوضع السياسة العامة للمستشفى والأهداف العامة للسنة القادمة، مع الاسترشاد بالمسودة الإحصائية التي يحضرها قسم المحاسبة والمبينة للنشاطات المختلفة لعمليات التشغيل للسنوات الثلاث السابقة لها، حيث يقوم بوضع خطة العمل للسنة القادمة والمحددة لسياسة المستشفى بالنسبة للأمور الآتية:

أ- نشاطات العيادات الخارجية وأقسام المستشفى فيما يخص التوسع بهذه الخدمات أو تقليصها.
ب- خطة المستشفى لشراء وتحديث الأجهزة الطبية المواكبة للتطورات الحديثة في الخدمات الطبية.

ج- إعادة النظر في تسعير الخدمات على ضوء تكاليف التشغيل للفترة الماضية والاتجاهات المستقبلية للتكلفة.

د- خطة المستشفى فيما يتعلق بمشاريع التوسع أو التحديث والاستثمارات الرأسمالية.

٢- إعداد مسودة الموازنات الخاصة بالأقسام ويقوم رؤساء الأقسام بوضع الأهداف الفرعية لأقسامهم على ضوء السياسة والأهداف العامة التي يحددها مجلس الإدارة وعلى ضوء خطة لعمل المعتمدة من مجلس الإدارة.

والموزعة على الأقسام المختلفة ويجري ترجمة هذه الأهداف بأسلوب رقمي يسهل الرجوع إليه وتقييمه مسترشدين بالمسودة الإحصائية مبينة الاتجاهات الماضية للسنوات السابقة للسنة التي يحضر لها.

٣- إعداد الموازنة النهائية:

بعد مناقشة موازنات الأقسام يتم تحريكها إلى أعلى التنظيم حيث تقوم لجنة الموازنات وتلخيصها بموازنة نهائية للمستشفى تمهيداً لرفعها إلى مجلس الإدارة لمناقشتها وإقرارها.

٤- إقرار الموازنة:

يقوم رئيس مجلس الإدارة بعرض مشروع بصورتها النهائية مع الملاحق الخاصة على مجلس الإدارة لمناقشتها وإقرارها. ثم إطلاع الأقسام المختلفة على الموازنة للتقيد بها والبدء في الصرف منها.

كيفية تحضير الموازنة:

بعد وضع الأهداف العامة للمستشفى تقوم الإدارة ورؤساء الأقسام بترجمتها إلى أرقام يسهل الرجوع إليها وتقييمها. والغاية من هذه الترجمة ما يلي:

١- تعتبر الأساس لتحديد الموارد اللازمة لتحقيق أهداف السنوية المستقبلية.

٢- تعتبر كأساس لقياس إنجازات المستشفى في الوصول إلى أهدافه الموضوعة.

٣- تعتبر أداة فعالة لضبط التكاليف.

٤- خلق الوعي العام بين المسؤولين في المستشفى لأهمية ضبط التكاليف والنفقات وهناك ثلاث وثائق تترجم خطة المستشفى السنوية بأسلوب رقمي هي:

١- الموازنة التشغيلية (ويتم تحضيرها على ضوء المسودة الإحصائية):

- جانب الإيرادات.
- جانب النفقات.
- الرواتب والأجور.
- النفقات الأخرى.

٢- الموازنة النقدية.

٣- الموازنة الرأسمالية.

- الآلات والمعدات.
- مشاريع التوسع الرأسمالي والتحديث.

لذلك يعتبر من الهام قيام كل مستشفى في كل سنة مالية بتحضير هذه الوثائق ويمكن تكوين لجنة الموازنة كما يعينها مدير المستشفى كما يلي:

- مدير المستشفى.
- مدير شؤون الموظفين.
- ممثلين عن الهيئة الطبية.

الشكل (9)

المسودة الإحصائية للسنة المالية المنتهية في 2006/12/31 م (نموذج رقم 1)

الإحصائيات	السنة الأولى		السنة الثانية		السنة الثالثة		السنة المالية للقائمة	
	حجم العمل	الموزنة	حجم العمل	الموزنة	حجم العمل	الموزنة	نسبة الاختلاف عن	نسبة الاختلاف عن
	المطقي	الموزنة	المطقي	الموزنة	المطقي	الموزنة	السنة الأولى	السنة الأولى
إجمالي								
قسم العمليات	6500	15000	7000	16500	7000	18000	20000	
- قسم التمريض								
- قسم المختبرات								
الطبية								
- قسم								
المستشفى								
- الأسرة	500		500		***		**	
- نسبة الإشغال	80%		90%		**		**	
- مجموع الأقسام	9500		10000		**		**	
المرضية								

الشكل (10) الجدول الزمني لتحضير الموازنة

التاريخ	العناصر المشتركة	الغرض
2007/9/15 - 9/1	مدير المستشفى والمدير المالي	تحضير الأهداف العامة للموازنة وسبل تحقيقها والمسودة الإحصائية وتنسب الموافقة عليها من قبل مجلس الإدارة.
2007/9/30 - 15	مدير المستشفى والمدير المالي ومجلس الإدارة	مراجعة الأهداف العامة للموازنة وسبل تحقيقها ومصادقتها
2007/10/15 - 1	المدير - المدير المالي - رؤساء الأقسام	مراجعة الأهداف العامة للمستشفى وتحضير الأهداف الفرعية لكل قسم
2007/10/15	مدير المستشفى - المدير المالي - رؤساء الأقسام	مراجعة مسودة الموازنة بهدف تقديم المعلومات والمساعدة الفنية الخاصة بكل قسم
2007/10/22 - 15	رؤساء الأقسام	مراجعة مسودة الموازنة وعمل التصريحات اللازمة مع الشرح اللازم
2007/10/31 - 23	المدير - المدير المالي	تلخيص موازنات الأقسام وعمل مشروع الموازنة الموحدة
2007/11/15 - 1	المدير - المدير المالي	مراجعة مشروع الموازنة الموحدة ونهض المراجعات والإيضاحات اللازمة وعمل موازنة أولية لمراجعتها من قبل مجلس الإدارة
2007/11/30 - 15	المدير - المدير المالي - مجلس الإدارة	مراجعة الموازنة الأولية والموافقة عليها أو التوصية بالتعديل والمراجعة الضرورية
2007/12/15 - 1	المدير - المدير المالي	مراجعة الموازنة وتحضير الملاحق الخاصة حسب توصيات مجلس الإدارة
اجتماع مجلس الإدارة	المدير - المدير المالي - مجلس الإدارة	مراجعة الموازنة المنقحة والموافق عليها
2007/21/31 - 15	المدير - المدير المالي - رؤساء الأقسام	تصميم تفصيلات الموازنة النهائية على جميع المعنيين
2008/1/1	كافة المسؤولين	البدء بالصرف من الموازنة

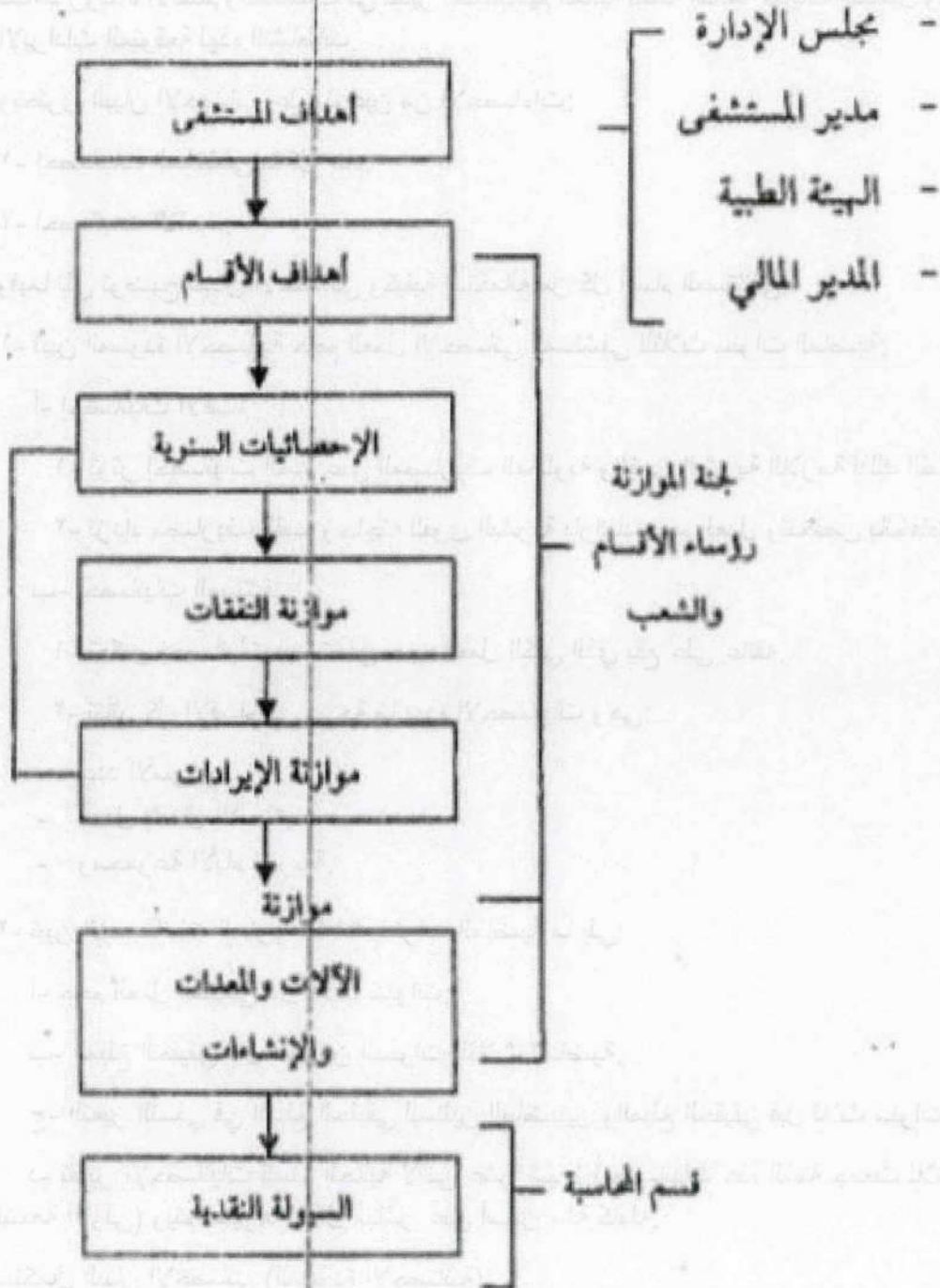
• على اعتبار أن السنة المالية للمستشفى تبدأ في 1/1 من كل سنة

الشكل (11)

(*) قبل 2006

الجهة المسؤولة: الموازنة كخطة عمل لغايات التخطيط والرقابة

الجهة المسؤولة: الموازنة كخطة عمل لغايات التخطيط والرقابة



البيان الإحصائي السنوي:

نموذج رقم (٩):

يقوم قسم المحاسبة والإحصاء بإعداد البيان الإحصائي أو المسودة الإحصائية السنوية وتوزيعها على الأقسام المختلفة المعنية بتحضير الموازنة وتبيين هذه المسودة الإحصائية بالأرقام النشاطات المختلفة للأقسام للسنوات الثلاث السابقة للسنة المجرى تحضير الموازنة لها حيث تساعد رؤساء الأقسام والنشاطات في تقدير احتياجاتهم المالية للسنة القادمة لغايات التشغيل وكذلك الإيرادات المتوقعة لهذه النشاطات.

ويحتوي البيان الإحصائي على نوعين من الإحصاءات:

١- إحصائيات المستشفى بشكل عام.

٢- إحصائيات الأقسام.

وفيما يلي توضيح للبيان الإحصائي وكيفية استكمالها من كل أقسام المستشفى:

١- تبين المسودة الإحصائية حجم العمل الإحصائي للمستشفى للثلاث سنوات الماضية:

أ- إحصائيات الأقسام:

١- تؤثر إحصائيات القسم على المصاريف المطلوبة والقوى البشرية اللازمة لذلك القسم.

٢- تزداد مصاريف القسم وحاجته للقوى البشرية بازدياد حجم العمل وتنخفض بانخفاضه.

ب- إحصائيات المستشفى:

١- تعكس إحصائيات المستشفى حجم العمل الكلي الذي يقع على عاتقه.

٢- تتأثر كل الأقسام إلى درجة ما بهذه الإحصائيات وهي:

- عدد الأسرة.

- معدل إشغال الأسرة.

- ومجموعة الأيام المرتبة.

٢- تبين الإحصائيات السنوية للثلاث سنوات الماضية ما يلي:

أ- حجم العمل الحقيقي قبل ثلاث سنوات.

ب- المبلغ الحقيقي لكل سنة من السنوات الثلاث الماضية.

ج- التغير النسبي في المبلغ الحقيقي للسنتين الماضيتين والمبلغ الحقيقي قبل ثلاث سنوات.

د- تقدير الإحصائيات للسنة الحالية لأثنى عشر شهراً (إحصائيات هذه السنة جمعت للأشهر التسعة الأولى) ويتم تقديرها بشكل مباشر على أساس سنة كاملة.

استكمال البيان الإحصائي (المسودة الإحصائية):

٢- ثم تعاد المسودة الإحصائية إلى قسم المحاسبة حسب الجدول الزمني لتحضير الموازنة.

شكل (12) البيان الإحصائي السنوي
قائمة الإحصائيات السنوية حسب الأقسام والمستشفى ككل

القسم	الوحدات الإحصائية	السنة الأولى		السنة الثانية		السنة الثالثة		السنة القادمة	
		حجم المخرجات	حجم العمل	حجم المخرجات	حجم العمل	حجم المخرجات	حجم العمل	حجم المخرجات	حجم العمل
خدمات التمريض									
إدارة التمريض	مجموع الأقسام المرصية								
أقسام التمريض	الأقسام المرصية لكل قسم								
غرف العمليات	عدد الإجراءات الجراحية								
غرف التوليد	عدد الولادات								
غرفة الإنعاش	عدد الزيارات								
المعالجة الحثيئة	عدد الزيارات								
العيادات الخارجية	عدد الزيارات								
تخطيط القلب	عدد الزيارات								
الفحوصات التشخيصية الأخرى	عدد الإجراءات								
المعالجة النفسية	عدد الإجراءات								
المعالجة الحكومية	عدد الإجراءات								
الخدمات الفنية									
التخدير	عدد القنوصات								
الأشعة	عدد الإجراءات								
الصيدلية	المسود المسروقة (المجموعات)								
التخدير	عدد الإجراءات الجراحية								
المسجلات الطبية	عدد الخروجات								

القسم		الوحدات الإحصائية		السنة الأولى		السنة الثانية		السنة الثالثة		السنة القادمة	
		المعدل	الموازنة	المعدل	الموازنة	المعدل	الموازنة	المعدل	الموازنة	المعدل	الموازنة
الخدمات العامة :											
التغطية	عدد الوجبات	٥٥									
الصيانة	المساحة بالأقدام المربعة										
التدبير المنزلي	عدد الأيام المرضية										
المصيبة	عدد الأيام المرضية										
الخدمات المحاسبية :											
المحاسبة	عدد الأسرة / عدد المطالبات										
الدخول	عدد الدخول										
الخدمات الإدارية :											
المشتريات	عدد طلبات الشراء										
الإدارة	عدد الأسرة										
المستخدمين	عدد المستخدمين										
المستشفى :											
	عدد الأسرة										
	معدل إشغال الأسرة										
	مجموع الأيام المرضية										

١- الموازنة التشغيلية Operating Budget:

هي عبارة عن خطة مالية توضع كدليل للمستشفى في عمليات التشغيل وتتألف مجموعة الإيرادات والنفقات المترتبة عن عمليات تشغيل الأقسام والنشاطات المختلفة في المستشفى.

٢- موازنة النفقات:

تبين موازنة النفقات مقدار الأموال اللازمة لعمليات التشغيل حيث يتم تقدير مبلغ النفقات التي تحتاجها أقسام المستشفى على أساس سنوي ويقدر النفقات لكل بنود النفقات تبعاً لقائمة حسابات النفقات المعتمدة في المستشفى (وينبغي الإشارة هنا إلى أن قائمة بنود النفقات هي على سبيل الإرشاد وأن تفصيلاً أبعد لبنود النفقات يعتمد على حجم المستشفى وطبيعة نشاطه). مما يظهر حاجات الأقسام للأجور والمستلزمات الأخرى.

ولتحضير موازنة النفقات تعتمد المستشفى على خبرتها السابقة في تقدير النفقات المطلوبة لكل قسم بالرجوع إلى السجلات والقيود العائدة للسنتين الماضيتين والسنة المالية الحالية والتي تعكس تاريخ مالي لها ليتم الاسترشاد بها في تقدير النفقات للسنة القادمة. وتعطي هذه المعلومات التاريخية التكلفة الحقيقية وتكلفة الوحدة لكل بند نفقة للسنتين الماضيتين والسنة المالية الحالية.

كيفية تحضير الموازنة التشغيلية:

أولاً: الإيضاح

- أ- تسجيل مصاريف القسم المنفقة خلال الثلاث سنوات الماضية مع ذكر رقم وبند النفقة.
- ب- بالنسبة للسنة المالية الجارية فإن مبالغ النفقات مجمعة لغاية شهر أيلول (التسعة أشهر الأولى) ويجري التقدير لاثني عشر شهراً على ضوء أرقام التسعة أشهر الماضية.
- ج- هنالك خانتين للتكلفة: خانة التكلفة الحقيقية والتكلفة بالوحدة.
- التكلفة الحقيقية: مجموع المبلغ الحقيقي الذي أنفقه القسم خلال السنة.
- التكلفة بالوحدة: التكلفة الحقيقية مقسومة على عدد الوحدات الإحصائية للقسم لتلك السنة.
- د- لكل قسم وحدة إحصائية وهي نفس الوحدة الإحصائية كما في القائمة الإحصائية.
- حجم الإحصائيات الكلي معطى لكل سنة.
- التكلفة الحقيقية مقسوماً على الحجم الإحصائي تكلفة الوحدة.

شكل (13) أرقام بنود النفقات

الرقم	بند النفقات	التكلفة المحملة لبند النفقات
1	الرواتب	أجور ورواتب العاملين
2	العلاجات	تكلفة العلاجات المسحوبة من المشروعات
3	المحاليل الوريدية	تكلفة المحاليل الوريدية المسحوبة من المشروعات أو المشتراة
4	أوكسجين وغازات	تكلفة الأوكسجين والغازات الطبية الأخرى
5	أفلام	تكلفة الأفلام المستعملة في قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى
6	كيماويات	تكلفة الكيماويات المثبتة والتجهيزية
7	بيانات شراشف ووجوه مخدات	تكلفة المواد المشتراة الجديدة
8	بياضات/بشاكير وملابس	تكلفة المواد المشتراة الجديدة
9	بياضات/للجراحة	تكلفة المواد المشتراة الجديدة
10	بياضات/أقمشة متنوعة أخرى	تكلفة المواد المشتراة الجديدة
12	طعام	تكلفة الطعام المشتري للمرضى
13	عقود صيانة	تكلفة عقود الصيانة السنوية
14	عقود مصبغة وغسيل	تكلفة عقود المصبغة والغسيل السنوية
15	عقود خدمات طعام	تكلفة خدمات الطعام السنوية
16	عقود خدمات تدبير منزلي	تكلفة عقود خدمات التدبير المنزلي السنوية
17	بريد	تكلفة المراسلات البريد
18	هاتف	تكلفة الهاتف
19	كهرباء	تكلفة الكهرباء
20	غاز أبيض	تكلفة الغاز الأبيض
21	مياه	تكلفة المياه
22	إصلاح أثاثات ومهمات مكتب	تكلفة إصلاح الأثاثات ومهمات المكاتب
23	استهلاك الآلات والمعدات والأبنية	تكلفة الاستهلاك السنوي
24	مواد ومهمات من المستودعات	تكلفة أية مواد ومهمات تطلب من المستودع
25	قرطاسية	تكلفة القرطاسية السنوية
26	التعديلات	تكلفة أية تعديلات على أبنية المستشفى
27	أجور أبنية	تكلفة الأبنية المستأجرة
28	أجور معدات وآلات	تكلفة المعدات والآلات المستأجرة - سنوياً
29	كتب ومجلات علمية واشتراكات	تكلفة الكتب والمجلات العلمية والاشتراكات
30	متفرقة	تكلفة أية مواد متفرقة أخرى

٤- الزيادات المستحقة للموظفين:

وحيث أن كل مركز وظيفي له ساعات عمل محددة فإن جدول الساعات الإنتاجية يمكن تحضيره من موازنة المراكز الوظيفية. وعندها يتم احتساب القيم النقدية للرواتب من موازنة المراكز الوظيفية المملوءة على أساس شهري مما ينتج عنه موازنة الرواتب الأساسية مضاف إليها الزيادات المستحقة السنوية. وكذلك الزيادات في المراكز الوظيفية المستحدثة في الموازنة وتعويضها والإجازات والعطل الرسمية. مما ينتج عنه موازنة الرواتب القصوى على أساس جميع المراكز الوظيفية المملوءة على أساس أيام السنة الحالية حيث يجري بعد ذلك تعديلها على ضوء الخبرة لسابقة لاقتطاع:

١- القيمة النقدية لأيام التغيب المتوقعة.

٢- الإجازات المرضية مدفوعة الأجر والإجازات المدفوعة.

٣- المراكز الوظيفية المملوءة بأجر أقل من الحد الأعلى للأجر.

٤- الفترة بين ترك الموظف العمل وإيجاد البديل.

وتعتمد نسبة هذا التعديل والتخفيض على الخبرة السابقة للمستشفى.

كيفية ملء نموذج موازنة الرواتب:

١- يسجل أسم الموظف (يترك فراغ إذا كانت الوظيفة شاغرة) ومعدل الأجر، وتاريخ العاملين مبتدئاً بالعاملين بوقت كامل ثم العاملين بوقت جزئي.

٢- إذا كان العامل يتقاضى فروق في الأجر لعمله في المناوبة المسائية أو الليلية تضاف لمعدل الأجر.

٣- بالنسبة للوظائف الشاغرة عند ملؤها يسجل المعدل المتوقع لأجرها.

٤- يحسب الراتب للستة أشهر الأولى بضرب مجموع ساعات العمل في السنة لموظف متفرغ بالمعدل الحالي للأجر مقسوماً على ٢.

٥- لاحتساب مجموع الراتب للستة أشهر الأخيرة من السنة يضاف ٥,٥٪ على مجموع الراتب للستة أشهر الأولى من السنة وذلك لأخذ الزيادات السنوية المستحقة.

٢- موازنة الإيرادات:

لتحضير موازنة الإيرادات لابد من معرفة تفاصيل مصادر دخل المستشفى الداخلية والخارجية لتحديد الإيرادات السنوية المتوقعة والتي ستوجد للمستشفى لتغطية نفقاته. وتتألف الإيرادات من مجموعتين:

(١) إيرادات الخدمات المقدمة للمرضى وتمثل الإجمالي الناتج عن كافة الخدمات التي يقدمها المستشفى للمرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية وتشمل الإيراد المتحقق من:

أ- الخدمات الفندقية (إقامة وطعام).

ب- الخدمات العلاجية والتشخيصية والخدمات المساعدة الأخرى.

ويعتمد مقدار الإيراد الإجمالي لها على:

- ١- معدلات إشغال الأسرة بدرجاتها الثلاث (الأولى الثانية والثالثة).
- ٢- تسعيرة المستشفى. وقد تلجأ إدارة المستشفى إلى تعديل نسبة توزيع أسرة المستشفى على الدرجات الثلاث والتسعيرة أيضاً على ضوء تكلفة هذه الخدمات.
- ٣- مصادر الدخل الأخرى وتشمل الدخل من خدمات المستشفى ونشاطاته الغير عائدة مباشرة إلى خدمة المرضى مثل الدخل من الاستثمارات وعوائد خدمة الهاتف والتقارير الطبية، ووجبات الطعام المقدمة.

الشكل (14) موازنة النفقات

للسنة المالية المنتهية في 2008/1/1

قسم:		مستشفى:		السنة الأولى 1.7		السنة الثانية 198		السنة الثالثة 198		السنة المالية القادمة		بند النفقة	رقم حساب النفقة
الموازنة	تكاليف	الموازنة	تكاليف	الموازنة	تكاليف	الموازنة	تكاليف	الموازنة	تكاليف	الموازنة	تكاليف		
المقررة	الوحدة	المطلوبة	الوحدة	الحقيقية	الوحدة	الحقيقية	الوحدة	الحقيقية	الوحدة	المطلوبة	الوحدة		
xx	xx	xx	x	xx	xx	x	xx	xx	xx	xx	xx	المجموع	
												الإحصائيات	
												القسم:	
												المستشفى:	

١- موازنة الرواتب

إن الرواتب التي يدفعها المستشفى للعاملين تعتبر من أكبر بنود النفقات لذلك لابد من الاهتمام بها خاصة من الإدارة وعند تحضير موازنتها يجب مراعاة:

١. التغيرات المتوقعة على حجم العمل في القسم أو التغيرات المتوقعة في الخدمات المقدمة والمؤثرة على أعداد العاملين المقررة للقسم وذلك على ضوء الإحصائيات العامة للمستشفى وما طرأ عليها من ارتفاع أو انخفاض مثل نسبة انشغال الأسرة، وعدد المرضى المدخلين سنوياً والأيام المرضية السنوية.

٢. هل هناك نقص أو زيادة في عدد العاملين.

٣. الزيادة السنوية المستحقة للعاملين.

٤. مستحقات العاملين الناتجة عن العطل والأعياد الرسمية والإجازات المرضية والفروقات المستحقة نتيجة للعمل الإضافي والمناوبات المسائية والليلية بما يتماشى مع سياسة الاستخدام بالمستشفى.

ولدقة في تحضير موازنة الرواتب فإن الخطوة الأولى والأساسية هي وضع موازنة للمراكز الوظيفية للأقسام المختلفة على أساس الحاجات الحالية فيجري إرسال نماذج خاصة إلى كل قسم مع التعليمات اللازمة لبيان:

١. المراكز الوظيفية التي يحتاجها القسم.

٢. ساعات العمل الضرورية للقيام بواجبات القسم.

٣. معدل الأجر.

ولتحضير موازنة الإيرادات لابد من معرفة مقدار ومدى استعمال الخدمات المختلفة التي سيقدمها المستشفى العام القادم وذلك على ضوء الخبرة السابقة للسنتين الماضيتين والسنة المالية الحالية فلا بد من:

١. تقدير نسبة أشغال الأسرة بدرجاتها الثلاث للعام القادم.

٢- تقدير المجموع المتوقع للأيام المرضية لكل درجة من الأسرة وبعملية حسابية بضرب مجموع الأيام المرضية بتسعيرة المستشفى ينتج تقدير إجمالي للدخل من هذه الخدمات وهنا يجري اقتطاع نسبة من مجمل الدخل لتغطية الديون والخصومات والمعالجات المجانية.

ويمكن معرفة الإيراد المتوقع من الخدمات الأخرى مثل خدمات الأشعة والمختبر والصيدلة والمعالجة الحكيمة بضرب عدد الإجراءات المتوقع تقديمها للمرضى في السنة بالتسعيرة العائدة لهذه الخدمات. وللدقة في تقدير إيرادات المستشفى السنوية لابد من أن يجري التقدير لكل بنود الإيرادات ولكل أقسام المستشفى ونتيجة لأرقام الإيرادات للسنتين الماضيتين والسنة المالية الحالية.

٢. الموازنة النقدية:

تشير إلى المبلغ المتوفر لمقابلة المدفوعات المستحقة على المستشفى من رواتب وأجور، ومواد ونفقات رأسمالية وهذه الموازنة يجب تحضيرها على أساس شهري ويجب أن تبين مقدار الدخل المتوقع من كافة المصادر ومقدار النقد الذي تحتاجه المستشفى لمقابلة التزاماته المادية.

إن المبالغ التي يحتاجها المستشفى بشكل دائم هي لأغراض الرواتب حيث تشكل نسبة تبلغ حوالي ٦٠٪ من نفقات التشغيل الكلية بالإضافة إلى المدفوعات المترتبة على الحسابات والفوائد المستحقة والديون والرهنات والاحتياجات الرأسمالية، وهنا تأتي مسؤولية قسم المحاسبة في المستشفى بوضع جدول زمني للمدفوعات والمقبوضات الشهرية لتوفير السيولة اللازمة لمقابلة هذه الالتزامات واستثمار فائض السيولة لتحقيق الاستخدام الكفؤ للنقد.

استخدامات الموازنة النقدية:

إن تحضير الموازنة النقدية على أساس شهري يساعد إدارة المستشفى على:

١. تحديد الفترات الزمنية التي تزيد بها المدفوعات عن المقبوضات وبذلك تتمكن الإدارة بشكل مسبق معرفة العجز الواجب تغطيته والأشهر المتوقع ظهوره بها ويعطيها الفرصة للبحث عن مصادر لتوفير الاحتياجات النقدية بأفضل الشروط.

٢. التخطيط لتسديد الديون حيث تساعد الموازنة النقدية انتقاء الفترة التي تستطيع المستشفى سدادها بها.

٣. الاستخدام الفعال للسيولة الفائضة لمقابلة المدفوعات المستحقة واختيار أفضل استثمار لها.

٣- الموازنة الرأسمالية:

وتمثل المبالغ التي يحتاجها المستشفى لمقابلة احتياجاته من الآلات والمعدات ومشاريع التوسع والتطوير والانشاءات الجديدة لفترة مستقبلية لذلك فإن المبالغ المطلوبة لتغطية النفقات السنوية لعدة سنوات قادمة يمكن وضعها على حدة لهذا الغرض.

ولتحضير الموازنة الرأسمالية فلا بد عمل قائمة منفصلة بالاحتياجات من الإضافات لكل قسم. حيث تساعد إدارة المستشفى على التعرف على احتياجات الرأسمالية خلال السنة. ويجب أن تبين الموازنة الرأسمالية خطط المستشفى طويلة الأجل لتبديل وشراء الآلات والمعدات الرأسمالية الأخرى التي لا يمكن تمويلها خلال السنة الحالية للتشغيل. وتجري المستشفى مسح لحاجات الأقسام مستعملة نموذجاً خاصاً.

مسح حاجات المستشفى من الأجهزة والمعدات:

أ- إن ملئ النموذج المخصص لهذا الغرض يعطي المستشفى والجهات المسؤولة فكرة عن المعدات والآلات المطلوبة وتاريخ احتياجاتها والتاريخ المتكون فيه المبالغ النقدية المرصودة للشراء.

ب- يوضع سلم الأولوية للمعدات المطلوبة حسب أولويتها للمستشفى مما يمكن الإدارة من عمل التقييم بشكل أفضل لطلب الأقسام من معدات والاهتمام بها زمنياً ويكون ترتيب الأولويات حسب التسلسل:

أ. أساسية ودرجة لاستمرارية العمل في القسم.

ب. أساسية ولكن ليست حرجية.

ج. مرغوبة لخفض التكلفة وزيادة الدخل.

د. مرغوبة.

كيفية ملئ النموذج:

١. يدون وصف موجز عن الجهاز واسم الصانع والموديل.
٢. يدون "جديد" للآلة الجديدة. دون "الأفضل" إذا كنت ترغب بتبديل آلة موجودة أكثر كفاءة دون "بديل" إذا كانت الآلة بديلة لآلة موجودة.
٣. يدون العدد المطلوب وتكلفة الوحدة والتكلفة الإجمالية.
٤. تاريخ الطلب والتسليم حيث تؤثر هذه التواريخ على الموازنة النقدية للمستشفى.

الشكل (15)

موازنة الرواتب والأجور للسنة المالية 2008/2007

القسم:

المستشفى:

الاسم الموظف	الاسم الوظيفة	تاريخ التعيين	معدل الأجر بالساعة بالدينار	ساعات العمل المقررة في السنة	ساعات العطل والأعياد	الرواتب		المجموع
						السنة الأولى المتبقة في	السنة الثانية المتبقة في	
	متفرغ							
	محاسب							

الشكل (16)

موازنة الإيرادات للسنة المالية المنتهية في 2008/1/1

مستشفى : القسم المنتج للدخل :

رقم بند الإيرادات	السنة الأولى		السنة الثانية		السنة الثالثة (مقدرة لسنة 1998)		السنة المالية القادمة		الموازنة المقررة
	الإيراد الحقيقي	الإيراد الوحدة	الإيراد الحقيقي	الإيراد الوحدة	الإيراد الحقيقي	الإيراد الوحدة	الموازنة المطلوبة	الإيراد الوحدة	
- مرضى العيادات الخارجية									
- المرضى الداخليين									
- إيرادات أخرى.									
- إيرادات أخرى.									
- إيرادات أخرى.									
المجموع									
الإحصائيات									
القسم (♦♦♦)									
المستشفى (♦♦♦)									

الشكل (17) احتياجات القسم من الأجهزة والمعدات

للسنة الحالية المنتهية 2008/1/1

مستشفى : القسم :

ترتيب الأولويات ♦	اسم المادة مع وصف موجز	جديد	أفضل	بدليل	عدد الوحدات المطلوبة	التكلفة الكلية	تاريخ أمر الشراء	تاريخ التسليم	إمكانية خفض التكلفة التعليق والملاحظة

- أ. أساسي جداً لاستمرارية العمل. ب. أساسي ج. بحاجة لخفض التكلفة زيادة الدخل د. مرغوب
- أ. أساسي جداً لاستمرارية العمل. ب. أساسي ج. بحاجة لخفض التكلفة زيادة الدخل د. مرغوب

الشكل (18) الموازنة السنوية

السنة المالية القادمة 2008

السنة المالية 2008

مستشفى:

السنة الأولى 2005	السنة التالية 2006	السنة الثالثة مقدم 12 ل(12) شهرة	البيان	السنة الأولى 2005	السنة الأولى 2005
			التفقات:		
			- رواتب وأجور:		
			- لوازم ومهمات (نفقات أخرى تشغيلية)		
			- النفقات الرأسمالية		
+++++	+++++	+++++	مجموع النفقات	+++++	+++++
			الإيرادات:		
			1- إيرادات جارية		
			- إيرادات المرضى الداخليين		
			- إيرادات مرضى العيادات الخارجية والطوارئ		
			- إيرادات متنوعة		
			2- الإيرادات الأخرى:		
		++	- استثمارات رأسمالية	++	++
			مساعدات		
			هبات وتبرعات		
+++++	+++++	+++++	أرصدة المستشفيات	+++++	+++++
++	++	++	- عدد الأسرة	++	++
++	++	++	- نسبة إشغال الأسرة	++	++
++	++	++	- مجموع الأيام الموضوعة	++	++

في إحصائيات المستشفى:

سيفقد المستشفى أهم جزء من المعلومات، والتعليقات التي توضحها، ولا يستطيعون فهمها. ولذا يجب أن يكون هناك نوع من التوثيق والتسجيل الجيد.

1. الإحصائيات الصحية Vital Statistics: وهي الإحصائيات الصحية التي تتعلق بالمواليد، والوفيات، والأمراض، والعمليات الجراحية، وغيرها من المعلومات الصحية.
2. الإحصائيات الطبية Medical Service Stats: وهي الإحصائيات الطبية التي تتعلق بالعمليات الجراحية، والأمراض، والعمليات الجراحية، وغيرها من المعلومات الطبية.
3. الإحصائيات الإدارية Business Stats: وهي الإحصائيات الإدارية التي تتعلق بالعمليات الإدارية، والمالية، والعمليات الجراحية، وغيرها من المعلومات الإدارية.

الفصل الثامن

إحصائيات المستشفى والمؤشرات الاستشفائية ودورها في إدارة المستشفى

تعد إحصائيات المستشفى من أهم الأدوات التي تساعد في إدارة المستشفى وتحسين الخدمات المقدمة للمرضى. وتلعب هذه الإحصائيات دوراً حيوياً في اتخاذ القرارات الإدارية والمالية، وكذلك في تقييم الأداء وتحسين الجودة. وتتمثل أهم المؤشرات التي يجب مراقبتها في المستشفى في:

1. مؤشرات الأداء المالي: مثل الإيرادات، والمصاريف، والربح، وغيرها من المؤشرات التي تساعد في تقييم الأداء المالي للمستشفى.
2. مؤشرات الأداء الطبي: مثل عدد العمليات الجراحية، وعدد المرضى الذين تم علاجهم، وعدد الوفيات، وغيرها من المؤشرات التي تساعد في تقييم الأداء الطبي للمستشفى.
3. مؤشرات الأداء الإداري: مثل عدد الموظفين، وعدد المرضى الذين تم استقبالهم، وعدد الأيام التي تم علاجهم فيها، وغيرها من المؤشرات التي تساعد في تقييم الأداء الإداري للمستشفى.

ومن أجل تحسين إدارة المستشفى، يجب أن تكون هذه المؤشرات متاحة للجميع، وأن تكون سهلة الفهم والاستخدام. كما يجب أن تكون هذه المؤشرات متغيرة، أي أن تكون قادرة على التكيف مع التغيرات في بيئة المستشفى.

أولاً: إحصائيات المستشفى:

ونعنى بهذه المفهوم أية بيانات كمية تتعلق بالأنشطة والفعاليات التي يقوم بها المستشفى وتنقسم إلى ٤ مجالات:

١. الإحصاءات الحيوية Vital Statistics: وهي الأحداث الحيوية للحياة كالولادة والموت والمرض.
٢. إحصاءات الرعاية الطبية Medical service Stat.: وتتعلق بالأحداث الحيوية المذكورة أعلاه وأيضاً النواحي التشخيصية والعلاجية لمختلف الخدمات الطبية.
٣. إحصاءات استعمالية الخدمة Utilization: دراسة مدى استخدام مجتمع ما لخدمات وموارد المستشفى.
٤. إحصاءات الأعمال Business Stat.: وتتضمن إحصاءات العاملين بالمستشفى والإحصاءات المالية والمحاسبة.

ولكن هذا التقسيم السابق هو تقسيم عشوائي لغاية تبسيط وتنظيم الموضوع فإحصائيات المستشفى مترابطة ومتكاملة بعضها البعض.

استعمال إحصاءات المستشفى:

تنقسم لمجموعتين أساسيتين:

١. استعمالات إدارية Administrative Uses: مجال تخطيط وتقييم خدمات المستشفى فإحصائيات التشخيص والعلاج أداة مهمة لتقييم الرعاية الطبية المقدمة.

دور الإحصاءات في مجال تخطيط وتقييم خدمات المستشفى هو:

- أ- تقدير عدد أسرة المستشفى المطلوبة يركز على عدد الإدخالات للمستشفى ومعدل مدة الإقامة لمختلف فئات المرضى.
- ب- تخصيص الأسرة المختلفة للخدمات الاستشفائية يركز على إحصاءات الاستعمالات الماضية لهذه الخدمات؛ فمثلاً أسرة الكبار غير أسرة الأطفال فيلزم معرفة عدد كل منهما للعمل على توفير المعدات المناسبة وهكذا.
- ج- تحديد عدد الأسرة الواجب إبقاؤها فارغة دائماً للتعامل مع الحالات الطارئة فلا يمكن تقليل العدد الذي يشكل خطراً محتملاً للمرضى والمجتمع. كذلك لا تزيد عن الحد كي لا يعد إهداراً للموارد.
- د- إجراء المقارنات بين المستشفيات المختلفة لتقييم خدماتها وجودتها. فمعدل كدة الإقامة يجب أن يكون عند الحد الأدنى بما ينسجم مع الرعاية الطبية؛ فلو خرج مريض من مستشفى ما بسرعة ملحوظة فهذا يدفع للتفكير في طرق العلاج الحديثة ومستوى الأطباء فيها.
- هـ- عدد المرضى المنومين يتفاوت بشكل واضح خلال شهور السنة مما يؤثر سلباً على كفاءة المستشفى فيمكن للمستشفى تحليل نمط الإدخال خلال أشهر العام بهدف الوصول لدرجة أكبر من الانتظام.
- و- تساعد الإحصائيات في تقييم جودة الرعاية الطبية باحتساب المعدلات التالية:
- معدل الوفيات بالمستشفى.

- معدل العدوى بها Infection rate.
- معدل التشريح Autopsy rate.
- معدل الاستشارات Consultation rate.
- معدل إزالة الأنسجة السليمة Normal tissue.

٢- استعمالات وبائية **Epidemic Logic**: تعتبر المستشفيات أحد أهم مصادر المراضة في المجتمع فيمكن استعمال إحصاءاتها لدراسة وتحديد خصائص الأمراض التي تم علاجها.

ويمكن لهذه الإحصاءات تقديم المؤشرات الضرورية لمساعدة العاملين في مجال الصحة على تركيز الجهود على نواحي الوقاية والعلاج.

المفاهيم المتعلقة بإحصاءات المستشفى:

المتعارف أن سرير المستشفى هو وحدة تقديم الخدمة الاستشفائية للمريض، وما يلي تقديم موجز لهذه المفاهيم:

١. سرير المستشفى وهو السرير المؤسس للاستعمال المنتظم على مدار الساعة ولا بد أن يكون هذا السرير في الأماكن المخصصة للمرضى، وتقسّم الأسرة حسب حجما لثلاثة أنواع:

- أسرة الكبار Adult: وهي أسرة معيارية من حيث الحجم والشكل لاستعمال الكبار والأطفال الكبار.
- سرير الأطفال Cot: مزودة بجوانب لحمايتهم.
- أسرة الأطفال غير حديثي الولادة Bassinets: وهم الأطفال الصغار Pediatric.

ولا تحتسب أسرة حديثي الولادة ضمن التعداد ويجب إفراد قائمة منفصلة لها.

٢. الأسرة الموجودة Bed complement: مجموع أسرة المستشفى الموجودة عادة للمرضى المنومين لاستعمالها على مدار الساعة (لا تشمل أسرة الأطفال الصغار).

٣. الطاقة السريرية Bed capacity: العدد الأقصى من الأسرة التي يمكن أن تجهز في أي وقت في المساحات المخصصة (لا تشمل أسرة حديثي الولادة).

٤. الأسرة التي تدخل في تعداد الأسرة المتوفرة Bed complement:

أ- الأسرة الهادئة: وهو الموجودة في غرف مخصصة بأجنحة المرضى المنومين لاستعمال المرضى الذين لا تسمح حالتهم بوضعهم في غرفة بها أكثر من سرير.

ب- الأسرة المخصصة لاستعمال الأطباء والمرضات والعاملين في حالة مرض أحدهم.

ج- أسرة العزل الخاصة بالأمراض المعدية.

د- أسرة الأطفال الموجودة بشكل دائم في غرف منفصلة غير حديثي الولادة.

هـ- الحاضنات Incubators: رعاية الأطفال الخدج.

و- الأسرة في أجنحة الاستقبال.

٥. الأسرة التي تستثنى من التعداد:

أ- الأسرة الموجودة بغرف الأطباء لغايات فحص المرضى.

- ب- أسرة المخاض التي تستعمل لمدة قصيرة.
- ج- أسرة غرف الطوارئ.
- د- الأسرة الموجودة في دوائر التشخيص مثل الأشعة والمختبر.
- هـ- الأسرة الموجودة بالعيادات الخارجية.
- و- الأسرة الموجودة بمساكن الممرضات والأطباء.
- ز- الأسرة الموجودة بغرف الإنعاش.
- ح- أسرة الأطفال حديثي الولادة.
- ٦. يوم السرير وهو ٢٤ ساعة يكون خلالها سرير المستشفى متواجد للرضى المنومين وعلى ذلك تكون أيام الأسرة لمستشفى ما ليوم محدد مساوياً لعدد الأسرة المتواجدة.
- ولشهر ما تكون أيام الأسرة = عدد الأسرة × عدد الأيام بالشهر.
- ولسنة ما لمستشفى بحجم ١٠٠ سرير = $365 \times 100 = 36500$ يوم سريري.

المفاهيم المرتبطة بالمرضى المنومين Inpatients:

١. المريض المنوم: المريض الذي يشغل سرير في المستشفى ويستعمل خدمات التشخيص أو العلاج بها.
- لا يحتسب المواليد الجدد والأصدقاء والأقارب بالتعداد.
٢. إدخال المريض:
- يحسب المريض داخلياً عند الموافقة الرسمية على الإدخال واتخاذ الإجراءات الرسمية وهي:

 - أ- تسجيل المريض في سجل الإدخالات وإعطائه رقم المستشفى.
 - ب- إشغاله لسرير المستشفى.
 - ج- فتح سجل طبي له.

- ويتم احتساب دخول واحد للمريض خلال إقامته فلا يحتسب تحويله من قسم لآخر وعند وفاة المريض في قسم الطوارئ يتم احتسابه مريض عيادة خارجية.

٣. تخريج المريض In-patient discharge:

الإنهاء الرسمي لمدة الإيواء بالمستشفى وإخلاء المريض من قبل إدارة المستشفى.

٤. وفيات المرضى المنومين:

تسجل وفيات المرضى كما يلي:

- أ- وفيات مستشفى وهي الوفيات التي تحدث خلال ٤٨ ساعة أو أكثر بعد الإدخال.
- ب- الوفيات التي تحدث خلال أقل من ٤٨ ساعة بعد الإدخال.
- ج- وفيات الأجنة وهي وفيات ما قبل الانفصال الكامل عن الأم كنتيجة للحمل.
- ٥. الطفل الخداج Premature Infant: وهو المولد الحي الذي يبلغ وزنه ٢,٥ كجم عند الولادة أو أقل.

٦. الطفل المولود **Newborn**: وهو حديث الولادة ويتبقى في المستشفى للرعاية في حضانة الأطفال وأجنحة الولادة.
٧. تعداد المرضى المنومين **In-patient Census**: وهو عدد المرضى المنومين الموجودين بالمستشفى بأي وقت.
٨. التعداد اليومي للمرضى المنومين **In-patient daily census**: وهو عدد المرضى المنومين بالمستشفى في ساعة إجراء التعداد اليومي.
- يفيد هذا التعداد إدارة المستشفى كما يلي:

- إعلام الإدارة بشكل دقيق عن الوضع اليومي فيما يتعلق بالإدخالات والأسرة المتواجدة.
- تعكس التعدادات المتوالية للتغيرات التي حدثت خلال الأربع وعشرين ساعة الماضية.
- يفيد كمقياس للفترة بخصوص معدل عدد الأسرة المتوفرة للاستعمال ومعدل عدد المرضى.
- يفيد كمؤشر للأيام الاستشفائية في المشفى.
- يفيد في تحضير قوائم داخلية للإدخال والخروج والوفيات.

٩. يوم المريض الداخلي المنوم **In-patient day**: وحدة قياس استعمالية الأسرة بالمشفى.

ويعرف ٢٤ ساعة من الخدمة المقدمة للمريض المنوم بين ساعات التعداد اليومي ليومين متلاحقين وهو من ١٢:٠١ صباحاً حتى ١٢ ليلاً.

لاحتساب يوم المريض: يحسب يوم الإدخال أو التخريج وليس الاثنين، وعادةً يحسب يحسب يوم الإدخال كيوم وليس يوم التخريج.

وتحسب أيام المرضى كالاتي:

أ- الأيام المرضية للمريض الواحد وهي مدة إقامة المريض بالمشفى.

(تاريخ التخريج - تاريخ الإدخال) عندما يكونان في نفس الشهر.

مثال: تاريخ الإدخال ٥/١٥ وأخرج في ٥/٢٠ من نفس الشهر.

أيام المريض = ٢٠ - ١٥ = ٥ أيام.

لو كانت في شهرين مختلفين: تاريخ الإدخال ٤/٢٥ والتخريج ٥/١٠ فتكون:

أيام المريض = ٣٠ - ٢٥ = ٥ أيام + ١٠ أيام = ١٥ يوم مرضي.

ب- أيام المرضى للمستشفى يحسب بطريقتين:

١. على أساس التعداد اليومي:

كل مريض في التعداد اليومي يساهم ببوم مرضي واحد قبل أخذ التعداد وبذلك تكون الأيام المرضية للمستشفى في يوم هو عدد المرضى به وفي السنة هو مجموع التعداد اليومي على مدار ٣٦٥ يوم.

الأيام المرضية ليوم ما = التعداد اليومي + إدخال واحد - تخريج واحد.
الأيام المرضية لسنة ما = مجموع التعداد اليومي بالسنة + مجموع الإدخالات في سنة - مجموع الخروج/ سنة.

٢. على أساس حساب الأيام المرضية للمرضى المخرجين:
مجموع أيام الإقامة للمرضى المخرجين خلال فترة زمنية محددة وهو مجموع الأيام المرضية خلال سنة.

ج- المفاهيم المتعلقة بنتائج المعالجة الطبية بالمشفى:
يلزم تسجيل نتائج علاج المرضى عند تخريجهم ويلاحظ أن نتائج العلاج هي نتائج احتمالية فقط فالنتائج النهائية غالبًا ما تتأخر بعد يوم التخرج بأيام.
وتصف النتائج عادةً كما يلي:

١. شفاء المريض Recovered.
٢. تحسن Improved: وهي لذوي الأمراض المزمنة.
٣. لا تحسن Non Improved: وهم الذين يخرجون بنفس حالة الدخول تقريبًا.
٤. توفي Died: قبل ٤٨ ساعة وبعد ٤٨ ساعة.

البيانات الواجب تضمينها في تحليل الخروج Discharge analysis:

١. بالنسبة للمستشفى:
 - أ- مجموع المرضى المخرجين.
 - ب- مجموع الأيام المرضية.
 - ج- النتائج.
 - ١- المرضى المخرجين أحياء:
 - أ- شفي.
 - ب- تحسن.
 - ج- لم يتحسن.
 - ٢- الوفيات:
 - أ- أقل من ٤٨ ساعة.
 - ب- أكثر من ٤٨ ساعة.
 - د- عدد الحالات التي تم تشريحها.
 ٢. بالنسبة لخدمة استشفائية محددة:
 - أ- المرضى المخرجين بدون الوفيات.
 - ب- الأيام المرضية.
 - ج- الوفيات.

- د- التشريح.
- هـ- الاستشارات.
- و- العدوى.

ثانيًا: المؤشرات الاستشفائية ودورها في غدارة المستشفيات:

ارتبط علم إدارة المستشفيات بنمو المؤشرات الاستشفائية الناتجة عن عملية تقديم الخدمات الصحية في المستشفى.

مرت المؤشرات الاستشفائية بمرحلة من التطور واكبت علم إدارة المستشفيات وكان هذا التطور نتيجة تطور علم إدارة المستشفيات أو بسبب المؤشرات.

تنقسم المؤشرات لقسمين:

١. المؤشرات المتعلقة ببيانات خاصة بالمستشفى على شكلين:

أ- الأرقام المطلقة:

وتشمل:

- عدد الإدخالات وعدد الخروج.
- عدد الأيام المرضية.
- عدد المواليد.
- عدد المرضى المحولين.
- عدد العمليات الجراحية.

وهذه الأرقام ذات قيمة كبيرة لإدارة المستشفى لو تم الاهتمام بها بعناية.

ب- الأرقام النسبية:

وتشمل المؤشرات المختلفة وتحسب من البيانات الشهرية المجمعة ومن أهم المؤشرات:

١. معدل التعداد اليومي خلال فترة زمنية

$$= \frac{\text{مجموع الأيام المرضية في الفترة الزمنية (باستثناء أيام المواليد الجدد)}}{\text{عدد الأيام في الفترة الزمنية المحددة}}$$

والناتج يكون رقمًا = معدل عدد المرضى اليومي خلال الفترة المحددة.

يفيد المؤشر في معرفة مقدار الطلب على أسرة المستشفى والإقبال عليها.

٢. نسبة أشغال الأسرة أو معدل الإشغال:

وتحسب بإحدى المعادلتين والناتج يكون نفس الرقم:

$$\text{أ- } \frac{\text{معدل الموجود اليومي خلال الفترة الزمنية} \times \text{عدد الأيام في الفترة الزمنية}}{\text{الأسرة المتوفرة في المستشفى Bed complement}}$$

$$\text{ب- } \frac{\text{عدد الأيام المرضية خلال فترة زمنية}}{\text{الأسرة المتوفرة} \times \text{عدد أيام الفترة الزمنية}}$$

$$\text{معدل الأشغال لأي يوم} = \frac{\text{التعداد اليومي للمرضى لذلك اليوم}}{\text{الأسرة المتوفرة}}$$

ونسبة الإشغال توفر مؤشراً للعلاقة بين العرض والطلب.

فعندما تكون نسبة الإشغال أعلى من المستوى المقبول فهذا يعني عدم كفاية العرض من الأسرة المقابلة للطلب ويتوجب زيادة عدد الأسرة..

وعندما يكون أدنى من الحد المقبول فهذا يعني أن العرض من الأسرة أكبر من الطلب ويتوجب على المستشفى التفكير في إنقاص العرض من الأسرة فتبلغ كلفة تشغيل السرير غير المشغول بمرضى ٦٠-٧٠ % من كلفة السرير المشغول بمرضى.

هناك نقطتان مهمتان بشأن معدل الأشغال:

- أ- معدل الأشغال لفترة زمنية يعتبر متوسط أشغال الأسرة خلال تلك الفترة ومن المفيد حساب أعلى نسبة أشغال وأدنى نسبة خلال الفترة الزمنية المحددة مما يوفر لإدارة المستشفى مؤشراً على مدى التذبذب في معدل الأشغال حول المعدل.
- ب- يمكن لمعدل الأشغال أن يكون عالياً بسبب تعمد إطالة معدل الإقامة للمرضى وتتضح من المعادلة:

$$\text{معدل الإشغال في السنة} = \frac{\text{عدد الخروج} \times \text{معدل أيام الإقامة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365}$$

فكلما زاد معدل أيام الإقامة زادت نسبة الأشغال.

استعمالات هذا المؤشر:

- أ- يعتبر من المؤشرات الأساسية التي يستعملها مدير المستشفى إذا يدل على مدى إقبال المرضى على خدمات الاستشفاء.
- ب- تحضير موازنة المستشفى السنوية وتقدير الإيرادات والتكلفة بشكل دقيق ومعرفة الأموال اللازمة للتشغيل السنوي.
- ج- ترتبط إيرادات المستشفى ارتباطاً وثيقاً بنسبة أشغال الأسرة فتزداد نسبة الإيرادات بازدياد نسبة الأشغال وتنخفض بانخفاضها.

كلفة السرير الإجمالية هي مجموع التكلفة الثابتة والمتغيرة للسرير.

٣. عدد أيام الاستشفاء (الأيام المرضية):

يدل المؤشر على عدد أيام الخدمة المقدمة للمرضى الداخليين بالمشفى خلال فترة زمنية محددة فيبلغ عدد أيام الاستشفاء لشهر: مجموع عدد المرضى الداخليين في كل يوم من هذا الشهر.

استعمالات هذا المؤشر:

- أ- تخطيط التزامات المشفى المستقبلية من الخدمات المختلفة فيمكن معرفة حجم الخدمات المطلوبة للعام القادم من الممرضات والخدمات الفندقية.

وجبات الطعام المطلوبة لشهر أو سنة = عدد أيام الاستشفاء في الشهر أو السنة $\times 2,5$ وجبة.

خدمات الغسيل = عدد أيام الاستشفاء في الشهر أو السنة $\times 3$.

خدمات التمريض = عدد أيام الاستشفاء في الشهر أو السنة $\times 4$ ساعة تمريضية.

ب- تقدير إيرادات وتكلفة الاستشفاء وهذا يعتمد على قدرة النظام المحاسبي والمالي على توفير البيانات الخاصة بكلفة يوم الاستشفاء ويمكن تحديد التسعيرة في المستشفى أو لكل يوم استشفاء.

٤. معدل أيام الإقامة Average length of stay:

يحسب بأحد المعادلات التالية:

$$\text{معدل أيام الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام المرضى المنومين خلال فترة محددة}}{\text{عدد الإدخالات خلال تلك الفترة}}$$

$$= \frac{\text{عدد أيام المرضى المنومين خلال فترة محددة}}{\text{عدد المرضى المخرجين خلال نفس الفترة}}$$

$$= \frac{\text{عدد أيام المرضى المنومين خلال فترة محددة}}{2/1 (\text{عدد الإدخالات} + \text{عدد المخرجين}) \text{ خلال نفس الفترة}}$$

ومن خلال التقدم الكبير في مجال الرعاية الطبية أصبح معدل الإقامة ٧ أيام معدل مرضي في المستشفيات ذات الإقامة القصيرة.

وإذا تجاوز ذلك فالأمر يستعدي دراسة قد تكشف عن:

أ- زيادة نسبة المرضى ذوي الأمراض المزمنة في المشفى.

ب- إهمال الرعاية الطبية وتقصير الأطباء في فحص مرضاهم بشكل مستمر.

ج- ضعف الرعاية الطبية وما ينتج عنها من مضاعفات تزيد مدة الإقامة.

لكن متوسط مدة الإقامة ليس مقياساً دقيقاً للكفاءة لذا يفضل حسابه لكل خدمة في المستشفى بشكل منفصل وحسابه على أساس خصائص المرضى بحيث يسمح بإجراء مقارنات بين المرضى مما يزود المستشفى بمعلومات مهمة عن كفاءة الرعاية الطبية.

ويستعمل ها المؤشر للدلالة على نوعية الخدمات المقدمة وكوسيلة رقابة وضبط استعمال الخدمات.

٥. معدل دوران السرير Bed Turnover:

$$= \frac{\text{عدد المرضى المخرجين بما في ذلك الوفيات}}{\text{عدد الأسرة}}$$

وهو مرتبط عكسياً بمعدل الإقامة الواضح في المعادلة التالية:

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{365 \times \text{نسبة الأشغال}}{\text{معدل طول الإقامة}}$$

ويستعمل كضابط لفحص ومدى صدق نسبة أشغال الأسرة وفي حالة كانت النتيجة صادقة فيمكن استعماله كمؤشر لإنتاجية السرير بمفهوم عدد المرضى المخرجين لكل سرير خلال الفترة الزمنية المحددة.

٦. معدل خلو الأسرة : Total Vacancy rate

أ- معدل الخلو الكلي وهو معدل نسبة الأسرة الخالية خلال فترة زمنية وتساوي

$$= 100 - \text{معدل أشغال الأسرة.}$$

ب- معدل الخلو الثابت Constant: وهو نسبة الأسرة غير المشغولة كل يوم

$$= 100 - \text{أعلى معدل أشغال.}$$

ج- معدل الخلو المتغير وهو معدل نسبة الأسرة التي كانت أحياناً مشغولة وأحياناً فارغة.

$$= \text{معدل الخلو الكلي} - \text{معدل الخلو الثابت.}$$

٧- فترة خلو السرير : Turnover interval

متوسط عدد الأيام الذي يبقى فيها سرير المستشفى خالياً وهو متوسط الأيام المنقضية بين خروج المريض الذي يشغل السرير ودخول مريض آخر إليه.

$$= \frac{(\text{عدد الأسرة} \times 365) - \text{عدد أيام الاستشفاء (الأيام المرضية)}}{\text{مجموع حالات الخروج بما فيه الوفيات}}$$

فيكون صفر إذا كانت نسبة الأشغال ١٠٠٪.

وسالباً إذا كانت نسبة الشغل أكثر من ١٠٠٪.

وللاستفادة من هذا المؤشر يتم حسابه بشكل منفصل لكل نوع من أنواع المستشفيات ولكل قسم من أقسام العلاج الداخلي بالمستشفى.

وتدل فترة الخلو السالبة أو القصيرة على نقص في عدد الأسرة المتاحة.

وتدل الفترة الطويلة على وجود فائض فيها أو خلل في نظام دخول المرضى.

٨- نسبة عدد الموظفين لعدد الأسرة:

$$= \frac{\text{عدد الموظفين}}{\text{عدد الأسرة}}$$

ويفيد في التعرف على مدى إنتاجية العناصر البشرية في الأقسام المختلفة للمستشفى ومقارنة هذه النسب بالمقاييس العالمية والمحلية.

تتراوح النسبة بين ٣,٥ - ٥ موظفين لكل سرير في المستشفيات العاملة التي تزيد عن ٤٠٠ سرير.

والمستشفى العام المملوك للقطاع الخاص الذي يقل عن ٤٠٠ سرير فهذه النسبة بين ١-٣ موظف لكل سرير.

وتتأثر النسبة بالمتغيرات التالية:

١. تزداد بازدياد حجم المستشفى.
٢. زيادة هذه النسبة في المستشفيات الخاصة عنها في العاملة فالأولى تتطلب تشكيلة أوسع من العناصر البشرية المتخصصة.
٣. تزداد في المستشفيات التعليمية فقد تصل ل ٥ لكل سرير وأكثر.
- ٩- المؤشرات الأخرى:

المؤشرات السابقة هي ذات الاستعمال العام لغالب المستشفيات وهناك العديد من المؤشرات ذات الاستعمالات الفردية.

منها ما هو بسيط مثل:

- عدد حالات الدخول للمشفى خلال فترة زمنية محددة.
- عدد المرضى الخارجين خلال فترة زمنية محددة.
- عدد مرضى الطوارئ خلال فترة زمنية محددة.
- عدد المرضى لكل طبيب معالج.
- نسبة تكلفة العنصر البشري لمجمل التكلفة بالمشفى.
- نسبة تكلفة العنصر البشري في كل دائرة لمجمل تكاليف الدائرة.

ومنها ما هو معقد ويحتاج لمعلومات دقيقة مثل:

- مجمل تكلفة السرير ومقارنة ذلك بالسعر اليومي.
- تكلفة يوم الاستشفاء.
- الإيراد لكل يوم استشفاء.
- ٣- المؤشرات المتصلة بالسكان المنتفعين:

الهدف من حسابها: معرفة لأي مدى يستخدم السكان خدمات المستشفى لذا يكون ضروري معرفة عدد السكان.

ويمكن الحصول على العدد بسهولة إذا تحقق الشرطان الآتيان:

١. تكون المنطقة الجغرافية التي تخدمها المستشفى محددة بوضوح ويجرى التعداد بها بانتظام.
٢. يكون الوصول للمستشفى سهلاً على هؤلاء السكان ووسائل المواصلات سهلة وسريعة.

وفي حال عدم تحقق الشرطان يكون من الضروري عمل مسح إحصائي تفصيلي وإذا كان وصول جزء من السكان للمستشفى ليس سهلاً فإن المسح سوف يبين درجة جذب كل مستشفى للسكان المنتفعين ويرمز لهم بالرمز (ك).

١- معدل الدخول:

أي معدل تكرار الدخول ويرمز له بالرمز (د) وهو عدد مرات دخول المستشفى لكل ألف من السكان في السنة.

وعند حساب معدل الدخول تعد مرات الدخول حتى للحالة المرضية الواحدة، ولكن في حالة طول مدة الإقامة بالمستشفيات العقلية فإن الدخول يحسب فقط إذا كان المريض قد سبق خروجه بصفة نهائية من قبل.

$$\text{معدل الدخول لكل ألف من السكان} = \frac{د}{ك}$$

٢- معدل أيام العلاج المفرد (ع١):

يبين حجم أيام العلاج بالقسم الداخلي بالمستشفيات للفرد الواحد بالمجتمع في السنة.

$$\text{ع} = \frac{\text{مجموع أيام العلاج}}{\text{متوسط عدد السكان}} = \frac{ع}{ك}$$

٣- نسبة الأسرة المشغولة للسكان (ش١):

متوسط عدد السكان الموجودين يوميًا بالمستشفيات تحت العلاج.

$$\text{ش} = \frac{ش}{ك} \times 1000$$

٤- دليل الأسرة للسكان (و):

أكثر المؤشرات استخدامًا وأكثرها إثارة للخلاف ويدل على توفر أسرة المستشفيات على أساس عدد الأسرة المتاح لكل ألف من السكان.

$$\text{و} = \frac{ش}{ك} \times 1000$$

مجالات استعمال المؤشرات وفوائدها:

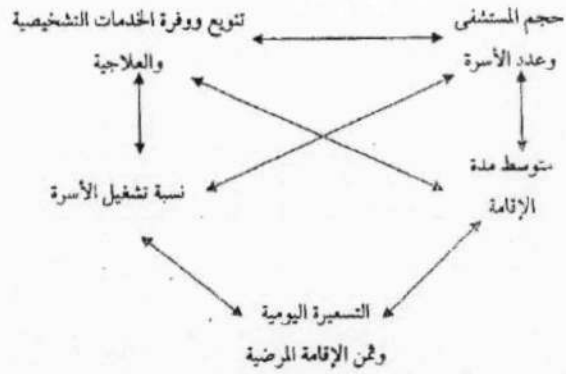
١. تحضير موازنة المستشفى السنوية:

مما يتطلب معرفة كاملة لبعض المؤشرات الاستشفائية السابقة وتبني الموازنة التقديرية على أساس عدد أيام الاستشفاء المتوقعة للمرضى الداخليين كما تساعد هذه المؤشرات على مراقبة الموازنة أثناء التشغيل السنوي.

٢. تمكن المؤشرات الاستشفائية من مراقبة أنشطة المستشفى وفعالياته:

مما يمكن المستشفى من اتخاذ القرارات في الوقت المناسب وقبل فوات الأوان وهذا يتطلب إنشاء نظام معلومات قادر على إعطاء هذه المؤشرات بسهولة.

تفاعل المؤشرات الاستشفائية مع عوامل استشفائية أخرى:



العوامل المؤثرة على استخدام المستشفيات (الاستعمالية):

تعتمد عل الصفات المميزة للسكان من الناحية الاجتماعية والاقتصادية وغيرها وكذلك على سلوكيات ومواقف الأطباء.

ولذا لا بد من توخي الحيطه والحذر عند إجراء وتحليل الدراسات المقارنة لاستعمالية المستشفى بين الدول والمجتمعات المختلفة.

أهم العوامل المؤثرة على استعمالية المستشفيات:

١. وفرة الأسرة الاستشفائية.
 ٢. طرق دفع تكلفة الخدمة الاستشفائية مباشرة من المريض المستفيد.
 ٣. توزيع الأسرة وتغطية المجتمع بخدمات المستشفى.
 ٤. مدى توفر خدمات طبية جيدة خارج المستشفى: -الرعاية الأول.
 - عيادات خارجية.
 - رعاية منزلية.
- وقد يؤدي وجود هذه الخدمات لكشف أمراض كامنة وبالتالي زيادة الطلب على المستشفى.
٥. مدى توفر الخدمات المساندة في المستشفى.
 ٦. سلوكيات الأطباء واختلاف الممارسة بينهم.
- السماح بالحركة المبكرة للمرضى ← خروج أسرع.
٧. التقاليد الاجتماعية
 - الولادة داخل المستشفى.
 - الولادة خارج المستشفى.
٨. وفرة الأطباء.
 ٩. البحث العلمي والتدريب.
 ١٠. مدى تواجد مستشفيات خاصة سياسة انتقائية بالدخول.
 ١١. حجم المرضية بالمجتمع.
 ١٢. ظروف السكن، دخول المستشفى لسبب ازدحام في المبيت وعدم وجود رعاية منزلية كافية.

المستشفى في العصر الحديث هو من أكثر الأنظمة تعقيداً فو يستخدم عمالة بشرية متنوعة وعلى درجة عالية من التخصص والاحتراف في هذه الأنشطة والتكنولوجيا الرائعة.

الحاجة للتنظيم والتنسيق بالمستشفى أكبر من الحاجة إليها في أي نظام آخر وكذلك حقيقة كون المستشفى لا يسعى لتحقيق الربح فحقيقة التزامها تكون بتقديم أعلى مستوى ممكن من الخدمات الطبية.

تقع على عاتق المستشفى مسؤولية معقدة تتمثل في تقديم أفضل رعاية صحية بأقل كلفة ممكنة ولا يمكن تحقيق هذه المسؤولية إلا بخلق نظام كفؤ يتماشى مع خصوصية المستشفى، ولضمان تقديم هذه الخدمات بأعلى جودة سنتعرف على التنظيم الداخلي للمستشفى والعناصر الرئيسية المكونة له وكيفية تنظيم تلك العناصر.

العناصر المكونة للهيكل الإداري:

يتربع مجلس الإدارة قمة الهيكل الإداري لأنه السلطة العليا بالمستشفى والواجب الرئيسي للمجلس هو التأكد من أن المستشفى يقدم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية بأقل تكلفة.

ويقوم المدير باختيار مساعدين لإعفائه من جزء من واجباته اليومية، وكذلك رؤساء مؤهلين للدوائر وعناصر بشرية مؤهلة لتنفيذ الأعمال اليومية.

تنقسم الدوائر في المستشفى العام إلى مجموعتين رئيسيتين:

١. الدوائر المهنية:

هي الدوائر التي تقدم خدمات الرعاية المهنية للمرضى وتشمل الدوائر الطبية والجراحية الرئيسية وغيرها من الخدمات ذات الطبيعة الطبية الإدارية كالخدمات الاجتماعية الطبية وخدمات إدخال وتخريج المرضى.

٢. دوائر الخدمات الإدارية:

وهي الخدمات ذات الطبيعة غير الطبية وهي مساعدة للمجموعة الأولى وتشمل غدارة الموارد البشرية والغدارة المالية والعلاقات العامة.... إلخ.

ويحمل رئيس مجلس الغدارة الهيئة الطبية جودة هذه الخدمات وتقييمها مما يجعل الهيئة الطبية تقوم بتنظيم دوائر متخصصة تبعاً لحجم الأنشطة والخدمات المقدمة.

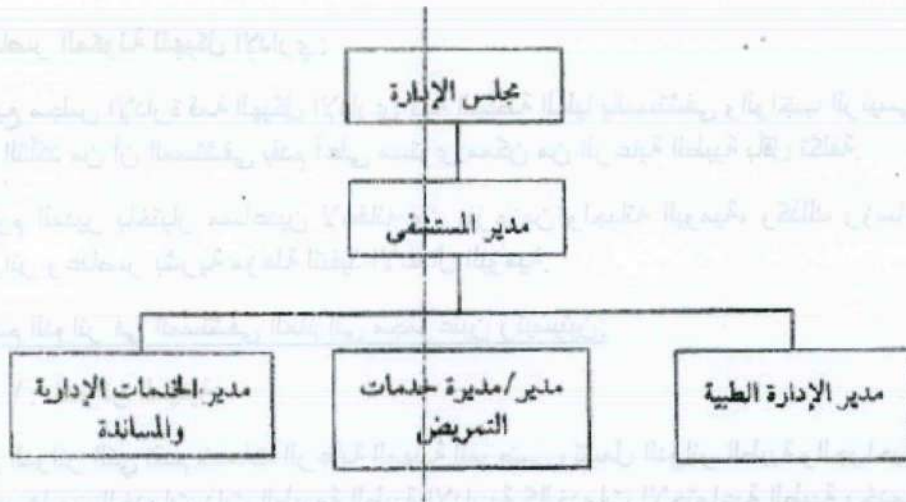
الهيكلية العاملة للمستشفى تتكون من:

- ١- مجلس الإدارة.
- ٢- مدير المستشفى ومساعديه.
- ٣- الهيئة الطبية.
- ٤- الدوائر والأقسام المختلفة بالمشفى بما فيها من عناصر بشرية مؤهلة لإدارة وتنفيذ الأعمال.

تنظيم إدارة المستشفى:

يتم إنشاء ٣ إدارات وظيفية كما يلي:

١. الإدارة الطبية: وهي مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بتقديم الخدمات الطبية والجراحية.
 ٢. إدارة التمريض: وهي مسؤولة عن غدارة كافة الأنشطة المتعلقة بإنتاج وتقديم خدمات التمريض.
 ٣. الإدارة العاملة: وهي مسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة غير الطبية وغير التمريضية بالمشفى.
- ويبين الشكل التالي مستويات الإدارة بالمستشفى:



المستشفى ونظريات التنظيم:

الخصائص المميزة للمستشفيات عن غيرها تزداد مع التقدم السريع والمستمر للتكنولوجيا الطبية مما ينتج توسعاً أكبر للعمل وتداخل بين الأنشطة وبعضها مما يستوجب تطوير ترتيبات إدارية خاصة تتماشى مع خصوصية المستشفى.

ولعدم وجود النظرية الواحدة التي يمكن تطبيقها على جميع التنظيمات المختلفة فالأسس الإدارية التي نشأت بناء على قطاع الصناعة والأعمال لا يمكن تطبيقها على المستشفى؛ نعم استفادت المستشفيات من النماذج التنظيمية الموضوعة مثل النظريات التالية:

١. النظرية الإدارية القديمة:

يندرج تحتها ٣ نماذج لإدارة الجهد البشري وهي:

- أ- النموذج الكلاسيكي (الإدارة العلمية، والمبادئ الإدارية والبيروقراطية).
- ب- النموذج السلوكي (حركة العلاقات الإنسانية وعلم السلوك).
- ج- النموذج الكمي (علم الإدارة وإدارة العمليات الإنتاجية).

٢. النظريات الحديثة وتشمل ٣ نماذج أيضاً:

١. نظرية النظام.
٢. النظرية الموقفية.

٣. منظور إدارة الجودة.

نموذج الإدارة العلمية:

يقوم على ٤ مبادئ أساسية:

١. تقييم المهام بدراستها وتحليلها علميًا لكل جزئية من المهمة المراد تنفيذها.
٢. الحرص في اختيار الموظفين من ذوي القدرات الصحيحة للقيام بالمهام.
٣. تدريب الموظفين وتقديم الحوافز لهم للقيام بمهامهم.
٤. استعمال المبادئ العلمية في تخطيط طرق العمل وتسهيل مهمة الموظفين في تنفيذ أعمالهم.

نموذج المبادئ الإدارية:

يعتبر فايول الأب الحقيقي للإدارة فهو أول من حدد وصف الوظائف الإدارية المعروفة واليوم وكذلك حدد المبادئ الإدارية والتي في رأيه قابلة للتطبيق في أي نظام.

النموذج البيروقراطي:

فيبر هو من طور النموذج ويعتقد أنه أكثر النماذج كفاءة.

يرى أن المنظمات تتصف بخمسة خصائص بيروقراطية وهي:

١. هرمية واضحة ومحددة للسلطة.
٢. قواعد وإجراءات محددة لتنفيذ العمل.
٣. تقسيم واضح للعمل على أساس التخصص.
٤. قرارات موضوعية كنزهة عن الاعتبارات الشخصية والهوى.
٥. يستند اختيار العاملين في المهنة على الكفاءة والجدارة.

أهم المساهمات التي قدمتها هذه النماذج هي:

١. مبدأ التخصص وتقسيم العمل على أساسه.
٢. مبدأ اختيار العاملين على أساس الكفاءة وهو مبدأ مهم خاصة بالمستشفيات لاعتمادها على العنصر البشري في المقام الأول.
٣. اعتماد المستشفيات على الكثير من المبادئ الإدارية المعروفة مثل مبدأ وحدة الأجر والتخصص وغيرها، واستفادت كذلك من الطروحات العلمية في تحليل العمل ووضع المعايير.

النموذج السلوكي للتنظيم:

١. السلوكيون الرواد:

وهنا التركيز على أهمية فهم السلوك الإنسان وتحفيز العاملين لتحقيق الإنجازات المرغوبة وضرورة وضع الاستراتيجيات الإدارية للتأثير على العاملين لتحقيق ما تريده الإدارة. وركزت (فولت) أن تكون المنظمات أكثر ديموقراطية حيث يعمل المدراء والعاملون بروح أكثر تعاونية للوصول لحلو ترضي الطرفين من خلال عملية التكامل *Integration*.

٢. حركة العلاقات الإنسانية:

وركزت الحركة على أهمية العلاقات الإنسانية في بيئة العمل لزيادة إنتاجية العامل.

من أبرز روادها (ماسلو) واطع نظرية هرمية الحاجات.

و(ماك غريغر) واطع نظرية X و Y بخصوص السلوك الإنساني بحيث تمثل X نظرة متشائمة عن العاملين و Y وجهة نظر مؤيدي حركة العلاقات الإنسانية.

٣. علم السلوك:

يقوم على الاعتماد على البحث العلمي لتطوير النظريات حول السلوك الإنساني.

مساهمات المدخل السلوكي:

كانت الإسهامات مؤثرة في الفكر الإداري والتنظيمي:

١. التركيز على أهمية العنصر البشري في تحسين الكفاءة والإنتاجية.
٢. التركيز على منهج البحث العلمي والتحليل العلمي للأعمال.
٣. التركيز على أهمية المشاركة والديمقراطية في إدارة المنظمات.
٤. المساهمة في تطوير نماذج تنظيمية جديدة مثل تنظيم المشروع والتنظيم المصفوف والتي ساهمت بتحقيق إنجازات كبيرة لاعتمادها على الاتصالات الأفقية بين العاملين موفرًا المرونة والتفاعل بينهم على عكس التنظيم الوظيفي المعتمد على الاتصال العمودي الذي تحكمه القواعد والسلوك.

وقد مكن التنظيم المصفوف المستشفيات من تحقيق التعاون والتنسيق بين المهنيين الصحيين المتعددين وربطهم بالتنظيم الوظيفي للمستشفى.

تنظيم المشروع:

يجري التركيز هنا على الاتصالات الأفقية المباشرة بين الأخصائيين والعاملين بالمشروع مما يوفر تنظيم المشروع: المرونة والاستجابة بأفكار الإبداعية أكثر منه في التنظيم الهيكلي الوظيفي ولكنه يصحبه بعض المشاكل مثل:

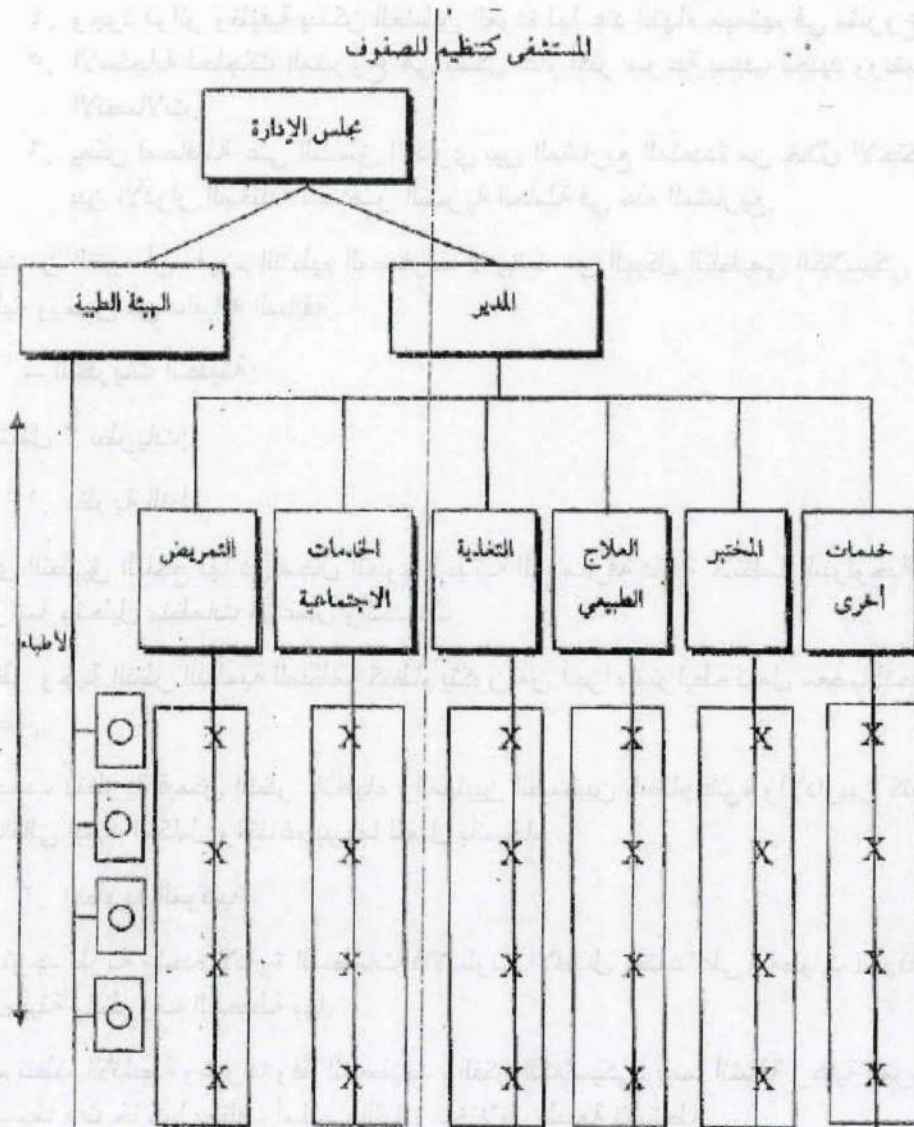
- غموض الدور لأعضاء الفريق.
- لا بد لمدير المشروع تبني أسلوبًا إداريًا جديدًا لممارسة عمله.
- التعايش مع التغيير فهو نمط يومي متكرر الحدوث.
- حدوث النزاعات بين أفراد الفريق نتيجة الاتصالات المباشرة.

المستشفى كتنظيم مصفوف:

عند تركيب مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الوظيفي للمستشفى يتج تنظيم المصفوف مما يوفر بعدًا أفقيًا وجانبيًا للاتصالات بين العناصر العاملة.

وإذا نظرنا للمستشفى نجد أن هناك التنظيم الهرمي العمودي وواضح من خلال سلسلة هرمية للأمر وتكوين الدوائر والأقسام.

وهناك التنسيق الجانبي والأفقي بين الدوائر كما هو واضح من خلال فريق رعاية المريض ويوضح الشكل التالي التنظيم المصفوف:



التنسيق الجانبي (الأفقي)

X تشير هذه العلامة إلى عضو في الدائرة أو القسم بالإضافة إلى كونه عضو في فريق رعاية المريض.

O تشير هذه العلامة إلى قائد الفريق الطبي.

يلخص (كلياند) و(كنج) خصائص التنظيم المصفوف:

1. التركيز على مفهوم المشروع من خلال تعيين فرد واحد مشرف للمشروع ومحور مركزي لكافة المسائل.

٢. المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الأخصائيين.
 ٣. تواجد المعرفة والمهارات المتخصصة لكافة البرامج على أساس المساواة.
 ٤. وجود دوائر وظيفية يمكن للعاملين العودة لها عند انتهاء مهمتهم في مشروع معين.
 ٥. الاستجابة لحاجات المشروع هي بشكل عام أكثر سرعة بسبب تحديد ووضوح خطوط الاتصالات.
 ٦. يمكن لمحافظة على التناسق الإداري بين المشاريع المتعددة من خلال الاحتكاك المتعمد بين الأدوار المختلفة للعناصر البشرية العاملة في هذه المشاريع.
- لا بد من التنبيه أن مفهوم التنظيم المصفوف لا يبتعد عن الهيكل التنظيمي الكلاسيكي ولكنه يبني عليه ويحسن من سلبياته السابقة.

٣ - النظريات الحديثة:

وتشمل ٣ نظريات:

١. نظرية النظم:

أدى التطبيق الناجح لها في مجال العلوم الحياتية إلى معرفة دقيقة للأنظمة البيولوجية واستعملت لدراسة وتحليل منظمات الأعمال والخدمات.

تنظر وجهة النظر النظامية للمنظمة كنظام يتكون من أجزاء مترابطة تعمل معصا لتحقيق أهداف النظام.

وحسب النظرية فيمكن النظر للأطباء والمهنيين الصحيين كنظام فني، والإداريين كنظام إداري وبالتالي إيجاد التكامل والتناغم بينهما للعمل بانسجام.

٢. النظرية الموقفية:

لا توجد طريقة واحدة لإدارة المنظمات فالأسلوب الأفضل يعتمد على معطيات الموقف الخاص بكل بيئة والظروف المحيطة بها.

فيتم تنظيم الأنشطة وغيرها وفقاً للمعطيات والفكر الكلاسيكي، بينما أنشطة رعاية المرضى تتبنى تصميمًا مفتوحًا كما يختلف أسلوب القيادة باختلاف طبيعة الأنشطة.

٣. إدارة الجودة:

يتضمن ٣ مفاهيم:

أ- ضبط الجودة Quality control.

ب- ضمان الجودة Quality Assurance.

ج- إدارة الجودة الشاملة Total quality.

الجودة هي قدرة المنتج على إشباع حاجات العميل لذا ينظر لها كأحدى الطرق المهمة لزيادة قيمة السلعة وتمييزها عن سلع المنافسين.

وللتأكد من الجودة يتم اتباع استراتيجيتين هما ضبط الجودة وضمن الجودة.

وضبط الجودة هي استراتيجية تقليل الأخطاء بالتركيز على إدارة كل مراحل العملية الإنتاجية. وتم تطوير استراتيجية ضمان الجودة بحيث تركز على أداء العاملين للوصول لمنتج خالٍ من العيوب **Zero-defect**.

إدارة الجودة الشاملة: مدخل شامل تقودها الإدارة العليا بدعم من كافة العاملين مكرسة لفكرة التحسين المستمر للجودة والتدريب ورضا المستهلك. تتألف إدارة الجودة الشاملة من 4 مكونات:

- أ- التحسين المستمر للجودة هو أولوية أولى في المنظمة.
- ب- ضرورة إشراك كل فرد عمل بالمنظمة في التحسين المستمر مما يتطلب تدريب العاملين وتمكينهم لإيجاد حلول للمشاكل.
- ج- الاستماع والتعلم من المستهلكين والعاملين.
- د- استعمال معايير دقيقة لتحديد الأخطاء والقضاء عليها.

تكوين الدوائر:

هي الخطوة الأولى لتأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي انطلاقاً من مبدأ تقسيم العمل والتخصص والحاجة للتنسيق وتكوين الدوائر يعني تجميع الأنشطة المتعددة ذات الطبيعة المتشابهة في وحدات إدارية مستقلة تسمى دوائر أو أقسام أو خدمات أو أياً كان المسمى.

ويترأس كل منهما مدير أو مشرف يفوض مقداراً كافياً من السلطة لتنفيذ الأنشطة.

المداخل المتبعة لتكوين الدوائر في المستشفيات:

تجميع الأنشطة المترابطة مع بعضها يتم على أساس من المداخل التالية:

١. حسب الوظيفة Bu function:

يعتبر من أكثر المداخل شيوعاً في تكوين الدوائر وتستعمل المستشفيات هذا المدخل عند تكوين الدوائر وتصميم الهيكل التنظيمي الرسمي فتتجمع الأنشطة المتشابهة تحت دائرة ومدير واحد. يمكن هذا المدخل المستشفيات الاستفادة من مبدأ التخصص ويسهل التنسيق بين التخصصات.

٢. حسب الخدمة المنتجة:

يركز هذا المدخل على السلعة لتكوين الدوائر بدلاً من الوظيفة مثل التقسيم: قسم الجراحة، والباطنية، والنساء..... إلخ.

ما يؤخذ على هذا المدخل:

- ١- ازدواجية الجهود والأنشطة بدلاً من وجود مديرة واحدة لخدمات المريض مثلاً لكن هنا فستتواجد مديرة تمرير لكل قسم وكذلك باقي الأنشطة الأخرى.
- ٢- صعوبة التنسيق بين خدمات التمريض لن يكون سهلاً طالما أن كل مديرة تمرير ترتبط بمدير مختلف.
٣. المدخل الجغرافي:

يمكن تطبيقه في حالات محدودة حيث تكون أبنية المستشفى منتشرة على مساحات جغرافية واسعة ويمكن تبنيه كذلك في حالة كون بناء المستشفى من النمط الرأسي (طوابق متعددة).

٤. حسب المرضى:

يستعمل هذا المدخل خصائص الأفراد المستهلكين للخدمة الصحية كأساس تكوين الدوائر مثل عيادات المرضى الخارجيين وتختص بتقديم الرعاية لمرضى العيادات الخارجية.

٥. حسب العملية أو الجهاز المستعمل:

تستعمل المنظمات الصحية هذا المدخل بشكل كبير لأنها تقوم عادة بأعمال محددة وتستعمل أجهزة محددة فكل عمل يتطلب استعمال جهاز معين يتم تحويله للجهة المختصة به.

٦. حسب الوقت المحدد:

نظرًا لطبيعة عمل المستشفى على مدار اليوم بلا انقطاع فلا بد من تجميع الأنشطة على أساس ترتيب المناوبات والشفقات.

وهذا التجميع ينطوي على مشاكل تنظيمية رئيسية نظرًا لتكرار نفس الأعمال في الورديات المختلفة.

الهيكل المركب للمستشفى Composite Structure:

اهتمام الإدارة الرئيسي يجب أن يكون تكوين الدوائر لتسهيل إنجاز الأهداف بفعالية ومما يسهل التنسيق المتكامل بين وظائف المستشفى المختلفة وليس تكوين الدوائر بحد ذاتها هدفًا للمستشفى.

تفويض السلطة:

هو ما يوضح الدم في أوصال التنظيم فليس مجرد وضع الخرائط التنظيمية هو ما يسهل القيام بالعمل بل تفويض السلطة هو ما يفعل.

من خلال عملي التفويض يتلقى المدير الإدارة من رئيسه وبدون هذه السلطة التي تنبثق من مجلس الإدارة وتسري لأسفل؛ لا يمكن أن يكون مديرًا بالفعل.

تتكون عملية تفويض السلطة من ٣ مكونات كالتالي:

١. تحديد الواجبات:

تحديد واجبات ومهام المرؤوسين في التنظيم والمدير هو من يتحمل مسؤولية تفويض المهام وهؤلاء المرؤوسين يقومون بتفويض المرؤوسين لهم وهكذا.

ويجب على المدير تدريب العاملين وتنمية مهاراتهم لتتماشى مع متطلبات العمل بكفاءة.

٢. منح السلطة:

وهذا ما يمكن المرؤوس من استعمال الموارد المتاحة له لاتخاذ الإجراءات اللازمة الخاصة بمنصبه، ويجب أن تكون السلطة الممنوحة للمرؤوس كافية لإنجاز العمل المطلوب.

ولابد لعملية تفويض السلطة أن تنبع من مصدر واحد.

٣. قبول المسؤولية:

المسؤولية هي التزام المرؤوس بالقيام بالواجبات المحددة له وقبول المرؤوس للعمل يعني قبول الالتزام تجاه عمله.

وهي الالتزام الذي يقبل به المرؤوس ولكن هذا يعني أن المدير لا يزال يتحمل جزءًا من هذه المسؤولية كذلك.

والشكل التالي يبين خريطة تنظيمية مقترحة للمستشفى:

الفصل العاشر

**مدير المستشفى: واجباته ودوره
ومسؤولياته**

المناخ العام لممارسة مهنة إدارة المستشفيات والإدارة الصحية:

يتصف المناخ العام لمهنة الإدارة في قطاع الرعاية الطبية والاستشفائية بما يلي:

١. عدم الرضا بشكل عام عن الخدمات ونواتجها ومساهماتها في المستوى الصحي في الوقت الذي بلغت فيه المعرفة والتكنولوجيا الطبية ذروة فريدة. فيلاحظ عدم الرضا من كافة الأطراف كما يلي:

أ. عدم رضا المستهلكين للخدمة الطبية فالمرضى غير راضين عن كلفة وفن الرعاية الطبية وعن التعامل الإنساني حيث انحازت الرعاية الطبية والاستشفائية نحو النموذج الطبي Medical Model على حساب النموذج الاجتماعي Social Model وما نتج عنه من تقصير في الاستجابة لحاجات المريض كشخص Person وهذا ما يعرف بـ Depersonalization للرعاية الطبية.

ب. عدم رضا الممولين (شركات التأمين) للرعاية الطبية عن كلفتها والتصاعد في فاتورة العلاج.

ج. عدم رضا المهنيين المنتجين لها بسبب نقص القوى العاملة وزيادة عبء العمل والظروف المادية والنفسية الصعبة له. ومؤشرات ذلك التغب عن العمل وانخفاض المعنويات وتدني الإنتاجية.

د. عدم رضا الإدارة بسبب النقص في العنصر البشري المهني والموارد المتاحة واختلال موازين القوى داخل المنظمة الصحية بسبب الدرجة العالية من التواجد المهني في المستشفيات وما يمثله من مراكز قوى على حساب السلطة الإدارية للمدير عادة. وما ينتج عنه من نزاع بين المهنيين والإداريين.

٢. التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الطبية والاستشفائية مما يمكن للخدمة الطبية أن تقدمه لهم فهم يتوقعون المعجزات مما يرفع مستوى المعايير والتوقع ويسبب الإحباط غالباً.

٣. التعقيد البيئي المستجد في قطاع الرعاية الطبية والاستشفائية، وما يميزه من اشتداد المنافسة بين المستشفيات، وزيادة المخاطر على استمرار ونمو المستشفيات، مع استمرار الصناعة الاستشفائية التشريعات وأخلاقيات الممارسة التي لا تتيح لها التنافس بحرية، فالمنافسة السعرية غير مسموح بها. والإعلان عن الخدمات والرامج مقيدة لأبعد الحدود. وفرص النجاح والاستمرار للمستشفيات محكومة بتميز أدائها عن منافسيها في إدارة أنشطتها بما يضمن جودة عالية لعمالها وبكلفة معقولة.

٤. الندرة النسبية المتزايدة في الموارد المتاحة لقطاع الرعاية الطبية والاستشفائية والأوضاع المالية غير الحسنة المتضررة منها الكثير من المنظمات الصحية. والالتزام الأدبي بتقديم خدمات ذو جودة عالية. وهذه هي المعادلة الصعبة التي لابد للمدير من التعامل معها.

الحاجة للتخصص ودراسة الإدارة الصحية

تنامت الحاجة للتخصص ودراسة الإدارة الصحية مؤخراً والتفرغ لمهنة الإدارة للأسباب التالية:

١. الحصول على المعرفة والخبرة والمهارات الإدارية.
٢. معرفة كيفية تطبيقها في منظمات الرعاية الصحية والطبية.
٣. التزايد المستمر في التعقيد البيئي للرعاية الطبية، وتظهر أبعاده فيما يلي:
 - أ. التقدم المعرفي والتخصص غير المسبوق في المعرفة الطبية.
 - ب. التعقيد التكنولوجي غير المسبوق في الرعاية والممارسة الطبية.
 - ج. نمو المؤسسات الطبية في الحجم، والحاجة والتعقيد لعمل الفريق المتعاون.
 - د. تعقيد آليات التمويل للرعاية الطبية وضغط الجانب المالي وحساسية دوره.
 - هـ. تضخم كلفة الرعاية الطبية المستمر.
 - و. التوقعات العالية للمستهلكين.

نتيجة لذلك يتم الضغط باتجاه الحاجة المتزايدة لتحسين الممارسات الإدارية لتحقيق كفاءة الأداء واحتواء كلفة الإنتاج المتصاعدة والتي أصبحت هاجساً للممولين والمشتريين. وقد استجابت خدمة تعليم المدراء الصحيين لها وأصبحت تركز على الجوانب الاقتصادية والتسويقية والإستراتيجية في إدارة المنظمات الاستشفائية.

مبادئ إدارة المستشفيات

لابد من التأكيد على أن المبادئ الإدارية الأساسية في إدارة المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية هي نفس المبادئ الإدارية المعروفة في أي مجال لإدارة النشاط الإنساني. سواء داخل القطاع الصحي أو خارجه (منظمات الأعمال والصناعة في القطاعات الاقتصادية الأخرى) وهذه المبادئ كما يلي:

١. التحليل والتقييم الموضوعي للمشاكل والموارد في قطاع الاستشفاء والمستشفى المعني تحديداً.

٢. تحديد وصياغة الأهداف والسياسات والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف.

٣. تنظيم الموارد المتاحة للمستشفى بشكل يحقق التكامل بين العاملين والتكنولوجيا والوظائف.

٤. ممارسة العملية الإدارية بما يحقق الأهداف المخططة بفاعلية وكفاءة.

٥. التقييم المستمر لنتائج الأعمال والأنشطة والمساءلة عن النتائج.

ويتمثل دور مدير المستشفى والإدارة العليا في تطوير وتصميم التنظيم القادر على تحقيق الأهداف وقيامه بمسؤولية العملية الإدارية بعناصرها المعروفة بالوظائف الإدارية وهي:

١. التخطيط.

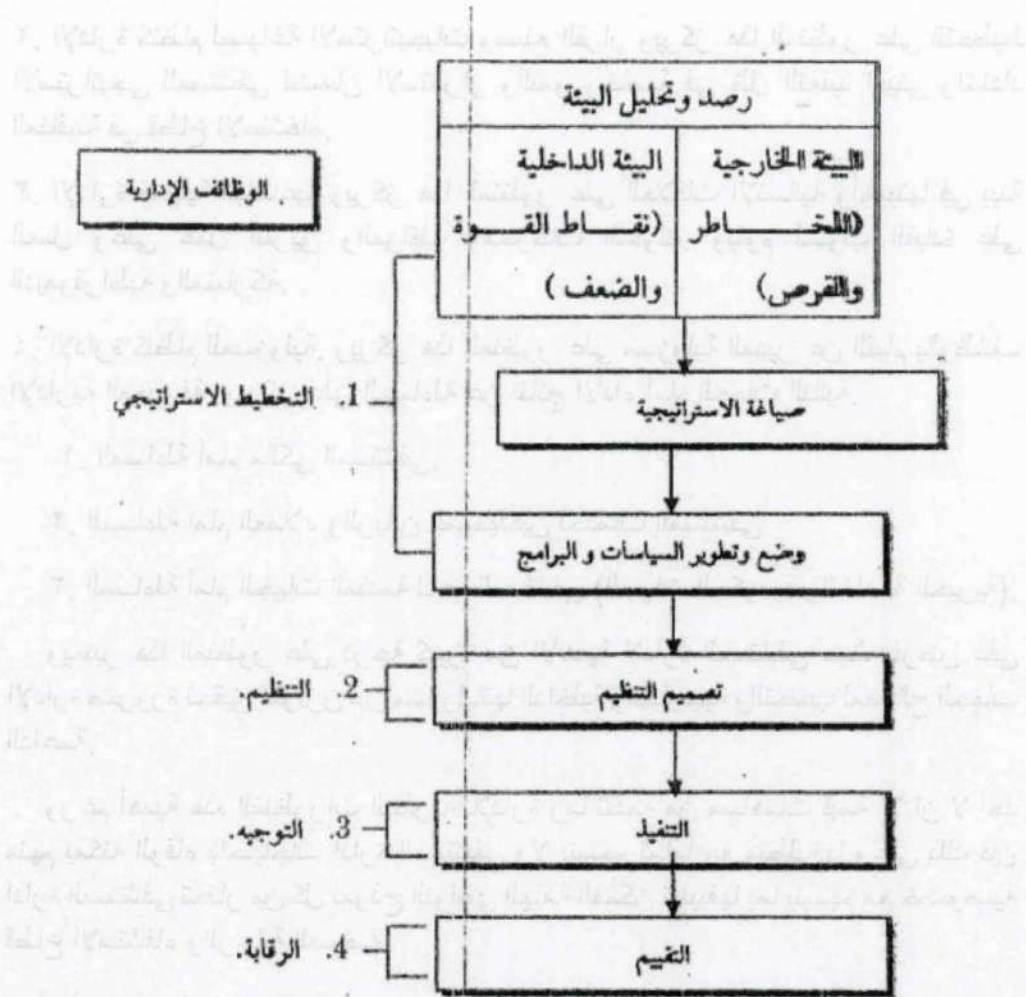
٢. التنظيم.

٣. التوجيه.

٤. الرقابة.

ولابد من التنبيه إلى أن إدارة المستشفيات على ضوء التعقيد البيئي والتغيير المتسارع الذي تشهده منظمات القطاع الصحي وما فرضه من تحديات ومخاطر وفرص لمنظمات الرعاية الطبية. يستدعي من إدارة المستشفى التركيز على رصد وتحليل مستمر للبيئة الخارجية وما فرضته من تحديات وما تحمله من مخاطر وفرص للمستشفيات في بيئة تنافسية غير مسبوقه. وعلى ذلك فإن المدراء الصحيين ومدراء المستشفيات الذين يجدون أنفسهم لا يزالون يركزون على أدوات وميكانيكيات الإدارة التقليدية لا يمكنهم الوفاء بمتطلبات النجاح لمنظمتهم الصحية في البيئة الجديدة.

ويوضح الشكل رقم (٢٣) نموذجاً لدور مدير المستشفى.



الشكل (23)

نموذج لدور مدير المستشفى

ونظراً لخصوصية المستشفيات وما هو معروف من نظريات الإدارة قد تم تطويره في قطاع الأعمال وبالتالي عدم وجود نظرية إدارية يمكن تطبيقها في منظمات الرعاية الصحية والاستشفائية لابد لمدير المستشفى من الانتقاء من الطروحات والأفكار التي أفرزتها النظريات الإدارية بما يخدم أغراض إدارة المستشفيات. وفيما يلي نستعرض بعض النماذج النظرية في مجال الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات.

١. الإدارة كنظام تكنولوجي ويركز هذا المنظور على كفاءة العمليات والأنشطة. وما يتطلبه ذلك من الاستفادة من تطبيقات الهندسة الإدارية التي جاءت بها حركة الإدارة العليا. ويمكن للمستشفيات الاستفادة من هذا المنظور لحاجتها لتحسين كفاءة عملية إنتاج الخدمة الطبية وضرورة توظيف عقلية الأعمال في إدارة عملياتها حيث يمكن النظر إلى المستشفى كمصنع للصحة والسعادة دون مبالغة بذلك.

٢. الإدارة كنظام لصياغة الاستراتيجيات وصنع القرار ويركز هذا المنظور على التخطيط الاستراتيجي للمستشفى لضمان الاستمرار والنمو وخاصة في ظل التعقيد البيئي واشتداد المنافسة في قطاع الاستشفاء.

٣. الإدارة كعملية اجتماعية ويركز هذا المنظور على العلاقات الإنسانية وأهميتها في بيئة العمل وعلى عمل الفريق والمواقف ومحركات السلوك. ويقوم أسلوب القيادة على الديمقراطية والمشاركة.

٤. الإدارة كنظام للمسؤولية. ويركز هذا المنظور على مسؤولية المدير عن القيام بالوظائف الإدارية المعروفة. ويركز على المساءلة عن نتائج الأداء أمام الجهات التالية:

١. المساءلة أمام مالكي المستشفى.

٢. المساءلة أمام العملاء والزبائن المستهلكين لخدمات المستشفى.

٣. المساءلة أمام الجهات المقدمة لدعم المستشفى (الجهات الحكومية والخاصة الخيرية).

ويعتبر هذا المنظور على درجة كبيرة من الأهمية لإدارة المستشفى حيث يفرض على الإدارة ضرورة تحقيق التوازن بين مسؤولياتها الداخلية والخارجية والتحسب لمصالح الجهات الداعمة.

ورغم أهمية هذه المنظورات النظرية للإدارة وما تقدمه من مساهمات قيمة إلا أن لا أحد منهم يمكنه الوفاء باحتياجات إدارة المستشفى ولا ينسجم تماماً مع متطلباتها وعلى ذلك فإن إدارة المستشفى تختار من كل نموذج النواحي الهامة الممكن تطبيقها بما ينسجم مع خصوصية قطاع الاستشفاء والرعاية الصحية.

وظائف وأدوار مدير المستشفى:

من خلال ملاحظة الأنشطة التي يقوم بها مدراء المستشفيات في بيئة الاستشفاء المعاصرة يمكن تصنيف هذه الأنشطة في ثلاث مجموعات:

١. أنشطة إدارية داخل المستشفى.
٢. دراسة البيئة الخارجية لتقييم التغيرات في البيئة وتقييم أثرها على المستشفى وخدماتها الاستشفائية.
٣. أنشطة العلاقات الخارجية للحفاظ على العلاقات مع التنظيمات المتعلقة بعمليات وأنشطة المستشفى.

(١) الوظائف والأنشطة الداخلية:

أ- التخطيط:

١. تحديد الهدف الأساسي وألويات الأهداف للمستشفى.
٢. تحديد المشاكل الرئيسية بعرضها ودراستها من قبل مجلس الإدارة أو السلطات الأعلى.
٣. تحديد الخدمات الجديدة المدخلة (التشخيصية والعلاجية والغير فنية) أو تشييد أبنية جديدة.

ب- التنظيم:

١. تحديد علاقات السلطة والمسؤولية بين العاملين في المستشفى وبين الأقسام والدوائر المختلفة.

٢. تحديد أنظمة الاتصالات داخل المستشفى.

٣. تنسيق الجهود البشرية لضمان أعلى كفاءة في تحقيق الأهداف.

ج- التوظيف Staffing:

١. تحديد عدد الموظفين لكل قسم.

٢. تحديد سلم الأجور والمزايا الإضافية.

٣. تقييم وتدريب وتطوير العناصر البشرية.

- د- التوجيه: حفز وقيادة وإرشاد العاملين.

هـ- الرقابة:

١. وضع وتطوير نظام المعلومات الإدارية.

٢. احتواء وضبط تكلفة الخدمات.

٣. وضع أنظمة المحاسبة والأنظمة المالية Accounting + Budgeting.

٤. التعرف على مدى رضا مستهلكي الخدمات Opinion Survey.

(٢) مسح ودراسة البيئة الخارجية Environmental Surveillance:

١. تحديد الأولوية للخدمات الجديدة المراد إدخالها.
٢. تحديد الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأخرى العاملة في منطقة خدمة المستشفى.
٣. التعرف على الاتجاهات المستقبلية في مجال تقديم وتمويل الخدمات الصحية والاستشفائية.
٤. تفسير أثر التغيرات في التشريعات والقوانين للخدمات الصحية والاستشفائية.

(٣) أنشطة العلاقات الخارجية External Relate:

١. إعلام المجتمع المحلي حول خدمات وأهداف ومشاكل التنظيم.
 ٢. مناقشة المشاكل التي تواجه المنظمة مع قادة ومسؤولي المجتمع المحلي.
 ٣. التأثير على اتخاذ القرارات والقوانين المؤثرة على المنظمة.
 ٤. التفاعل والاتصال مع المؤسسات الأخرى، أصحاب المصالح دافعي الكلفة.
- الأدوار الإدارية التي يقوم بها مدير المستشفى:

تتضمن وظائف مدير المستشفى أدوار إدارية يمكن تصنيفها إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

(١) أدوار عبر شخصية Interpersonal Roles:

- أ. الرمز Figurehead ويتمثل عندما يقوم المدير بأدوار احتفالية مثل (قص الشريط... إلخ).
- ب. ضابط الارتباط:

١. التنسيق بين الدوائر في المستشفى.

٢. الاتصالات مع المستشفيات الأخرى والمدراء الصحيين الآخرين (بشكل رسمي أو غير رسمي).

٣. الاتصال مع المنظمات المهنية (مثل النقابات وغيرها).

ج. دور القائد:

١. حفز وقيادة المرؤوسين.

٢. التأثير على سلوكيات المرؤوسين.

(٢) دور صانع القرارات:

أ. مهندس التغيير Change Agent حيث يقوم بالتخطيط لإدخال التغييرات للمستشفى.

ب. حلل المشاكل Disturbance Handler لحل الخلافات بين العناصر العاملة في المستشفى.

ج. موزع الموارد والإمكانيات Resource Allocation. توزيع الموارد البشرية والمادية بين الأقسام.

د. المفاوض ويشمل التفاوض مع الأقسام ومراكز القوى عند توزيع الإمكانيات، التفاوض عن حل المشاكل، والتفاوض مع الدوائر والأقسام عند إدخال التغييرات.

(٣) دور مصدر أو مركز المعلومات Informational Role:

أ. Monitor بحكم اتصالاته داخل وخارج المستشفى يصبح المدراء مصدر المعلومات في المستشفى.

ب. جمع ونشر المعلومات Disseminator عن طريق:

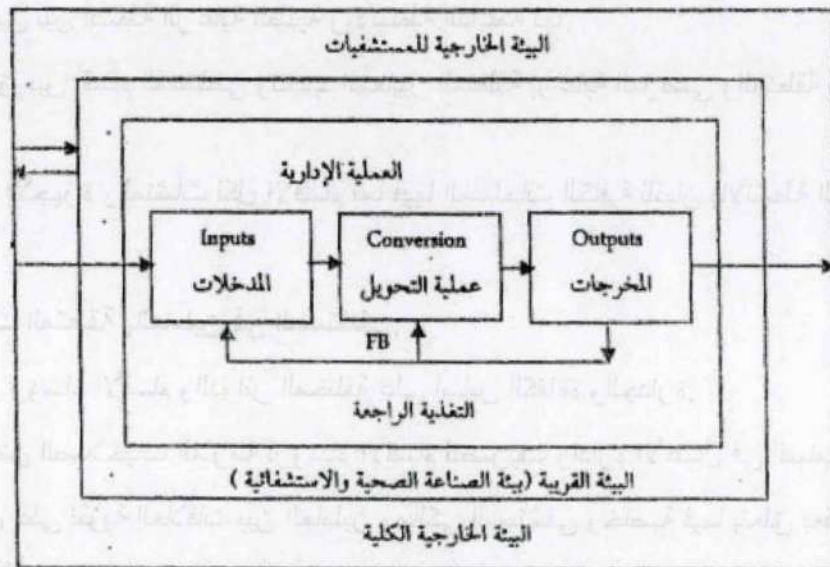
- شبكة الاتصالات داخل المستشفى.
- اتصالاته الخارجية كونه ضابط الارتباط والمنسق الخارجي.
- نظام المعلومات الرئيسي بالمستشفى.

يقوم المدراء بتحليل المعلومات ومن ثم بنشر ما يلزم وحجبها عن الآخرين داخل وخارج المستشفى.

ج. الناطق الرسمي Spokesman Role:

- إلقاء الخطب في المجتمع الخارجي.
- تمثيل المستشفى أمام الجهات الخارجية.

ويبين الشكل (24) نموذج لإدارة المستشفى من منظور نظامي



نموذج للمستشفى من منظور النظام

واجبات مدير المستشفى

فيما يلي استعراض موجز لواجبات مدير المستشفى تجاه العديد من الأطراف المشاركة في العملية الاستشفائية والمتعاملة معها داخل المستشفى وخارجه.

١- الواجبات المتعلقة بمجلس الإدارة:

أ. حضور اجتماعات مجلس الإدارة ولجان المجلس لتقديم الرأي كونه مطلع بتفاصيل عمل وأداء دوائر المستشفى دون أن يكون لحق التصويت.

ب. تحضير الموازنة السنوية للمستشفى للحصول على الأموال المطلوبة

ج. التوظيف في حدود الموازنة المصادقة عليها من المجلس وحقه في تعيين وطرده الموظفين.

د. تقديم تقارير شهرية موجزة عن إنجازات وأداء المستشفى.

هـ. صياغة وتطوير الأنظمة والتعليمات والسياسات المتعلقة بالعاملين في المستشفى.

و. قيادة نشاط التخطيط في المستشفى والإشراف عليها في الدوائر المختلفة وتوجيهها.

٢- واجبات داخل التنظيم (في المستشفى):

أ. يعمل كحلقة ارتباط بين مجلس الإدارة وكافة الدوائر في المستشفى.

ب. التأكد من تطبيق السياسات العامة والخاصة في المستشفى وتقييد الجميع بها وتفسير أية سياسات جديدة يتبناها مجلس الإدارة للأطباء والعاملين في المستشفى.

ج. التنسيق بين أنشطة الرعاية الطبية والأنشطة الداعمة لها.

د. التنسيق بين أقسام المستشفى وتحديد المعايير المتعلقة برعاية المرضى والمتعلقة بالشؤون الإدارية.

هـ. توفير الأجهزة والمنشآت لكل الأقسام بما فيها المساحات الكافية للقيام بالأنشطة المختلفة.

٣- الواجبات المتعلقة بالعاملين في المستشفى:

أ. اختيار رؤساء الأقسام والدوائر المختلفة على أساس الكفاءة والجدارة.

ب. تفويض الصلاحيات اللازمة لرؤساء الأقسام لتصريف وإدارة الأعمال في أقسامهم.

ج. العمل على تقوية العلاقات بين العاملين ومالكي المستشفى وخاصة فيما يتعلق بعقود العمل والأجور.

د. التأكد من لياقة جميع العاملين في المستشفى صحياً وعدم وجود خطورة على صحة العاملين الآخرين والمرضى والزوار وترتيب الفحوصات الطبية الدورية لهم.

هـ. الاهتمام والمشاركة في أنشطة التعليم والتدريب للعاملين في المستشفى.

و. الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية للعاملين في المستشفى وخاصة المقيمين فيها منهم ومشاركتهم شعائرهم.

٤- الواجبات المتعلقة بالرعاية المهنية للمرضى:

أ. اختيار موظفين جدد ذوي مهارات متميزة في التعامل الإنساني للعمل في قسم الإدخال والتأكد من سلامة عملية إدخال المرضى دون تأخير. وتيسيرها بما يرسم صورة إيجابية لدى المرضى عن تعاملهم مع المستشفى. وهذا ما يعرف بتسويق المستشفى عند التعامل الأول وترك انطباع إيجابي لديهم.

ب. التأكد من وجود طبيب مسؤول عن علاج المريض عن إدخاله.

ج. التأكد من تنسيق أنشطة الرعاية المهنية (تمريض، أشعة، مختبرات،... إلخ) مع الطبيب المعالج.

٥- الواجبات المتعلقة بالهيئة الطبية:

أ. العمل كحلقة اتصال بين الهيئة الطبية ومجلس الإدارة فيما يتعلق بما يلي:

- نقل رغبات الهيئة الطبية ومجلس الإدارة في الأمور والقضايا التي لا تقع ضمن صلاحياته.

- نقل قرارات وسياسات مجلس الإدارة المؤثرة على الهيئة الطبية بشكل دقيق وسريع.

وفي حالة وجود لجنة مشتركة عليا (تمثل مجلس الإدارة والأطباء) تقوم بالاتصال بين مجلس الإدارة والهيئة الطبية.

ب. التأكد من تطبيق الهيئة الطبية للسياسات التي يضعها المجلس والتقيد بها خاصة فيما يتعلق بما يلي:

- منع الممارسات الطبية التي تشكل اختراق للسياسات المهنية المتعارف عليها مثل التجارب غير المصرح بها والعمليات الجراحية غير القانونية والمعالجة الطبية الغير متفقة مع الممارسة الطبية العملية وتعليق عضوية الأطباء المخالفين.

ج. التأكد أن كافة المرضى المدخلين قد تم تعيين طبيب معالج مسؤول عن رعايتهم فور دخولهم.

د. توفير الضروريات لأعضاء الهيئة الطبية بما يمكنهم من رعاية المرضى مثل الأجهزة والمعدات اللازمة للرعاية الطبية للمرضى العاديين والأجهزة اللازمة للمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.

هـ. التأكد على أن تكون أوامر الأطباء الطبية مكتوبة والتأكيد على عدم تنفيذ الأوامر الطبية الشفوية.

و. توفير المستلزمات المطلوبة لضمان وجود سجلات طبية جيدة. وتشمل:

- الأجهزة والمعدات والنماذج والفنيين.
- الترتيبات الخاصة بحماية السجلات الطبية بعد استكمالها من قبل الأطباء المعنيين.
- التأكد من أن السجلات الطبية تستعمل فقط للأغراض المسموح بها قانوناً من الأشخاص المصرح لهم بذلك.

٦- الواجبات المتعلقة بقطاع الاستشفاء (المستشفيات الأخرى):

أ. التنسيق مع مدراء المستشفيات الآخرين فيما يتعلق بالأمور والقضايا المؤثرة على مستشفياتهم وقطاع الرعاية الطبية.

ب. حضور الاجتماعات والمؤتمرات المهنية المتعلقة بالمستشفيات وإدارتها بما يضمن مواكبة مدراء المستشفيات لما هو مستجد.

ج. المتابعة للتطورات والتقدم المعرفي في مجال إدارة الخدمات الاستشفائية وما يرتبط بها.

وجدير بالذكر أن مدراء المستشفيات عند قيامهم بواجباتهم لا بد من الانتباه من أن سلوكياتهم تنسجم مع الأخلاقيات الخاصة بمهنة إدارة المستشفيات.

قانون أخلاقيات مدراء المستشفيات:

تتضمن أخلاقيات مهنة إدارة المستشفيات ضوابط سلوكية متعارف عليها من أعضاء المهنة ما يلي:

١. يمتنع عن استعمال مركزه الوظيفي لتحقيق مكاسب شخصية. أو الحط من عمل زملاء المهنة.
٢. أن يكون بصفته ممثل لمجلس الإدارة والناطق باسم المستشفى مثال يحتذى به. ولا بد أن تكون المرضى في المقام الأول لديه.
٣. غير متحيز في علاقاته مع الأطباء والعاملين وعادل في تعامله مع الجميع.
٤. المشاركة في تعليم المبادئ والممارسات الإدارية في إدارة المستشفيات.
٥. يشارك في برامج التعليم والتدريب لتأهيل الكوادر المهنية المطلوبة للرعاية الاستشفائية.
٦. تكريس جهده واهتماماته بصحة المجتمع الذي يخدمه المجتمع.
٧. دعم الممارسات الطبية الصحيحة ومنع الممارسات المؤذية منها.
٨. السعي لتحسين مهاراته المهنية وخبراته من خلال الاستشارات والتعليم المستمر.
٩. احترام حقوق وامتيازات ومعتقدات الآخرين بغض النظر عن تصنيفاتهم.
١٠. المحافظة على سرية الشؤون الخاصة بالمرضى وذويهم والأطباء الآخرين

الفصل الحادي عشر

الفصل الحادي عشر

مؤلفه: د. فاطمة بنت محمد بن عبد الله بن عبد الوهاب بن عبد الرحمن بن عبد الحميد بن عبد المطلب بن عبد مناف بن قصي بن كلاب بن مرة بن كعب بن لؤي بن غالب بن فهر بن مالك بن النضر بن كنانة بن خزيمة بن مدركة بن إلياس بن مضر بن نزار بن معد بن عدنان.

تنظيم مجلس الإدارة

مجلس الإدارة

تجمع كتب التراث الإداري والصحي على أن مجلس الإدارة هو السلطة العليا في المستشفى. فمن الأهمية القصوى اختيار أعضائه بعناية. ولا بد للأعضاء من أن يكونوا ممثلين للمجتمع المحلي الذي يخدمه المستشفى ولا بد أن يكون لديهم الرغبة والاستعداد للخدمة والاهتمام بقضايا مجتمعهم والاستعداد لتكريس الوقت الكافي للمستشفى. وأن يمون حجم المجلس بما يتناسب مع سد احتياجات المجتمع وإشراك أفراد في إدارة شؤون المستشفى وبما يمكنه من ممارسة سلطاته والقيام بمسؤولياته بشكل سلس ولا بد من تنظيم المجلس بطريقة تضمن قيامه بهذه المسؤوليات على أتم وجه.

ولا بد من الإشارة إلى أن مجلس الإدارة في بلادنا لا يمثل السلطة العليا في المستشفى وكثيراً ما تغلب عليه الصفات الشكلية. ففي المستشفيات الحكومية نجد أن السلطة النهائية تتركز بوزارة الصحة فيما يتعلق بكثير من إدارة المستشفى. وبشكل خاص قضايا تعيين العناصر البشرية وما يخصها والشراء والتخزين والإمداد والموازنة. حيث تقتصر صلاحيات المجلس وإدارة المستشفى على إدارة شؤون المستشفى اليومية على ضوء اللوائح التنظيمية المحددة من الوزارة. إضافة للدور الاستشاري في مجال تقديم المشورة في مجال اقتراحات السياسات والتعديل عليها بما يتناسب مع الاحتياجات الحاضرة والمستقبلية للمجتمع المحلي.

وكذلك الأمر لمستشفيات القطاع الخاص فنجد مجالس إدارتها لا تمثل السلطة العليا. إذ لا بد من تكامل سياسات المستشفى وخدماته وبرامجه ضمن الخطة الصحية القومية للمنطقة التي يعمل بها المستشفى. إضافة إلى أن هذه المجالس تستمد قوتها من الجهات المؤسسة لهذه المستشفيات.

وفي كل الأحوال لا بد من منح الإدارة الصلاحيات الكافية بحيث يتمتع بقدر من الاستقلال الإداري والمالي لتمكينه من القيام بمسؤولياته فيما يتعلق بإدارة شؤون المستشفى وتشغيله بكفاءة بعيداً عن روتين الإدارة العامة. وبما يمكن إدارة المستشفى من معالجة قضاياها بالسرعة والمرونة المطلوبة.

حجم المجلس:

يختلف حجم المجلس من بلد لآخر بل من مستشفى لآخر وقد يصل إلى مئة عضو بحد أعلى وثلاثة أعضاء بحد أدنى وهناك جدل حول حجمه. فمنهم من يقول بمجلس موسع لضمات الاتصال بكافة قطاعات المجتمع وتمثيلها. وبالتالي ربط المستشفى بمجتمعه المحلي وتأمين الدعم اللازم إلا أن المشكلة هي:

١. صعوبة اختيار عدد كبير من الأعضاء ممن تتوافر لديهم الاستعداد للخدمة التطوعية ولتكريس الوقت الكافي لخدمة المستشفى وقضاياها.

٢. إضافة إلى صعوبة ضمان نسبة حضور جيدة في اجتماعات المجلس وعدم اهتمام بعض الأعضاء في حضور الاجتماعات مما قد يؤثر على الأعضاء النشيطين.

وهناك من يقول بمجلس صغير لسهولة اختيار أعضائه من جهة. ولقدرة هذا النوع على المشاركة في خدمة قضايا المستشفى. وسهولة التعامل بين أعضائه والتفاهم بينهم. وقد أثبتت

الكثير من الدراسات أن انسجام المجموعة يتناقص كلما زاد الحجم عن ١٠-١٢ عضواً كما إن إمكانية الاتفاق على رأي كما هي أكثر احتمالية للمجموعات الصغيرة وإنجازاتهم أكثر فاعلية.

ومن ناحية أخرى فقد أظهرت بعض الدراسات أن حجم المجلس يختلف تبعاً للجهة المالكة للمستشفى ووظيفة المجلس فقد وجد Pefeffer علاقة بين المستشفيات الخاصة غير الربحية والمعتمدة على دعم المجتمع المدني والمجلس الموسع. حيث تعتمد هذه المستشفيات على مجلس إدارة كبير الحجم يمثل قطاعات المجتمع المختلفة لتأمين الدعم المالي والمعنوي للمستشفى من مجتمعه المحلي. بينما المستشفيات الحكومية المعتمدة في تمويلها على المال العام لديها مجالس صغيرة. وعلى ذلك تشير أدبيات الإدارة الصحية أن الحجم الأمثل للمجلس يتراوح بين ٨-١٥ عضواً، مما يضمن اختيار أعضاء بعناية ويضمن فاعليته بالتعامل مع قضايا المستشفى وخدماتها بكفاءة. وقد أثبتت التجارب العملية إن مجلساً بهذا الحجم أكثر اهتماماً بالمستشفى وقضاياها. وإذا ما رُوِي ضرورة توسيع الاتصال بين المستشفى والمجتمع المحلي فيمكن تعيين مجلس استشاري يضم عدداً كبيراً من الأشخاص ذوي النفوذ والتأثير في المجتمع المحلي.

مؤهلات العضوية وتشكيل المجلس:

إن الأصل في العضوية هو رغبة العضو للعمل التطوعي وخدمة قضايا المجتمع ولا بد أن يكون لديه:

١. الرغبة والاهتمام بالمستشفى وقضاياها.
٢. الاستعداد لتكريس جزء كبير من وقته لقضايا المستشفى على أساس من التطوع دون أن يجني عائد شخصي عدا المكانة الاجتماعية نتيجة للعضوية. وباعتبار أن إحدى الوظائف الأساسية للمجلس هي توفير حلقة ارتباط بين المستشفى وبيئته المحلية لذلك.
٣. المعيار الأخير يجب ارتباطه بمدى أهمية التأثير على البيئة المحددة للمستشفى.
٤. أن يكون من الأشخاص البارزين في مجتمعه. إلا أنه في كثير من الأحيان يتم اختيار الأعضاء لقدراتهم المتميزة وخبرتهم في مجال معين أكثر منه لمركزهم الاجتماعي. ومن ناحية أخرى يعتبر ممثلاً للمجتمع المحلي وجمهور المستهلكين لخدمات المستشفى.
٥. تمثيل كافة القطاعات والفاعليات في المجتمع في مجلس الإدارة للمستشفى. وإذا تم تشكيل المجلس من بين جميع القطاعات أمكن له الاستفادة من خبراتهم ومعارفهم في حل القضايا المواجهة للمستشفى فيما يتعلق بالأنشطة والفاعليات المرتبطة مع أنشطة الأعضاء. فكل منهم مؤهل لتقديم العون في معالجة المشاكل التي يمكن أن يواجهها المستشفى في الميادين المرتبطة بتخصصاتهم وتأثيرهم ونفوذهم.

تمثيل الأطباء في المجلس:

تتوجه بعض المستشفيات إلى تمثيل بعض الفئات العاملة في المستشفى في مجالس إدارتها كالأطباء والمهندسين وغيرهم. مما يتعارض مع المبادئ الأساسية للعضوية في المجلس والقائمة على:

١. التطوع وعدم تحقيق أية فوائد شخصية للعضو نتيجة لعضويته وبأي شكل من الأشكال.
٢. ومثل هذا التوجه قد يجعل من مجلس الإدارة لجنة إدارية للمستشفى أكثر منه مجلساً للإدارة.
٣. احتمال توجه المجلس لخدمة مصالح هذه الفئات أكثر منه لخدمة المستشفى ومصالحه.
٤. مما يضعف مركز مدير المستشفى أمام هذه الفئات وخلاصة القول بأن مثل هذا التوجه وخاصة فيما يتعلق بتمثيل الأطباء لا يتفق مع المبادئ الحديثة لإدارة المستشفيات. وعلى اعتبار المسؤولية القانونية التي يتحملها العضو في المجلس فالطبيب الممارس بالمستشفى هو عضو في المجلس يمكن أن يمون ذا ولاء مزدوج لمهنته أولاً ولعضويته ثانياً. فالطبيب بحكم وظيفته في المستشفى يعتبر مسؤول عن تقديم مستوى جيد من الرعاية الطبية وجودة هذه الخدمات بحكم عضويته في المجلس. مما يضعه بموقف الخصم والحكم في آن واحد عند تقييم الممارسة في المستشفى. إضافة لاستفادته من خدمات المستشفى مما يتعارض مع مؤهلات وأخلاقيات العضوية. وإذا كانت وجهة نظر القائمين بتمثيل الفئات العاملة في المستشفى بعضوية المجلس للاستفادة من تخصصاتهم وخبراتهم في حل قضايا المستشفى.

باعتبار أن توفير الدعم هو أحد الوظائف الهامة لمجالس الإدارة في هذه المستشفيات. أما بالنسبة للمستشفيات الحكومية يلاحظ اختيار الأعضاء يتم بسبب ارتباطاتهم السياسية وقدرتهم على التأثير على البيئة السياسية للمستشفى والمؤثرة على إدارة وتشغيل المستشفى.

وإذا ما أخذنا في الاعتبار الوظيفة الأخرى والهامة للمجلس هي تمثيل المجتمع المحلي وربط المستشفى ببيئته فلا بد من مراعاة تمثيل مختلف قطاعات وفاعليات المجتمع المحلي في مجلس الإدارة كما أسلفنا. ومن ناحية أخرى على ضوء ضغوط الجهات الحكومية والسياسية وجمهور المستهلكين لتحسين جودة الخدمات لابد من مراعاة تمثيل البيئة السياسية في مجلس الإدارة واختيار عدد من الأعضاء ذوي النفوذ السياسي إضافة إلى تمثيل قطاعات المستهلكين لخدمات المستشفى والجهات المتحملة لتكاليف الرعاية الاستشفائية.

وظائف ومسؤوليات المجلس:

لما كان مجلس الإدارة يعتبر السلطة العليا في المستشفى فإن ذلك يجعله المسؤول الأول رسمياً وقانونياً عن كافة الأنشطة التي تتم داخل المستشفى. ونظراً لكون المجلس حلقة الاتصال والجسر الرابط بين المستشفى والمجتمع المحلي نجد أن هناك ثلاث وظائف أساسية للمجلس هي:

١. يتحمل مجلس الإدارة المسؤولية النهائية رسمياً عن الخدمات التي يقدمها المستشفى للمجتمع المحلي وعن جودتها ومستواها. وعن فاعلية وكفاءة المستشفى في تقديمها. وتحقيق الأهداف المرسومة له بإطار من الكفاءة.

٢. يعمل مجلس الإدارة على توفير الدعم المالي والمعنوي اللازم للمستشفى ويعتبر مسؤولاً عن توفير الخدمات والبرامج الملبيه للاحتياجات الصحية الحالية والمستقبلية للمجتمع الذي يخدمه المستشفى.

٣. يعتبر مجلس الإدارة ممثلاً للمجتمع المحلي الذي يعمل المستشفى على خدمته وهو بذلك مسؤولاً أمام المجتمع عن تقديم الخدمات التي يحتاجها المجتمع المحلي. وهذه الطوائف الأساسية الثلاث للمجلس تختلف أهميتها من مستشفى لآخر تبعاً لحجمه والجهة المالكة والمديرة له. ففي المستشفيات الخاصة غير الربحية على سبيل المثال نجد أن دور ووظيفة المجلس في توفير الدعم المالي والمعنوي للمستشفى من بيئته الخارجية تعتبر الوظيفية الأساسية والأكثر أهمية لمجلس الإدارة. حيث تكون اهتمامات ودور المجلس موجه إلى البيئة الخارجية للمستشفى أكثر منها إلى البيئة الداخلية وشؤون إدارته. أما في المستشفيات الحكومية المعتمدة في تمويلها على المال العام حيث التأثير على اتخاذ القرارات الهامة من قبل الجهات الرسمية هو واضح وكبير نجد أن اهتمامات المجلس ودوره موجهة إلى الاهتمام بشؤون إدارة وتشغيل المستشفى لضمان كفاءتها وحسن استخدام الموارد العاملة أكثر من اهتماماته بعلاقات المستشفى بالمجتمع المحلي وبيئته الخارجية.

وأياً كان الأمر ولحقيقة اعتبار مجلس الإدارة هو السلطة العليا والذي يربط المستشفى ببيئته الخارجية فيمكن القول بأن الوظائف الثلاث للمجلس وهي هامة لمجلس الإدارة سواء كان المستشفى يتبع القطاع العام أو الخاص. وانطلاقاً من ذلك يتحمل مجلس الإدارة مسؤولية ما يلي:

١. رسم السياسات العاملة للمستشفى بما يتفق مع السياسة الصحية العامة وتحديد أهداف المستشفى السنوية والبعيدة وتحقيق الأهداف.

٢. مراجعة وتقييم السياسات الصحية والمصادقة أو التوصية عليها في حال لم يعتبر المجلس السلطة النهائية.

٣. مراجعة وتقييم البرامج الصحية الأساسية للمستشفى والمصادقة أو التوصية عليها.

٤. تنظيم مجلس الإدارة من خلال لجان وظيفية متخصصة لتسهيل أعماله وضمان قيامه بواجباته ومسؤولياته.

٥. تقييم فعاليات المستشفى وإنجازاته السنوية.

٦. اتخاذ القرارات الأساسية والحاسمة في المستشفى.

٧. اختيار وتعيين مدير المستشفى.
٨. اختيار أفراد الهيئة الطبية المؤهلين لضمان تقديم مستوى جيد من الرعاية الطبية.
٩. التأكد من مراعاة المعايير المهنية لممارسات الأداء الطبي والفني لضمان جودة الرعاية الطبية بالمستشفى.
١٠. القيام بدور استشاري وتقديم النصح لمدير المستشفى دون تدخل بعمليات التشغيل اليومي المخطط بالمدير وجهازه الإداري.
١١. توفير الأجهزة والمعدات والمنشآت اللازمة لتقديم مستوى جيد من خدمات الرعاية الطبية لمستحقيها.
١٢. ضمان التمويل لعمليات التشغيل السنوي عن طريق تأمين الدخل الكافي والرقابة على النفقات. إضافة إلى الإشراف على النواحي المالية للمستشفى وقيوده وسجلاته.
١٣. مراجعة الموازنة السنوية للمستشفى والتصديق عليها.
١٤. ضمان البيئة السليمة للمرضى داخل المستشفى وتأمين الحماية الكافية لهم وفاء للمسؤولية القانونية والأخلاقية التي يتحملها المجلس بهذا الصدد.

تنظيم المجلس:

يعتبر تنظيم مجلس الإدارة عاملاً أساسياً وهاماً في تمكين المجلس من القيام بوظائفه. ويمكن التعرف على فاعلية المجلس ومدى قيامه بمسؤولياته على الوجه الصحيح من خلال طريقة تنظيمه كما يبينها النظام الداخلي للمجلس. إذ تبين هذه اللائحة عادة:

١. وظائف ومسؤوليات المجلس.
٢. صلاحياته واختصاصاته.
٣. حجمه ومؤهلات العضوية فيه.
٤. كيفية اختيار الأعضاء ومدة العضوية.
٥. طريقة انتخاب الهيئة الإدارية للمجلس.
٦. اجتماعاته ومواعيده.
٧. اللجان المنبثقة عن المجلس وتشكيلها واختصاصاتها والتقارير التي تعدها وترفعها عن المجلس.
٨. يبين النظام الداخلي طريقة الاتصال بين المجلس والهيئة الطبية وعلاقة المجلس بمدير المستشفى.

الهيئة الإدارية للمجلس:

يجتمع مجلس الغدارة عادةً بعد تعيينه لانتخاب هيئة إدارية للمجلس. وتتكون من رئيس المجلس ونائبه وسكرتير المجلس وأمين الصندوق. يتولى نائب الرئيس مهام الرئيس في غيابه والسكرتير بتدوين وقائع الاجتماعات وحفظ سجلاته. واستلام المراسلات الواردة وتأمين الإجابة عليها. والدعوة للاجتماعات بناءً على طلب الرئيس. واستلام التقارير المرفوعة من اللجان الأخرى وعرضها على المجلس. ويقوم أمين الصندوق بالإشراف على النواحي المالية والمحاسبة للمستشفى.

اللجان المنبثقة عن المجلس:

لتمكين مجلس الإدارة من القيام بواجباته بفاعلية ينظم من خلال نوعين من اللجان الوظيفية وهما:

١. لجان دائمة ذات واجبات محددة وعادة ما تنص اللائحة التنظيمية للمجلس عليها وعلى أمورها التنظيمية المتعلقة بممارسة أنشطتها ومهامها.
٢. لجان مؤقتة، يتم تعيينها من وقت لآخر للقيام بأعمال محددة وتحل بانتهاء تلك المهام. ويختلف عدد هذه اللجان من مستشفى لآخر حسب حجم وأنشطة المستشفى والمجلس وأهمها ما يلي:

١. اللجان التنفيذية:

تعتبر ممثلة لمجلس الإدارة وتقوم مقامه خاصة عندما يكون مجلس الإدارة كبير الحجم ويتعذر اجتماعه شهرياً. ويراعى في تشكيلها صغر حجمها لسرعة دعوة الأعضاء عن الحاجة لاتخاذ قرارات هامة وتخضع بالنهاية لموافقة المجلس. تتألف عادة من رئيس المجلس ونائبه وسكرتير المجلس ورؤساء اللجان الدائمة المنبثقة عن المجلس. وعادة ما يكون مدير المستشفى عضواً فيها بحكم منصبه. وتقوم بمراجعة تقارير اللجان الأخرى قبل عرضها على مجلس الإدارة.

٢. اللجان المشتركة Joint Committee:

إن الهدف الأساسي لهذه اللجان هو اتصال بين الهيئة الطبية في المستشفى ومجلس الإدارة وإدارة المستشفى. وضمان تعاون الأطباء وتحقيق أهداف المستشفى والمشاركة بإدارته. وحل القضايا والمشاكل ذات الطبيعة الإدارية الطبية المواجهة للأطباء والإدارة. وتتألف من ثلاث أعضاء عادة من مجلس الإدارة وثلاثة من كبار الأطباء ويعمل مدير المستشفى كسكرتير لها.

٣. اللجنة المالية Penance Committee:

وتقوم هذه اللجنة:

١. مراجعة موازنة المستشفى عند رفعها من المدير واتخاذ التوصيات اللازمة عليها قبل عرضها على مجلس الإدارة. وتقوم بعد الموافقة النهائية على الموازنة بما يلي:

٢. إعادة النظر بموضوع تسعيرة الخدمات والأجور واتخاذ التوصيات لمقابلة النفقات المترتبة على التشغيل.

٣. توفير التمويل اللازم لعمليات التشغيل.

٤. البحث عن مصادر مناسبة للتمويل.

٥. فحص ومراجعة البيانات المالية الشهرية للمستشفى والإشراف على القيود والسجلات المالية له وإدارة الأموال التي قد يحصل عليها المستشفى من المجتمع المحلي.

٦. استثمار الفوائض النقدية.

وتتألف هذه اللجان عادة من أمين الصندوق وعضوين آخرين من أعضاء المجلس.

٤. اللجان الفنية Professional:

وتتحمل هذه اللجنة مسؤولية:

١. اختيار أعضاء الهيئة الطبية المؤهلين لتقديم مستوى جيد من الرعاية الطبية بناء على تنسيب الهيئة الطبية نفسها.
٢. استلام مراجعة وتدقيق التقارير المتعلقة بالأداء الطبي في المستشفى والتي تقدمها الهيئة الطبية للتأكد من جودة الممارسة الطبية ورفع التوصيات بشأنها إلى مجلس الإدارة. ولما كانت هذه اللجنة تختص بالنظر في الأمور الفنية كما أسلفنا كتحسين الأطباء المؤهلين ومراجعة الأداء الطبي فلا بد من توفر الخبرة الطبية والفنية عند اختيار أعضاء هذه اللجنة عن طريق.
٣. إشراك عدد من الأطباء فيها وطلب المساعدة الفنية من الهيئة الطبية عند النظر في مثل هذه الأمور.

٥. لجنة العلاقات العامة Public Relation Committee:

تتحمل اللجنة كما تدل التسمية مسؤولية:

١. المحافظة على علاقات جيدة مع المجتمع المحلي الذي يخدمه المستشفى.
٢. إطلاعه على شؤون المستشفى والصعوبات التي تقابلها.
٣. التعريف بأهداف وبرامج وخدمات المستشفى من خلال برنامج مدروس للعلاقات العامة.

٦. لجنة المباني والأراضي Buildings And Grounds:

تتحمل مسؤولية المحافظة على أبنية ومنشآت المستشفى وصيانتها حيث تضع السياسات والإجراءات الضرورية للتأكد من سلامة وصيانة الأبنية وتجهيزها بالآلات والمعدات اللازمة وتوفر مبادئ السلامة العامة في المستشفى. كما يمكن لهذه اللجنة العمل لتطوير أية توسعات أو تعديلات إنشائية للمستشفى ومراقبتها.

٧. لجنة التخطيط طويل الأجل Long-term Planning Committee:

وتتحمل هذه اللجنة مسؤولية:

١. التخطيط لخدمات وبرامج المستشفى لتوفير الاحتياجات الصحية الحالية والمستقبلية للمجتمع المحلي.
٢. التخطيط لتوفير القوى العاملة المؤهلة لأداء الخدمات الصحية.
٣. تحديث الأجهزة والمعدات.
٤. مشاريع التوسع والتحديث والإضافة على المباني والمنشآت القائمة.

اجتماعات المجلس:

عادة ما تنص اللائحة التنظيمية لمجلس الإدارة على اجتماعات المجلس ومواعيدها ونصابها ووقائعها وما إلى ذلك من أمور تنظيمية، وبشكل عام يجتمع مجلس الإدارة شهرياً للنظر في المسائل المعروضة عليه ومناقشتها. وفي بعض المستشفيات الكبيرة وحيث يكون حجم المجلس كبير يجتمع المجلس بشكل ربعي (كل أربعة أشهر) حيث تجتمع اللجنة التنفيذية للمجلس شهرياً وتقوم مقامه. وهناك ثلاث أنواع من الاجتماعات:

١. الاجتماعات المنتظمة وهي التي تعقد شهرياً وعادة ما يكون موعد الاجتماع بعد النصف الأول من الشهر ليتسنى استلام تقارير اللجان والتقارير الأخرى المرفوعة من الشهر السابق.
٢. الاجتماعات الخاصة وهي اجتماعات تعقد لأغراض محدودة وبدعوة من رئيس المجلس حيث يقتصر جدول الأعمال على مناقشة المواضيع التي يعقد الاجتماع من أجلها.
٣. الاجتماعات السنوية. حيث يعقد مجلس الإدارة عادة اجتماعه السنوي بعد انتهاء السنة المالية للمستشفى لمناقشة التقارير المرفوعة من مدير المستشفى ومدراء الدوائر والأنشطة الأخرى.

فإنه لا يمكن أن يكون له أي دور في الحياة ولا في المجتمع ولا في الأسرة ولا في الفرد.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

وهذا هو الدور الذي يجب أن تلعبه الهيئة الطبية في المجتمع.

الهيئة الطبية الجيدة تعني مستشفى جيد والعكس صحيح فالأطباء يؤثرون على كيفية وكم الرعاية الطبية في المستشفى أكثر من أي عامل آخر.

الأطباء هم المهنيون الصحيون الوحيدون المفوضون لممارسة الطب وهم القادرون على تقييم جودة هذه الخدمات ويقومون بعملية التعليم والتدريب مستخدمين جميع الموارد المتاحة لهم والتي توفرها لهم المستشفى.

وعادة ما يفوض مجلس الإدارة الأطباء مسؤولية إنتاج وتقييم جودة الرعاية الطبية بالمستشفى.

ويقوم رئيس الهيئة الطبية بتنظيم جهود الأطباء وتوضيح دورهم ومسئولياتهم ويقوم بتطوير معايير للممارسة الطبية لضبط سلوكيات ممارسة الأطباء.

وكل عضو بالهيئة الطبية يجب أن يلتزم بالمسؤولية تجاه الأطراف الثلاثة التالية:

١. المسؤولية تجاه مرضاه بتقديم أفضل رعاية ممكنة.
٢. المسؤولية أمام الهيئة الطبية فيما يتعلق باحترام الأنظمة والتقيّد بأخلاقيات الرعاية الطبية.
٣. المسؤولية أمام إدارة المستشفى بدعم الأنشطة وسياسات المستشفى والعمل على تحقيق أهدافه.

تنظيم الهيئة الطبية:

تتألف من فئات الأطباء التالية:

١. الأطباء المتدربين (Interns):

هم حديثو التخرج يتدربون بالمستشفى بعد تخرجهم بعام في الأقسام الطبية والجراحية المختلفة ولا يتحملون مسؤولية مباشرة عن رعاية المرضى.

٢. الأطباء المقيمين (Residents):

هم من أنهوا التدريب لمدة سنة بعد تخرجهم واختيروا للدراسة والتخصص بهدف تأهيلهم في إحدى التخصصات الطبية لمدة ٢-٤ سنوات ويشاركوا بشكل مباشر في رعاية المرضى.

٣. أطباء الاختصاص:

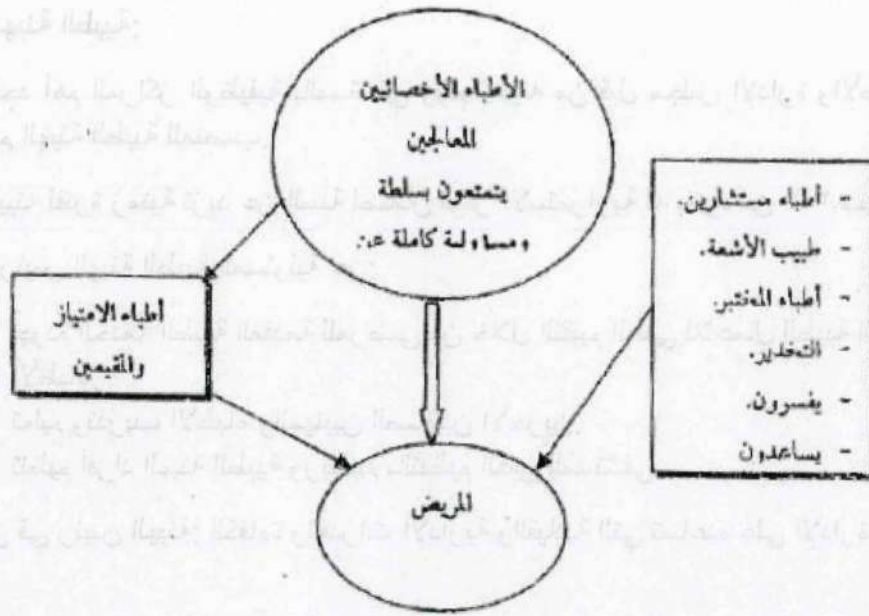
هم حملة الدراسات العليا ويتحملون المسؤولية النهائية عن علاج المرضى بالمستشفى وقد يعملوا بتفرغ كامل فيها كموظفين أو كأطباء مستقلين.

٤. الأطباء المستشارون:

هم حملة الشهادات العليا ويتمتعون بخبرات عملية طويلة يقدمون الشورى للأطباء الأخصائيين في معالجة مرضاهم عند طلب مثل هذه المشورة.

٥. الأطباء المسؤولين عن الخدمات المهنية الأخرى مثل التخدير والأشعة والعلاج الطبيعي.

ويبين الشكل التالي فريق الهيئة الطبية بالمشفى:



الهيئة الطبية

القدرة على المحافظة على معايير الرعاية الطبية العالية يعتمد على اهتمام الأطباء بمسؤولياتهم في تنفيذ الواجبات التالية:

١. اختيار الأطباء الأكفاء للانضمام لعضوية الهيئة.
٢. التحليل المستمر للعمل الطبي الذي يجرى بالمستشفى.
٣. دعم سياسات الهيئة الطبية وسياسات المستشفى.
٤. المحافظة على سجلات طبية جيدة ومناسبة.
٥. تقديم الاستشارات.

النظام الداخلي للهيئة الطبية:

يجب أن يوافق مجلس الإدارة على القوانين الداخلية وتتضمن ما يلي:

١. وصف لتنظيم الهيئة الطبية.
٢. إجراءات منح وسحب الامتيازات من أعضاء الهيئة الطبية.
٣. تحديد وتوضيح المؤهلات المطلوبة للانضمام لعضوية الهيئة.
٤. توضيح أخلاقيات الرعاية الطبية الواجب الالتزام بها.
٥. النصوص المتعلقة بالاجتماعات المنتظمة والدورية.
٦. النصوص المتعلقة بالمحافظة على السجلات الطبية وتوثيقها بشكل كامل.
٧. وجوب إرسال كل نسيج يتم إزالته في العمليات الجراحية لأخصائي الأمراض.
٨. نصوص موجبة بفحص كل المرضى عند إدخالهم المستشفى وتدوين تشخيص ما قبل الجراحة.
٩. منع إجراء أية جراحة بدون أخذ موافقة المريض أو وكيله باستثناء الحالات الطارئة.
١٠. طلب الاستشارات الطبية في معالجة الحالات الخطرة والمشكوك فيها.
١١. إلزامية كون أوامر الأطباء مكتوبة من قبل الأطباء.

مدير الهيئة الطبية:

يعتبر أحد أهم المراكز الوظيفية بالمستشفى ويتم تعيينه من قبل مجلس الإدارة والأطباء الذين ترشحهم الهيئة الطبية للمنصب.

ويتم تعيينه لفترة زمنية تزيد عن السنة لضمان توفر الاستمرارية له بفترة من ٢-٣ سنوات.

يتحمل رئيس الهيئة الطبية المسؤولية عن:

١. جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى من خلال التقييم الطبي للأعمال الطبية التي يقدمها الأطباء.
 ٢. تعليم وتدريب الأطباء والمهنيين الصحيين الآخرين.
 ٣. تنظيم أفراد الهيئة الطبية وربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى.
- ويراعى في رئيس الهيئة: الكفاءة والقدرات الإدارية والقيادية التي تساعد على الإدارة والتنظيم.

وظائف الهيئة الطبية:

١. رعاية المرضى وهي المسؤولية الأساسية.
 ٢. المحافظة على كفاءة أداء عملية تقديم الخدمات الطبية وتحسين الكفاءة.
 ٣. تنظيم أفراد الهيئة وربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى ووضع السياسات الخاصة بممارسة المهنة.
 ٤. التعليم والتدريب وإعطاء المحاضرات النظرية والتطبيقات العملية.
 ٥. تقييم أداء الخدمة الطبية ونتائجها من خلال وضع مقاييس مهنية تحكم الأداء لضمان مستوى جيد من الخدمة.
 ٦. تقديم المشورة للإدارة ومساعدتها في إدارة وتنظيم شئون المستشفى.
 ٧. مراجعة استخدام أجهزة ومعدات المستشفى للتأكد من سلامة استخدامها.
- وللقيام بهذه الوظائف فإن الهيئة الطبية تقوم بالفعاليات الآتية:

١. إدخال المريض للمستشفى عند توفر الدليل الإكلينيكي أو غيره من الأدلة.
٢. تشخيص الحالة المرضية بعد إجراء الفحوصات اللازمة.
٣. إعطاء الأوامر لإجراء الفحوصات المخبرية وغيرها من الفحوصات اللازمة.
٤. وصف العلاج ووضع خطة المعالجة للمريض.
٥. الإشراف على المريض ومتابعة خطة علاجه واتخاذ الإجراء المناسب له.
٦. التقييم الطبي لعملية العلاج من خلال دراسة السجلات الطبية للمرضى.
٧. وضع سياسات وإجراءات العمل الطبي الجراحي والمقاييس المهنية اللازمة لضبط الخدمة الصحية.
٨. مراجعة استخدام أجهزة ومعدات المستشفى للتأكد من سلامة وحسن استخدامها.

الدوائر الطبية:

يحتوي المستشفى العام على عدد من الدوائر الطبية كما يلي:

١. دائرة الطب الباطني.
٢. دائرة الجراحة.
٣. دائرة أمراض النساء والتوليد.
٤. دائرة أمراض الأطفال.

وهناك دوائر أخرى تقدم خدمات الرعاية الطبية تحت إشراف الطبيب وهي دوائر المختبر والأشعة والتخدير والعلاج الطبيعي.

ولكن في المستشفيات الكبيرة قد تكون هذه الدوائر الفرعية أقسام رئيسية فيها مثل تخصصات أمراض الأعصاب والقلب والجلدية وغيرها.

لجان الهيئة الطبية:

أهم هذه اللجان:

١- اللجنة التنفيذية:

وهي المسؤولة عن قيادة وإدارة الهيئة وتتألف من كبار الأطباء ورؤساء الدوائر ويرأسها رئيس الهيئة الطبية وتقوم باستلام التقارير المرفوعة إليها من باقي اللجان واتخاذ القرارات المناسبة لذلك، وتقوم عادةً بما يلي:

١. تعيين أعضاء اللجان الأخرى للهيئة الطبية التي سيرد ذكرها.
 ٢. التنسيق بين أنشطة الأقسام الطبية والجراحية بالمشفى.
 ٣. استلام ومراجعة تقارير اللجان الأخرى للهيئة الطبية.
 ٤. تقديم النصح والشورى لإدارة المستشفى عند شراء الآلات والأجهزة الطبية.
 ٥. المشاركة بوضع السياسات الطبية للمستشفى.
- ٢- لجنة قبول العضوية:

١. تقوم بدراسة طلبات الاستخدام التي يقدمها الأطباء الجدد للعمل بالمشفى وتقييم المؤهلات العلمية والعملية بهدف التأكد من صلاحيتهم وقدرتهم على الممارسة الطبية الجيدة.

٢. تقوم بالنظر في الجزاءات التي قد توصي بها باقي اللجان بحق أحد أعضائها والتوصية بذلك ورفعها للجنة التنفيذية للمصادقة عليها.

٣- لجنة السجلات الطبية:

تعتبر من أهم اللجان لدورها الهام في الحفاظ على مستوى عال من الرعاية الطبية وفي مجال التعليم والأبحاث، وبشكل عام تتولى مسؤولية ما يلي:

١. تعريف وتحديد محتويات السجل الطبي والمعلومات والبيانات الواجب إدراجها في السجل.
٢. التأكد من أن الأطباء يقومون بتدوين المعلومات الصحيحة والمطلوبة في السجل الطبي.

٣. الإشراف على دائرة السجلات الطبية وما تقوم به من أنشطة وتقديم النصح لمدير السجلات الطبية.

٤. التأكد من أن المعلومات المتعلقة برعاية المريض هي مدونة بالطريقة الصحيحة.

٥. دراسة وتطوير السياسات المتعلقة بسرية المعلومات الطبية والامتيازات الممنوحة للأطباء للاطلاع على السجلات الطبية للمرضى.

٤- لجنة التدقيق الطبي:

تقوم بتقييم مستوى وجودة الرعاية الطبية المقدمة، فتقوم اللجنة بالنشطة التالية:

١. تقييم مستوى وجودة الرعاية الطبية المقدمة كما مبينة في السجل الطبي.

٢. تدقيق ودراسة أية مضاعفات قد تحدث للمريض أثناء إقامته.

٣. تقييم مدى نجاح أو فشل خطة العلاج المتبعة في رعاية المريض بإيجابياتها وسلبياتها.

٤. تدقيق كافة الوفيات التي تحدث في المستشفى للوقوف على أسبابها.

٥. اقتراح برامج التدريب والتعليم الطبي لرفع كفاءة أفراد الهيئة.

٥- لجنة الأنسجة أو مراجعة الأنشطة الجراحية Tissue Committee:

تقوم بمراجعة وتقييم كافة الأنشطة الجراحية التي تجرى بالمستشفى وتحمل مسؤولية الحفاظ على المعايير المحددة لهذه الأنشطة.

وتجري عملية التقييم بدراسة كافة العمليات الجراحية التي يقوم بها الجراحون بالمشفى من واقع السجلات الطبية.

٦- لجنة مراجعة الاستخدام Utilization review committee:

تعتبر من أهم لجان المستشفى حيث تتركز جهودها على ترشيد استخدام الموارد وتقليل الفاقد منها خاصة أنها تتصف بالمحدودية وارتفاع الكلفة فالاستخدام القليل للموارد يشير لأحد أمرين:

• إما أن يكون هناك فائض في الموارد المتوفرة.

• أو عدم كفاءة استخدام هذه الموارد.

والاستخدام الزائد لها يشير إلى:

• إما إلى نقص في المتوفر منها وبالتالي زيادة الطلب عليها.

• أو إساءة استخدامها والمبالغة فيه.

أنشطة هذه اللجنة هي:

١. إنقاص عدد أيام إقامة المرضى الداخليين والتي لا تستدعيها الضرورة الطبية دون التأثير على جودة الرعاية المقدمة.

٢. إنقاص حالات إدخال المرضى غير الضرورية للمستشفى والتي تكون قابلة للعلاج بالعيادات الخارجية.

٣. مراجعة سياسات وإجراءات إدخال وتخريج المرضى من المستشفى بهدف تطويرها.
٤. تقليل مدة إقامة المريض قبل إجراء العملية الجراحية على أساس تبني السياسات الضرورية والمناسبة لهذا الغرض.
٥. تحسين الإجراءات المتبعة في إدخال الحالات المرضية الطارئة وإجراءات التخريج منها.

ويمكن للجنة تحديد معايير واضحة لإدخال وتخريج المرضى مثل:

١. معيار الدخول لكل حالة مرضية.
٢. الإجراءات الضرورية والمتناسقة مع التشخيص.
٣. المضاعفات والتعقيدات المؤثرة على طول مدة الإقامة.
٤. مدة الإقامة المتوقعة لكل مريض.
٥. مؤشرات تخريج المريض.

٧- لجنة الدوام والصيدلة Drug and pharmacy committee:

وتتولى مسؤولية رسم السياسات الطبية المتعلقة بتوفير واستعمال الأدوية بالمستشفى فتقوم بالمسؤوليات التالية:

١. دراسة وتقييم البدائل المتوفرة من الأدوية المطروحة بالسوق وتقديم النصح للإدارة في هذا الشأن.
٢. دراسة وتقييم البيانات السريرية المتعلقة بالأدوية الجديدة والمقترح استعمالها في المستشفى
٣. رقابة صرف واستعمال الدواء.
٤. رسم السياسات المتعلقة بالأدوية والعقاقير الواجب توفرها.
٥. التصريح باستعمال الأدوية التجريبية تحت قواعد محددة.
٦. حفظ السجلات الخاصة بالمضاعفات السلبية للأدوية.

٨- لجنة السيطرة على العدوى Affection control:

احتمالية حدوث العدوى والالتهابات ببيئة المستشفى واردة بأي وقت لذا فالمسؤولية الأهم لها اللجنة هي الحد من العدوى.

مسؤوليات هذه اللجنة:

١. التعليم والتدريب المستمر للعاملين بالمستشفى حول أساليب الوقاية من العدوى

Aseptic techniques

٢. مراجعة السجلات الطبية لمن أصيبوا بالعدوى من المرضى أو العاملين.
٣. الإجراءات المتعلقة بالكشف عن مصادر العدوى وبيان أسبابها ومكافحتها.
٤. وضع وتطوير السياسات المتعلقة باستعمال المضادات الحيوية خاصة الاستعمال الروتيني كإجراء وقائي لمنع العدوى.
٥. وضع التوصيات المناسبة بخصوص أساليب العزل والوقاية بالمستشفى.
٦. تطوير الأساليب والإجراءات التي من شأنها المحافظة على مستوى عال من النظافة في أجنحة وممرات المستشفى.

٧. مراجعة الأساليب المتبعة في دائرة التغذية فيما يتعلق بتحضير الطعام.
٨. مراجعة الإجراءات المتبعة في دائرة المغاسل لضمان عدم حدوث العدوى.
٩. طرق التخلص من النفايات بالمستشفى.

اللجان الأخرى:

يمكن للهيئة الطبية المشاركة في لجان أخرى مثل اللجنة المشتركة العليا ولجنة الطوارئ والعيادات الخارجية وغيرها من اللجان التي يشترك في عضويتها عناصر عديدة من العاملين بالمستشفى.

برامج التدريب الطبي:

برامج التدريب التابعة للمستشفى مهمة جدًا وتسهم في تحسين جودة الرعاية الطبية وزيادة مهارات وكفاءة الأطباء.

تدبر المستشفيات برامج التدريب لحدوثي التخرج حيث يضمن سنة من التدريب في دوائر وأقسام وخدمات المستشفى وتحت إشراف الطبيب المختص.

وكذلك برامج تدريب الأطباء المقيمين بهدف تأهيلهم للعمل بالمستشفى وتكون مدته: ٢-٥ سنوات.

مواصفات الجمعية الطبية للبرنامج التدريبي:

١. لا يقل حجم المستشفى عن ١٥٠ سريرًا.
 ٢. لا تسند للطبيب المتدرب المسؤولية عن أكثر من ٢٥-١٥ سرير.
 ٣. لا تقل عدد الإدخالات بالمستشفى عن ٥٠٠٠ حالة سنويًا.
 ٤. الحد الأدنى لأطباء الامتياز ٦-١٠ أطباء.
 ٥. توفر المادة السريرية الملائمة داخل المستشفى وبالتعاون مع المستشفيات الأخرى.
 ٦. لا بد من عمل الفحوصات التشخيصية لنسبة لا تقل عن ٢٥٪ من مجموع الوفيات.
 ٧. توفر مكتبة طبية مناسبة تحتوي على الكتب والمراجع.
- نجاح مثل هذه البرامج يعتمد على تفهم الهيئة الطبية لأهمية هذه البرامج وتوفير المراجع العلمية.

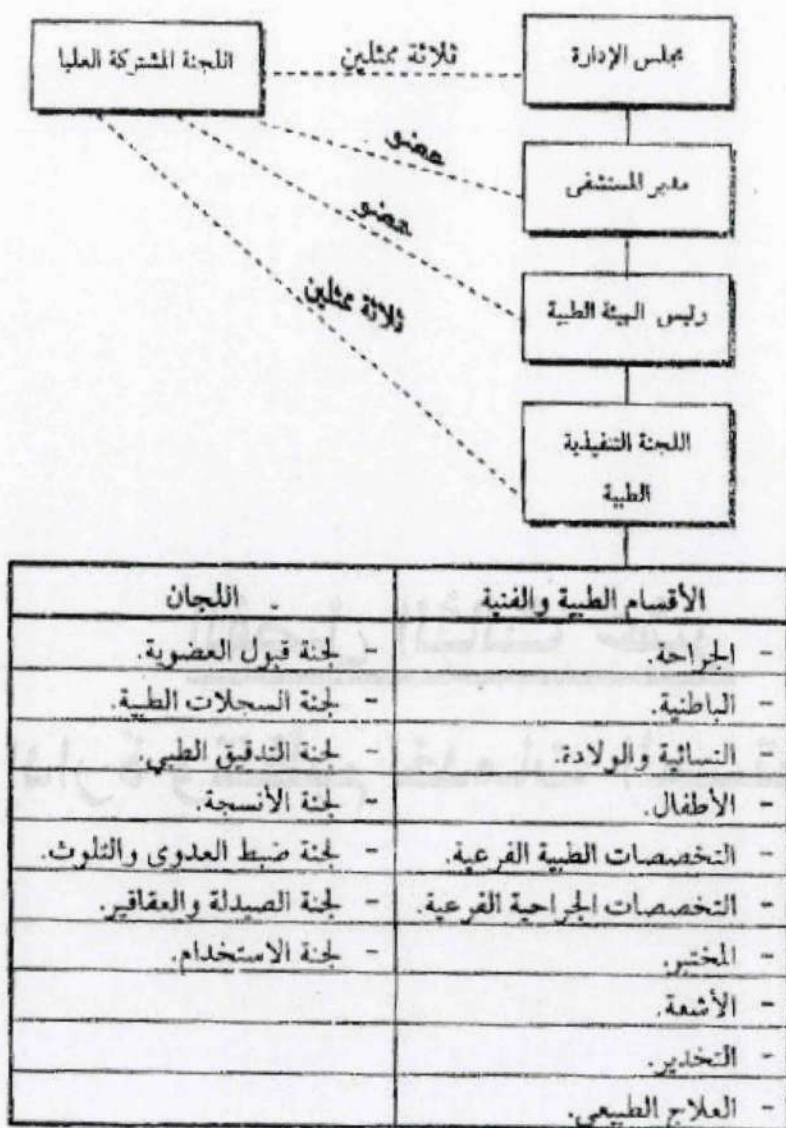
التعليم الطبي المستمر:

تعتبر الاجتماعات الطبية التي تقام باستمرار سواء العامة أو المتخصصة ذات أهمية في التعليم بالمستشفى.

وتؤثر على تحقيق هدف المستشفى في تقديم أعلى مستوى من الرعاية الجيدة للمرضى ولا بد من كل مستشفى تنظيم الاجتماعات والاهتمام بها كأفضل وسيلة لزيادة معارف الأطباء وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

تتسرت الجمعية الأمريكية (JCAH) عقد مثل هذه الاجتماعات لضمان قيام الهيئة الطبية بمسؤولياتها فيما يتعلق بتقديم خدمات طبية جيدة.

ويبين الشكل التالي تنظيم الهيئة الطبية:



الهيكل التنظيمي المقترح للهيئة الطبية

الفصل الثالث عشر

إدارة وتنظيم خدمات المستشفى

إدارة وتنظيم خدمات التمريض

تعتبر خدمات التمريض العامل الأهم في تحقيق هدف المستشفى المتمثل برعاية المريض؛ فالمرضى هن العنصر الوحيد الذي يبقى على احتكاك مباشر مع المريض وتطبيق خطة العلاج الموضوع.

أساسيات الخدمة التمريضية الجيدة:

١. المحافظة على موقف مهني مسؤول وملتزم.
 - أ- الموقف المهني تجاه المرضى.
 - ب- الموقف المهني تجاه أقارب المريض وذويه.
 - ج- الموقف تجاه المهنة نفسها.
٢. التطبيق الدقيق لخطة العلاج التي يحددها الطبيب المعالج.
٣. الملاحظة الذكية الواعية للأعراض المرضية أثناء إقامة المريض بالمستشفى.
٤. المحافظة على علاقة جيدة وتعاونية مع الأقسام الأخرى بالمستشفى.

الموقف المهني تجاه المرضى:

تتطلب الممارسة المهنية من الممرضة أن تكون قادرة على التحكم بمشاعر الشخصية وضبطها تجاه المرضى وسلوكياتهم.

ولابد من التصرف بلطف ولباقة مع المريض مما يخفف من حدة بعض الإجراءات.

ويتطلب الموقف المهني تجاه المريض: التحلي بالصبر والتحمل وهي صفة لا بد أن تتذكرها الممرضة دائماً فقد يكون المريض مشوش ذهنياً، وكذلك الحزم بدون فقد اللطف.

الموقف المهني تجاه الأقارب والأصدقاء:

قد يشكلون مصدر إزعاج للممرضة ولابد للممرضة أن تفرق بين نوعين من الزائرين:

- هناك الزائر القريب العزيز وهؤلاء بحاجة للتفهم نظراً لقلقهم.
- الزائر العرضي وهو ليس له مكان بغرفة المريض ويجب استبعاده بحزم.

الموقف المهني تجاه مهنة التمريض وترقيتها:

يتسم الموقف تجاه المهنة بما يلي:

١. الولاء والإخلاص والتفاني في القيام بها.
٢. الأمانة والاهتمام الحقيقي في تنفيذ الواجبات.
٣. التضحية من أجل المريض والبقاء على رأس العمل حتى بعد انتهاء ساعات العمل الرسمية.
٤. الرغبة الحقيقية بزيادة المعرفة المهنية على ضوء التغيير والتقدم في المهنة ومعاييرها.

تنظيم خدمات التمريض:

مديرة خدمات التمريض:

تتحمل مسؤولية إدارة الأنشطة التمريضية وقيادتها بما يحقق أهداف المستشفى.

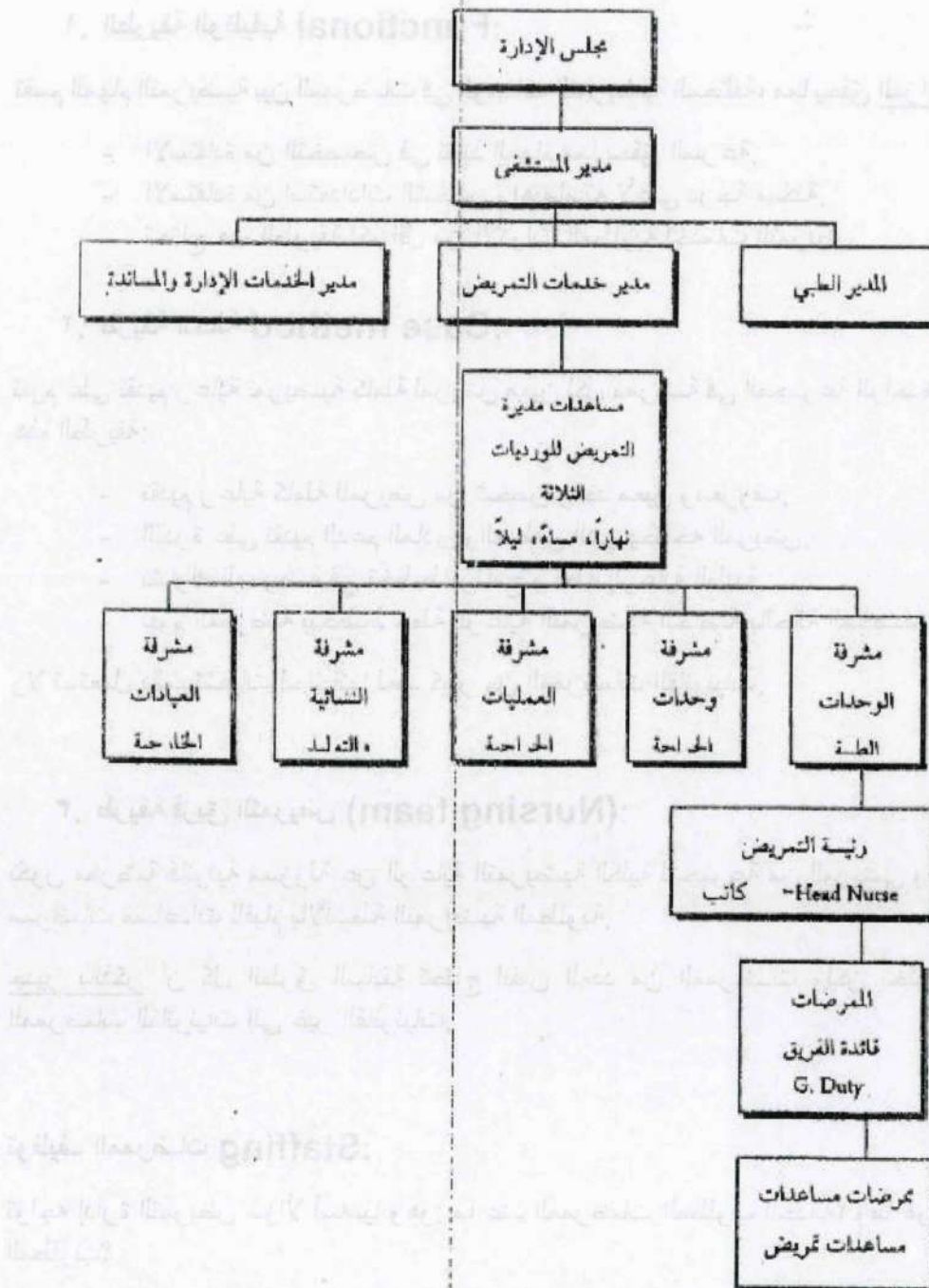
مسئوليات مديرة خدمات التمريض:

1. تنظيم الخدمة التمريضية والإشراف عليها بشكل يضمن كفاءة هذه الخدمات.
2. تحليل وتقييم الخدمات التمريضية المقدمة.
3. اختيار أعضاء جهاز التمريض وتحديد واجباتهم.
4. تأمين المعدات الضرورية لأداء الخدمات التمريضية.
5. تقديم المشورة للإدارة فيما يتعلق بشراء الآلات الخاصة بالتمريض.
6. تقديم المشورة فيما يتعلق بالاحتياجات التمريضية.
7. وضع السياسات الخاصة بخدمات التمريض بما يتماشى مع السياسات العامة.
8. وضع برامج التدريب أثناء العمل تنمية قدرات جهاز التمريض.
9. حفظ السجلات الخاصة بجهاز التمريض.
10. العمل على بناء علاقات وظيفية جيدة مع الجهاز الإداري.
11. متابعة ما يستجد من معارف في علوم التمريض.
12. تحضير الموازنة السنوية لقسم التمريض.

مؤهلات مديرة التمريض:

1. درجة البكالوريوس في التمريض أو الدبلوم.
2. برنامج دراسة عليا في إدارة خدمات التمريض.

الهيكل التنظيمي لخدمات التمريض:



طرق تعيين وتنفيذ أنشطة التمريض:

١. الطريقة الوظيفية Functional:

تقسم المهام التمريضية بين الممرضات في الوحدات التمريضية المختلفة، مما يحقق المزايا التالية:

- الاستفادة من التخصص في تنفيذ المهام مما يحقق السرعة.
- الاستفادة من استعدادات الشخص واهتماماته لأعلى درجة ممكنة.
- تحتاج هذه الطريقة لكم أقل من الأدوات المطلوبة لخدمات التمريض.

٢. طريقة الحالة Case method:

تقوم على تقديم رعاية تمريضية كاملة لمريض معين لكل ممرضة في المجموعة الواحدة، ومزايا هذه الطريقة:

- تقديم رعاية كاملة للمريض من شخص واحد معين ومعروف.
 - القدرة على تقديم الدعم المادي والعاطفي الذي يحتاجه المريض.
 - تشارك الممرضة في تخطيط برنامج وخطة الرعاية الطبية.
 - تقوم الممرضة بتخطيط خطة الرعاية التمريضية الخاصة بالحالة المخصصة لها.
- ولا تستعمل بالمستشفيات لحاجاتها لعدد كبير من الممرضات القانونيات.

٣. طريقة فريق التمريض (Nursing team):

تكون ممرضة قانونية مسؤولة عن الرعاية التمريضية الكلية لمجموعة من المرضى وتساعد ممرضات مساعدات للقيام بالأنشطة التمريضية المطلوبة.

جدير بالذكر أن كل الطرق السابقة تحتاج لنفس العدد من الممرضات ولكن تختلف نسبة الممرضات القانونيات إلى غير القانونيات.

توظيف الممرضات Staffing:

تواجه إدارة التمريض سؤالاً أساسياً وهو: ما عدد الممرضات المطلوب للخدمة؟ وما هو التأهيل المطلوب؟

العوامل الخاصة بكل مستشفى هي التي تحدد هيئة التمريض وعدد الممرضات التي تحتاجهن المستشفى.

أنشطة التمريض ٣ مجموعات:

١. أنشطة رعية Custodial care وهو نموذج الخدمة لتمريضية الرقيقة.
٢. أنشطة تتعلق بفنية الخدمة التمريضية وتقنياتها.
٣. أنشطة تعود للوقاية والتأهيل.

وهذا المزيج بين الأنشطة يقرر نسبة الممرضات القانونيات لغير القانونيات بالمستشفى.

العوامل المحددة لتقرير نوع وكم الممرضات المطلوبة:

١. التقدير الشخصي والخبرة لدائرة التمريض وإدارة المستشفى.
٢. التخطيط الاستراتيجي لخدمات التمريض ويتعدى الحاضر للتنبؤ بالمستقبل.
٣. مدى ملائمة واحتراف الأنشطة غير التمريضية والمؤثرة على كم ونوع الممرضات بالمستشفى.
٤. معدل الوجود اليومي من المرضى.
٥. التذبذب الموسمي في الطلب على خدمات المستشفى.
٦. نوع المرضى الذين ينومون بالمستشفى من حيث الجنس والتعليم وخلافه.
٧. شدة المرض الذي يعاني منه المريض **Severity**.
٨. المعايير المهنية للرعاية الطبية المقدمة من الأطباء.
٩. سياسات التوظيف بالمستشفى.
١٠. نوع وتصميم الأبنية والمنشآت المتوفرة.
١١. طريقة تعيين الواجبات وأداء الخدمة التمريضية.

نسبة الممرضات للمرضى:

موضوع هام لإدارة التمريض لابد أن تتعامل معه بشكل جدي ومستمر عبر أيام الأسبوع. ولا يوجد رقم ثابت ودقيق لكل مستشفى فعبء العمل يختلف من مستشفى لآخر وحتى من يوم لآخر.

تتأثر النسبة بالعوامل التالية:

١. مدى ملائمة الخدمات المساندة وسهولة الوصول للخدمات فالنمط العمودي للمستشفيات ألغى الممرات الطويلة والحاجة للكرة والتنقل وغيرها.
٢. مواقع الخدمة الفندقية والتسهيلات والحمامات المتواجدة قريباً من المرضى.
٣. وجود معايير للمستلزمات والموارد والخدمات.
٤. مدى توفر الكتبة **Ward clerks** في أجنحة ووحدات المرضى الداخليين لإعفاء الممرضات من القيام بالأنشطة الكتابية.
٥. القيام بالأنشطة غير التمريضية من قبل دوائر الخدمات المعينة.
٦. وضع المريض من حيث قدرته على الحركة ونوع مرضه؛ فالمستشفى يحتاج لنسبة أقل في حالة المريض القادر على الحركة وغيرها.
٧. سياسة توظيف الممرضات التي يتبعها المستشفى فبعضها توظف فقط الممرضات القانونيات.
٨. برامج التعليم والتدريب التي يقوم بها المستشفى لكادر التمريض.
٩. قدرات ومؤهلات وخبرات الممرضات.
١٠. شدة المرض فكلما ازدادت الحالات المرضية الشديدة زادت النسبة.
١١. طول مدة الإقامة بالمستشفى فكلما زادت، زادت النسبة.
١٢. مدى التركيز على برامج تثقيف وتأهيل المرضى يقلل النسبة.

ويبين الجدول التالي معدل ساعات التمريض المطلوبة لكل مريض على مدار اليوم وهذه الأرقام للاسترشاد وليست مطلقة.

عدد ساعات التمريض / 24 ساعة	فئة المريض
3.2	باطنية، جراحة، حالات مختلفة/قاعة، غرفة شبه خاصة.
4.2	نسائية، ولادة/ قاعة، غرفة شبه خاصة
2.3	مواليد جدد/قاعة، غرفة شبه خاصة
5.5	أطفال أقل من 5 سنوات / قاعة، غرف شبه خاصة.
4.3	أطفال كبار / قاعة، غرف شبه خاصة
4.7	أمراض معدية / قاعة، غرف شبه خاصة
5.4	مرضى (مزيج من الحالات) غرف خاصة.
6.5	ولادة / غرف خاصة.

الرضا الوظيفي لدى الممرضات:

ظاهرة عدم الرضا الوظيفي لدى العاملين هي ظاهرة عاملة بكل المجتمعات وتؤثر سلبيًا على جودة الرعاية الطبية، وحقيقة النقص في كادر التمريض تجعلهن في حركة أفقية دائمة بحثًا عن ظروف العمل الأفضل.

العوامل المؤثرة على التغيب عن العمل:

١. العوامل الديموغرافية كالعمر والجنس والحالة الاجتماعية.
٢. الحياة الشخصية ومتطلباتها وضغوطاتها.
٣. سياسة المستشفى فيما يتعلق باستمرار الراتب عند الغياب وسياسة المستشفى المتعلقة بالإجازات المرضية المدفوعة.
٤. تخطيط برنامج العمل والتي من شأنها خلق فروقات أساسية في العبء الوظيفي.

العوامل المؤثرة على دوران العمل (ترك الوظيفة):

١. الأوضاع الاقتصادية العامة: من المعروف أن دوران العمل يتبع صعود وهبوط الفعاليات الاقتصادية في الاقتصاد العام.
٢. ظرف سوق العمالة المحلي والإقليمي: نقص في الممرضات المؤهلات مما يؤدي لاستقطاب الممرضات محليًا ودوليًا.
٣. قابلية الحركة الأفقية للممرضات كمهنيات: فشأنهن شأن أصحاب المهن الأخرى في انتقال دائم بين المستشفيات.

٤. الشعور بالأمن الوظيفي: فدم الشعور بالأمن الوظيفي يسبب كثرة النقل أو إنهاء الخدمات.
٥. العوامل الديموغرافية: الإناث أكثر تركًا للعمل بالمقارنة مع الذكور والمرضات غير المتزوجات أكثر تركًا للعمل.

العوامل المؤدية لترك العمل:

١. أسلوب القيادة والإشراف والذي يتسم بالهرمية السلطوية.
٢. العلاقات الاجتماعية والتفاعلية فالهيكل الذي يخلق روح المنافسة يقلل من روح الفريق وتماسك المجموعات.
٣. ظروف العمل غير الآمنة وغير العادية.
٤. مستوى الأجور والرواتب الذي لا يتناغم مع معدل الأجر السائد في المنطقة.
٥. عدم ملائمة تصميم الوظيفة للقدرات والإمكانات للممرضات.

استراتيجية الاحتفاظ بالممرضات:

يمكن تحسين احتمالية الاحتفاظ بالممرضات من خلال:

- ١- توفير الأسباب التي من شأنها إقناع الممرضات بالبقاء بالعمل، ومن أهم الأسباب المنطقية التي تقنع الممرضات في البقاء في العمل:
١. الاتصالات الميسرة والمفتوحة بين طاقم التمريض والقيادات الإدارية.
٢. الرضا الوظيفي.
٣. الرضا عن برنامج العمل والمناوبات.
٤. توفير الفرصة للنمو الوظيفي والتقدم في المهنة.
٥. الراتب الجيد والذي ينسجم مع معدلات الأجور السائدة في المنطقة.

الفصل الرابع عشر

تقريباً ۱۱۰۰۰۰ نفر در این کشور در سال ۱۳۸۵ در معرض خطر قرار داشتند.

ضبط العدوى في المستشفيات

- [illegible]

مقدمة:

عدوى المستشفيات هي تلك التي يكتسبها المريض بعد أن يدخل المستشفى لسبب آخر، فقبل المضادات الحيوية كانت العدوى كائنات دقيقة خارجية المصدر أو كائنات دقيقة لا توجد في النبيت الجرثومي.

ومع استعمال المضادات تغير الوضع فأصبح العدى تسببها أحياء دقيقة موجودة بصورة طبيعية في النبيت الجرثومي الخاص بنا.

أسباب عدوى المستشفيات:

١. العلاج بالمضادات الحيوية.
٢. ازدياد عدد المرضى الذين يدخلون المستشفيات للعلاج ولديه قابلية للعدوى مثل حديثي الولادة والمسنين.
٣. استعمال طرق متزايدة العنف في التشخيص وفي العلاج.
٤. ازدياد عدد الأشخاص المتعاملين مع نفس المريض.
٥. زيادة تحركات المرضى داخل المستشفى.
٦. عدم توافر التدريب الكافي لموظفي المستشفى للوقاية من العدوى.
٧. عدم ملائمة التصميمات المعمارية والمرافق الصحية.

وبائيات العدوى (الأخماج) المكتسبة في المستشفيات:

يجب التفريق بين نوعين من العدوى:

١. العدوى الطبيعية التي تقع خارج المستشفى ويدخل المريض للمستشفى مصابًا بها. فإذا كان المريض في صورة سريرية واضحة وقت الدخول وجب اتخاذ الاحتياطات الضرورية فورًا حتى لا ينتقل المرض داخل المستشفى.
٢. عدوى المستشفيات Hospital infection: وهي تكتسب داخل المستشفيات وتظهر إما أثناء الإقامة به أو بعد الخروج منه.

مصادر ووسائل العدوى:

- النبيت الجرثومي Flora للمريض نفسه:
العدوى الذاتية ولا يكون الكائن الدقيق في هذه الحالة ممرضاً ولكن التدابير القاصرة أو المعالجة بالمضادات الحيوية قد تمكنه من الانتشار.
- النبيت الجرثومي لمريض آخر:

العدوى المنقولة Gross- infection وتنتقل الكائنات الدقيقة عن طريق:

- أ- المخالطة المباشرة بين المرضى.
- ب- الهواء.
- ج- هيئة موظفي المستشفى:
- الذين يحملون الكائنات الدقيقة مباشرة على أيديهم.
- الذين تنمو الكائنات الدقيقة على الغشاء المخاطي لأجهزتهم التنفسية والمعوية مثلاً.
- د- أشياء غير حية:
- تلوثت من المريض نفسه كأدوات المستشفى الشخصية أو الطبية.
- تلوثت من أيدي العاملين في أي جزء بالمستشفى.
- تلوثت من الزائرين.
- تلوثت من العاملين المصابين بمرض أو حاملين لكائنات دقيقة.
- تلوثت من الطعام أو الماء الملوث.

الجراثيم الممرضة:

١. الكائنات الدقيقة الأرضية اللاهوائية: كانت Clostridia أهم العوامل المسببة للموت حتى اكتشاف المضادات الحيوية ولكن الآن تعقيم الأدوات يمكنه مكافحتها.
٢. لا يزال المكور العنقودي الذهبي يسبب المرض على نطاق واسع فهو يصدر أصلاً من مريض مصاب بالعدوى وهذه الكائنات الدقيقة تكتسب بسهولة المقاومة ضد المضادات الحيوية.
٣. الجراثيم المعوية: هي الكائنات الدقيقة التي تسبب الإصابات الشديدة بعدوى المستشفيات. وتتصدر الأشريكية القولونية قائمة مسببات العدوى البولية بنسبة ٢٥٪ من الحالات. وتحدث مقاومة الكلبسيلا Klebsiella لدى استعمال بعض أنواع البنسلين نصف المخلفة وتسبب أمراض الجهاز البولي والتنفسي.
- والكائنات الدقيقة المتقلبة Proteus التي غالباً ما تكون مقاومة للمضادات الحيوية بصورة طبيعية.
٤. تشكل الزوائف Pseudomonadaceae مشكلة بالمستشفيات مثل الزائفة الزنجارية Pseudomonadaceae aeruginosa ممرضة نشطة خاصة في مرضى الحروق والإصابات المتعددة.

وسيلة الانتقال وطرق إيقافه:

وسيلة الانتقال:

توجد ٤ طرق رئيسية للعدوى مثل:

١. طريق الهواء.
٢. طريق الفم.
٣. طريق المخالطة.
٤. طريق الزرق (الحقن).

وفي تعاقب مراحل الانتقال يجب أن تؤخذ العوامل الآتية في الحسبان:

١. الجرثوم الممرض.
٢. المستودع أو المائدة الحاملة للجرثوم الممرض.
٣. نقطة الخروج.
٤. طريق الانتقال.
٥. نقطة الدخول للعائل.
٦. قابلية العائل للعدوى.

إيقاف الانتقال:

يجب بذل الجهود لقطع هذا التعاقب عند أضعف نقطة فيه ومن ثم فإنه يمكن:

١. في حالات نادرة تدمير الجرثوم الممرض.
٢. السيطرة على المستودع.
٣. السيطرة على نقطة الخروج.
٤. السيطرة على طريق الانتقال.
٥. حماية العائل المستقبل.
٦. زيادة مقاومة العائل.

الوقاية: المفهوم والوسيلة:

تشمل الوقاية إقامة عدد معين من الحوائل لكي تمنع انتقال الكائنات الدقيقة من مريض لآخر.

إجراءات الوقاية يتعين أن تغطي النقاط التالية:

- ١- المراقبة والتبليغ بالنسبة لأي حالة عدوى ابتدائية واضحة.
- ٢- خفض انتقال العدوى من شخص لآخر للحد الأدنى.
- ٣- القضاء على التلوث بالمعدات والأجهزة.
- ٤- تطهير الأسطح وبيئة العمل بطريقة منتظمة.

ولكي نتجنب تبديد موارد المستشفى لا بد من تشكيل لجنة خاصة لحفظ الصحة بالمستشفى قادرة على اتخاذ التدابير المناسبة.

لجنة صحة المستشفى:

يجب أن تكون هيئة رسمية تشمل عضويتها الأطباء وباقي العاملين جميعهم وتجتمع هذه اللجنة بانتظام كل شهر حتى لو لم تكن هناك مشاكل.

وعلى اللجنة أن تتدارس ما يلي:

- أ- طرق معايرة أساليب تطبيق صحة المستشفى.
- ب- طرق الإشراف على تنفيذ إجراءات مكافحة عدوى المستشفيات.
- ج- طرق تثقيف العاملين وإمدادهم بالمعلومات.
- د- إذا كان تغيير منتجات التنظيف أو التطهير مقبولا لدى الخدمات العامة.
- هـ- ما إذا كان الحصول على نوع جيد من الأجهزة يتوافق مع التسهيلات المتاحة.
- و- ما إذا كانت حالات العدوى المبلغ عنها تمثل اللجنة يمكن الوقاية منها.

مسئوليات اللجنة:

١. رصد جميع حالات العدوى الابتدائية والإضافية الواضحة والتبليغ عنها وتسجيل جميع حالات العدوى بصورة منتظمة.
٢. التبليغ عن حالات العدوى:
- ملء استمارة التبليغ عن العدوى بالنسبة لكل مريض.

تعريف العدوى المرتبطة بالمستشفى:

يجب التفريق بين:

- العدوى التي يكتسبها مريض المستشفى ولم تكن موجودة أصلاً.
- العدوى المكتسبة أثناء إقامة سابقة بالمستشفى.
- ظهور مواقع سريرية.
- ظهور كائن دقيق جديد في عدوى كانت موجودة فعلاً عند إدخال المريض للمستشفى.

معايير تسجيل حالات العدوى المرتبطة بالمستشفى:

هناك ٤ أنواع من عدوى المستشفيات:

١. العدوى البولية:

قد تكون مصحوبة بأعراض أو بدون أعراض ولذا يعتمد تسجيلها جزئياً على الاختبارات المجهريّة وتشمل حالات العدوى البولية جميع حالات التي يوجد بها أكثر من ١٠,٠٠٠ كائن دقيق في كل سم^٣.

٢. عدوى الجهاز التنفسي السفلي:

تكفي العلامات السريرية لتسجيل هذه الحالات حتى في حالة عدم الكشف على الصدر بالأشعة السينية.

٣. العدوى بعد العمليات الجراحية:

أي قطع جراحي يسبب إفرازًا صديديًا يجب اعتباره حالة عدوى مكتسبة.

٤. العدوى العمومية (المجموعية):

نتيجة إيجابية لمزرعة دم تظهر جرثومًا ممرضًا أو لمزرتين على الأقل تظهران كأننا دقيقًا مشهور بأنه غير ممرض.

معالجة المعلومات بعد تجميعها:

يقوم الطبيب المختص بمعالجة المعلومات وإعداد تقرير كل أسبوع ويمكن من جمع الإحصائيات. ويجب تحديد معدل الانتشار للفترة المعنية:

- معدل الوقوع Incidence rate: هو عدد الحالات الجديدة المسجلة خلال مدة معينة مقسومًا لعدد المرضى الذين أقاموا بالقسم خلال نفس المدة.
- معدل الانتشار للفترة Period prevalence هو عدد الحالات الجديدة القديمة المسجلة خلال فترة معينة منسوبًا لعدد المرضى الذين أقاموا بالقسم في نفس الفترة.
- معدل الانتشار الفوري Instantaneous prevalence ويستفاد منه كمؤشر فقط وهو عدد الحالات المسجلة في تاريخ معين منسوبًا لعدد المرضى الموجودين بالقسم بنفس التاريخ.
- معدل الإصابة Attack rate: يقابل معدل الحدوث في فترة غير محددة.

خفض انتقال العدوى من شخص لآخر:

يجب مكافحة طرق العدوى بالمخالطة وأهمها الانتقال عن طريق أيدي الموظفين وملابس عملهم.

١- غسل الأيدي:

لغسل الأيدي أهمية جوهريّة. ويجب أن تحكمه قواعد قياسية في جميع أنحاء المستشفى، على أن يجري تكييفها تبعاً لاحتمالات العدوى المختلفة.

انتقاء المواد المستعملة في الغسيل:

أ. يجب أن تكون المواد نظيفة. ولا ينصح باستعمال قطع الصابون بل ويوصى باستعمال موزعات للصابون محكمة الغلق. أما مسحوق الصابون فنتائجه ضعيفة في الغالب لأنه مهيج وكثيراً ما يخلف رواسب. والأفضل استعمال الصابون السائل أو رقائق من صابون سريع الذوبان.

ب. يجب أن تكون المواد غير انتقائية في مفعولها، أي تكون فعالة ضد جميع الكائنات الدقيقة.

ج. يجب أن تكون المواد معقمة في حالات معينة، مثل غرف العمليات.

ويجب اختيار نوعين أو ثلاثة على الأكثر من المواد للاستعمال في المستشفى:

- مادة ليس ضمن مقوماتها مبيد للجراثيم للاستعمال العم. ويجب أن تكون ذات خصائص مقبولة جمالياً، وحامضية بدرجة خفيفة، ولا تتسبب تفاعلاً. وهذا النوع يؤثر بمفعوله الميكانيكي فيزيل النبيت الجرثومي العابر.
- مادة أو مادتان تحتويان على مبيد ضد كل الأحياء الدقيقة الإيجابية والسلبية لصبغة غرام وذلك للاستعمال المتخصص (جناح العمليات، غرفة التوليد، وحدة العناية المركزة، وحدة الأطفال المبتسرين، عناية العزل، الخ). ويفضل الصابون المبيد للجراثيم على محلول الكحول، أما الكحول فيتعين توفيره عندما لا يتسنى دائماً غسل الأيدي.

اختيارات الأدوات والمعدات:

من الأفضل استعمال الماء الجاري بدلاً من النقع، ويلزم توفير ما يلي:

- الماء الجاري.
- مادة للغسيل.
- وسيلة للتجفيف.

ويتعين اختيار معدات مناسبة على النحو التالي:

- أ. حوض غسيل بالحجم المناسب مصنوع من مادة صماء ولا يطفح، وله محبس يمكن فكه بسهولة، ويتحمل تدابير إزالة التلوث.
- ب. صناديق سهلة الاستعمال مزودة بأداة مانعة لتناثر الماء ويمكن تشغيلها بلمس الأيدي.
- ج. الفرش عندما تكون ضرورية، شريطة ليونتها وتعقيمها وتخصيصها للاستعمال الشخصي.
- د. وعاء لتوزيع مادة الغسيل يمكن تنظيفه بسهولة، ومركب على الحائط مصنوع من مادة تنسجم مع مادة التنظيف، ويسهل إعادة ملئه ويحبذ تشغيله بالمرفق أو القدم (بدون دخول الهواء). ولموزعات ذات الفوهات العاملة باليد لتفريغ مادة التنظيف تؤدي للتلوث.
- هـ. تجفيف الأيدي مهم، ويجب القيام به بمناشف شخصية، وعند الإمكان بمناشف ورقية حتى لا توجد مستودعات إضافية للجراثيم. ويجب ألا تكون عملية التجفيف من نوع يؤدي لنشر جراثيم.

متى تغسل الأيدي:

يجب على العاملين بالمستشفى غسل أيديهم:

- عند بدء العمل.
- عن اتساخ أيديهم.
- عقب الذهاب للمرحاض.
- عقب تمخييط الأنف.
- قبل الأكل.
- عقب الانتهاء من العمل.

يجب على الأطباء والممرضات والمعاونين الطبيين غسل أيديهم:

- فيما بين ملامسة مريضين أو سريرين.
- بعد تثبيت أو لمس القناع.
- قبل لمس فم المريض أو وجهه.
- قبل القيام بإجراء طاهر Aseptic.
- بعد استعمال أدوات متسخة (مبولة، أو قيصرية، أو ملابس، أو بياضات، إلخ)
- عند دخول ومغادرة غرفة مريض بالمعزل أو بالعناية المركزة.

طريقة غسل الأيدي:

أ. غسل الأيدي لأغراض الجراحة يشمل: الغسل الميكانيكي، والشطف، والغسل اللين، والشطف مرة أخرى، ثم التجفيف بمنشفة معقمة. ويستغرق ذلك ٣-١٠ دقائق، ويتوقف استعمال الفرشاة أو عدمه على نوع مادة الغسيل. ويجب ملاحظة أنها عند استعمال صابون محتوي على مادة مبيدة للجراثيم فإنه يمكن قصر الحك على الأظافر فقط.

ب. وغسل الأيدي كإجراء صحي له طريقتان:

١. عند بدء العمل (الغسل الأساسي):

- اغسل اليدين والرسغين والساعدين حتى المرفقين (لمدة دقيقة تقريباً).
- اهتم بصفة خاصة بالجلديات والمسافات بين الأصابع.
- اشطف اليدين جيداً.
- جففهما بعناية بالربت بمنشفة شخصية (أو ورقية).

وبالبدل لذلك إذا كانت الأيدي نظيف هو استعمال مادة كحولية.

٢. فيما بين مريضين أو قبل القيام بإجراء معقم.

- اغسل اليدين والرسغين بسرعة (١٠-١٥) ثانية.
- اشطفهما جيداً.
- جففهما بعناية بالربت بمنشفة شخصية (أو ورقية).

٢- الملابس:

ملابس العمل:

يجب لبس العاملون ملابس خاصة بالعمل بحيث تغطي جميع الملابس الأخرى والحلي. وتتكون من بنطلون ورداء قصير الأكمام بالنسبة للرجال، ومن ملابس مماثلة أو ثوب قصير الأكمام للنساء. وبزيادة طول الثوب تزداد وقايته. ويجب أن تكون مصنوعة من نسيج سهل التنظيف. ويجب أن يستعمل العاملون ملابس نظيفة يومياً أو على الأقل مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً. ويستحسن لبس الممرضون والممرضات ملابس داخلية نظيفة كل يوم.

الأظافر، والشعر، والحداء:

- يجب أن تكون الأظافر نظيفة وقصيرة.
- يجب أن يكون الشعر قصيراً وأن يضم بمشابك.
- يجب أن تكون اللحي والشوارب قصيرة.
- يجب أن ينظف الشعر بالفرشاة كل يوم ويغسل كثيراً (مرة في الأسبوع مثلاً). وليس ضرورياً لبس الممرضات غطاء للرأس (إلا في الأقسام المحمية، حيث يجب على الجميع تغطية الشعر تماماً بغطاء محكم).
- يجب أن تكون الأحذية المرتدية من القائم برعاية المرضى من الموظفين سهلة التنظيف.

الخواتم والساعات:

بينما يصرح لبس دبلة الزواج الملاءم، فإنه يجب خلع أي شيء آخر مما يلبس لتزيين الأيدي أو الرسغ عن رعاية المرضى

المناديل:

يستحسن استعمال مناديل وحيدة الاستعمال Disposable.

- ويجب ألا يصرح بالاستعمال المتكرر للمناديل النسيجية.
- ويجب غسل الأيدي دائماً عقب تمخييط الأنف.

٣- القناع:

اختيار القناع:

القناع من الورق أو من مادة مختلفة (بوليبروبيلين أو ليف زجاجي) حائل جيد ضد الكائنات الدقيقة المفترزة من صاحب القناع من بلعومه الأنفي، وكذلك ضد الكائنات الدقيقة التي في الهواء. والحماية التي توفرها الأقنعة الورقية تبقى لفترة محدودة (٣٠ دقيقة)، خصوصاً عندما تصبح رطبة. والأقنعة المصنوعة من مادة مختلفة حتى وهي رطبة تحتفظ بقدرتها على الترشيح عدة ساعات (٥ ساعات في المتوسط) وأما الأقنعة المصنوعة من القطن أو الشاش فلا فاعلية لها.

لبس القناع:

- ١- ثبت القناع على الوجه بعناية شديدة. ويجب تغطية الأنف والفم.
- ٢- اغسل اليدين بعد لبس القناع.
- ٣- لا تلمس القناع أثناء لبسه (لاحتمال تلوث اليدين).
- ٤- تخلص من القناع فور خلعه. لا يجب إطلاقاً وضع القناع في الجيب لاستعماله مرة ثانية.
- ٥- اغسل اليدين بعد خلع القناع.

ملحوظة: من الخطأ ترك القناع معلقاً حول العنق متدلياً تحت الذقن أو مغادرة عنبر العزل أو جناح العمليات بالقناع ملبوساً.

دواعي لبس القناع:

١. لحماية المريض:

- أثناء العمل في جناح العمليات.
- أثناء رعاية أو علاج المرضى الذين لديهم قابلية كبيرة للعدوى.
- أثناء بزل تجاويف الجسم.
- عند نقل مريض لديه قابلية للعدوى، وهنا يجب أن يرتدي المريض نفسه قناع.

٣. إزالة التلوث باستعمال الأدوات:

من أجل تخفيض انتقال الكائنات الدقيقة بواسطة الأدوات المستعملة إلى أقصى قدر ممكن، وقبل أن تصبح مستودعاً للكائنات الدقيقة وتلوث العاملين والمرضى، لابد من إيجاد طرق للتنظيف، والتطهير، والتعقيم.

١- التنظيف:

يجب ألا يكون التنظيف عملية تؤدي إلى التلوث. وفي معظم الحالات يستحسن ربط التنظيف بالتطهير عندما يكون المواد المستعملة متوافقة.

٢- التطهير:

هو إزالة منظمة للكائنات الدقيقة بهدف منع انتقال أنواع خاصة من الكائنات الدقيقة غير المرغوب فيها، وذلك بإتلاف تركيبها واستقلابها Metabolism بصرف النظر عن حالتها الفيزيولوجية. ويشمل الأدوات التي ليس ضرورياً أن تكون معقمة، والأدوات المستعمل قبل تنظيفها، وتلك المستخدمة لمرة واحدة ولا يمكن التخلص منها بالحرق.

ويجب أن تتوفر في إجراءات التطهير الاشتراطات الدقيقة التالية:

أ. يجب أن يكون المظهر فعالاً:

- نشاطاً ضد الكائنات الدقيقة الضارة.
- ذا فاعلية سطحية.
- لا يحول دون فاعليته عدد الجراثيم الموجودة أو الكلور المتخلف في الماء، أو درجة عسر الماء، أو وجود صابون أو بروتينات.

ب. يجب أن يكون سهل الاستعمال:

- فلا يتطاير.
- ولا يتلف الأجهزة.
- وليست له رائحة كريهة.
- وان يكون فعالاً في حدود زمنية معروفة تتوافق مع عمل المستشفى.

أنظر الأمثلة الموصى بها في الجدول ١.

وإزالة التلوث بالحرارة الرطبة له استخدامات عديدة، مثل:

المدة	درجة الحرارة	الاستخدام
45 - 60 ثانية	80°س	(1) المعدات الصحية
دقيقة واحدة	80°س	(2) الأدوات الفخارية... الخ
25 دقيقة	70°س	(3) الملابس والبياضات
10 دقائق	95°س	
15 - 16 ثانية	160° - 180°س	

٣. التعقيم:

هو قتل جميع الكائنات الحية، خصوصاً الكائنات الدقيقة في شكلها الانباتي Vegetative أو المتبوغ Sporulating سواء ممرضة أو غير ذلك.

ومفهوم التعقيم نسبي: فمن الناحية الإحصائية لا يمكن إبادة الجراثيم، ولكن يمكن تقليل عددها إلى مستوى منخفض. وتعتبر الأشياء عقيمة عندما يكون واحد فقط من كل مليون منها ملوثاً. والوصول لهذا العدد أسهل عندما يكون الشيء نظيفاً لا متسخاً، وهذا يبرز أهمية التنظيف المسبق.

ويغطي مجال استخدام التعقيم:

- جميع الأشياء التي تدخل الجسم عنوة.
- جميع الأشياء التي تدخل إلى تجاويف الجسم العقيمة.
- بعض الأشياء غير العقيمة التي تدخل تجاويف الجسم (مثل الرضعات والحلمات).

ولكي يكون فعالاً، يجب أن يسبقه تنظيف جيد. ويجب أن تغلف المعدات. ويوصف الشيء بأنه عقيم Sterile عندما يكون معقماً ومغلفاً. والأشياء التي لا تغلف قبل التعقيم (معقمة).

المواد المتوفرة لعملية التغليف:

- ١- النسيج حتى لو كان مزدوجاً ضيق النسيج يسمح باستنابات وتكاثر بعض أبواغ الفطريات المحمولة الهواء، ويحفظ الأدوات المغلفة فيه لمدة ٣-٤ أسابيع فقط. وثمة مواد أفضل يفض اختيارها وهي:
- ٢- الورق الذي لا يسمح بالتلوث ما دام سليماً، فهو يحافظ على العقامة لمدة طويلة. ويمكن أن يستعمل كمجال عقيم، وتغليف المواد المتسخة.
- ٣- أنواع البلاستيك: يجب انتقاؤها تبعاً لإجراءات التعقيم، وعلى سبيل المثال فإن الولي إيثلين والبولي بروبيلين يصلحان للتعقيم بأكسيد الإيثلين.

ويوضح الجدولان ٢ و ٣ الطرق المعتادة للتعقيم والاختيار.

تكون الأشياء النظيفة أو المعقمة مغلقة بإحكام وعندما يتم تطهير أو تغليف المعدات المستعملة في مكان الاستعمال.

والنقل الآلي يجعل يسهل توزيع المعدات والتقليل من حركة الناس الناشرة للجراثيم أحياناً.

ويجب أن تكون العربات Trolleys الملائمة لنوع النقل المطلوب محفوظة في مكان أمين، وأن تستعمل فقط في الغرض المحدد لها (ملابس وبياضات نظيفة، طعام، معدات معقمة، نفايات، ملابس وبياضات متسخة...الخ)، ويجب تطهيرها يومياً كلما أمكن ذلك.

٥- تعليمات للزوار:

حيث إن الزوار قد يكونون مصدراً أو ناقلين للعدوى، فإن وجود قواعد تحكم زيارتهم ضرورة حتمية لمكافحة عدوى (أخماج) المستشفيات.

١. تعليمات عامة

يمكن استخدام القائمة التالية كدليل لوضع قواعد للزوار:

أ. أشخاص لا يصرح لهم بالزيارة:

يجب ألا يزور المرضى في المستشفيات أناس مصابون بمرض في الجهاز التنفسي أو لديهم علامة لمرض من الأمراض المعدية أو السارية.

الحد الأدنى للسنة بالنسبة للأطفال المصرح لهم بزيارة مريض في المستشفى هو في العادة ١٠ إلى ١٢ سنة، وقد حددت بعض المستشفيات الحد الأدنى ب ١٥ سنة.

ب. المناطق المحظورة:

يجب ألا يصرح للزوار بالدخول إلى مركز حضانة وحدة الولادة أو غرف العمليات أو عنابر الإنعاش عقب العمليات الجراحية.

ويجب ألا يصرح لهم بالدخول إلى جناح التوليد أو وحدة العناية المركزة إلا بعد فحوص صارمة جداً ومرورهم عبر غرفة تغيير الملابس.

ج. أوقات الزيارة:

يستحسن ألا يصرح بالزيارة أثناء الفترات التي يكون فيها العاملون في المستشفى في أقصى درجة من الانشغال. وهموماً تتحدد ساعات الزيارات في فترات متباعدة، بحيث تستغرق كل زيارة ساعة أو ساعتين.

د. سلوك الزوار:

يجب على الزوار (ويستحسن ألا يزيد عددهم عن اثنين أو ثلاثة لكل مريض في وقت واحد) ألا يتدخلوا في عمل موظفي المستشفى. ويجب ألا يتجمع الزوار في مناطق العلاج ولا يصرح لهم بالجلوس على الأسرة. وعدم إحضار طعام للمرضى مالم يكن لديهم تصريح خاص كما يجب ألا يصبحوا معهم حيوانات. ويصرح بإحضار زهور مقطوفة وليس نباتات في أوعية.

ويجب تعريف الزوار بالقواعد، وتزويد زوار المصابين بمرض معد بالتجهيزات المناسبة. ويجب أن تشرف هيئة التمريض على مثل هذه الزيارات.

٢. تعليمات خاصة.

بعض مناطق المستشفيات قد تخضع لقواعد أقل حزمًا أو أكثر حزمًا تبعاً للحاجة.

بداية من آخر ١٤٩:

أ. قسم طب الأطفال:

في معظم المستشفيات لا توجد قيود على زيارة الأمهات مما يعطي الطفل شعوراً بالأمان والراحة وأيضاً إعفاء الممرضات من بعض الواجبات الروتينية.

ب. قسم الأطفال حديثي الولادة:

لا يصرح بدخول الزوار لغرف الحضانة ويجب فصلهم عن الأطفال بحاجز زجاجي ويجب قصر الزيارة على شخص واحد في وقت واحد ولا يسمح بلمس الطفل إلا للأب والأم تجنباً لاحتمالات العدوى.

ج. قسم الحروق والعناية المركزية:

يصرح بزائر واحد ولا تطول مدة الزيارة عن دقائق قليلة ويبقى الزائر تحت ملاحظة دقيقة من قبل الممرضات وتحظر الملامسة المباشرة للمريض.

٦ - توزيع المسؤوليات عن مكافحة العدوى (الخمج):

١. دور إدارة المستشفى:

تقع عليها المسؤوليات التالية:

أ. تشجيع وتدريب جميع العاملين من خلال برامج منع العدوى والتطهير والتعقيم.

ب. تفويض القيام بالنواحي التقنية لحفظ الصحة بالمستشفى للعاملين في:

- هيئة التمريض.

- خدمة التنظيف.

- الخدمة التقنية.

- المختبر الجراثيمي المناسب.

ج. تكوين لجنة لحفظ الصحة بالمستشفى: تضطلع ببعض الواجبات وتنسق العمل.

د. وضع قواعد للزوار.

هـ. التأكد من كفاءة التبليغ الكامل والسريع عن أي عدوى.

و. إعداد ميزانية لتمويل برنامج رصد العدوى وتطبيق أنسب طرق الوقاية.

ز. إعلام كل قسم بالتفصيل لتحديد الحد الأدنى من المسؤوليات الخاصة بكل قسم.

٢. دور الأطباء:

مسئولياتهم:

- العناية بالمرضى.
- ضرب المثل في ممارسة القواعد الصحية.
- العمل في لجنة صحة المستشفى.

وكذلك بالمسئوليات التالية:

- أ. حماية مرضاهم من المرضى الذين يحملون العدوى ومن موظفي المستشفى الذين قد يصابون بالعدوى.
- ب. التقيد بالممارسات والطرق التي توصي بها لجنة صحة المستشفى.
- ج. طلب إجراء التحليلات لتحديد الكائنات الدقيقة المسؤولة عن وجود العدوى.
- د. التبليغ عن حالات العدوى المكتسبة في المستشفى.
- هـ. تطبيق توصيات لجنة صحة المستشفى في استخدام المضادات الحيوية.
- و. إرشاد المرضى لطرق منع انتقال العدوى.
- ز. تنفيذ العلاج اللازم لأي عدوى قد تصيب الأطباء.

٣. دور أخصائي الأحياء المجهرية (المكروبيولوجيا):

مسؤول عن:

- أ. القيام بالتشخيصات المجهرية للمرضى والعاملين.
- ب. في حالة عدم وجود مختبر، القيام عند اللزوم بتطبيق عمليات خاصة للتحقق من التعقيم.
- ج. تقديم نتائج هذه التحليلات للجنة صحة المستشفى.
- د. القيام بدراسة دقيقة لنتائج اختبارات الحساسية للمضادات الحيوية.
- هـ. تصنيف بعض الكائنات الدقيقة الموجودة بالمستشفى لغرض الاستقصاءات الوبائية.
- و. تطبيق إجراءات الأمان لمنع تلوث العاملين بالمختبر.

٤. دور صيدلي المستشفى:

مسؤول عن:

- أ. الحصول على المستحضرات الدوائية وتخزينها بطريقة تمنع انتقال الأمراض.
- ب. صرف الأدوية المضادة للعدوى والاحتفاظ بجميع الوثائق ذات الصلة.
- ج. الحصول على اللقاحات والأمصال وتخزينها وإتاحتها عند الطوارئ.
- د. القيام بحصر المضادات الحيوية التي توزع على الأقسام الطبية.
- هـ. الاحتفاظ بالمعلومات التالية عن المطهرات Disinfectants ومضادات الانتان

:Antiseptics

- الخصائص الفعالية فيما يتعلق بالتركيز ودرجة الحرارة وطيف المضادات الحيوية.

- الخصائص السمية ذات الأثر المبهج أو المسبب لحساسية الجلد والغشاء المخاطي.
- المواد التي لا تتوافق معها أو تخفض فعاليتها.
- الظروف الطبيعية التي تحدث أثرًا سيئًا على فعاليتها أثناء التخزين.
- الآثار الضارة بالمواد.

ويفضل أن يكون صيدلي المستشفى قادرًا على:

- المساهمة في تقرير استخدام المضادات الحيوية والمطهرات المستخدمة في غسل الأيدي.
- وضع معايير اختيار وفحص نوعية التجهيزات التي تستعمل مرة واحدة.
- يؤدي دورًا في مراقبة نوعية الطرائق المستعملة في التعقيم:
 - يختار معدات التعقيم.
 - يجري اختبارات طبيعية كيميائية ومجهريّة لهذه المعدات.

٥. دور هيئة التمريض:

رئيسة التمريض مسؤولة عن:

- أ. المشاركة في مناقشات لجنة صحة المستشفى:
 - ب. السعي لتطوير التقنيات وتحسينها.
 - ج. إيجاد برامج تدريبية لجميع العضوات الجدد.
 - د. الإشراف على تنفيذ وسائل الوقاية من العدوى في القطاعات المتخصصة.
 - هـ. التأكد بانتظام من أن الهيئة تنفذ التعليمات المتعلقة بالصحة.
- ممرضة العنبر مسؤولة عن:
- أ. المحافظة على القواعد الصحية في العنبر.
 - ب. المراقبة الدقيقة لطرق التطهير.
 - ج. تبليغ الطبيب المسؤول فورًا عن أي علامة وجود عدوى.
 - د. تنفيذ العزل المؤقت لمرضى تظهر عليها علامات مرض سار وأخذ عينات منه للزرع.
 - هـ. حماية المرضى من الإصابة بالعدوى.
 - و. التأكد على فترات من كفاية توزيع المواد.

٦. دور خدمات التعقيم المركزية:

يجب إسناد مسئوليتها لطبيب محدد بالاسم وتقع على عاتقه تنظيف المعدات وتعقيمها وحفظها بطريقة طاهرة Aseptically.

وللقيام بهذا العمل يجب بالتعاون مع لجنة صحة المستشفى القواعد التالية:

- تعليمات تنظيف وتطهير التالي:

- المعدات المتسخة بطريقة عادية.
- المعدات الملوثة بدرجات متفاوتة.
- إجراءات اللف أو التغليف تبعاً لنوع التعقيم.
- طرق التعقيم تبعاً لنوع المعدات.
- ظروف التعقيم.

ويجب على رئيس هذه الخدمة أن:

- أ. يتأكد من تطبيق جميع الوسائل الممكنة للثبوت من صلاحية الأنواع المختلفة.
- ب. التأكد من إجراء صيانة تقنية للمعدات كل ٦ شهور.
- ج. الإبلاغ عن أي خلل وطلب مسؤول الصحة تبعاً للظروف والتنظيم لدى المستشفى.
- د. يراجع سجلات جهاز تعقيم يعمل ويدونها في سجل يحفظ به لعامين.
- هـ. يجمع في فترات منتظمة جميع الوحدات المعقمة التي انتهى أجل صلاحيتها.
- و. يبقى على اتصال مستمر بلجنة الصحة وباقي الأقسام.
- ز. يجري اختبارات على مقاومة المعدات لعمليات التطهير.

٧. دور خدمات التغذية والمطبخ:

رئيس خدمة الإمداد بالطعام يجب أن يكون ملماً بالجرثوميات وصحة الغذاء ويكون مسؤولاً عن:

- أ. تحديد معايير شراء الأطعمة والمعدات للحفاظ على مستوى عال من صحة الأغذية.
 - ب. التأكد من أن جميع الأدوات المستخدمة وأماكن العمل نظيفة.
 - ج. إصدار قواعد عن غسل الأيدي وانضباط العاملين.
 - د. التأكد من الطرق المستخدمة في تخزين وتحضير الطعام.
 - هـ. التأكد من أن الطرق المستخدمة سوف تمنع التلوث بالكائنات الدقيقة.
 - و. إصدار تعليمات مكتوبة عن تنظيف الأواني وأدوات الأكل بعد الاستعمال.
 - ز. إعداد وسائل التخزين وتداول الفضلات والتخلص منها.
 - ح. إيجاد برامج لتدريب العاملين في مجال تحضير الطعام والمحافظة على نظافته.
- من الضروري إعداد برنامج تدريبي لموظفي خدمة الإمداد بالطعام وتعليمهم عن التدابير الصحية الواجبة.

٨. دور قسم الملابس والغسيل:

قسم الملابس مسؤول عن:

- أ. تقرير خصائص أنواع النسيج المختلفة المستعملة بكل قطاع بالمستشفى.
- ب. إيجاد طرق لتوزيع ملابس العمل.
- ج. إصدار تعليمات لجمع الملابس المتسخة.
- د. إيجاد طرق لتنظيف وتطهير الأسرة.
- هـ. تحديد طريقة تطهير الملابس الملوثة.
- و. تقرير فترات غسل الستائر والحجب الحاجزة بين الأسرة.
- ز. وضع تعليمات للحماية التامة للملابس النظيفة من أي تلوث.

ح. وضع معايير اختيار المغسلة عندما تكون خارج المستشفى:

- احتياجات تتعلق بالمباني.
- ظروف الغسل.
- طريقة وعدد مرات النقل.

٩. دور قسم تنظيف المستشفى:

مسؤولة عن:

- أ. تصنيف قطاعات المستشفى المختلفة تبعاً لاحتياجاتها لإزالة التلوث.
- ب. تحديد طرق التنظيف الملائمة لاحتياجات المختلفة.
- ج. وضع طرق التخلص من الفضلات.
- د. التأكد من التحديد المنتظم للصابون السائل وموزع المناشف الورقية.
- هـ. إبلاغ أي نقص يلاحظ في المباني للخدمة التقنية.
- و. العناية بالزهور والنباتات.
- ز. مباشرة العلاج الوقائي ضد الهوام.
- ح. ترتيب برنامج تدريبي لجميع العاملين الجدد والقادمين.

١٠. دور الخدمات التقنية:

مسؤولة عن:

- أ. إيجاد تعاون فعال مع خدمة التنظيف واختيار المعدات والحل الأسرع.
- ب. القيام بالكشف الدوري على أنابيب المياه وغيرها من الأجهزة الكهربائية.
- ج. القيام بالكشف على جميع مخارج البخار والمعدات.
- د. وضع إجراءات الإصلاحات الطارئة في الأقسام الرئيسية.
- هـ. ضمان سلامة البيئة خارج المستشفى.

والخدمات التقنية تقوم بالواجبات الخاصة مثل:

- الاشتراك في اختيار الأجهزة والمعدات عندما تحتاج الصيانة لمساعدة تقنية.
- الكشف على مرشحات جميع الأجهزة.
- فحص أجهزة التعقيم وصيانتها بانتظام.
- فحص مقاييس الحرارة الخاصة بالثلاجات.
- الكشف المنتظم على جميع الأسطح.
- إصلاح أي فتحة أو تشقق بالجدران والقواطع.
- صيانة أجهزة المعالجة المائية بعناية فائقة.

١١. دور خدمات صحة المستشفى:

مسؤولة عن:

- أ. تنظيم برنامج المراقبة الوبائية والإشراف على استعمال الأدوية المضادة للعدوى.

- ب. القيام بكل ما يمكن لضبط المعدات وطرق التمريض وسلوك العاملين بطريقة تؤمن الوقاية من العدوى.
- ج. فحص مدى فعالية طرق التطهير والتعقيم.
- د. وضع برامج تعليمية للأطباء والمرضات ومعاونيهم من العاملين

