تصريح النشر : ٧٥٦/م/ج/ك
المملكة العربية السعودية
التاريخ ٣١/٦/١٤٣١

الادارة الصحية

تاليف

نواف بن جباره الجهني

NAWAF. J .ALJOHANI

2009

CENTRAL WARRINGTON
UNIVERSTY
USA
22/5/2009

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية

الجهني، نواف جبارة

الإدارة الصحية / نواف جبارة الجهني – جدة ، 1430ه

ردمك : 8 -3053 – 00 -603 – 978

1- الصحة العامة – تنظيم وإدارة 2- المستشفيات- تنظيم وإدارة

ديوى 841 , 350 رقم الإيداع

1430 /8584

الفـــــــــــــــــــهـــــــــــــرس

- المقدمة . ص3

- الباب الأول :-.....)ص4)
الفصل الأول : تعريف إدارة المستشفيات ص4
الفصل الثاني : نشأة علم إدارة المستشفيات ص5
الفصل الثالث : طبيعة إدارة المستشفيات ص7
الفصل الرابع: التنظيم الادارى للمستشفيات.....ص 9
- الباب الثاني :-..... (ص11)
الفصل الأول : تصميم الهيكل التنظيمي..... ...ص11
الفصل الثاني : أنواع الهياكل التنظيمية ص12
الفصل الثالث : توزيع المسؤوليات في المستشفى ص13
- الباب الثالث :-..... (ص17)
الفصل الأول : خصخصة المستشفيات العامة ص17
الفصل الثاني : المستشفيات الخاصة ص29
الفصل الثالث : مفهوم الضمان الصحي التعاوني ص36
- الباب الرابع :- .....(ص41)
الفصل الأول : الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفى ص41
الفصل الثاني : الإدارة بالجودة الشاملة ص42
الفصل الثالث : فلسفة إدارة الجودة الشاملة ص44
الفصل الرابع : مفهوم الجودة النوعية في النظام الصحي (الرعاية الصحية الأولية) ص43
الفصل الخامس : كيفية البدء في برنامج الجودة النوعية ص52

- الباب الخامس :-.....ص57
الفصل الأول : الرقابة الصحية ص57
الفصل الثاني : رقابة جودة خدمات الأطباء ص59
الفصل الثالث : متطلبات نظام تقسيم الرعاية الصحية ص61
الفصل الرابع : رقابة جودة خدمات التمريض ص62
الفصل الخامس : رقابة جودة خدمات الدوائر الأخرى ص64

- **الباب السادس :-.....ص66**

الفصل الأول : مفهوم التسويق في المنظمات الصحية.....ص66

الفصل الثاني : التسويق المستهدف للخدمات الصحية ص68

الفصل الثالث : المزيج التسويقي في المنظمات الصحية ص71

- **المـــــــــــراجع ص83**

المقـــــــــــدمة

حظي موضوع **الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات** على وجه الخصوص باهتمام متزايد من قبل المهتمين والمشتغلين بالقطاع الصحي من مخططين صحيين ومزودين لهذه الخدمات ومولين إضافة إلى المنتفعين بها. وأصبحت المستشفيات محل تساؤل وانتقاد و شك حول قدرتها على العمل بكفاءة و فاعلية وازدادت القناعة بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه المستشفيات مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانات و موارد . و قد نما هذا الاهتمام بموضوع الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات في كثير من الدول المتقدمة منذ عشرات السنين وأصبح يدرس من خلال الجامعات تخصص إداري شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى كما أصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها وذات أهمية كبيرة شأنها

شأن المهن العريقة المعروفة كالطب والهندسة و المحاماة. أما في الدول العربية ورغم أهمية الدور الذي يمكن للإدارة الصحية القيام به في مجال تخطيط وتقديم خدمات الرعاية الاستشفائية بإطار من الكفاءة والفاعلية فلم تحظى الإدارة الصحية بعد ما تستحقه من الاهتمام إذ لا تزال ، تسند إلى الأطباء مهمة إدارة أنظمتها الصحية ومستشفياتها وأحيانا ما يساعد هؤلاء الأطباء إداريون غير متخصصون في الإدارة الصحية مما يحد من فعالية الأنظمة الصحية ومؤسساتها ومن قدرتها على توفير خدمات ذات جودة عالية وبشكل يحافظ على مواردها الصحية المحدودة والمرتفعة التكلفة.

وعن أهمية دور الإدارة الصحية الجيدة في إدارة النظام الصحي و مؤسساتها يقول أحد الكتاب " أن الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفء لجميع الأجزاء. بالإدارة الجيدة تبرز الأولويات و توائم الخدمة حسب الاحتياجات المتغيرة وتستخدم الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها " وينهي الكاتب تعليقه على هذا الموضوع بالقول بأن الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات جيدة و العكس صحيح.

أهداف هذا البحث:

1- معرفة مفهوم إدارة المستشفيات.
2- دراسة التنظيم الإداري وتوزيع المسؤوليات في المستشفى.
3- دراسة دخول القطاع الخاص للمستشفيات.
4- معرفة مفهوم الضمان الصحي.
5- اخذ فكره عن الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات.
6- الوقوف على مفهوم الجودة النوعية في النوعية في النظام الصحي.
7- دراسة أسباب تدني الجودة في البلدان النامية والحلول التي تقدمها الجودة النوعية لهذه المشاكل.
8- كيفية البدء في برنامج الجودة النوعية .
9- طرق تحسين الجودة النوعي.
10- الوقوف على الرقابة بالمستشفيات ورقابة الجودة.
11- معرفة أساسيات التسويق للمستشفيات واحدث طرق التسويق.

الباب الأول

الفصل الأول: تعريف إدارة المستشفيات

تفتقر معظم المراجع في مجال إدارة المستشفيات والإدارة الصحية إلى تعريف محدد لإدارة المستشفيات وقد يرجع ذلك إلى عدم اتفاق المنظرين في هذا الحقل على مقومات مقننة للتعريف . و لقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحة بما يلي : تخطيط وتنظيم و توجيه و رقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق، التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات و الطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل.

وهي وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والموارد والتقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد. ولذلك فإن إدارة المستشفيات تستهدف إنجاز أهداف السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى علاجا وقائيا وبحثا وتنمية القوى البشرية الصحية .

ورغم أن بعض المفكرين في المجال يرون أن (إدارة المستشفيات) هي مجرد تخصص أو حقل دراسي وليست علما ، إلا أن د.عبدالاله ساعاتي يري أنها أصبحت علما من العلوم الإنسانية الحديثة بما لها من نظريات ومفاهيم علمية .

وحيث أن إدارة المستشفيات هي علم إداري فإن ارتباطها أساسي بعلوم الإدارة ونظرياتها ووظائفها ، وهي جزء لا يتجزأ من علم الإدارة وظائف الإدارة من تخطيط وتنظيم وتوجيه وتنسيق ورقابة وغيرها .. هي نفسها وظائف إدارة المستشفيات .

الفصل الثاني: نشأة علم إدارة المستشفيات

يعد علم إدارة المستشفيات علما حديثا نسبيا حيث نشأ في الولايات المتحدة الأمريكية عقب الحرب العالمية.

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

ومن أهم أسباب ظهور علم إدارة المستشفيات :

1) ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية .
2) لجوء المستشفيات للمنظمات الاجتماعية والحكومات لتدعيم احتياجاتها المالية
3) ظهور شركات التأمين الصحي ومؤسسات التأمينات الاجتماعية .
4) القروض المقدمة من الحكومات لإنشاء المستشفيات وتجهيزها .
5) تنامي دور المستشفى في المجتمع وتوسع وظائفه ومهامه العلاجية والوقائية.
6) الحاجة إلى إحصائيات دقيقة للتخطيط الصحي .
7) التنسيق الصحي بين القطاعات المختلفة .
8) الحاجة إلى تحسين الأداء والكفاية في المستشفيات .
9) العلاقة الإنسانية في المستشفيات لتعدد التخصصات والمستويات .
10) تعدد أنواع المستشفيات وفئاتها .

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

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

وفي عام 1933م تأسست الكلية الأمريكية لمدراء المستشفيات ACHA أو The American College of Hospital Administration وهي المنظمة التي أسهمت إسهاما كبيرا في ظهور علم إدارة المستشفيات وتطوره وعقب الحرب العالمية الثانية أصبحت إدارة المستشفيات حقل علمي يسهم في إعداد مدراء مؤهلين علما ومهارة في إدارة المستشفيات.

ولقد غيرت الكلية الامريكية لمدراء المستشفيات مسماه ليصبح الكلية الأمريكية للتنفيذيين الصحيين ACHE . لتواكب التغيرات التي حدثت في الحقل الصحي وساعية إلى تأسيس معايير عالية لمهنة إدارة المستشفيات .

وفي الأربعينات والخمسينات الميلادية كانت إدارة المستشفيات معنية بأمور المستشفى الداخلية المتعلقة بتطوير الخدمات المقدمة للمرضى وعلاقات الموظفين ومخصصاتهم وتأمين المستلزمات الطبية بينما تغير الوضع منذ الستينات والسبعينات الميلادية في ظل ظهور شركات التأمين والاتحادات العمالية والاهتمام الحكومي الرسمي بوضع أنظمة وقوانين محددة لأعمال وخدمات المستشفيات إلى جانب تغيير توقعات المجتمعات نحو خدمات المستشفيات فأصبح اهتمام لم دارة المستشفيات ليس مقتصرا على أمور المستشفى الداخلية فحسب بل أيضا التطورات التي يشهدها المجتمع الذي تتواجد فيه.

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

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

فالمستشفى تنظيم طبي يستهدف تقديم خدمة صحية وهي خدمة إنسانية في المقام الأول تتعلق بالمرضى والمرضى فئات مختلفة وطبقات متنوعة.

ويتميز تنظيم المستشفى بكثرة المجالس واللجان مثل مجلس إدارة المستشفى والمجلس الطبي والمجلس التعليمي.

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

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

أي أن المستشفى يضم موظفين بتأهيلات تقنية عالية ورفيعة في نفس الوقت الذي يضم فيه موظفين دون علم أو مهارة أو تأهيل . وكثيرا ما يؤدي ذلك إلى ظهور ما يعرف بـ التنظيمات غير الرسمية وهي التجمعات بين الفئات المتناسقة .

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

ويقدم المستشفى الخدمة الإسعافية للمريض والمصاب في أي وقت ويتعامل مع أمور تتعلق بالحياة والموت وإنقاذ أرواح البشر فأنا العاملون يعملون في ظل حالات من الاضطراب الدائم الذي يصاحب المرض والإصابة سواء كان اضطرابا جسمانيا أو عاطفيا لذلك يجب أن يعتادوا على العمل دائما في إطار من الفهم الكامل السلوك غير الطبيعي للإنسان .

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

وهناك سلطتين رئيسيتين بالمستشفى وهما السلطة الطبية والسلطة الإدارية. بينما تتوحد السلطة في معظم المنظمات والأخرى. ولهذه العوامل مجتمعة فإن المستشفى يعتبر كيان تنظيمي معقد التركيب .

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

ومن بيئة داخلية تضم عدة تنظيمات وفئات تتطلب التفاعل مع احتياجاتها والتنسيق بين أدائها وخلق روح التعاون بينها كما تتعامل مع البيئة الخارجية العامة السياسية والاجتماعية والاقتصادية بما يخدم تحقيق المستشفى لأهدافها.

وتتعامل مع البيئة الخارجية المباشرة السلطات والأنظمة واللوائح الصحية والمؤسسات الصحية

الأخرى وغيرها.

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

كما أن وجود التنظيمات غير الرسمية في المستشفى مثل تلك القائمة على المهنة للأطباء وهيئة التمريض والفنيين يستدعي تعامل معين من إدارة المستشفى يكفل تسييرها لصالح العمل نحو تحقيق أهداف المستشفى.

أما إذا كانت هذه التجمعات غير الرسمية تسير في اتجاه مضاد لاتجاه المستشفى فإن على إدارة المستشفى معالجتها بمرونة وتفهم وحكمة ما لم يكن في اتجاهاتها ضرر بالغ على مسيرة العمل ونتائجه بالمستشفى.

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

إن إدارة المستشفيات تقع في مفترق الطرق بين علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة فقد نهلت من المنهلين وإن كانت الأصول التي ترتكز هذه العلوم واحدة وإن كان علم إدارة المستشفيات يتميز في بعض الأحيان بطابع خاص نظرا للطبيعة الخاصة للمستشفى.

التنظيم كممارسة قديم قدم الإنسان ، ذلك أن الفرد لا يستطيع إنجاز بعض الأعمال بمفرده فيقوم بتقسيم العمل بينه وبين الآخرين .

كما أن المستشفى- أي مستشفى - لا تستطيع تحقيق هدفها المتمثل في تقديم خدمة صحية عالية الجودة مهما توفرت لها الإمكانيات المادية والبشرية ما لم تكن منظمة تنظيما علميا جيدا .

ويعتبر ماكس فيبر 1864 - 1920 أول من وضع التنظيم في قوالب نظرية علمية ثم تابع فردريك تايلور وهنري فايول وهربت ساميون وغيرهم وضع الإطار العلمي لمفهوم التنظيم ولقد حقق التنظيم تقدما واسعا في حقل الإدارة حتى أصبح واجهة من الواجهات التي تتصدى للتحديات الفكرية التي مازالت تواجه علم الإدارة .

ولقد اهتم عدد من علماء إدارة المستشفيات بموضوع تنظيم المستشفيات وأجروا العديد من الدراسات والأبحاث وقدموا إصدارات قيمة في هذا الصدد.

بالمستشفيات هي منظمات بيروقراطية تتبع المبادئ البيروقراطية (بالمفهوم العلمي الإيجابي للبيروقراطية) مثل: تقسيم العمل.التخصص ونطاق الإشراف وتطبيق الأنظمة وتنسيق النشاطات.

والتنظيم الإداري للمستشفى ثلاثة أعضاء بارزين ضمن فريق عمل المستشفى وهي:

مجلس الإدارة أو مجلس الأمناء في قمة التنظيم

والمدير الطبي أو كبير الأطباء

والمدير الإداري أو المدير التنفيذي.

ولا يعتق المستشفى أهدافه بنجاح ما لم يكن هناك اتصال فعال بين هذه العناصر الرئيسية الثلاثة.

يقول مارتش وسايمون:

"إن التنظيم هو أنماط من السلوك يتم التنسيق بينها عبر قنوات معلومة تستهدف تحقيق هدف مشترك " .

ويقول جوزيف ماسي:

" أن التنظيم هو الهيكل والعمليات التي من شأنها أن تؤدي إلى توزيع السلطات وتنسيق العلاقات بين مجموعة متعاونة من الأفراد تسعى إلى تحقيق هدف مشترك " .

ويعرف نوت زوار دونيل التنظيم بأنه :

"عملية تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة

وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتنسيق بينها " .

كما يعرف هود جتس وكاسيو التنظيم بأنه :

" العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين .التنسيق بين بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة .

ويمكن تعريف التنظيم بأنه :

"عملية إعداد وترتيب الجهاز الإداري ليحقق أهدافه بدرجة عالية وذلك بتقسيمه إلى وحدات إدارية بكل منها إمكانيات مادية و بشرية محددة وتنسيق العلاقة بين أنشطتها

لتحقيق أهداف الجهاز ".

الباب الثاني :

الفصل الأول : تصميم الهيكل التنظيمي

أشرنا قبل قليل بأنه لا يوجد هناك هيكل تنظيمي مثالي يمكن اعتماده لجميع المنظمات حتى وان كانت متشابهة. بل يمكن القول بأن هنالك خطوات رئيسة يمكن اعتمادها في تصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة وهي:

1) **تحديد الأهداف الأساسية للمنظمة والأهداف الفرعية** لكي يتم تحديد الاحتياجات التنظيمية لإنجازها, وهذا ينعكس على طبيعة الهيكل التنظيمي.
2) **تحديد الأعمال الرئيسية والفرعية** وتجميعها كأنشطة ضمن المنظمة لكي يمكن إنا طتها إلى ذلك القسم الذي يتولى مهمة إنجازها.
3) **يتولى كل قسم مدير أو مسئول يمتلك السلطة والصلاحية** لإنجاز الأعمال التي تناط به , ويكون مسئولا عن المستوى الذي يشرف عليه ء مسؤولا أمام المستوى الأعلى.
4) **تحديد علاقات العمل الوظيفية بين مختلف التقسيمات والوحدات ضمن الهيكل التنظيمي.**
5) إشاعة روح التعاون ومن خلال **عمليات الاتصال الكفء** التي تجرى بين أجزاء الهيكل التنظيمي لتحقيق التكامل في الأداء وعمله كنظام مفتوح على بقية الأنظمة الأخرى الممثلة بمنظمات خارجية.

الفصل الثاني : أنواع الهياكل التنظيمية

تأخذ الهياكل التنظيمية في المنظمة أشكالا مختلفة , كل واحد منها يعكس صيغة من العلاقة التي تقوم بين أجزاء المنظمة التي قد تأخذ الصيغة الرسمية واللارسمية في تكوين هيكلية المنظمة التي قد يحدث

في أحيان كثيرة تداخلها في المنظمة.

وعموما فإن الهياكل التنظيمية تأخذ الأنواع الآتية:

1- الهيكل التنظيمي الرسمي

وهو أكثر الأنواع شيوعا وانتشارا وبساطة. إذ يتمثل المدير برأس الهيكل الذي تنحصر في يده السلطة والصلاحية دون بقية المستويات الأدنى. ويبرز هذا النمط في المنظمات الصغيرة أكثر مما هو عليه في المنظمات الكبيرة.

2-الهيكل التنظيمي الوظيفي

ويقوم على مبدأ التخصص وتقسيم العمل في مختلف الوحدات الإدارية العاملة في المنظمة , على أن يتوافق مع اعتماده سيادة التعاون والانتماء للمنظمة , لإنجاز الأعمال الموزعة على كافة الاختصاصات الوظيفية فيها.

3- التنظيم الرأسي - الاستشاري

يمثل هذا الهيكل مزيجا متداخلا من النوعين السابقين على أساس إيجاد هيئة استشارية ضمن الهيكل التنظيمي تقدم المشورة والرأي إلى المدير وبخاصة في المنظمات الكبيرة التي تعتمد الهيكل الرأسي في تنظيمها وبالتالي لا يكون المدير وحده مسئولا محتكرا لسلطة الإدارة العليا.

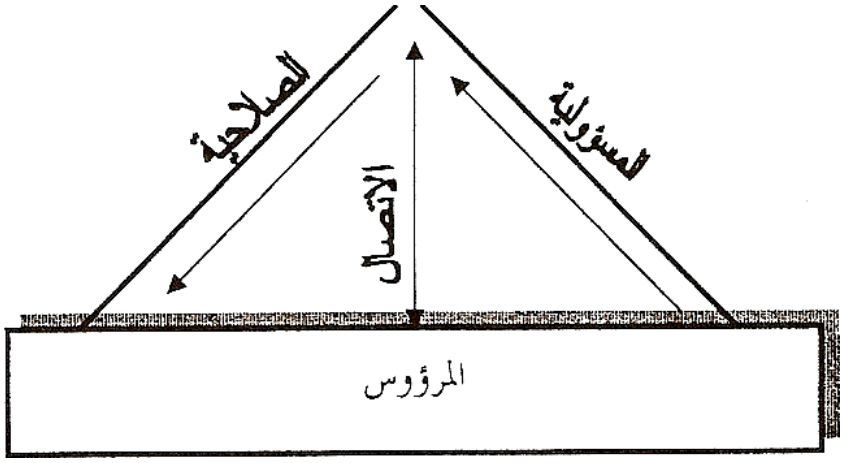
4- التنظيم المصفوفي

وهو مزيج من التنظيم الرأسي والأفقي , وعلى أساس تجميع الأنشطة المختلفة في المنظمة بوحدات عمل مستقلة (مشروع) توكل إليه مهمة إنجاز عمل معين , أو واجبات محددة في مجال تخصصه.

5- الهيكل التنظيمي الغير رسمي

وهي هياكل تنظيمية تعكس طبيعة العلاقات غير الرسمية في المنظمة , تعززها حقيقة التفاعلات الإنسانية الحاصلة في داخل المنظمة. وبالتالي فان وجودها قد يعكس حالة السلب أو الإيجاب مع مسار عمل المنظمة , مما يتوجب من إدارة المنظمة التفاعل مع هذه العلاقات باتجاه وتسخيرها لخدمة أهداف المنظمة بدلا من جعلها متعارضة معها.

للحديث عن المسؤولية في العمل الإداري يستوجب الأمر التطرق إلى الصلاحية إذ أن الأولى تستمد من خلال الثانية. بعبارة أخرى إن المسئولية ما هي إلا تعبير عن الصلاحية التي منحت لذلك المستوى الإداري ضمن الهيكل التنظيمي ولأي منظمة وكما يتضح ذلك في الشكل الآتي :



إذ يتضح بأن الرئيس يتمتع بالصلاحية التي تتيح له حق الاتصال بالمحتويات الأدنى منه أو متابعة ما مطلوب انجازه, وما يقابلها من مسئولية للأدنى تجاه الأعلى (الرئيس) في تنفيذ ما عهد إليه من واجب.

وهنا يكون من المناسب أن توضح الصلاحية وأبعادها لكي يتسنى استيعاب لمسؤولية وتوزيعها ضمن المستشفى. إذ تعرف الصلاحية بأنها حق المدير أو قدرته المستمدة من منصبه الرسمي على اتخاذ القرارات المؤثرة في مرؤوسيه . فهي تعني بهذه لحالة الحق الشرعي الذي يمتلكه المدير في اتخاذ القرارات وإصدار الأوامر التي تحكم تصرفات الآخرين الذين بمعيته لإنجاز أهداف المستشفى. وبالتالي فإن الصلاحية هي من أساسيات عمل المدير وامتلاكها هي أحد المقومات المهمة التي تمكنه من ممارسة المسؤولية وبكفاءة عالية. ولكن ذلك لا يعني بأن له الحق في إصدار ما يشاء من أوامر وتعليمات قد تنعكس سلبا على النتيجة , أو الهدف المنوي تحقيقه من إدارة المستشفى.

وعليه يمكن تقسيم الصلاحية في المستشفى إلى ثلاثة مستويات هي:

1- الصلاحية الرأسية :

وتسمى أيضا بالصلاحية التنفيذية التي يقصد بها الحق في إصدار الأوامر واتخاذ القرارات بشكل مباشر أو غير مباشر ولجميع المستويات التنظيمية في المستشفى, وبما يحقق أهدافها وهي ملزمة للجميع في التنفيذ. فهي تبدأ من أعلى الهيكل التنظيمي لإدارة المستشفى ومنحدرة في خط تسلسلي إلى أسفله ومنقسمة وانحدارها إلى علاقات رأسية بين الرئيس والمرؤوسين ء وأصحاب هذه الصلاحية هم المديرون الذين لهم حق إصدار القرارات.

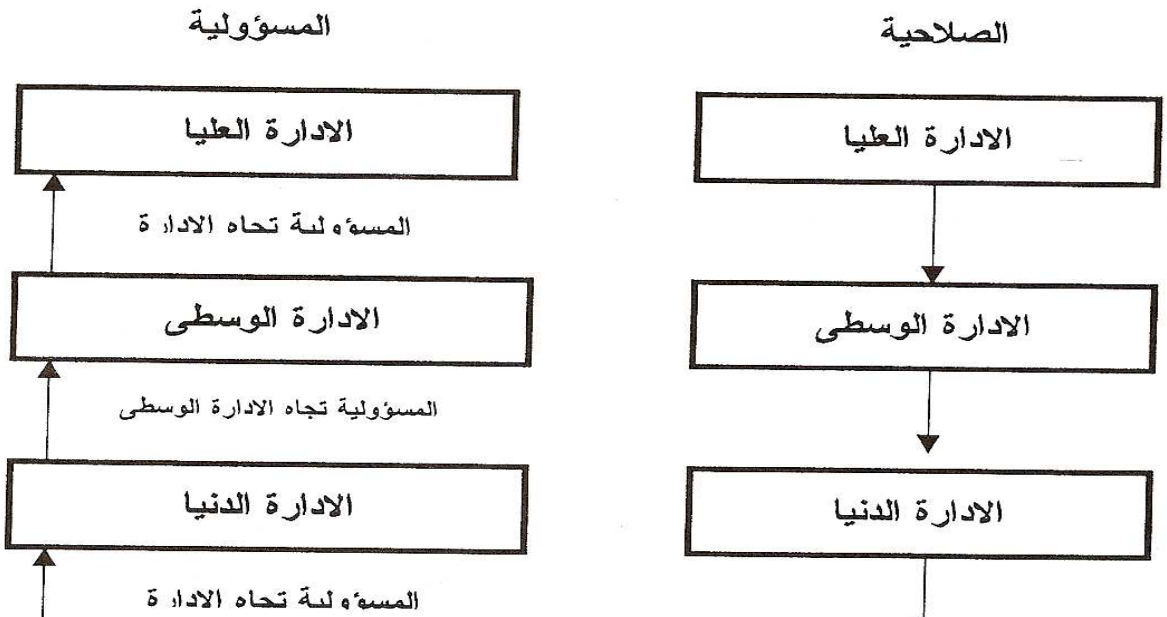
2- الصلاحية الاستشارية :

وهي السلطة الموجودة في المستشفى ولكنها لا تملك حق إصدار الأوامر أو التوجيهات, بل يقتصر بحال عملها على إسداء المشورة الفنية والطبية والإدارية إلى الجهاز التنفيذي الممثل مجلس إدارة المستشفى. ومن ثم تنقل إلى الجهاز الوظيفي في المستشفى وان تتوافق تلك المشورة أو المعلومات مع خطط وأهداف المستشفى وأخلاقيات العمل.

3- الصلاحية الوظيفية :

وهي الصلاحية التخصصية التي يستمدها رؤساء الأقسام والوحدات الإدارية من مجلس إدارة المستشفى في الحق بإصدار الأوامر المتعلقة بالقضايا والمشكلات الخاصة بتلك المهمة أو الوظيفة المحاطة بهم فقط.

وعليه فأن الصلاحية عبر أشكالها الثلاثة في المستشفى ستحدد المسئولية التي سيتم يتحمله كل والمسؤولية ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى.



وهذا الشكل يمثل في حقيقته عملية تحويل (تفويض) الصلاحية إلى المرؤوسين الذي يستطيع المستوى الأدنى من الحصول على الحق في ممارسة الوظائف الإدارية والفنية في حدود الصلاحية المخولة له باتجاه مرؤوسيه, والتي تصل في تتابعها بين المستويات الإدارية المختلفة في المستشفى إلى تفاصيل العمل اليومي وعند المستوى التشغيلي في المستشفى.

ولا يعني منح الصلاحية إلى المستوى الأدنى تفويضه بالعمل بما يشاء وبدون ضوابط , بل إن هناك التزاما مقابلا ينشأ عن هذه العلاقة تسمى بالمسؤولية.

ويقصد بالمسؤولية هو تعهد أو التزام المرؤوسين بتنفيذ أعمال آو أوجه نشاط معين معهود إليه بأحسن ما في قدرته . وبتعبير آخر فإن المسؤولية تعني التزام الفرد بالقيام بواجبات محددة بحكم كونه فردا في المستشفى , وبغض النظر عن رغباته الخاصة . وهذا يعني بأن الالتزام هو أساس المسؤولية, وبالتالي لا يكون للمسؤولية معنى إلا عند تطبيقها في حيز الواقع وتوافقها مع الأبعاد الحقيقة لها **والمتمثلة بالاتي :**

1) المسئولية في إنجاز الأعمال الوظيفية والطبية المسندة إليه.
2) المسؤولية في تحقيق أهداف المستشفى وتطبيق النظام المقر فيها.
3) المسؤولية في الالتزام بأخلاقيات العمل ضمن نظام المستشفى.
4) تحمل مسؤوليات تبعات أعماله الوظيفية والطبية ونتائجها، إذا ما تعارضت مع أهداف وتوجهات المستشفى.

وأخيرا فإن السؤال الذي يمكن إثارته هنا هو: هل تبقى الصلاحية والمسؤولية ثابتة ومستقرة في المرتع الوظيفي نفسه ضمن المستشفى؟

الإجابة عن هذا التساؤل تكون بلا .. إذ أن الصلاحية وما يقابلها من مسؤولية تتغير ويعاد توزيعها مرة أخرى تبعا`` إلى الظروف والمتغيرات البيئية الخارجية والداخلية المحيطة بالمستشفى التي تستوجب إعادة الصلاحية سواء كان ذلك في تشديد مركزيتها أو على العكس في الانفتاح على الاتجاه اللامركزية في العمل. وما يقابلها أيضا من حصر للمسؤولية وتشديد على التنفيذ الدقيق والسريع بهدف الاستجابة لذلك الظرف الطارئ في عمل المستشفى.

الباب الثالث

الفصل الأول: خصخصة المستشفيات العامة

الخصخصة أو التخصيص أو التخصصية أو التخاصية أو الخوصصة كما يطلق عليها في دول المغرب العربي هي مصطلحات يقابلها في اللغة الانجليزية Privatization .

ويقصد بها : بيع أو نقل المؤسسات و الشركات الحكومية للقطاع الخاص \ أو منح هذا القطاع الخاص حق تملكها و\أو إدارتها وتشغيلها .
ويعرفها (هانك) بأنها : رسم السياسات التي تحفز على تحويل القطاع العام إلى قطاع خاص من أجل إنتاج وتوفير مختلف السلع والخدمات .

وتعرف الخصخصة بأنها : تحويل الممتلكات والأصول الحكومية إلى القطاع الخاص أو تحويل بعض المهمات والخدمات الحكومية لتمارس عن طريق القطاع الخاص .

ويمكن تعريف الخصخصة بأنها اتجاه أو عملية إدارية يتلخص مفهومها بتحويل قطاع حكومي – مصلحة حكومية أو مؤسسة عامة – إلى قطاع خاص سواء كليا أو جزئيا بحيث تدار وفق أساليب إدارة الأعمال .

ورغم أن الخصخصة تعد فكرة قديمة عرفت منذ تاريخ بعيد إلا أن مفهومها كعملية تغيير استهدف رفع مستوى الإنتاجية وخفض تكاليف إنما ظهر وانتشر في عهد قريب في الولايات المتحدة وبدأ واضحا في أواخر السبعينات الميلادية في بريطانيا.

ولقد عمت ظاهرة الخصخصة في مختلف دول العالم المتقدم والنامي على حد سواء وتحث المنظمات الدولية وفي مقدمتها صندوق النقد الدولي والبنك الدولي للإنشاء والتعمير دول العالم على الإسراع في تطبيق الخصخصة في مختلف المرافق والخدمات لاسيما تلك المتعلقة في الخدمة العامة .

ولقد بلغ عدد المنشآت الحكومية التي تحولت للقطاع الخاص حوالي **(5800)** منشأة في أكثر من **(80) دولة خلال الاثنتي عشر سنة الماضية وحتى عام 1995م .**
وأنشأت بعض الدول مثل دول المغرب وزارة بمسمى (وزارة الخوصصة) لتوليه مهام وضع وتنفيذ سياسات تحويل المؤسسات والشركات العامة إلى القطاع الخاص.

أساليب وأشكال خصخصة المستشفيات :

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

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

مبررات خصخصة المستشفيات :

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

- أن **تكاليف خدمات المستشفيات** تعد من أغلى أنواع الخدمات وإذا كان العالم يصرف سنويا 2 تريليون دولار على الخدمات الصحية فإن 80% تقريبا من هذا المبلغ يصرف لتمويل خدمات المستشفيات .
- وتشهد تكاليف خدمات المستشفيات **ارتفاعا متسارعا وكبيرا** يوما بعد الآخر إلى الدرجة التي لا تستطيع معها حكومة أي دولة أن تتحمل بمفردها تكاليف تمويل خدمات مستشفياتها ولذلك أن لابد وجود مصادر تمويل أخرى .
- **ازدياد الطلب على خدمات المستشفيات** وذلك نظرا للزيادة المستمرة في عدد السكان ونظرا لتغيير نمط الحياة الذي أصبح يتسم بقلة الحركة وكثرة وتنوع الطعام الغير صحي إلى جانب تلوث البيئة وسلبيات المدنية الحديثة كذلك قد يكون لارتفاع مستوى الوعي الصحي دور في ذلك .

- **انخفاض الموارد المالية للمستشفيات العامة** وهي وضع سائد في معظم الدول ويرجع ذلك بالدرجة الأولى تزايد الأعباء المالية للحكومات.
- **كثرة الأنظمة واللوائح والإجراءات** وتعددها بالمستشفيات العامة حيث أن المستشفيات العامة تطبق الأنظمة الدولية وتأخذ بأسلوب الإدارة العامة .
- **سوء استخدام المستشفيات العامة** : حيث أن هناك حاجة إلى تقنية استخدام المستشفيات العامة من قبل المستهلكين ذلك أن المستشفيات العامة كونها مجانية أو رمزية الرسم فقد يؤدي ذلك إلى سوء استخدامها من قبل المستهلكين للخدمة .
- **ظهور مشكلات واحتياجات صحية جديدة** تتعلق بالنشاطات الصناعية والعمرانية المدنية الحديثة وازدياد حالات الأمراض المزمنة كأمراض السكري وضغط الدم والقلب .
- **عقود المستشفيات,** هناك مستشفيات عادة في بعض الدول تقوم بتشغيلها مستشفيات خاصة أهلية إما كليا أو جزئيا ويمكن اعتبار عقود تشغيل المستشفيات شكلا من أشكال الخصخصة أو مرحلة من مراحلها .

مميزات خصخصة المستشفيات العامة :

i.المرونة والكفاءة والفعالية:

تتميز المؤسسات التي تدار وفق مبادئ إدارة الأعمال الخاصة بالمرونة والفعالية والكفاءة أي تحقيق الأهداف بأقل التكاليف وأعلى مستوى من الجودة.

ii.سرعة اتخاذ القرارات:

تمر عملية صنع واتخاذ القرار عبر قنوات محددة جدا في مؤسسات القطاع الخاص مقارنة بمؤسسات القطاع العام .

iii.تخفيف العبء عن ميزانية الدولة :

أن المستشفيات تستنزف ميزانيات الدول نظرا للتكاليف الباهظة لخدمات المستشفيات.

iv.تخفيف العبء عن أجهزة وزارة الصحة :

في الكثير من دول العالم تطلع وزارات الصحة في مهام متعددة ومسؤوليات جسيمة تشمل تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والبحوث الطبية والدوائية وتنمية القوى العاملة الصحية وتقوم في هذا الإطار بإنشاء المرافق الصحية وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية لتشغيلها .

ولذلك فإن خصخصة المستشفيات العامة تؤدي إلى تفريغ وزارات الصحة لتوفير الخدمات الوقائية وترسيخ دعائم الرعاية الصحية الأولية التي تمثل خدمات 80% من الخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع في حال وصولها إلى المستوى المأمول من الكفاءة والفعالية والجودة , وكذلك تمكنها من التركيز على مهام التخطيط الصحي ورسم السياسات الصحية والبحوث والدراسات والترخيص للمؤسسات الصحية وغير ذلك .

v.توسيع قاعدة الاستثمار:

يؤدي تحويل المستشفيات العامة إلى شركات مساهمة إلى توسيع قاعدة الاستثمارات الفردية والجماعية وزيادة أعداد المستثمرين المساهمين .

vi.مشاركة العاملين في رأس المال :

عندما يشارك العاملون بالمستشفى في رأس مال المستشفى ويصبحون مساهمين فيها فإن ذلك يمنحهم شعور المالك وذلك حافز كبير لهم للمزيد من الحرص والعطاء.

متطلبات الخصخصة :

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

i.القطاع الخاص :

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

ii.مناخ الاستثمار في القطاع الصحي :

حجم الاستثمار في القطاع الصحي ومعدلات نمو القطاع الصحي الخاص تعكس مدى الاحتياج إلى التوسع في الاستثمار بهذا القطاع كما يدل على ملائمة المناخ الاستثماري للتوسع في المجال الصحي وأن هناك احتياج وقبول من قبل المجتمع لهذا التوسع.

iii.متطلبات إدارية وتنظيمية:

أن تبني الخصخصة يتطلب إجراء التعديلات في الهيكل التنظيمي للوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية ويتطلب إيجاد إدارة جديدة وإلغاء إدارات أخرى كما يتطلب تطبيق تنظيمات إدارية ومالية وصحية جديدة بما يتفق والتغير الذي يحدث في دور الوزارة ومسؤولياتها .

وقبل هذا فإن الأخذ بمبدأ الخصخصة يتطلب إعادة صياغة الإستراتيجية الصحية للدولة وسياسات وأهداف التنمية الصحية فيها .

- النموذج السعودي لخصخصة المستشفيات :

جاء ضمن الأهداف العامة لخطة التنمية السادسة (1415 هـ - 1420 هـ) بالمملكة العربية السعودية الهدف التالي :

((**في تشجيع دور القطاع الخاص في عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية**)).

كما نصت أولويات الخطة ذاتها على التالي :

(ترشيد الإنفاق الحكومي وزيادة اعتماد الاقتصاد الوطني على مساهمات القطاع الخاص من خلال التأكيد على التالي :

- وضع مزيد من السياسات التي تشجع رؤوس أموال القطاع الخاص على المشاركة في الاستثمار الوطني في الداخل .
- التوسع في استغلال رؤوس أموال القطاع الخاص في تمويل بعض المشاريع الحكومية .
- جدوى تحويل ملكية بعض الأنشطة الحكومية ذات الطابع التجاري إلى القطاع الخاص) .

كما تضمنت استراتيجيات الخطة على التالي :

((إتباع سياسة مالية تحقق تناسب حجم الإنفاق مع إيرادات الدولة على مدى عمر الخطة من خلال وضع برنامج (تخصيص) لبعض المشروعات الحكومية التي يمكن أن يضطلع بها القطاع الخاص وتحديد أوجه النشاط بالمرافق والخدمات والمشاريع التي يمكن تنفيذها من قبل القطاع الخاص)).

وكذلك فقد تضمنت خطة التنمية الصحية السادسة (1415-1420هـ) بالمملكة العربية السعودية ضمن أهدافها الهدف التالي:

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

كما تضمنت الخطة الهدف التالي : (تحسين كفاءة تشغيل المرافق الصحية و جاء في السياسات لتحقيق هذا الهدف) دراسة إدخال أحد البديلين التاليين:

1- **تحويل المستشفيات إلى القطاع الخاص** وتشغيلها على أسس اقتصادية بحيث تدفع لها الدول تكلفة العلاج كل مريض يحال إليه من مراكزها الصحية.

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

دوافع ومبررات خصخصة المستشفيات العامة في المملكة:

- تقدم المملكة العربية السعودية الخدمات الصحية للمواطنين مجاناً وبالنظر إلى التكاليف العالية والمتزايدة للخدمات الصحية أصبحت الحاجة ملحة للبحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية لتساهم مع الدولة في تحمل الأعباء المالية للخدمات الصحية في تطبيق الخصخصة لتخفيف العبء على ميزانية الدولة حيث شكلت ميزانية وزارة الصحة في عام 1417- 1418هـ 5,9% من ميزانية الدولة تستنزف خدمات المستشفيات نحو 80% منها أما تكاليف الخدمات الصحية بمختلف قطاعاتها فتصل إلى ما يقارب 10% من الميزانية العامة بينما لا يتجاوز حجم الإنفاق على القطاع الصحي 4% من الناتج الوطني في الدول النامية وأن كان تجاوز 10% في بعض الدول المتقدمة.

- يضطلع جهاز وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية بمهام متعددة ومسؤوليات جسيمة بداءً من تقديم الخدمات العلاجية إلى تقديم الخدمات الصحية الوقائية والبحوث الطبية والدوائية وتنمية القوى البشرية الصحية.

وتقوم في هذا الإطار بإنشاء المرافق الصحية من مستشفيات ومراكز صحية وتشغيلها بما يتطلب ذلك من توفير الإمكانيات المادية والبشرية إلى جانب الإشراف على القطاع الصحي الخاص ومتابعته والترخيص لمرافقة والعاملين فيها إضافة إلى مهام تقديم الخدمات الصحية في الحج وكذلك إنشاء الكليات والمعاهد الصحية وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية لها .

ولذلك فإن هناك حاجة إلى تخفيف أعباء وزارة الصحة لتتمكن من التركيز على ترسيخ دعائم الرعاية الصحية الأولية وتطويرها حتى تصل إلى المستوى المناسب لاحتياجات المجتمع السعودي أن خدمات الرعاية الصحية الأولية تمثل نحو 80% من الخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع في حال وصولها إلى المستوى المأمول من الكفاءة والفعالية حيث يقتصر دور المستشفيات على 20% فقط.

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

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

- إن هناك حالياً (71) مستشفى من مستشفيات وزارة الصحة تدار بواسطة شركات خاصة, (36) مستشفى منها تدار من خلال ما يعرف بالتشغيل الكامل و (35) تدار بالتشغيل الشامل, والتشغيل الكامل يعني أن شركة من شركات القطاع الخاص تتولى تشغيل المستشفى بالكامل بموجب عقد رسمي, وأن دور وزارة الصحة هو دور إشرافي فقط. أما التشغيل الشامل فإنه يعني أن وزارة الصحة تدير المستشفى بالاشتراك مع شركة من شركات القطاع الخاص, كما أن شركات من القطاع الخاص تتولى بموجب عقود أعمال الصيانة والنظافة والتغذية وغيرها في بقية مستشفيات وزارة الصحة.

- يزداد الطلب على الخدمات الصحية في المملكة ازدياداً كبيراً مسارعا نتيجة لمعدل نمو السكاني العالي والذي يبلغ 3,7% وهو من أكبر معدلات النمو السكانية في العالم كما تعزى الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية إلى تغيير نمط الحياة وزيادة الرفاهية التي تؤدي إلى الخمول وقلة الحركة وتغيير العادات الغذائية التي تميل إلى تناول الأطعمة التي تكثر فيها الدهون والسكريات. ولقد أدى ذلك إلى انتشار بعض أمراض الرفاهية بصورة واسعة في المجتمع السعودي مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم.

كما أن مجانية الخدمات العلاجية أسهمت في زيادة معدلات استهلاك خدمات المستشفيات حيث يكثر مراجعتها الذين يعانون أمراضاً لا تحتاج إلى مستشفيات. كما أن متوسط الحياة بلغ (71) عاماً وبالتالي فإن الطلب على الخدمات الصحية يزداد يوماً بعد آخر وكذلك أعداد المسنين واحتياجاتهم الصحية.

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

القطاع الخاص في المملكة:

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

- أن القطاع الخاص يشكل 48% من إجمالي الدخل الوطني.
- يبلغ رأس مال القطاع المصرفي 33 مليار ريال.
- تتيح البنوك التجارية سيولة مالية تصل إلى 103 مليارات ريال.
- يوجد في المملكة 8634 شركة حتى نهاية العام المالي 1416/ 1417هـ بلغ رأس مالها 152 مليار و94 مليون ريال منها 106 شركة مساهمة.
- يوجد سوق نشط للأسهم يضم 106 شركة مساهمة تبلغ رأس مالها 749 مليار ريال ولقد بلغت أرباحها في عام 1995م (14,7) مليار ريال بزيادة نسبتها 23,2 عن عام 1994م.
- يبلغ حجم استثمارات القطاع الخاص في المجال الصحي أكثر من 6 مليارات ريال.

نمو القطاع الصحي الخاص :

شهد القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية نموا مضطردا خلال السنوات الماضية وإذا أخذنا العشر السنوات الأخيرة لقياس حجم النمو الذي شهده هذا القطاع نجد أن عدد المستشفيات الخاصة قد ارتفع من 40 مستشفى في عام 1405 هـ إلى 75 مستشفى في عام 1415 هـ بنسبة زيادة بلغت 87.5% أما المستوصفات الخاصة فلقد زاد عددها من 224 مستوصفا في عام 1405 هـ إلى 510 مستوصفا في عام 1415 هـ بنسبة زيادة بلغت 126,8% .

ويبلغ عدد المستشفيات الخاصة في المملكة حتى عام 1418 هـ (84 مستشفى)كما يبلغ عدد المستوصفات (611 مستوصفات خاصة) .

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

كفاءة أداء المستشفى بين القطاعين العام والخاص في المملكة :

أجرى أحد المراكز المتخصصة دراسة جدوى اقتصادية حول تحويل مستشفيات وزارة الصحة للقطاع الخاص تضمنت تقييم نسبة الكفاءة في عينة من مستشفيات القطاعين الخاص والعام في المملكة **وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:**

- يبقى المريض مدة أطول في مستشفيات القطاع العام ومتوسط هذه المدة أعلى بنسبة 13% من مستشفيات القطاع الخاص .

- تكلفة الوحدة الإنتاجية لخدمات المستشفيات العامة محسوبة بمتوسط تكلفة السرير في اليوم بلغت 320 ريال وعي أعلى بنسبة 28% من التكلفة في مستشفيات القطاع الخاص .

- حيث أن متوسط تكلفة المريض الواحد هي محصلة معدل استهلاك السرير ومتوسط تكلفة السرير في اليوم الواحد لكل حالة فقد قدر متوسط تكلفة التشخيص والعلاج في القطاع العام بمبلغ 2856 ريالا لكل حالة وهي أعلى بنسبة 60% من التكلفة في القطاع الخاص والتي تبلغ 1784 ريالا .
- يرجع سبب ارتفاع التكلفة في المستشفيات الحكومية إما إلى ارتفاع التكاليف أو تدني مستوى الإنتاجية أو كلاهما معا.

وإذا علمنا أن متوسط الأجر الشهري في القطاع الخاص أعلى بنسبة 23% منه في القطاع العام بالنسبة لجميع أعضاء هيئة التمريض فإن الانخفاض النسبي في التكلفة اليومية سرير في مستشفيات القطاع الخاص لابد وأن يكون مرجعه إلى ارتفاع إنتاجية العاملين في هذا القطاع , إذ تشير الإحصائيات أن متوسط عدد المراجعين للعيادات الخارجية في المستشفيات الخاصة أعلى بنسبة 28% ومتوسط عدد الأسرة المتوفرة يوميا أعلى بنسبة 40% ومتوسط عدد الأسرة المشغولة يوميا أعلى بنسبة 11% من مثيلاتها في مستشفيات القطاع العام .

النموذج المقترح :

ينبثق النموذج الذي اقترحه بخصخصة المستشفيات العامة في المملكة من السياسات التي نصت عليها خطة التنمية الصحية السادسة (1415 – 1420 هـ) مع ملائمتها للبيئة السعودية فما ينجح نجاحا باهرا في أرقى بلد ليس بالضرورة أن ينجح في المملكة.

ويتمثل النموذج المقترح في تحويل مستشفى أو مجموعة مستشفيات عامة إلى شركة مساهمة مختلطة (حكومية وخاصة) بحيث تحسب موجودات المستشفيات وأصولها من مبان وأجهزة أو معدات طبية وغير طبية وأثاث وغيره كأسهم للدولة في حدود لا تزيد عن 51% , بينما تطرح بقية الأسهم للاكتتاب العام على أن يشارك العاملون بالمستشفى للمساهمين في الشركة .

عناصر النموذج المقترح :

- تتفرق وزارة الصحة لأداء مهام التخطيط ورسم السياسات الصحية وترسيخ دعائم الخدمات الصحية الوقائية والرعاية الصحية الأولية التي تظل تقدم خدماتها مجانا .

- أن يكون للشركة حرية كاملة في إدارة وتشغيل المستشفى .

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

- وبهذا يستمر الأخذ بمبدأ مجانية العلاج ولكن وفق تقنين وتنظيم محكم يمنع الهدر باستهلاك خدمات المستشفيات فكما هو معروف أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تعالج نحو 80% من المشاكل الصحية و20% فقط تعالجها المستشفيات .

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

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

- لا تعني الخصخصة وفق النموذج السعودي التخلي عن دور الدولة بل يظل للدولة اليد العليا بنسبة المساهمة حتى لا تتحول الخدمة العلاجية الإنسانية إلى عملية تجارية بحتة تضر للصحة العامة وتؤثر سلبيا على هدف توفير الرعاية الصحية لكل مواطن . كما أن الدولة تحمي مصالح المواطنين من خلال حصتها (51%) .

وبهذا فإن الخصخصة تتحقق ولكن في ظل المحافظة على مبدأ مجانية العلاج بحيث تكون الخدمة مجانا لمرضى الطوارئ والمحالين من المراكز الرعاية الصحية الأولية فقط .

عيوب ومحاذير الخصخصة :

إن الخصخصة كما أشرنا هي عملية تغيير كبيرة وتبعا فإنه لابد وأن يكون لها سلبياتها وعيوبها ويمكن تلخيص أبرز محاذير خصخصة المستشفيات بصفة عامة وفي المملكة خاصة في التالي :

i. **يخشى لجوء القطاع الخاص إلى استغلال ظروف المرضى في سبيل تحقيق أقصى قدر من الربح .**
ii. **يخشى من احتكار للخدمات الصحية** .
iii. **التحول السريع للقطاع الخاص قد يقود إلى عواقب وخيمة** ويؤدي إلى فشل تجربة ولهذا فإن تدرج يعد مطلبا أساسيا في تطبيق الخصخصة وذلك من خلال خطة محكمة ومدروسة من كافة الجوانب ويمكن

على سبيل المثال أن يتم البدء بمستشفيات التشغيل بالكامل جاهزيتها وأن يكون البداية في خصخصة مستشفى واحد في كل منطقة من المناطق الرئيسية الثلاث وذلك كمرحلة أولى .

iv. **يخشى من التأثير السلبي للخصخصة** على انسيابية حصول المواطن على الخدمة الصحية Accessibility.

v. **القوى العاملة :**

حيث تسعى شركة القطاع الخاص إلى تقليص أعداد من القوى العاملة في المستشفى وبالتالي يرتفع معدل البطالة في المجتمع وما لذلك من آثار سلبية والواقع أن هذه المشكلة تعد أخطر مشاكل الخصخصة وتواجه عمليات الخصخصة في كل مكان في العالم ولذلك إن بعض الحكومات تشترط على الشركة الجديدة للإبقاء على العاملين لمدة معينة 3 أ 5 سنوات مثلا . كما حصل في ماليزيا , وبالنسبة للمملكة فإن هذه المشكلة تعد أقل حدة نظرا لقلة أعداد الفنيين السعوديين ولكن الحل الأمثل يكون عن طريق التدريب وإعادة التأهيل بحيث يتم تأهيل العمادة الزائدة لشغل الوظائف التي يكون فيها احتياج لقوى عاملة .

المستشفيات المتخصصة:

المستشفيات المتخصصة فهي مستشفيات تعمل في فرع واحد أو اثنين من التخصص الطبي وخاصة تلك التي تحتاج إلى رعاية وخدمة طبية مركزة , وعناية خاصة بالمرضى .

وهذا النوع من المستشفيات يأخذ عدة نوعيات مثل :

- مستشفى الأمراض القلب.
- مستشفى الأمراض الباطنية .
- مستشفى الأمراض المتوطنة .

- مستشفى الحميات .
- مستشفى الأمراض العصبية .
- مستشفى العلاج الطبيعي .
- مستشفى أمراض الكلى والمسالك البولية .
- مستشفى أمراض النساء والولادة .
- مستشفى الأطفال .
- مستشفى العظام .
- مصحات مدمني الخمور أو المخدرات .

ومثل هذه المستشفيات المتخصصة واضح من مسمياتها أنها تقدم الخدمة الطبية في مجالات معينة دون غيرها من المجالات , وقد تكون مستشفيات عامة , وأخرى تابعة للقطاع الخاص , وتميز بأنها تدار بكفاءة عالية , ولديها المعدات والأجهزة الخاصة بنوع التخصص الذي تعمل فيه , ولهذا نجد أن بعض هذه المستشفيات تأخذ اهتماما غير عادي من قبل الإدارة , والأخصائيين الذين يتعاملون معها . وتأتي ببعض الأساتذة المعروفين والمشهورين في الجامعات ويخصص لهم أقسام بأسمائهم. وخاصة في مستشفيات القطاع الخاص حيث يقبل المرضى على هذه الأسماء لشهرتها ,ومن أمثلة هذه المستشفيات مستشفى علي إبراهيم , مستشفى إسماعيل حسني للولادة , مستشفى مورو لأمراض القلب.

الفصل الثاني: المستشفيات الخاصة.

وهي المستشفيات الغير حكومية والتي يملكها الأفراد أو الشركات الخاصة أو الجمعيات والمؤسسات الخاصة ونستعرض **بعضها:**

i.مستشفيات الهيئات والشركات والنقابات:

ومن أمثلتها مستشفى السكة الحديد ومستشفى هيئة النقل العام بالقاهرة, ومستشفى شركة المحلة الكبرى ومستشفى نقابة المعلمين وما شابه ذلك .

ii.مستشفيات بأسماء الأطباء :

وهذه المستشفيات تحمل أسماء أصحابها من الأطباء , أو الأساتذة المشهورين في العلاج الطبي . وهذا النوع يعمل على أساس السمعة والخدمة الجيدة , ومقابل أتعاب ومصاريف مرتفعة نسبيا . ومن أمثلتها مستشفى الشبراويشي , ومستشفى مورو , مستشفى الكاتب , مستشفى بدران .

iii.مستشفيات الجمعيات والمبرات :

وهذه المستشفيات عادة تنشأ بواسطة جمعية خيرية أو تكون خدماتها بأجور زهيدة وتحصل على تبرعات أو هبات من جهات مختلفة . ومن أمثلتها مستشفى مبرة محمد علي , مستشفى جمعية الهلال الأحمر , مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية , ومستشفى الجالية الإيطالية أو اليونانية بالإسكندرية .

iv.المراكز الطبية :

ولاحظ في الآونة الأخيرة انتشار قيام القطاع الخاص بالدول العربية بإنشاء مراكز طبية بعضها للعلاجات السريعة والبعض التخصصي يقدم خدمات طبية متميزة .

ولا يخفى أن بعض هذه المراكز الطبية أنشئت بغرض الربح أو تحقيق أرباح عالية من تلك الخدمات الطبية , والدليل على ذلك أن ملاك المراكز الطبية بعضهم لا صلة له بالطب وينظرون إلى هذه العمليات على أنها استثمار يجب أن يحقق العائد المطلوب وهم في نفس الوقت يستعينون بأطباء من مختلف التخصصات , وكذلك هيئة تمريض وعمالة بأجور منخفضة نسبيا .

وعلى سبيل المثال شاهدنا في المملكة العربية السعودية العديد من هذه المراكز التي تستعين بأطباء من باكستان والهند وممرضات من سيرلانكا والفلبين ونادرا ما يستخدم هؤلاء عمالة عربية بسبب أن العمالة الأسيوية أقل أجورا ورضاء بشروط قليلة بينما العمالة العربية يعتبرونها أكثر أجورا وشروطها في الإسكان والإقامة والبدلات .

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة انتشرت المراكز الطبية في مدينة أبو ظبي ودبي والشارقة وباقي الإمارات . وتعتمد مثل هذه المراكز في خدماتها على الوافدين وقليل من المواطنين , ويرجع ذلك إلى توفير الخدمات الطبية والعلاجية في المستشفيات العامة , وبعض هذه المستشفيات قاصر تعاملها مع المواطنين ونادرا ما يسمح للعمالة الوافدة من العلاج في هذه المستشفيات .

أما المراكز الطبية في مصر فهي غالبا ما تكون مشروعا استثماريا بين مجموعة أطباء من تخصص واحد أو عدة تخصصات بهدف تقديم خدمة طبية متميزة على مستوى عال بأجور علاجية مرتفعة أيضا.

ويلاحظ أن هذه المراكز الطبية إذا لم تدار بحنكة ومهارة وحافظة على مستوى الخدمات سرعان ما ينصرف عنها المرضى ويلجئون إلى أماكن أخرى . وهذا يماثل السبب في انخفاض مستوى الخدمة الطبية في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وهيئاتها .

والواقع أن المراكز الطبية تمثل جانبا هاما من الخدمات الطبية خاصة عندما تتوافر فيها الكفاءات الطبية, والتمريض الجيد , مع اختيار موقع المراكز في المناطق ذات المستوى المعيشي المرتفع .

v.مستشفيات ذات المستوى الممتاز :

وهذا النوع من المستشفيات ظهر حديثا بعد سياسة الانفتاح الاقتصادي , وتعتبر رؤوس أموالها مشتركة بين المقيمين والأجانب , وعادة ما تأخذ الشركة ذات مسؤولية محدودة , أو مساهمة بالحصص . ويشترك فيها بعض الأطباء المعروفين بحصص تأسيس . ومن أمثلتها : مستشفى السلام العالمي , مستشفى دار الشفاء .

vi.مستشفيات القوات المسلحة :

وهذه المستشفيات خاصة بضباط وأفراد القوات المسلحة , وفي بعض الحالات تستقبل بعض الشخصيات العامة . أو تقوم بعلاج أسر وعائلات الضباط ومن أمثلتها : المستشفى العسكري , ومستشفى الحرس .

الإدارة العليا في المستشفى :

وعادة ما تكون الإدارة العليا في المستشفى المحلي ممثل فيها المساهمين أو ذوي المصلحة في المستشفى , أو ممثل لوزارة الصحة أو ذوي الخبرة , وفي بعض الدول يشترك هذا المجلس ممثلي العاملين بالمستشفى كما هو الحال في جمهورية الجزائر .

وعندما تتحدث عن التنظيم الداخلي للمستشفى يهمنا بالدرجة الأولى أن نوضح للقارئ بأن للمستشفى كأي منشأة تقوم أصلا لتحقيق أهداف تنظيمية معينة , ولكي تحقق هذه الأهداف يلزمها وجود بعض الأنشطة الرئيسية وكذلك مجموعة من الأنشطة الفرعية التي تكمل بعضها البعض على أساس أن كل نشاط له دور مطلوب في الخدمة الطبية التي تقوم بها المستشفى . أي أن كل نشاط يتولى جزء محدد من نشاط المستشفى في نطاق اختصاص معين محدد وواضح بحيث لا يحدث خلط أو لبس في الاختصاص أو الأداء التنظيمي .

وبمثل ما يكون لكل نشاط قسم معين في الخريطة التنظيمية تحدد الأقسام حسب حجم المستشفى ودرجة التخصص الموجودة فيه , ولكل قسم عدد معين من الأفراد من ذوي التخصص والدراية والخبرة المعينة المتصلة بنوع العمل وأهميته .

تتكون القواعد العامة للإدارة والعملية الإدارية التي يمارسها أي مدير من المديرين من عدد من المكونات وهي :

- التخطيط.
- التنظيم.
- التوجيه.
- الرقابة.
- التنسيق.
- الصيانة الموارد .
- ملاحقة التقدم التكنولوجي .

وسنجد أن المستشفى بصفتها منشأة ذات تنظيم جيد فإن كيان قانوني وترخيص مزاولة , وكيان اقتصادي يتمثل في استثمار أموال معينة , وتشغل عمالة من تأهيل معين ومهارة عالية .

كما وأن للمستشفى أهداف اجتماعية لخدمة المجتمع والمتواجدين فيه , سواء كانوا من المواطنين أو الوافدين أو الأجانب .

ويلزم لكلي تنجح المستشفى وتحقق أهدافها أن تطبق الإدارة الصحيحة بكل المفاهيم الإدارية العلمية , والسائدة في هذا النوع من النشاط .

i. الأنشطة التنظيمية للمستشفى :

النشاطات الرئيسيان في المستشفى هما :

- نشاط الخدمة الطبية .
- بشأن الخدمة الفندقية (الإعاشة) .

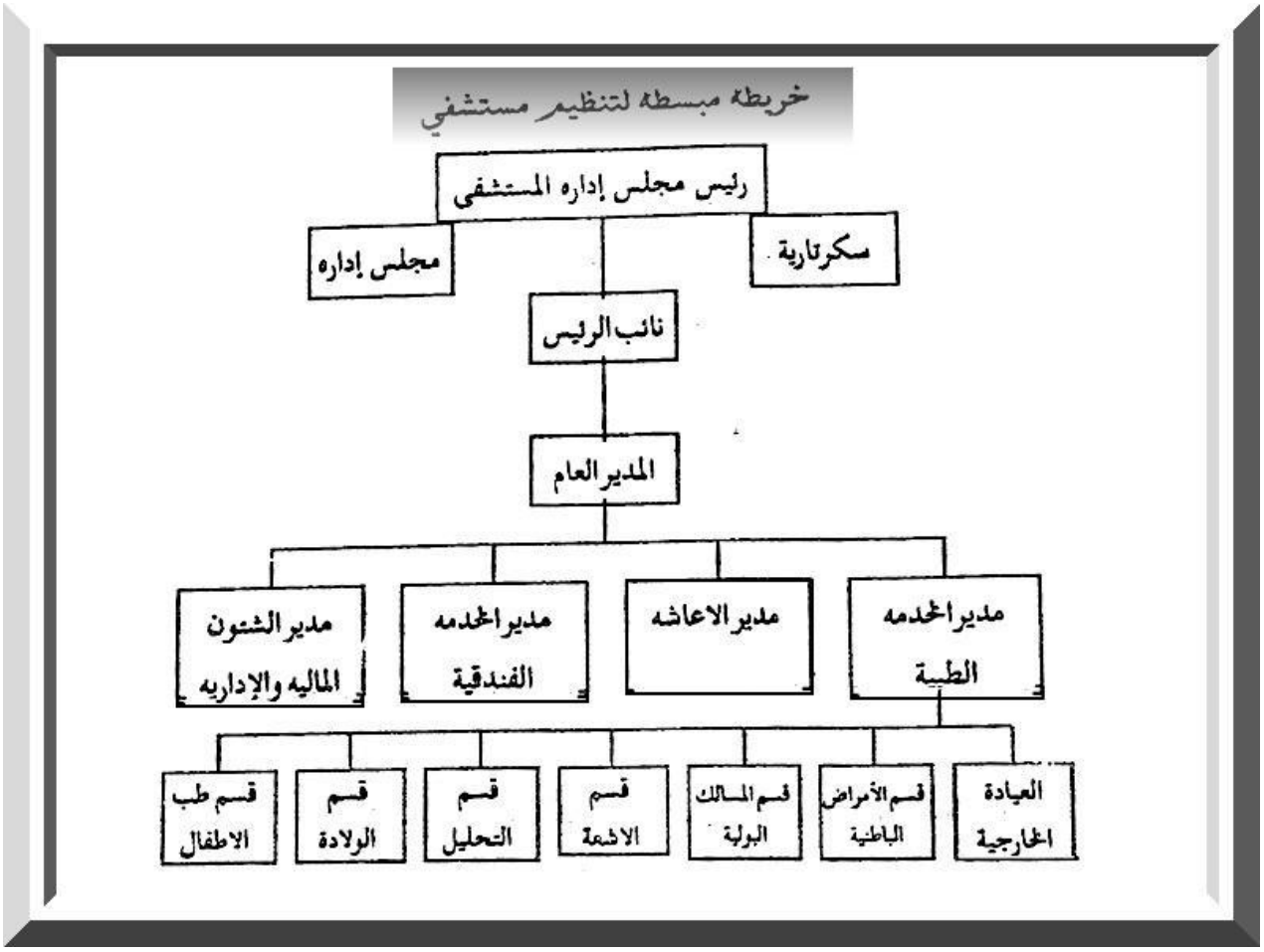
ويقصد بالنشاط الأول جميع الأعمال التي تدخل في العلاج الطبي وإجراء العمليات وتقديم الأدوية وصرفها ومتابعة الحالات المرضية , وهذا النشاط في صميم عمل الأطباء .

أما نشاط الخدمة الفندقية (الإعاشة) فهو عمل يتم داخل المستشفى منذ لحظة دخول المريض والتعامل معه واسكانه في القسم المتخصص بعلاجه , وتوفير الراحة له , وإطعامه , والمحافظة على نظافة المكان وصيانة الأجهزة والمستلزمات الطبية , ورعايته من الناحية الطبية والتمريضية على مدى الأيام التي يحددها له الطبيب المعالج ومساعديه من الأطباء والممرضات وتقديم الطعام له ومرافقيه في المستشفى إذا كان من المتاح له اصطحاب بعض أفراد أسرته , وهذا إجراء يشيع تطبيقه في الدول العربية .

ولكي ينتظم العمل في المستشفى يجب أن يتم تقسيم العمل بشكل جيد بحيث يتم اختيار الأقسام الطبية التي تقدر إدارة المستشفى على إتمامها بكفاءة عالية, وتوفير الأطباء الذين من الممكن الاعتماد على جهودهم ومهاراتهم وربما شهرتهم في تحقيق إقبال جيد على المستشفى وأقسامه .

والتنظيم الجيد للمستشفى الخاص يعني تطبيق مبادئ التنظيم من حيث تقسيم العمل والتخصص , والاختصاصات , والعلاقات التنظيمية , والسلطة والمسئولية , والمركزية في التنظيم واللامركزية إذا استدعى الأمر .

كما أن من الضروري توفير العمالة الجيدة سواء من الأطباء الممارسين والممرضات والممرضين والمساعدين, والموظفين والعمال لأن المستشفى في أساسها معاملات مع الجمهور الذي يدفع مقابل الخدمات التي يتحصل عليها .



القسم الخيري :

وبعض المستشفيات الخاصة الاستثمارية تتعمد فتح القسم الخيري للعلاج المجاني , وهذا القسم يستقبل الحالات الحرجة للمرضى الفقراء والغير قادرين على دفع نفقات المستشفى , والصعوبة التي تواجه إدارة المستشفى الخاص في هذا القسم الخيري هي كيفية تحديد الحالات التي تنطبق عليها شروط العلاج المجاني , أو إجراء العمليات الجراحية بدون تحمل أعباء . لأن هناك من يحاول استغلال هذه الفرص والحصول على خدمات مجانية لا يستحقها .

ومن المعروف أن التحايل سهل وممكن طالما كانت إدارة المستشفى لا تدقق في اختيار الحالات التي تستحق الدخول في القسم الخيري أو دار الضيافة.

وتلجأ بعض المستشفيات الخاصة إلى أسلوب الاختيار العشوائي من بعض الأحياء الشعبية , أو بعض الأماكن التي يتفق على تحويلها من المستشفيات العامة ولا يتوافر لديها الأجهزة أو التخصصات الدقيقة التي يمكن أن يوفرها المستشفى الخاص .

ومن المفروض أن تمسك المستشفى دفاتر وحسابات دقيقة للقسم الخيري حتى يمكن استبعادها من حسابات الضرائب .

ii.اختيار موقع المستشفى:

ليس أي موقع يصلح لإقامة مستشفى عام أو خاص. لأن المستشفى يحتاج إلى هدوء أو مكان يسهل الوصول إلية , وليست الأماكن المزدحمة وذات الضجيج صالحة لإقامة مستشفى علاجي أيا كان نوعه .

ويفضل إقامة المستشفى في مكان ملائم من حيث التجمع السكاني ونوع الخدمات الطبية المقدمة.

مباني المستشفى :

مباني المستشفى تختلف على حسب نوع التخصص والإمكانيات المتاحة. فمثلا نجد أن مستشفى السلام العالمي تميل إلى المباني ذات الطوابق المتعددة, وفي أماكن يسهل الوصول إليها , بينما نجد بعض المستشفيات من دور واحد أو دورين , وذلك يتوقف على الاحتياجات والتصميم .

الأجنحة الخاصة :

تعمل بعض المستشفيات على توفير عدد من الأجنحة الخاصة, يتكون كل جناح من غرفة وصالون وحمام وبوفية خاص, وهذه الأجنحة تكلفتها مرتفعة ومجهزة بالأجهزة الكهربائية .

الدرجة الأولى الممتازة:

تتميز هذه الغرف بوجود مستوى من التجهيزات والمفروشات الممتازة , وتلحق بكل غرفة حمام خاص , ومساحة الغرفة لا تقل عن ستة عشر مترا مربعا مع وجود اتساع في المدخل . ولا يمنع من وجود جهاز تكييف وتلفزيون حسب طلب النزيل , وعادة يسمح بمرافق للمريض .

غرف الدرجة الأولى العادية :

وهي من الغرف المفروشة بمستوى لائق وملحق بها حمام خاص وإن كانت مساحتها أقل وعادة ما يسمح بمرافق , وهي أقل في تكلفة الإقامة عن الدرجة الأولى الممتازة .

غرف الدرجة الثانية :

وهذه الغرف أقل مستوى من الدرجة الأولى العادية ويسمح فيها بوجود بنزلين في وقت واحد, ولا يسمح فيها بالمرافق, وإن كانت بعض المستشفيات تحقق حمام واحد لكل غرفتين (حمام مشترك) وعادة ما يسمح بالأشغال الحالات المتشابهة.

غرف الدرجة الثالثة :

وهذه العنابر تحتوي على عدة سرير للمرضى يتوقف عددها على حسب مساحة كل عنب ومدى توافر الأماكن المخصصة للتخصصات الطبية المعينة . وعادة ما توزع عنابر الدرجة الثالثة في المستشفيات حسب الحالات والتخصصات , فنجد في التنظيم الداخلي للمستشفى - قيد إلى حد ما – بالتخصص , وتوافر الخدمات .

ويلاحظ أن المستشفيات الحكومية تتوسع في عدد العنابر للدرجة الثالثة , وتقلل من الدرجات الأخرى , والعكس في المستشفيات الخاصة .

تعني كلمة (الضمان) الكفالة و الالتزام – كما جاء في المعجم الوسيط.

و رغم أن المصطلح المقابل في اللغة الإنجليزية الضمان والتأمين هو مصطلح واحد للكلمتين insurance إلا أن التأمين في اللغة العربية – كما جاء في المعجم الوسيط- هو "عقد يلتزم أحد طرفيه وهو المؤمن من قبل الطرف الآخر وهو المستأمن أداء ما يتفق عليه عند حلول أجل معين في نظير مقابل نقدي معلوم ". و مع هذا يظل المعنى متقارب و إن كان المفهوم المصطلحي للضمان أكثر شمولية و أعمق التزاما.

و الفرق يتمثل في كلمة "التعاوني" فإذا كان التأمين تعاونيا فإن ذلك ينقل التأمين بعيدا عن مفاهيم الربحية التجارية إلى المفاهيم التكافلية التي لا تستهدف الربح، و إذا تحقق هامش ربحي فإنه يوزع على المشتركين.

و الضمان الصحي هو نظام يجسد مفهوم التكافل و التعاون من المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية التي يحتاجها، أي أنه يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من الأفراد بدلا من تحميلها شخص واحد. و هو يحقق المشاركة من الفرد و من صاحب العمل و من الأصحاء مع المرضى و من الأثرياء مع الفقراء و من المجتمع ككل مع الفرد الذي يحتاج إلى الرعاية الصحية عند احتياجه لها.

مشروعية الضمان الصحي التعاوني:

لا ريب أن بحث أمر تطبيق الضمان الصحي يستوجب النظر إلى مشروعيته الدينية. و لقد أجازت هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية تطبيق نظام التأمين التعاوني وذلك بموجب قرار الهيئة رقم (51) و تاريخ 4/4/1397هـ تأسيسا على أنه يتيح مشاركة المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف الخدمة العلاجية التي يحتاجها و لا يستهدف التجارة و الربح، و جاء في القرار ما يلي: "أن التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسئولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فجماعة التأمين لا يستهدفون تجارة و لا ربحا من أموال غيرهم وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر".

فلسفة الضمان الصحي

تتمثل في أن الضمان الصحي يحقق التوازن بين التكاليف الباهظة للخدمة في القطاع الصحي الخاص و التي لا يستطيع المواطن العادي تحملها و بين مستوى متراجع في خدمات القطاع الصحي العام نتيجة لنقص الموارد وزيادة الطلب.

فلسفة الضمان الصحي التعاوني

مبررات ودوافع تطبيق الضمان الصحي

تكاليف الخدمات الصحية:

تزايد تزايدا صاروخيا و متواصلا يوما بعد آخر في العالم كله، فالعالم يصرف (2) تريليون دولار سنويا و من المعروف أن تكاليف تشغيل المستشفى –أي مستشفى- تبلغ سنويا ثلث تكلفة إنشائه، أي أن رأس مال المستشفى يتضاعف كل ثلاث سنوات، والمملكة جزء من هذا العالم يعاني ما يعانيه، الأمر الذي يصعب تماما أن تقوم أي دولة بتوفير الخدمات الصحية دون مقابل و دون ضوابط مهما كان ثراء الدولة، و هي أن استطاعت ذلك في فترة معينة و في ظل ظروف معينة فإنها لن تستطيع الاستمرار في ذلك في فترات أخرى، و بالتالي يصبح من الضروري أن تطبق بدائل لتمويل هذه الخدمات المكلفة.

الظروف الاقتصادية الراهنة

يمر العالم في معظمه بمرحلة اقتصادية متراجعة تستوجب تقنين وترشيد الإنفاق العام، والمملكة جزء من هذا العالم يعاني مما تعانيه.

تزايد الطلب وارتفاع معدلات استهلاك الخدمات الصحية

يعود ارتفاع حجم الطلب و معدلات استهلاك الخدمات الصحية إلى **عدة عوامل أهمها:**

- الارتفاع الكبير في معدل النمو السكاني في المملكة والذي يبلغ 7.3% سنويا، ويعد من أعلى معدلات النمو السكاني في العالم.
- تغير نمط الحياة التي أصبحت تتسم بالكسل والخمول وقلة الحركة.
- سلبيات المدنية الحديثة من حيث نوعية الغذاء و الازدحام السكاني والتلوث البيئي و ضوضاء المدينة الكبيرة و ضغوط الحياة فيها.
- ظهور احتياجات صحية جديدة نتيجة لذلك، مثل الزيادة في الأمراض المزمنة العالية الكلفة (مثل أمراض القلب و السكر و الضغط والسرطان وغيرها).
- ارتفاع متوسط الأعمار و الذي يبلغ في المملكة حاليا (71) عاما.
- عدم وجود معايير لتقنين الاستخدام.
- مجانية الخدمات الصحية الأمر الذي قد يؤدي إلى الإفراط في استخدام هذه الخدمات وربما إساءة استخدامها.

<u>تخفيف الضغط على المرافق العامة:</u>

أن تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني يقود إلى تخفيف الضغط على المرافق الصحية حيث يتيح مجالات رحبة لمساهمة القطاع الصحي الخاص في توفير الخدمة الصحية للمستفيدين وفق هذا النظام, لاسيما وان تطبيق هذا النظام يؤدي إلى نمو هذا القطاع, ويقضي على فاقد الخدمة فيه حيث يتيح له العمل بطاقته القصوى.

المحافظة على جودة الخدمات الصحية:

وذلك من خلال توفير موارد للتمويل وتخفيف الضغط على خدمة المرافق الصحية العامة.

مواكبة التقنيات الصحية الحديثة:

أن توفير بديل للتمويل يسهم في تأمين الرافد المالي الذي يمكن المؤسسات الصحية من مواكبة أحدث ما تنتجه التقنية الطبية العالمية.

المحافظة على العمر الافتراضي للمنشآت والأجهزة الطبية:

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

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

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

أهداف تطبيق الضمان الصحي في المملكة العربية السعودية

تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي:

يحقق تطبيق نظام التكامل الصحي التعاوني مبدأ التكافل الاجتماعي , حيث يتوزع في ظله عبء تحمل تكاليف الخدمة الصحية التي يحتاجها الفرد على مجموعة من الأفراد, ويحقق مشاركة الفرد وصاحب العمل والمجتمع ككل في تحمل تكاليف العلاج.

توفير مصدر للتمويل :

يوفر نظام الضمان الصحي التعاوني مصدراً فعالاً ومناسباً لتمويل الخدمات الصحية العامة.

غطاء صحي منهج إسلامي:

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

ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة:

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

تطوير القطاع الصحي الخاص:

يسهم تطبيق النظام الصحي التعاوني في نمو القطاع الصحي الخاص وازدهاره حيث يخلق فرصاً استثمار واسعة تظهر نتيجة الارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الصحي الخاص لاسيما في المناطق التي لاتتوفر فيها مستشفيات و مستوصفات أهلية خاصة, ويسهم بذلك تطبيق هذا النظام في إنشاء المزيد من المستشفيات و المستوصفات الخاصة, كما يشجع على إنشاء شركات وطنية للتأمين الصحي.

وتؤكد العديد من الدراسات و الأبحاث أن العديد من شركات التأمين الصحي ساهمت مساهمة فعالة في تحسين جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة.

توفير فرص عمل:

يسهم نمو وازدهار القطاع الصحي الخاص الناتج عن تطبيق الضمان الصحي في خلق وتوفير فرص وظيفية أمام الباحثين عن الوظائف, سواء في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص أو في شركات التأمين الصحي.

توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة:

يسهم تطبيق الضمان الصحي التعاوني في توفير الخدمة العلاجية الخاصة بأسعار مناسبة (قسط التأمين) لا يمكن مقارنتها بما تتقاضاه المستشفيات الخاصة فعليا على خدماتها , خارج نظام التأمين .

- **تحسين المؤشرات الصحية :**

يؤدي تطبيق نظام الضمان الصحي إلى نمو القطاع الخاص وتوفر المستشفيات والمستوصفات الخاصة وذلك يؤدي تبعا إلى تحسين المؤشرات والإحصائيات الحيوية من حيث معدل الأسرة إلى عدد السكان ومعدلات القوى العاملة الصحية إلى عدد السكان وغيرها .

- **تحسين المستوى الصحي للسكان :**

يسهم تطبيق هذا النظام في تحسن المستوى الصحي العام حيث يتيح المدخل Accessibility إلى الخدمة الصحية ويقضي على جانب التردد من مراجعة المستشفى الخاص خوفا من ارتفاع التكاليف .

الباب الرابع :

الفصل الأول: الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات

تعود جذور الإدارة بالجودة الشاملة إلى حلقات الجودة التي ظهرت مبادئها في اليابان عقب الحرب العالمية الثانية حيث أيقنت اليابان أن بناء اقتصاد قوى عالي الجودة هو خيارها الوحيد لتجاوز دمار الحرب وخلق دولة متطورة والعمل على إزالة الفكرة التي كانت سائدة عن تدني جودة المنتجات اليابانية وقد بدأت اليابان في عام 1980 م في إرسال العديد من رجال الصناعة ورجال الأعمال إلى الولايات المتحدة للاستفادة من خبرات رجال الصناعة الأمريكيين . وقد انتشرت حلقات الإدارة بصورة أوسع في نهاية السبعينات الميلادية وتستهدف حلقات الجودة تحسين جودة الخدمة والمنتج وزيادة معدل الإنتاجية ومشاركة العاملين في صنع القرار .

ولكن مفهوم الإدارة بالجودة الشاملة أكثر عمقا واتساعا حيث يستهدف تغيير نمط الإدارة لزيادة الإنتاجية وخفض التكاليف وتحسين جودة المنتج أو الخدمة ويعتمد على اتساع دائرة المشاركة والتغيير والتطوير وتفجير طاقات العاملين و يمتاز بالشمولية بمعنى أن برنامج الجودة الشاملة يشمل كل عملية وكل قسم وكل فرد في المؤسسة العلاجية وتتمحور أساسا على كسب رضاء العميل وتلبية احتياجاته.

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها (الأداء الذي يحوز على رضا العميل ويلبي احتياجاته ويخلو مما لا يرضيه) .

ويعرف كروسبي إدارة الجودة الشاملة بأنها (الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقا . كما أن إدارة الجودة تعد الأسلوب الأمثل الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات المطلوبة والاستخدام الأمثل لأساليب التحكم والرقابة التي تحول دون حدوث هذه المشكلات).

ولقد ظهرت منظمات دولية لقياس الجودة ومنح جوائز واعترافات للمؤسسات التي تتوفر فيها المعايير التي حددتها هذه المنظمات ومن أبرزها المنظمة العالمية للمواصفات والمقاييس جائزة مالكولم بالدريج وجائزة إدوارد ديمنج وغيرهما. وتعتبر اليابان من أوائل الدول التي بدأت نظام الجوائز للجودة وكان ذلك عام 1950م وكانت جائزة ديمنج.

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

وتعد مؤسسة المستشفيات الأمريكية أول من أدخل نظام TQM إلى القطاع الصحي في عام 1987م ثم تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات هذا المفهوم وأصبح في عام 1994م من معايير الاعتراف بالمستشفيات. أما اليوم فإن الكثير من المستشفيات في الولايات المتحدة وبعض الدول المتقدمة تطبق مفهوم الإدارة بالجودة الشاملة.

والواقع أن الولايات المتحدة والعالم أجمع حديث العهد بهذا النظام الإداري حيث لم يتعرف العالم على سر التفوق الياباني إلا في عام 1980م وذلك عندما قامت محطة التلفزيون الأمريكية NBC برنامجا بعنوان:

" ? If Japan can … why can't we "

وبحثت جميع الجوانب وتوصلوا إلى أن الفرق الأساسي هو نظام الإدارة اليابانية والذي لم يكن ياباني بحت بل ساهم العديد من علماء الإدارة الأمريكية فيه.

وعقب بث هذا البرنامج التلفزيوني الذي ألقى الضوء على أسلوب الإدارة اليابانية تم الاتصال

بالبروفيسور ادوارد ديمنج وتحقق حلمه في أن يتم تقديره في بلده بعد كل التقدير الذي حصل عليه في اليابان وتم تطبيق نظام الجودة الشاملة في العديد من الشركات الأمريكية الكبرى وغيرها كما قدم أفكاره ونظرياته في العديد من الندوات والمؤتمرات خلال الفترة التي بقيت له من حياته حيث كان قد تجاوز التسعين م من عمره عندما قدرت الولايات المتحدة والعالم مجهوداته ونظرياته في الجودة.

تعتمد إدارة الجودة الشاملة على استخدام أسلوب علمي مبني على المعلومات الصحيحة والدقيقة لدراسة أسلوب العمل والتي تؤدي على المدى الطويل إلى تحسين نظام العمل وعلى العكس من نظام الإدارة بالنتائج في إدارة الجودة الشاملة تتطلب أسلوب إداري للمتابعة والتوجيه والذي يعتمد على العمل الجماعي والتزام كامل بالجودة من قبل الإدارة العليا ولا تحدد الجودة الشاملة النجاح بقدرة المؤسسة على تحقيق الأهداف العددية ولكن بمقدرتها على تلبية احتياجات ومتطلبات وتوقعات العملاء وتضع الإدارة بالجودة الشاملة مسؤولية الجودة على عاتق الإدارة وليس على كاهل موظفي قسم الجودة. وبتطبيق ذلك تصبح الجودة مسؤولية جميع العاملين في المستشفى وتتطلب أن يصبح مدير المستشفى وكبار الموظفين فيها هم القادة في التخطيط والتطبيق لسياسة الجودة بالمستشفى ويطلب منهم الفهم الكامل والواعي للفلسفة والوسائل والأدوات الخاصة بإدارة الجودة الشاملة وأن يطبقها في جميع مجالات أعمالهم اليومية .

(الرعاية الصحية الأولية)

لا يخفى أن تحسين الصحة هو المبرر لوجود أي نظام صحي، وهو بالتأكيد مرماه الأول والمحدد وسعيا إلى تحسين الصحة, انصب الاهتمام في تطوير النظم الصحية خلال عقد التسعينات من القرن العشرين , على زيادة كفاءة خدمات الرعاية الصحية وتحسين جودتها، وفي الوقت نفسه , دخل نظام الرعاية الصحية الأولية غمار حقبة جديدة، يسعى فيها إلى تيسير الحصول على الرعاية المناسبة والعالية الردود وبكفاءة جيدة.

إن برامج الجودة النوعية في القطاعات الصحية موجودة هي في الصناعة ومشتقاتها ولكن بدون أختام وعلامات تدل على الجودة , إذ أن الجودة هي فيما يعود على المريض من خدمات طبية \ صحية آمنة وممتازة.

إن الجودة النوعية المقدمة للمريض تأتي من عدة جهات طبية وصحية مختلفة , وأن أي خطأ في أي جانب من هذه الخدمات أو وجود خطأ طبي من الأشخاص الذين يتواجدون في هذه الخدمات غير مقبول البتة تحت طائلة مفهوم الجودة النوعية.

إن الأخذ ببرامج الجودة النوعية في المجال الطبي ليس له حدود و بإمكاننا عمل الكثير في تحسين الخدمات المقدمة للمرضى.

إن اللجان الكثيرة والمتعددة الموجودة بالمستشفيات والمراكز الصحية كل حسب اختصاصه وإمكانياته

تقوم بتخصص معين حسب معايير واضحة يتفق عليها ذوي الاختصاص بمفهومهم العلمي الواضح حتى تكون الرؤية سليمة عند إيجاد حل لكل مشكلة.

إن نظام تقييم الأداء في الجهاز الصحي، والتعرف على المشاكل والعقبات التي تؤثر سلبا بشكل مباشر أو غير مباشر على المريض لابد من إبرازها وإيجاد الحلول المناسبة لها وعلاجها، لأن هناك بعض الأخطاء التي تصدر أحيانا من وضع اللامبالاة أو الجهل بمقومات أداء المهنة بالإضافة إلى الاتكالية المتناهية.

ولاشك أن برامج الجودة النوعية تحتاج إلى الكثير من التحضير والإعداد لتوضيح مهامها وقد لا يكون سهلا على الذين يعملون بالقطاع الصحي أن يقبلوا بتقييم الأداء والتحسين الذاتي، لأن ذلك سيؤدي حتما إلى النقد الذاتي وإبراز العيوب والأخطاء، ومن ثم تحديد أسباب تلك العيوب ومناقشتها بكل تجرد مع زملاء المهنة لغرض إيجاد أفضل السبل لحلها.

إن الخدمات الصحية، بما فيها زملاء المهنة الذين يمثلون أهم عناصر الجودة النوعية بهذا القطاع, تقع عليهم مناقشة أدائهم في العمل مع توخي الحذر من النقد اللاذع الموجه لشخص بذاته, وأن يكون الهدف دائما وأبدا الاستفادة من الأخطاء بهدف عدم تكرارها، والابتعاد عن العقوبات بجميع أشكالها المعنوية والإدارية.

إن وجود قصور في برامج التدريب والتعليم أو قصور في تدريب وتعليم العاملين الذين هم أساسا مهيئين مهنيا وتعليميا في مجال تخصصاتهم أو عدم إعطاء الجدية المطلوبة والانتباه أثناء تأدية الواجب أو تكون هناك أخطاء ناتجة عن سوء بعض النظم أو ما يسمى بالقواعد الموجودة أو الغير موجودة قد تؤدي في النهاية إلى البحث عن الأسباب التي أدت إلى هذا الوضع، وبالتالي إلى برامج الجودة النوعية.

إن أحد أهم أسباب تواجد برامج الجودة النوعية هو تحسين أداء النظم الصحية ورفع أداء الخدمات المقدمة ثم تحديد أسباب ومصادر المشاكل والأخطاء، ليتسنى لنا بعد ذلك تحديد إمكانية التعامل معها ومن هو القسم أو الشخص الأمثل الذي بإمكانه المساعدة على إيجاد الحلول المناسبة لها، مع التأكد أن معاقبة الأطباء أو الممرضات أو المسئول بسبب خطأ لن يوقف تلك الأخطاء مرة أخرى إلا إذا عرف السبب الذي أدى إلى العقاب و وجدت الحلول المناسبة , على أن تكون هذه الحلول في حدود الأنظمة والسياسات المعروفة والمكتوبة.

إن برامج الجودة النوعية قد بدأت في الرعاية الصحية الأولية منذ فترة وجيزة , وأن الحديث عنها ما زال في مراحله الأولية , حيث أنه لابد من مرور فترة انتقالية قبل أن يصل الجميع إلى هضم هذه البرامج دون حساسية , مع التأكيد على أن حداثة برامج الجودة النوعية وسرعة التغيير المطلوبة لمجاراة التطور السريع في المجال الصحي تتطلب منا جميعا العمل على إنجاح هذه البرامج في كل المستويات الصحية.

إن برامج الجودة النوعية يجب أن تكون معدة إعدادا خاصا حسب المتطلبات والإمكانيات المتاحة وتنظيم كل فئة في المرافق الصحية , وعليه يجب أن تقوم برامج الجودة النوعية بتقييم الواقع الموجود ومحاولة رفع الكفاءة تحت نظام واضح وصريح وسهل التنفيذ حسب الإمكانيات الموجودة في المركز أو المستشفى , مع عدم إهمال ما لم تستطع تحقيقه في حينه , وأننا نؤكد أنه لابد ألا يهمل البرنامج بحجة أنه عجز عن تجاوز تلك العقبات أو غيره.

الجودة النوعية ليست لتحل مشاكل فقط.... ولكن لإيضاح تلك المشاكل وأسبابها والتعاون بقدر الإمكان لإيجاد حلول أو تحسين تلك الخدمات.

الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية تعني:

1- مطابقة المعايير القياسية للخدمات الصحية المقدمة للمجتمع من مستويات الخدمات المطلوبة وعند الحاجة إليها.
2- التأكد من أن الأنشطة البسيطة المؤثرة تنفذ على المستوى المطلوب.
3- تحسين نوعية الخدمة الصحية بغرض تحسين صحة المجتمع.
4- البحث المستمر عن الاحتمالات المختلفة لتحسين الخدمة الصحية مع وضع أهداف واضحة لرفع المستوى الصحي.
5- عملية الرصد المستمر لمستويات الأداء عن طريق مؤشرات مختارة تعتمد

على مكونات (عناصر) الرعاية الصحية الأولية.

لماذا القلق أو الحرص على الجودة في خدمات الرعاية الصحية الأولية ؟

من اجل :

- تحسين حجم وقدرات الخدمات الصحية .
- تحسين مردود الخدمات الصحية.
- زيادة قناعة ومشاركة المجتمع.
- تحسين كفاءة الخدمات الصحية.
- الحفاظ على معايير (جيدة) للرعاية الصحية .
- تحسين معنويات الفريق الصحي.
- تطوير التعاون والتنسيق مع الجهات الأخرى.

إنه بما يتماشى مع تعريف مفهوم الرعاية الصحية الأولية في مؤتمر المآتا فإنه بالنسبة للجودة فهي تبنى على أسس علمية واجتماعية وتقنية مناسبة.

الجودة النوعية في تقديم الخدمات الصحية أصبحت شيء مهم , ليس فقط في البلدان الصناعية المتقدمة وإنما في جميع البلدان النامية أيضا.

إن العناصر الأساسية الثمانية للرعاية الصحية الأولية والتي أوصت بها منظمة الصحة العالمية (1990 - 1995 م) أكدت على تحسين الجودة... الدعم.... من المؤسسات الصحية للمجتمع.

إن تقييم الجودة في الرعاية الصحية الأولية هو أحد البرامج التي تحتاج إلى دعم وقرارات فورية...، ونسبة لتعدد نوعية الخدمات التي تقدم من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية فإن الاعتقاد السائد أن هذه المراكز عبارة عن أماكن عامة (سوبر ماركت).

ويتطلع الناس دائما لخدمات المستشفيات وغير مقتنعين بالخدمات الأساسية التي تقدم من خلال المراكز الصحية حيث يعتبرونها أقل شأنا من المستشفيات.

والاعتقاد السائد أن احتياج المراكز الصحية القليل من التكنولوجيا المتطورة يؤدي إلى إنقاص معايير الجودة بها.., وفي المقابل فإن بساطة أنشطة الرعاية الصحية الأولية قد لا تعني عدم جودة الأداء , ويجب أن تتخذ الاحتياطات الراسخة لتأكيد نوعية الخدمة الجيدة، ويجب الوضع في الاعتبار المحافظة على جودة البرامج الرأسية عند ضمها مع النظم الصحية الشاملة بالمنطقة ضمن الرعاية الصحية الأولية.

ومن جهة أخرى تقدم فعالية خدمات الرعاية الصحية الأولية ينعكس سلبا على الأعمال الصحية التي تقدم من خلال المستوى الثاني والثالث فظاهره تخطر المستوى الأول (المراكز الرعاية الصحية الأولية) هي أحد النتائج الحتمية لتدني الجودة بهذه المراكز..، ولذلك أصبحت الجودة في الرعاية الصحية الأولية شرط في وضع الخطط والتطبيق التي تهدف إلى تقديم الصحة للجميع.

ما هي المشكلة :

إن البلدان النامية قد تبذل جهدا كبيرا من أجل تقديم الخدمات الصحية.

لجميع سكانها ولكن النوعية تواجه كثيرا من المعوقات والمشاكل إذا أرادت هذه الدول إيجاد معايير موحدة وأهداف على الأقل ذات جودة جيدة.

أسباب تدني الجودة في البلدان النامية :

1. عدم الرغبة من قبل المسئولين على هذا البرنامج، حيث أن لديهم الاعتقاد أن تقييم الجودة هي مسألة معقدة قد تكشف مشاكل أمور أكثر تعقيدا وقد يكون حلها مكلف جدا .
2. عدم وجود معايير موحدة كمؤشرات لتقييم ومتابعة العمل.
3. نقص الإمكانيات
   - **أدوية.**
   - **المستهلكات.**
   - **الصيانة.**
   - **القوى العاملة.**
4. عدم توفر المعلومات الصحية.
5. عدم التدريب الجيد للعاملين.
6. عدد التنسيق مع الأجهزة ذات العلاقة.
7. عدم وجود الحوافز والمكافآت للعاملين.
8. عدم الاستغلال الجيد للإمكانات المتاحة.
9. وهناك أمور أخرى متعلقة بجودة التنظيم والإدارة مثل: روح الفريق, مشاركة المجتمع, الوصف الوظيفي، المهارات الفردية بالمستشفيات والمراكز الصحية، والقطاعات الصحية والمديريات.

وفي الحقيقة عدم الاهتمام بالجودة في الخدمات الصحية تؤدي إلى سوء التوزيع وعدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

ماذا يمكن أن تقدمه الجودة النوعية لهذه المشاكل ؟

1. تحديد مصدر المشكلة.
2. إيجاد المقترحات لحل المشكلة.
3. رفع إدراك المخططين والعاملين لأهمية الجودة النوعية.

4. الجودة النوعية توفر أساليب البحث في العوامل التي تحدد الجودة.
5. تحسين المهارات الفردية والوصف الوظيفي وإيجاد معايير موحدة.
6. تحسين مستوى أساليب المديريات في مفهوم تعليم نفسك وغيرك.
7. تؤدي لقناعة العاملين والمجتمع ومتلقي الخدمة الصحية بما يتم تقديمه من خدمات. والجودة النوعية يجب أن تشجع السلوك الجيد التحفيزي الذي يؤدي في النهاية للارتقاء التواصل بالعمل لرفع الدافع بين العاملين وقبول من المرضى لمستوى الخدمة المقدمة لهم.
8. هي وسيلة للتعليم والتقدير.
9. تقديم حوافز مالية للمراكز الصحية الجيدة.

10.تحسين النتائج وتأثيرات البرامج.

11. تصميم معايير تدافع العاملين من خلال الشعور بالمشاركة الفعلية وانعكاس هذا الشعور على مستوى الخدمة المقدمة للمريض.

12. التقليل من احتمالات سوء الفهم داخل المر~ الصحي.

13. وهناك احتمال كبير في أن تؤدي الجودة النوعية خارج المركز لإيجاد وتطوير مفهوم جيد للعلاقة بين المركز الصحي والمستشفى.

والحق أن ضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية الأولية ليس مفهوما جديدا فمنذ صدور إعلان الماتا اتجهت بلدان العالم .إلى التسليم بأن بلوغ مرمى توفير الصحة للجميع يتطلب أن يكون ضمان الجودة وتحسينها جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية الأولية , والحق أنه لا يمكن تحقيق الجودة في الرعاية الصحية بمعزل عن سائر مستويات الرعاية، ولكن ينبغي إيلاء اهتمام زائد لمستوى الرعاية الصحية الأولية، إذ أنه المستوى الذي يتصل فيه معظم المستهلكين اتصالا مباشرا بالنظام الصحي.

وتتميز منشأة الرعاية الصحية الأولية وتفردها بين مختلف منشآت الرعاية الصحية، إذ أن الموردين (مقدمي الرعاية الصحية) والمنتفعين (المرضى) يتفاعلون بشكل منتظم , صحيح أن العلاقة بين الطرفين قصيرة ولكن أثرها عليهما مديد، ولا يخفي أن الانطباع الأول يكون بالغ الأهمية في مثل هذا الكيان في الوقت الحاضر , كأن طرق ضمان الجودة وتحسينها ذات أهمية فائقة في تنمية هذه العلاقة ورعايتها ، ومع أن الجودة في الرعاية الصحية لا يمكن تحقيقها بمعزل عن سائر مستويات الرعاية، غير أنه ينبغي إيلاء المزيد من الاهتمام لمستوى الرعاية الصحية الأولية، ففي هذا المستوى يتصل أغلب المنتفعين (المرضى) اتصالا مباشرا بالنظام الصحي.

وبمناسبة ذكر (زيادة قناعة المجتمع) ينشأ سؤال هام :

هل زيادة قناعات المستخدم للخدمات الصحية (المجتمع) يمكن اعتباره مؤشر لجودة الخدمات ؟

- رجال الاقتصاد يقولون (لا)... مع علمهم أنها عامل هام ولكن يجب فصلها عن الجودة.
- ورجال الرعاية الصحية الأولية لهم رأي مخالف.. ويتبنون موقف آخر فيما يخص العلاقة بين

الجودة و قناعة المستهلك.

وموقفهم له ما يبرره :

ذلك ان المجتمع (المستهلك) يجب ان يكون له رأي واضح في كل من :

1- وضع أولويات المشاكل الصحية .
2- طريقة تنفيذ ومعالجة هذه الأولويات.

إذن نستطيع أن نؤكد أن قناعة المجتمع هي مطلب أساسي وضروري لضمان الجودة النوعية في الرعاية الصحة الأولية في العموم وفي أنشطة مشاركة المجتمع على وجه الخصوص وتحسين أداء النظم الصحية بكافة أوجهه .

المقارنة بين الكم والكيف :

إذا كان الكيف يعني ثمرة الشيء فإن العكس هو الكم .. ولكن في الحقيقة الكيف (النوعية) في الرعاية الصحية الأولية يجب ألا يوضع في وضع معاكس للكمية حيث لا يمكن الفصل بينهما.

النوعية نفسها يجب أن تحسب حتى يمكن تقييمها عن طريق المقارنة مع نتائج أخرى في أوقات وأماكن أخرى أو مقارنتها مع المعايير المحددة ولذلك لقياس النوعية لابد من وجود مؤشرات.

قال صلى الله عليه وسلم << أحب الأعمال إلى الله –تعالى- أدومها وإن قل >> . رواه مسلم .

هل تعتبر الكمية وجه من أوجه الجودة ؟

- عندما تكون الموارد محدودة تكون المنشآت الصحية والخدمات قليلة وبالتالي جودة محدودة.
- من الطبيعي إذن أنه إذا نقصت الموارد المرصودة للخدمات الصحية عن حد معين فإن الحديث عن الجودة يصبن موضوعا ثانويا.
- والاتجاه المعاكس للمفهوم السابق صحيح أيضا بمعنى أنه إذا زادت الموارد المخصصة للخدمات الصحية عن حد معين فإن المتحصل من الجودة يكون قليلا مقارنة بالتكاليف.

مما سبق تستطيع أن تصل إل المفهوم التالي:

من أجل تطوير وإبقاء ودعم برنامج الرعاية الصحية الأولية نحتاج إلى مستوى معين من الموارد مثل:

- فرق صحية بجميع فئاتها.
- أدوية أساسية.
- برامج تدريب.
- وسائل انتقال.

ولكن هل جودة البرنامج تتناسب طرديا مع الموارد المخصصة له ؟

هذا السؤال في الواقع عصيب ومحرج.. وللإجابة عليه سنضطر لمناقشة مفاهيم أخرى.

الكفاءة :

يجب أن نميز بين ثلاثة أنواع من الكفاءة:

1- الكفاءة التقنية.
2- الكفاءة المنشودة.
3- الكفاءة التسويقية.

1) الكفاءة التقنية :

المقصود هنا تحقيق أفضل مردود للبرنامج باستخدام الموارد المتاحة بمعنى آخر: لكي نقول أن برنامجا ما كفئ تقنيا إذن يجب أن يحقق أفضل مردود (برنامج التطعيمات- أعلى تغطية).

مثال:

إذا افترضنا برنامج صمم لغرض تطعيم ألف طفل ضد الالتهاب الكبدي (ب) ورصدت له ميزانية (س) في منطقة المدينة وميزانية (س) في منطقة تبوك.

عند المقارنة بعد فترة من الزمن فإن البرنامج (في أحد المنطقتين) ذو الجودة الأعلى يقال له كفى تقنيا.

2) الكفاءة المنشودة أو المستهدفة:

وتعني استخدام معظم الموارد المتاحة في مواطن الاحتياج الأهم أو المستهدف. وهذه النوعية من الكفاءة ذات أهمية خاصة عندما تكون الموارد محدودة.

مثال:

- تطبيق البرنامج الموسع للتحصينات في إقليم أو دولة ذات موارد صحية محدودة.
- البرنامج العملي الذي يستطيع توظيف أو استغلال تلك الموارد المحدودة في تطبيق البرنامج

الموسع للتحصينات في المناطق المستهدفة (على سبيل المثال الأعلى في معدلات وفيات الأطفال) وبجودة عالية (نسبيا) يقال أنه حقق الكفاءة المنشودة.

3) الكفاءة التسويقية.

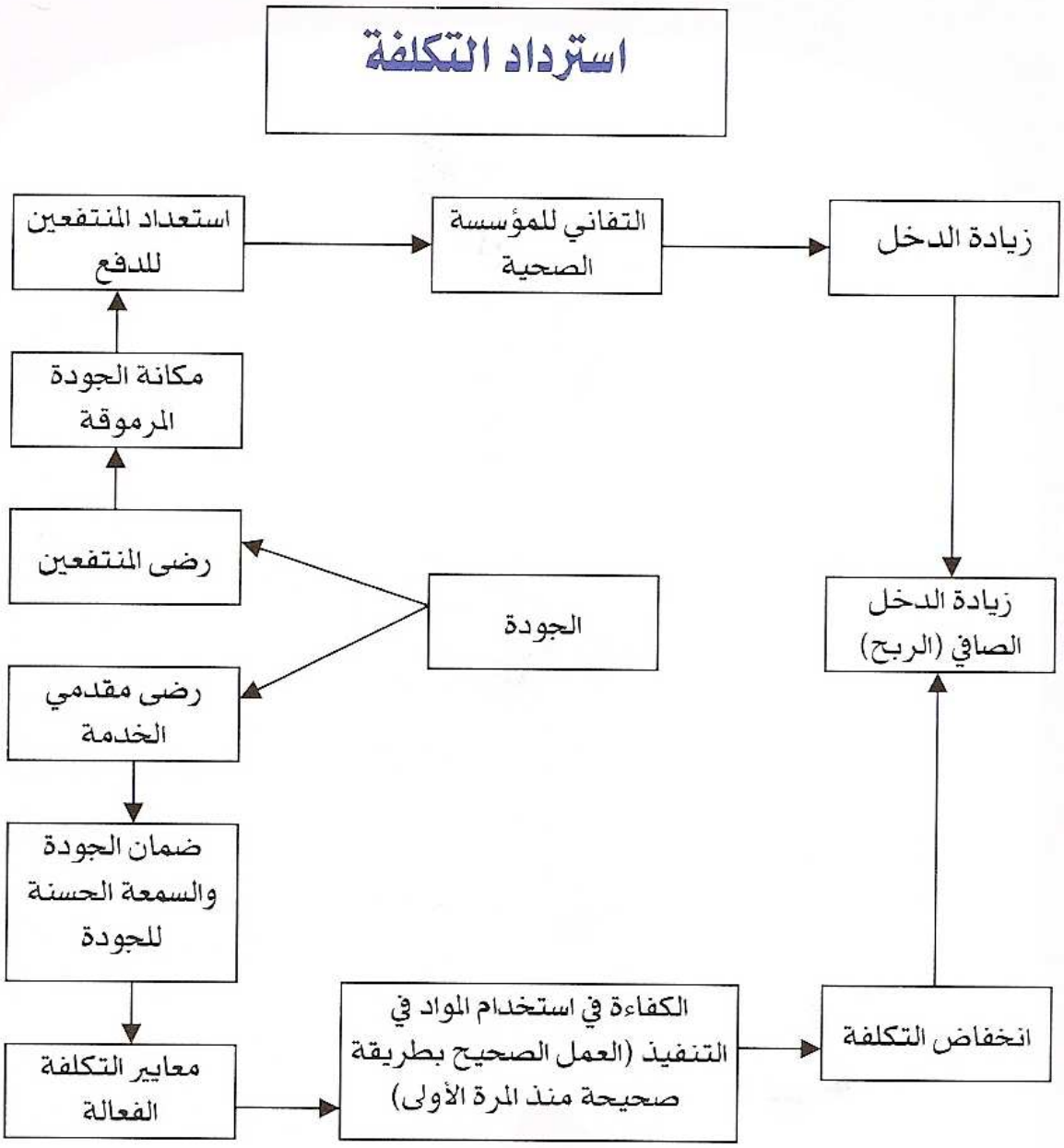
هذه النوعية من الكفاءة تشير إلى تقديم أجود الخدمات أو الرعاية من وجهة نظر المستهلك (المجتمع عموما – الحوامل- كبار السن).

مثال:

- نفترض أنه يوجد عدة طرق ذات فعالية متساوية لتقديم خدمة معينة.
- تكون الطريقة ذات الكفاءة التسويقية هي تلك المفضلة بالمستفيدين من هذه الخدمة.

مثلا:

- متابعة الحوامل في المجتمع السعودي بواسطة طبيب أم طبيبة ؟



إن تعريف الجودة النوعية في أسلوب مبسط، هو (إيجاد حلول للمشاكل المعروضة عليها بقصد تقديم أفضل الخدمات للمرضى بأقل التكاليف).

ويتطلب تطبيق الجودة في الرعاية الصحية الأولية أول ما يتطلب، توافر بعض الموارد اللازمة للتدريب على منهجيات الجودة، وتأمين إمكانيات الرصد وقياس الأداء و إنجاز عمليات التحسين، فضلا عن جمع المعطيات اللازمة لتوثيق وضع الرعاية الصحية الأولية ومستواها، غيران الجودة

تؤدي ،على المدى الطويل، إلى تقليل التكاليف التي يتحملها النظام. بفضل الخفض التدريجي للتكاليف المرتبطة بالإخفاق و الهدر والأخطاء، ومن المهم للغاية لنجاح هذه البادرة ، وضع إطار مناسب، وبنية تنظيمية لضمان الجودة وتحسينها، مع وجود رؤية وأغراض واضحة وعملية، ويعني ذلك التزام الإدارة بتحقيق نتائج جيدة ، علما بأن وضع المعايير و المؤشرات هو من المقومات اللازمة لتحديد وتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية، وإضافة إلى التحديث والتعديل الدوري للمعايير والمؤشرات، فإن من الضروري رصد دورة التحسين المستمر للجودة في الرعاية الصحية الأولية ، فهذه العملية من شأنها اكتشاف حالات عدم الامتثال للمعايير المقررة والتفاوت في أشكال الرعاية ، وتتيح المقارنة الصحيحة بين مختلف أنواع خدمات الرعاية الصحية الأولية ومرافقها.

لابد من الاجتهاد في طلب الجودة على نحو فعال باعتبارها مسؤولية مشتركة، وأن الأداء، فضلا عن الجودة، يمكن قياسه، وأن مرافق الرعاية الصحية الأولية والأفراد العاملين بها يمكن تقييمه بموضوعية، وأن تعزيز الجودة يتطلب وجود قيادة ملتزمة ونشيطة، وإقامة علاقات جديدة من الشراكة، وحشد الموارد وتقوية أنظمة الإشراف والمتابعة والتحفيز.

1- الهدف:

يتوجب على مديري الإدارات الطبية /الصحية و جهاز التمريض وجميع العاملين في الأجهزة الأخرى معرفة أن برنامج الجودة النوعية ليس القصد منه العقاب، بل التقييم بهدف تحسين الخدمة المقدمة للمريض بأقل التكاليف، مع رفع كفاءة الأداء.

2- إيجاد الجو المناسب:

تذكر هنا المثل الذي يقول **"القوانين مثل نسيج العنكبوت تقع فمه الطيور الصغيرة و تعصف به الطيور الكبيرة"**... فلا بد من وجود ممانعين للتطوير والتغيير للأحسن، ذلك لأن هذه الخطوات تتعارض مع مصالح البعض، ولكن ما دام الهدف سامي والرسالة واضحة فلا تتراجع ولا تستسلم ولكن تذكر أن طريق التقدم و النجاح ليس سهلا أو هنيئا و أرضا زرعت لك ورودا بدون أشواك ...

ولكن العمل كفريق واحد يؤدي إلى:

1- سهولة تبادل الآراء بين مختلف الأطراف.
2- التقييم الذاتي.
3- العمل على مشاركة جميع الموظفين ذوي الاختصاص في برامج الجودة النوعية، أخذ القرارات الخاصة بذلك.
4- إيجاد حلول مناسبة للمشاكل الإكلينيكية والإدارية على جميع المستويات.

إن برامج الجودة النوعية يجب أن تكون عاملا لتحسين معاملة العاملين بالمستشفى لمرضاهم، و كذلك يجب أن تكون هذه البرامج عاملا على تشجيع المقترحات العملية والعلمية من جميع العاملين مع مشاركتهم في حلول تلك المشاكل التي طرحت من قبلهم.

إن مفهوم الجودة النوعية ينطلق من إعطاء كل فرد يعمل المركز أو المستشفى الثقة والدعم المعنوي اللازم ليباشر عمله دون مضايقات مع تقبل النقد الذاتي.

3- **خطة البرنامج :** إن نجاح برامج الجودة النوعية يتوقف على العوامل الآتية:

1- الإمكانيات المتاحة.

2- وضع المرفق الصحي من الناحية الفنية والعملية وهل هناك برامج سبق استخدامها في مجال الجودة النوعية أم لا.

3- عند البدء في وضع برامج الجودة النوعية لابد من التشاور مع جميع الأقسام الفنية وغيرها وذلك للتأكد من استعدادهم للمشاركة ومن ثم فهمهم التام لمفهوم الجودة النوعية أو أهداف تلك البرامج.

تشجيع وحث العاملين بالمشاركة :

يجب التأكد من مشاركة جميع العاملين في برنامج الجودة النوعية وذلك بعثهم وتشجيعهم.

إن نجاح هذا البرنامج واستمراره يعتمد على تقييم الأداء الذاتي لجميع الأقسام الطبية والأقسام المساعدة.

قد يظهر طبيب أو أكثر الاعتراض بحجة أنه يعطي مرضاه أفضل علاج وأحسن معاملة ممكنة، وأن هذه البرامج لا طائل منها ولا داعي لإهدار المال والجهد عليها.

ومن هذا المنطلق نجد أن بعض منسوبي الرعاية الصحية الأولية يصيبهم نوع من التردد والخوف من الإقدام على تطبيق ودعم برامج الجودة النوعية و حسما لهذا الموضوع وفوائده الكبيرة فقد قررت وزارات الصحة بدول المجلس تطبيق هذه البرامج في جميع المستشفيات والمراكز الصحية , وقد ألزمت الوزارات العمين بإعداد هذه البرامج التي تؤدي إلى التقييم الذاتي للارتقاء بالخدمات المقدمة

للمرضى من جميع الجوانب.

قد لا يكون قرار الوزارة هو الحافز بل هو الأداة , ولا ننسى أن المسئولية الكبيرة تقع على مدراء المستشفيات والمراكز الصحية ومسؤولي القطاعات الصحية بالالتزام بطرق واضحة وصريحة لدعم تلك البرامج , ويجب أن يكون في مقدمة أهداف تلك البرامج شرح الفوائد التي يجنيها المريض والموظف والطبيب والمستشفى والمركز الصحي, ولاشك أن فهم جميع العاملين بالمستشفيات والمراكز الصحية لأهداف تلك البرامج والطرق المستخدمة في تقييم الأداء الجماعي وإبراز نقاط الضعف - والتي ستعمل الإدارة على تذليلها - سيكون له أثره الكبير على العاملين , وعاملا مهما في دعم هؤلاء لتلك البرامج والمساعدة على إنجاحها.

هناك عوامل مهمة يجب أخذها في الاعتبار عند حث العاملين للمشاركة في برامج الجودة النوعية وهي :

1- أن العامل المتردد بالمستشفى أو المركز الصحي لا يقبل مناقشة أخطاء ومشاكل الماضي وليس مستعدا لكتابة سياسات جديدة أو حتى محاولة تعديلها، أو مناقشة انسياب العمل وصلاحية النظم القائمة.. إن هذا الشخص هو الذي نسميه القنوع بواقعة دائما.

2- الحماس والتحفيز والذي يشعر بأنه صاحب القرار دائما، وفخور جدا بعمله لدرجة أنه يشعر أن كمله مثالي ، ويجب على الجميع الاقتداء به , ويرغب بالتحدث عنه بجدية , ويتكلم عن نفسه كمن لديه دائما أفكار جديدة مقتنع بها وليس لديه الاستعداد لغيرها وقد يقبل فقط مناقشتها.

ونجد أن هناك نقاط أخرى لها تأثير على الأداء هي :

- تعدد الجنسيات .
- تعدد اللغات.
- تعدد المدارس في نفس المستشفى \ المركز الصحي.
- بيئة العمل ومحيطه.
- العادات والتقاليد.
- شخصيته , عمره, تعليمه, وظيفته.
- الثقة بالنفس.
- أخلاقيات المهنة.

ولن تكون هناك طريقة مثلى معتمدة متفق عليها صالحة لكل مستشفى ومركز صحي، حيث أن ذلك يعتمد على مدى فاعلية التفاهم بين القيادات الإدارية والطبية.

إن نجاح برامج الجودة النوعية يعتمد على حسن اختيار رؤساء اللجان وفاعليتهم مع الأخذ في الاعتبار أن حضور هؤلاء الأعضاء مهم جدا في الأوقات المحددة , وأن لا نضع شخصا غير ملتزم وليست لديه الرغبة في الارتباط بالوظيفة الطبية والإدارية، ومن الأفضل وجود لجنة فعالة مصغرة وليست لجنة معظم رؤسائها من رؤساء الأقسام. إذ كلما كبرت هذه اللجنة وأعضائها الذين قد يكونوا مرتبطين بأعمال طبية وصحية أو ارتباطات أخرى بالمستشفى أو المركز الصحي مما يحد من فعاليتها لإعطاء الجهد والوقت المطلوب.

خطوات تحسين الجودة النوعية :

1- جمع المعلومات.
2- تحليل الاتجاهات.
3- تفسير النتائج.
4- التصحيح.
5- المتابعة.

1- جمع البيانات تشمل :

1- تحديد الهدف من جمع تلك البيانات .. وبالتالي :
2- تحديد المؤشرات اللازمة لعملية الجمع.

2- تحديد الاتجاهات تشمل :

1- التعرف على اتجاهات معينة سواء في الموارد أو الإجراءات أو المردود.
2- عقد مقارنات داخل المركز وبين المراكز وربما بين الناطق.
3- تحديد الجيد وما دون ذلك.

3- تأويل النتائج بهدف :

1- محاولة تفسير ما لوحظ من اتجاهات معينة.
2- التعرف على أسباب القصور.
3- التعرف على مواضع القصور.

تنقل النتائج إلى أصحاب القرار من خلال نماذج وافية متفق عليها.

4- الخطوات الصحيحة تشمل :

1- التعرف على ما يمكن عمله لتصحيح القصور.
2- تطبيق التصحيح.

5- المتابعة :

هي عملية جمع وتحليل البيانات لمؤشرات مختارة التي تمكن الإداريين من تحديد فيما إذا كانت الفعاليات الأساسية قد تمت ممارستها، كما تم التخطيط لها وآثارها المتوقعة على الفئة المستهدفة.

وتهدف إلى ضمان نجاح الخطوة التصحيحية وتشمل :

1- التركيز على مواضع القصور التي صححت.
2- ربط نجاح التصحيح بما تم اتخاذه من إجراءات .

مفهوم الجودة :

يختلف جودة الرعاية الطبية في بيئة المنظمة الصحية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها والمتعاملين معها ونظره وتقويم كل منهم لمعنى الجودة مفهومه الشخصي لها في الجودة تعني للمريض معاملته باحترام واهتمام وتعاطف وتفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يحتك ويتصل بها بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء تواجده وإقامته في المستشفى . وتعني للأطباء توفير أعلى مستوى من المعارف والمهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى وتعني للإدارة توفير أفضل العناصر البشرية والمادية اللازمة لتقديم الخدمة وقيام الأطباء و مزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم وتدريب تعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسين المستمر لهذه الخدمات .

ورغم المفاهيم المختلفة للجودة يجمع المتخصصين والمهتمين بهذا الموضوع على أن الرعاية الطبية الجيدة و قياسها وتقييمها يتضمن مفهومين أساسيين هما جودة الرعاية الفنية Quality of the technical care وجودة فن الرعاية Quality of the art of care وتشير الرعاية الفنية إلى مدى ملائمة adequacy الأنشطة والإجراءات الهادفة إلى تشخيص ومعالجة المرضى بينما يشير فن الرعاية إلى البيئة الكلية التي يجري فيها تقديم الخدمات وأسلوب تقديمها وسلوكيات من يقدمها وطريقة التعامل والتفاعل مع المريض والتأثير على سلوكيات المريض والمؤثرة على صحته وتعزيز السلوك الصحي الإيجابي لديه من حيث خلق الرغبة والاستعداد لدى المريض الإفضاء بمشاكله المؤثرة على صحته ومناقشتها مع فريق الرعاية الطبية ومن حيث استعماله الخدمات الطبية والانتفاع بها بطريقة تسهم في استرداد صحته بشكل سريع وفعال وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية المحددة له والهادفة إلى كشف الأمراض المزمنة لديه وعلاجها بل تطويرها و استفحالها . وحقيقة الأمر أن غالبية الدراسات والجهود الموجهة لموضوع تحسين جودة الرعاية الطبية قد ركزت على الجوانب الفنية لرعاية technical care بينما لم يحظى فن الرعاية باهتمام والتركيز على الرغم مما له من تأثير كبير على جودة الرعاية الطبية وعلى النتيجة النهائية للخدمات الطبية وتحسين المستوى الصحي العام للفرد والمجتمع كهدف نهائي لأي نظام صحي .

وقد عرف دوما بيدين الرعاية الطبية الجيدة بأنها ترتكز على عدد من المبادئ والمواصفات كما يلي :

1- أن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية .
2- تتطلب الرعاية الطبية الجيدة التعاون الواعي والمتفهم بين الأفراد و الأطباء .
3- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تركز على الجوانب الوقائية .
4- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تتعامل مع المريض ككل وليس كنظام بيولوجي فقط .
5- إن الرعاية الطبية الجيدة هي لتي تحافظ على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب والمعالج والمرض .
6- إن الرعاية الطبية هي التي يتم تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية الأخرى .
7- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تنسق كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة .
8- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تتضمن تطبيق واستعمال كافة الخدمات الضرورية للطي الحديث 4 لسد احتياجات كل أفراد المجتمع .

وحقيقة الأمر أن الرعاية الطبية اشتمل كل ماتقدم فهي التي تركز على الجوانب الوقائية من الأمراض إضافة إلى معالجتها وعي التي تتعامل مع المريض كشخص بما يمثله من انظمة متعددة وليس كنظام بيولوجي فقط وهي التي تتعامل معه باحترام وتفهم لكافة احتياجاته الصحية الاجتماعية والعاطفية والنفسية وهي التي تنسق الخدمات الطبية التي يحتاجها الفرد بمستوياتها الثلاثة المعروفة وتوفير كافة المستلزمات الضروري للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع . وعلى ذلك فلابد لإدارة المنظمة الصحية والأطباء والممرضات المهنيين الصحيين الآخرين الذي يقدمون خدمات الرعاية الطبية أو يساهمون في تقديمها من النظر لموضوع جودة الرعاية الطبية بمفهومها الواسع والشمال الصحيح ومن وجهة نظر كافة المعنيين بهذه الخدمات وفي مقدمتهم تركز على فن الرعاية art of care إضافة إلى تركيزها على فنيات وتقنيات الرعاية technicality of care . بل يمكن القول ومن وجهة النظر التسويقية أن إتقان فن الرعاية الصحية يمكنه أن يغطي على الاختلافات في فنية الرعاية

إن المتتبع للتراث الصحي بشكل عام وموضوع رقابة جودة الخدمة الطبية بشكل خاص يجد عددا كبيرا من المفاهيم المستعملة في هذا الشأن والتي قد تلتبس على القارئ العادي مثل التدقيق الطبي Medical Audit مراجعة الزملاء peer review وبرنامج الجودة النوعية Quality assurance program ومراجعته الاستخدام utilization review وغيرها من المفاهيم والمسميات الأخرى ورغم تعدد هذه المفاهيم إلا أنها ترتبط بموضوع واحد وهو تقويم ورقابة جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى . التدقيق الطبي هو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية Retrospective study للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمة الطبية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم في المستشفى وتعرف الجودة في التدقيق الطبي بدرجة التطابق والانسجام مع المعايير المقبولة للجودة من حيث المبادئ العلمية والممارسة الطبية المقبولة والمتعارف عليها مهنياً .

وجدير بالذكر أن هذه الطريقة قد تم تطويرها بشكل مبدئي بواسطة جمعية الجراحين الأمريكيين بهدف ضمان جود الخدمة الطبية واستمرت من خلال جهود الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات JCAH . وتتضمن مراجعة الزملاء قيام بعض الأطباء بمراجعة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها أطباء آخرون زملائهم على أساس الدراسة الاسترجاعية للرعاية التي تم تقديمها للمرضى بعد تخرجهم من المستشفى أو على أساس الدراسة المستقبلية Prospective study للرعاية الطبية التي يجري تقديمها للمرضى في المستشفى الاستشارات الطبية والجراحية من طبيب لآخر قبل عمل الإجراء الطبي والجراحي والتشخيص . أو على أساس مستمر concurrent basis مثل مراجعة الاستخدام لأسرة ومنشآت وخدمات المستشفى لترشيد هذا الاستخدام وتحقيق اقتصاديات التشغيل مع المحافظة على جودة الخدمة الطبية . برنامج الجودة النوعية هو عبارة عن برنامج لمراجعة الاستخدام ثم وضعه من قبل جمعية المستشفيات الأمريكية والذي تم عمله أثناء إقامة المريض في المستشفى وقد تم تطويره لاحقاً للكشف عن الاستخدامات غير الضرورية وغير المبررة لأسرة وخدمات المستشفى . مما يذكر أن التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام يسيران الآن معاً لضمان جودة الخدمة الطبية والاستخدام الاقتصادي للمنشآت وخدمات المستشفى .

ويستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء على نوعين من المعايير الأول معايير مفهومة ضمنا للأطباء implicit standards والثاني هو معايير واضحة ومحددة explicit standards تستند على أسس علمية. وتستند المراجعة الضمنية إلى التقدير والاجتهاد الشخصي للطبيب المقيم حول جودة

الرعاية الطبية المقدمة من قبل طبيب آخر . بينما تستند المراجعة المبنية على معايير واضحة على أسس ومعايير محددة متفق عليها بين الأطباء ولا تقبل التفسير أو الاجتهاد الشخصي .

وضمان جودة الرعاية الطبية تركز غالبية المستشفيات الحديثة في الممارسة على عدة أمور هامة تتضمن مايلي :

1- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية credential committee لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الطبية .

2- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الطبية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المستشفى وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية والعقاقير في المستشفى وذلك من خلال لجان متخصصة فنية هي لجنة التحكم بالعدوى Infection control ولجنة الصيدلة والعقاقير Pharmacy drug committee &.

3- تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي Retrospective study ومراجعة الاستخدام Utilization review .

4- التركيز على تصميم برامج التعليم الطبي والتمريضي المستمر على ضوء الاحتياجات التعليمية والتدريبية التي تكشف عنها دراسات التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام .

تقترح الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقويم الرعاية الطبية في المستشفيات وهذه المتطلبات هي :

1- يجب أن يكون التقويم موثقا كفؤ وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب وهنا لابد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما أو حكما إكلينيكيا .

2- يجب أن يكون النظام هادئا وموضوعيا Objective وثابتا وهنا لابد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها .

3- يجب أن يكون التقويم موثقا بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعها من قبل الطبيب المسئول .

4- يجب إن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ماتوفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي .

5- أن يكون التقويم صحيحا من الناحية الإكلينيكية . وعلى ذلك لابد من إخضاع كافة المعايير الإكلينيكية المستعملة للتبرير الطبي أو يجب أن تكون مبررة .

6- يجب أن ينتج التقويم عن إجراء تصحيحي ما action – oriented فلابد من أن يسفر التقويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف سواء كان ذلك الإجراء التصحيحي برنامج تعليمي وتدريبي , إشراف مباشر على الطبيب تعديل السياسة الطبية , إيقاع الجزاء والعقوبات وما إلى غير ذلك من إجراءات تصحيحية .

تعتبر خدمات التمريض عاملا رئيسيا وذا تأثير كبير ومباشر على جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء وعلى جودة الرعاية الاستشفائية التي يقدمها المستشفى ككل . ولغايات ضبط ورقابة جودة هذه الخدمات تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقويم هما :

1- أساليب التقويم غير الرسمية وهي الأكثر شيوعا واستعمالا حيث تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقويم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالممرضات والأقدر على الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية التي تتعلق بعملية إدارة ومعالجة المريض , مثلا إعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج وإتباع تعليمات الأطباء لرعاية المريض وما إلى غير ذلك من أمور فنية تخص الرعاية العلاجية للمريض Cure Services .

كما تعتمد إدارة المستشفى على استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم . فالمرضى وبحكم اتصالهم واحتكاكهم المباشر مع الممرضات يمكنهم تقويم مستوى هذه الخدمات من خلال ملاحظاتهم الشخصية وخبراتهم أثناء إقامتهم في المستشفى وخاصة تلك الخدمات غير العلاجية والتي تعرف بخدمات فن الرعاية Art of care من حيث طريقة التعامل مع المريض والاهتمام به والمعاملة اللطيفة وتلبية احتياجاته والرد على استفساراته . وتعتبر ردود فعل المرضى واستقصاء آرائهم حول هذه الخدمات مؤشراً جيداً لتقويم خدمات التمريض .

2- أساليب التقويم الرسمية وتشمل هذه الأساليب مراجعات وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي Nursing Audit . ويمكن القيام بهذا التدقيق التمريضي من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض في المستشفى أو من قبل ممرضات متخصصات من داخل المستشفى أو خارجه ويتم عمل هذا التدقيق الطبي حيث يتم كشف الانحرافات غير المقبولة في أداء خدمات التمريض من واقع الملف الطبي للمريض ومن ثم يجري تصحيح هذه الانحرافات باتخاذ ما يلزم من إجراء تصحيحي .

كما تعتمد إدارة المستشفى كذلك على التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضات المسئولات في الأجنحة الداخلية للمستشفى والتي تكشف عن أية انحرافات أو أخطاء في الخدمة التمريضية على مدار الـ 24 ساعة الماضية .

وضمان جودة الخدمة التمريضية تتبع غالبية المستشفيات معايير هيكلية يمكن معها ضمان جودة هذه الخدمات وتتعلق هذه المعايير بمؤهلات وخبرات الممرضات والعدد المطلوب لأداء الخدمات والهيكل التنظيمي لدائرة خدمات التمريض ووجود طرق وإجراءات وسياسات مكتوبة لأداء الخدمات

التمريضية وغير ذلك من معايير هيكلية تركز على المدخلات التي تستعملها دائرة التمريض ونوعية هذه المدخلات لارتباط جودة هذه المدخلات مع جودة المخرجات الناتجة عنها .

وتعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات العضوة فيها والتي تتقدم بطلب لاعتمادها وهذه المعايير هي :

1- وجود إدارة خدمات التمريض في المستشفى والإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة أو مايعرف بالممرضة المسجلة قانونياً RN . كما يجب أن يكون في المستشفى عدد كاف من الممرضات القانونيات على مدار الأربع والعشرين ساعة لتخطيط هذه الخدمات وتعيين واجبات أعضاء الجهاز التمريضي والإشراف على هذه الخدمات وتقويمها وتوفير الخدمات التمريضية المتخصصة للحالات المرضية التي تتطلب معرفة وخبرات الممرضة القانونية على مدار 24 ساعة .

2- وجوب وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي حديث دائرة التمريض بين الهيكل الوظيفي للدائرة وتنظيمها سلطات ومسؤوليات وواجبات جهاز التمريض .

3- وجوب وجود سياسات وإجراءات مكتوبة تتعلق بأداء خدمات التمريض والسياسات الإدارية المتعلقة بذلك لضمان سلامة الممارسة التمريضية في المستشفى وبما يتضمن قيام الممرضات بمسؤولياتها وتحقيق أهداف الدائرة .

4- يجب أن يكون هناك دليل على قيام الممرضات بتنفيذ خطط المعالجة بشكل سليم وكفؤ وفعال وذلك من خلال احتواء الملف الطبي للمريض على النماذج الخاصة بخدمات التمريض .

5- وجوب وجود برامج للتعليم المستمر للممرضات وتوفير فرص التعليم الداخلي والخارجي لهن لتحسين مهارات ومعارف وخبرات جهاز التمريض .

تكلمنا فيما سبق عن رقابة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء والممرضات والأساليب التي تستعملها المستشفيات في هذا الشأن وأشرنا إلى مراجعات الزملاء الأطباء Peer review والتي تقوم بها لجان متخصصة مثل لجنة التدقيق الطبي والتي تقوم بمراجعة ودراسة الممارسات الطبية والنتائج النهاية لهذه الممارسات بالمقارنة مع معايير متعارف عليها بين الأطباء الزملاء . ولجنة الأنسجة Tissue Committee والتي تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي تم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ . لجنة السجلات الطبية والتي تراجع السجلات الطبية للمرضى للتأكد من كالها ودقتها كأساس لتقييم جودة الخدمة الطبية . ولجنة الاستخدام Utilization review للتأكد من أن أسرة المستشفى وخدماته الأخرى تستعمل بشكل مناسب ومبرر . إضافة إلى مراجعات واجتماعات الأقسام الطبية والجراحية التي تعقد شهريا لمراجعة حالات مختارة من بين الوفيات والمرضى الذين لم تتحسن حالات المرضية المعقدة . كما أشرنا إلى لجنة الصيدلية والأدوية ولجنة ضبط العدوى ولجنة التدقيق التمريض Nursing Audit وغيرها من الأساليب المتبعة لتقييم خدمات التمريض .

وهذه اللجان قياس وتقييم جودة الرعاية الطبية في المستشفى إلى أنه ولغايات رقابة جودة الدوائر والأقسام الأخرى في المستشفى إضافة إلى الخدمة الاستشفائية الكلية في المستشفى وبسبب صعوبة وضع معايير محددة ومتفق عليها للجودة فقد اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة **الجودة بالتركيز على ثلاثة أبعاد هي :**

1. قياس وتقويم المدخلات أو الهيكل .
2. قياس وتقويم العمليات Processes .
3. قياس وتقويم المخرجات .

ويتضمن قياس المدخلات نوعية المدخلات المستعملة لتقديم الخدمة في كل دائرة من دوائر المستشفى وتشمل المدخلات كافة الموارد والعناصر الضرورية لتقديم الخدمات مثل العنصر البشري والأجهزة والمعدات , والمواد والأبنية والمنشآت حيث تركز المستشفيات على مؤهلات وخبرات العنصر البشري وأنواع المعدات والمواد المستعملة والخصائص المادية للأبنية والمنشآت المطلوبة . إضافة إلى أسلوب

تنظيم وإدارة هذه المدخلات . ومما يجدر ذكره أن التركيز على المدخلات **كمؤشر لجودة يقوم على افتراضيين رئيسيين :**

الأول / أن المستشفى يمكنه تقديم خدمات أفضل وذات جودة عالية عندما يتوافر له عناصر بشرية ذات مؤهلات عالية و أجهزه ومعدات ومواد ذات مواصفات جيدة وعندما يمكنه تنظيم وإدارة هذه المدخلات بشكل كفؤ وفعال .

الثاني / يقوم على أن المستشفيات والمهتمين بموضوع جودة الخدمة الاستشفائية يعرفون ما هو جيد وماهو غير جيد بمفهوم العنصر البشري و المدخلات المادية الأخرى . وأن هناك علاقة مباشرة بين جودة المدخلات وجودة الخدمات الاستشفائية . وقد أثبتت الدراسات والأبحاث صحة هذه الافتراضات حيث وجدت علاقة بين توجه والتزام المستشفى بتنظيم وإدارة برامج التعليم والتدريب الطبي والتمريضي وجودة الرعاية الطبية التي يقدمها كما وجدت علاقة بين فعالية وكفاءة إدارة المستشفى وجودة الخدمات التي يقدمها .

ويتضمن قياس العمليات نوعية وكفاءة التنظيم والطرق والأساليب التي يستعملها لتقديم الخدمات والطريقة الفعلية لتقديم هذه الخدمات ويركز هذا البعد على وجود إجراءات عمل محددة ومكتوبة لكل نشاط في المستشفى يبين طريق تنفيذ الأنشطة , وعلى مستويات التوظيف Staffing levels وبرمجة العاملين Staffing schedule . ومما يذكر أن تقويم العمليات Processes هو الأساس الذي تقوم عليه أساليب مراجعة جودة الخدمة الطبية التي تقوم به لجنة التدقيق الطبي واللجان الأخرى في المستشفى .

ويتضمن قياس المخرجات نوعية وجودة الخدمات المقدمة من قبل كل دائرة في المستشفى بالمقارنة مع معايير محددة أو مفهومه ضمناً مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية إلى الأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظام هذه المواعيد , ونظافة غرف المرضى بعد تنظيفها وعند إخلائها من المرضى , نظافة الممرات والقاعات بعد القيام بتنظيفها , وصول وجبات الطعام إلى المرضى ساخنة وفي المواعيد المحددة لها , ونظافة الغسيل ونظافة المعدات التي تم تعقيمها وما إلى ذلك من مؤشرات جودة المخرجات.

يمكن مناقشة هذا العنصر من خلال العناصر الفرعية التالية :

- تبين من مناقشة العنصر السابق أن المزيج التسويقي يتضمن العناصر الأساسية للإستراتيجية التسويقية في المنظمة ، وهذه العناصر تشمل المنتج والسعر والتوزيع ثم الترويج بمختلف عناصره الفرعية، ومما لا شك فيه أن هناك صعوبة قد تكون بالغة عند تبني مزيجاً تسويقياً في المنظمات الخدمية خاصة المنظمات الصحية ، وهذه الصعوبة تنشأ من طبيعة الخدمة الصحية، باعتبار أنها غير ملموسة ولا يمكن تخزين الخدمات، وجودة الخدمة تعتمد على مشاركة العميل فيها ومدى إدراكه لها .... الخ.

وفي السنوات القليلة الماضية أصبح مديرو المستشفيات يألفون فكرة تبني وجود قسم التسويق في مستشفياتهم التي يعملون بها، إلا أن كثيراً من المديرين في مستشفيات أخرى ما زالوا يشعرون بعدم الارتياح نحو فكرة تسويق الخدمات الصحية Marketing health services وثمة مشكلات تتعرض لها المستشفيات سواء الحكومية أو الخاصة مثل نقص الموارد المتاحة، الضغوط التنافسية ، تنوع الخدمات الصحية، تغيير احتياجات العملاء والمرضى في هذا المجال، وكل هذه المشكلات كانت حافزاً لتبني الفكرة التسويقية في مجال الخدمات الصحية.

ومن خلال الدراسات والبحوث التي تمت في مجال تسويق الخدمات الصحية، ومن خلال سؤال تم توجيهه إلى عينة من مديري المستشفيات نحو ماذا يتبادر إلى ذهنك عندما تسمع كلمة تسويق ؟ كانت إجابات المديرين متنوعة في هذا الشأن ، فقد أشعار البعض إلى أنها تعني الإعلان والبعض الآخر أشار إلى أنها تعني البيع، وبعض المديرين قد أشار إلى حاجته للتسويق في المستشفى التي يعمل بها نتيجة لأن المستشفيات الأخرى تطبق هذه المفهوم، أي عندما يطبق المنافسون **Competitors** المفاهيم التسويقية .

ويمكن القول بأن تردد وعدم إقبال المنظمات الصحية على تطبيق التسويق قد يكون راجعاً إلى عدم المعرفة عن ماذا يعني التسويق، وما هي أهدافه وأهميته بالنسبة للمنظمات الخدمية ؟ وكيف يمكن تطبيقه ؟ وما هي معوقات تطبيقه ؟ وكيف يمكن التغلب عليها ؟

وفي إطار المفاهيم السابق مناقشتها تبين أن التسويق في المستشفيات يعني ماذا يرغب العميل (المريض) وما هي حاجاته وكيف يمكن إشباع هذه الحاجات بأفضل الطرق وفي ضوء الإمكانيات البشرية والمادية والفنية المتاحة، ومن خلال التحليل الفعلي للسوق المحتمل Potential Market يمكن التعرف على حاجات ورغبات المرضى، وأيضاً يمكن التعرف على التوقعات غير الموضوعية تجاه المستشفيات والحد من وقوعها ، فمثلاً في الدول النامية تكون طموحات وتوقعات الأفراد من المستشفيات الحكومية أكثر من طاقة وقدرة هذه المستشفيات .

وأيضاً يمكن من خلال تحليل السوق والعملاء والمرضى التعرف على أي الخدمات الصحية أكثر ربحية من غيرها ، مع التركيز على الخدمات الصحية غير المربحة أو غير الهادفة للربح خاصة في المستشفيات الحكومية، وأخيراً من خلال التحليل الفعلي للسوق يمكن التعرف على تكلفة الخدمات الصحية وأسعارها ويتم تخطيط كل ذلك في إطار المزيج التسويقي.

كانت المحاولات التقليدية في المستشفيات والمنظمات الصحية هي تقديم الخدمات الصحية التي يرغبها الأطباء ومديرو المستشفيات ، وليس التي يطمع فيها المرضى أو الجمهور المتردد، صحيح أن الطبيب قد يعلم ماذا يحتاج المريض إلا أن مشاركة المريض في ذلك أمر ضروري ، حتى تكون معلومات الأطباء كاملة عن مرضاهم وجمهورهم .

وفي السنوات الأخيرة أصبح للمستشفيات خدمات متصلة ومصممة لخدمة أسواق محددة أو مستهدفة ، ومن أمثلة الخدمات الصحية المستهدفة ما يلي :

- مراكز التخسيس وخدمات البدانة للأفراد البالغين سن 25 سنة إلى سن 45 سنة .

- مراكز رعاية المسنين البالغين سن 65 سنة وأكثر .

- مراكز رعاية النساء البالغين سن 18 سنة إلى 65 سنة .

- مراكز رعاية الأمومة والطفولة .

- مراكز تنظيم الأسرة .

- مراكز ووحدات رعاية المرضى (السكر، القلب، الكبد، الرمد .... الخ)

إن تحديد السوق المستهدف في مجال تقديم الخدمات الصحية يؤدي إلى :

1-معرفة وتحديد خصائص المرضى والجمهور الذي يحتاج للخدمات الصحية وتحديد مواصفاته مثل الجنس والسن والوظيفة إلى غير ذلك .

2-تحديد المزيج التسويقي الذي يتناسب مع كل فئة وكل سوق والذي يشبع الرغبات والاحتياجات المتنوعة للعملاء .

3-تقوية والحفاظ على المركز التنافسي للمستشفى كمنظمة صحية اجتماعية ، وأيضاً الحفاظ على الصورة الذهنية Image لها في المجتمع المحلي .

4-التعمق في السوق المستهدف ودراسته وتحليله واختيار الاستراتيجيات التسويقية الملائمة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية، أو خلق (إيجاد) طلب إضافي على هذه الخدمات بذلك .

وفي ذلك قامت بها مؤسسة سان فرانسيسكو للاستشارات عن اتجاهات العملاء لاختيار الخدمات الصحية التي يرغبونها، تم توجيه هذا السؤال إلى 2000 عميل، وقد حدد العملاء الخصائص المطلوبة بالنسبة لهم وقد تم تقسيم الفئات التي تحتاج إلى الخدمات الصحية في أسواق مجزئة **ومستهدفة إلى** :

1-الفئات التي ترجع الجودة العالية للخدمات الصحية مقابل استعدادها للدفع مقابل هذه الجودة .

2-الطبيعيون أو الماديون Naturalists و الذين يحاول إيجاد البدائل للخدمات الصحية من البيئة المحلية ، وفي الدول النامية كثير من الأفراد وحتى الدول المتقدمة يميل إلى استخدام الأعشاب الطبيعية والغذاء الطبيعي في حياتهم اليومية أو ما يسمى حالياً بالطب البديل .

3-الفئات التي تحاول أن تتجنب قطاع الصحة فهم يستخدمون فقط الخدمات الطارئة مثل إجراء العمليات وفي الحوادث والأمراض المستعصية وغيرها.

4-الفئات التي تمثل عامة الناس Generics وهي الفئة التي تشتري الخدمات الصحية بالاعتماد فقط على عامل السعر .

5-الموالين أو المنتمين Loyalists والذي يكون عندهم ولاء وانتماء لإحدى المنظمات الصحية .

هذا بالإضافة إلى أن هناك معايير أخرى يمكن أن يعتمد عليها النشاط التسويقي في المنظمات الصحية، وذلك في تحديد الأسواق المستهدفة للخدمات الصحية أو تقسيم السوق إلى قطاعات، ومن هذه المعايير حجم السوق وأيضاً المعايير أو الحالة الاجتماعية أو المنزلية للعملاء .

والتعرف على الحالة الاجتماعية أو المنزلية للعملاء يهدف إلى التعرف على الانطباع الذهني لدى مستهلكي الخدمات الصحية والمستفيدين بها، وذلك على كل ما يقدم إليهم من خدمات صحية وتمريضية وترفيهية واجتماعية وغيرها .

وقد تقوم إستراتيجية المنظمة في هذا المجال على توفير درجة عالية من الاحترام والثقة والجودة العالية لمنتجاتها أو خدماتها الصحية لهذه الطبقة من المرضى أو الجمهور .

وعند التعامل مع مختلف الفئات السابق تصنيفها فإن المستشفيات قد تحدد استراتيجيتها تجاه كل فئة كما يلي :

1- تخفيض السعر Lowest Price

2- الجودة العالية Highest Quality

3- تحسين الخدمة Best Service

4- تعظيم الثقة Most Reliability

ويتضح من مناقشة ما سبق أن المنظمات الصحية تقدم الخدمات الصحية إلى فئات متنوعة لجميع أفراد سواء كانوا مرضى أو مترددين ، وفي جميع الأحوال فإن هذه المنظمات معنية (أي مطلوب منها) تحديد أسواقها المستهدفة وتطبيق استراتيجيات تقسيم السوق سواء كان التركيز على فئة أو طبقة معينة أو إستراتيجية التنوع وهذه تصلح في المستشفيات والمنظمات الصحية العملاقة وذات الإمكانيات البشرية (الطبية والإدارية) الفعالة، وأيضاً الإمكانيات العالية من الموارد المادية الأخرى مثل الأجهزة والمعدات وغيرها، وفي جميع الأحوال فإن الأمر يتطلب وجود جهاز فعال بحوث التسويق ونظم المعلومات التسويقية يدعم النشاط التسويقي ويحقق أهدافه الإستراتيجية .

الفصل الثالث : المزيج التسويقي في المنظمات الصحية

ويتكون المزيج التسويقي من الاستراتيجيات أو العناصر الرئيسية التي تستخدمها المستشفى في دعم وتقوية مركزها التنافسي في السوق الصحي، وفي إشباع احتياجات العملاء من المرضى وعامة الشعب والمجتمع ككل، وعادة ما يشار إلى هذا المزيج بالمصطلح The 4 P's وهو باختصار **يعني أن كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي تبدأ بالحرف الإنجليزي P وهي :**

أ-إستراتيجية المنتج Product Strategy:

ب-إستراتيجية التوزيع الطبيعي أو المادي للمنتج أو ما يسمى في بعض الأحيان بالمكان الذي يتم فيه توزيع السلع والخدمات Physical Distribution Place .

ج-إستراتيجية السعر Price Strategy

د-إستراتيجية الترويج Promotion Strategy.

وسوف نناقش باختصار بعض الجوانب التسويقية المرتبطة بكل إستراتيجية وطبيعتها في الخدمات الصحية وذلك كما يلي :

أ- إستراتيجية تخطيط المنتج الصحي :

والمنتج عبارة عن الشيء النافع والمفيد للمستهلك أو المنتفع النهائي بالخدمات الصحية ، وهو عبارة عن مجموعة (أو حزمة) من المنافع Bundle of Benefits ، ويمكن التعرف على المنافع التي يريدها الزبون Customer من خلال بحوث التسويق، يمكن من خلال بحث تسويقي جيد التعرف

على متطلبات عملاء هذه المراكز سواء من حيث تخفيض الوزن أو الرشاقة أو القدرة على مزاولة الرياضة وغيرها .

وهذا وتزداد قيمة هذه المراكز والفوائد المنتظرة منها نتيجة إشراف المستشفيات عليها ونتيجة لوجود نظام طبي يلازم النظام السائد للتخسيس ، وأيضاً كنتيجة لإشراف القيادات الطبية وتوفير التسهيلات اللازمة لهذه المراكز .

وإذا تعمقنا في مفهوم المنتج Product نجد أنه يمكن أن يكون سلعة أو خدمة أو حتى مجرد تقديم أفكار ونصائح وإرشادات ، وإذا نظرنا إلى السلعة وهي تمثل منتج مادي ملموس ، نجد أن العميل يشتري هذه السلعة (سيارة – حذاء – ثلاجة – جهاز تحليل) ليس حباً في هذه السلعة ولكن سعياً

وراء الخدمة التي تقدمها هذه السلعة فمثلاً:

المنتج	الخدمة التي يقدمها
السيارة	لتسهيل عمليات السفر والانتقال والراحة.
الحذاء	يسهل عمليات المشي وحماية الأقدام.
الثلاجة	تسهيل عمليات حفظ الأغذية .
جهاز تحليل طبي	سرعة القيام بالتحليل الطبي ودقة النتائج .

ولذلك يمكن النظر إلى جميع المنتجات على أساس أنها خدمات أساساً، ووجهة النظر هذه تقرب المسافة بين مفهوم المنتج والخدمة وتسهل عملية التسويق تركز ليس على نقل أو ملكية السلعة فقط ولكن على الإشباع Fill وهو الذي ينتج عن الانتفاع بالخدمة.

والمنتج الصحي متنوع ويتشكل طبقاً لتخصص كل وحدة أو مركز صحي وطبقاً لاحتياجات المرضى والعملاء وغيرهم، ومن أمثلة المنتجات الصحية ما يلي :-

1- خدمات الوقاية من الأمراض.

2- الخدمات الصحية التي تهدف إلى تعليم وإرشاد وتثقيف الأفراد صحياً .

3- خدمات الكشف والتشخيص بالنسبة لمختلف الأمراض.

4- الخدمات الصحية الخاصة بالأشعة والتحاليل.

5- الخدمات الصحية الخاصة بإجراء العمليات الجراحية.

6- الخدمات الصحية لمتابعة المرضى وتطور حالات الشفاء.

7- الخدمات الصحية المعاصرة ، وهي تشمل :-

- الخدمات الترفيهية .
- الخدمات الفندقية .
- الخدمات الصحية في منازل المرضى.
- الخدمات الصحية السريعة (الإسعافات المتنقلة).
- الخدمات الصحية من خلال الاستشارات السريعة عن طريق وسائل الاتصال.

هذا وتقوم كل مستشفى أو وحدة صحية بتحديد وتخطيط المنتج الصحي والذي يتوافق مع :-

- إمكانيات المستشفى بشرياً ومادياً .
- احتياجات العملاء وقدرتهم على الدفع في الوحدات الخارجية.
- مواصفات وخصائص العملاء (السن – الجنس) .
- المواقع الجغرافية المراد تغطيتها.
- طبيعة الأمراض أو الحالات السائدة.
- ظروف وإمكانيات وعادات وتقاليد وأنماط المجتمع السائدة اقتصادياً وثقافياً واجتماعياً .

وفي إطار العرض السابق لإستراتيجية المنتج في المنظمات الصحية، يرى المؤلف أن هناك ثلاث ركائز أساسية تدعم نجاح إستراتيجية المنتج في مجال الرعاية الصحية، وهذه الركائز تشمل :-

1- الدعم والمشاركة : حيث يتطلب نجاح تخطيط الخدمة الصحية إلى توافر المشاركة بين كافة أطراف النظام المعني بتقديم الرعاية الصحية، بالإضافة إلى زيادة التكامل بين كل من رأس المال والموارد البشرية والمعلومات.

2- إعادة الابتكار : إن التصميم الفعال لإستراتيجية الخدمات الصحية يتطلب أخذ عنصر الابتكار في الحسبان، وذلك عن طريق إحداث تغيرات إستراتيجية وجذرية بهدف الوصول إلى أكبر قطاع من السوق المستهدف، وحتى يمكن إعادة الابتكار بفعالية في مجال الخدمات الصحية، **يجب مراعاة ما يلي :**

- وجود رسالة واضحة ومحددة للمنظمة .

- دعم الأنشطة المالية .

- دعم الأنشطة التسويقية .

- تطوير الهياكل التنظيمية .

- دعم وتمكين العاملين .

- توفير الوقت الكافي لإعادة الابتكار.

- إعادة تصميم البنية التحتية .

- خلق البيئة الملائمة للإبداع والابتكار

3- الاقتصاد .. ويعني الموازنة الدقيقة بين العائد والتكلفة عند إعداد إستراتيجية للخدمات الصحية، وتتضمن هذه الركيزة الوصول بالعائد النقدي في مجال الرعاية الصحية إلى الحد الأقصى من خلال :-

- التسويق الفعال .

- إدارة المخاطر في المنظمات الصحية .

- التخطيط الدقيق لعناصر تكلفة أداء الخدمة الصحية.

- محاولة الوصول إلى أكبر قطاع من العملاء المستهدفين.

ب- إستراتيجية توزيع الخدمات الصحية :

يقوم مفهوم التوزيع الطبيعي للخدمات الصحية في قطاع الصحة Health Care على تحديد المواقع الجغرافية التي تقدم فيها الخدمات الإكلينيكية Clinical Service ، ومنافذ توزيع أو أداء الخدمات **الصحية لها مفهومين هما :-**

1- التوزيع الجغرافي في أماكن ومواقع جغرافية منتشرة .

2- التوزيع الداخلي أي داخل المنظمة الصحية .

وفيما يتعلق بالنوع الأول من التوزيع نجد أنه محكوم باعتبارات عديدة منها :-

1- المسئولية القانونية الملقاة على عاتق الدولة تجاه أفراد الشعب، وهذه المسئولية ترتب نشر الوحدات الصحية المتخصصة في مختلف المناطق / الأحياء، المحافظات ، المراكز والقرى والنجوع والكفور وأي تجمعات سكانية مهما كان حجمها .

2- القطاع الطبي الخاص تحكمه اعتبارات عديدة عند اختيار الموقع أهمها :-

- حافز الربح .

- درجات الأمان.

- حجم السكان .

- الحالة الاقتصادية السائدة .

- الحالة الاجتماعية السائدة .

- درجة الاستقرار خاصة في المستشفيات الاستثمارية العالمية والتي قد تختار لها مواقع في الدول النامية.

- اقتصاديات أداء الخدمات الصحية من حيث تكلفتها والعائد منها .

- ..... أخرى ..... فكر في ذلك .

أما فيما يتعلق بالنوع الثاني وهو التوزيع الداخلي للخدمات الصحية، فهذا ما نلمسه في كثير من المنظمات الصحية، وهو يعني تنظيم المكان وتقسيمه إلى مواقع محددة مثل

1- اختبار الأماكن الخارجية من المستشفى كعيادات خارجية، بهدف منع الازدحام داخل المستشفى وتلخيص بعض إجراءات الخدمة الصحية دون الضغط الداخلي، وبما يؤدي إلى تدفق وانسياب العمل الداخلي وراحة المرضى المقيمين.

2- تصميم واختيار المواقع الداخلية كعابر إقامة للمرضى.

3- تحديد مواقع حجرات الرعاية المركزة.

4- تحديد مواقع حجرات أو غرف إجراء العمليات الجراحية .

5- تحديد مواقع التحاليل و الأشعة والفحوصات بعيداً عن أماكن الكشف المباشر.

6- يمكن أن يكون التقسيم الداخلي للخدمات الصحية والعملاء الذين يتلقون هذه الخدمات على أساس فئات محددة أو درجات مثل :

- فئة العلاج المجاني .

- فئة العلاج الاقتصادي .

- فئة العلاج المتميز .

7-ويمكن أن يتم التقسيم الجغرافي على أساس التخصص في أداء الخدمات الصحية مثل مستشفيات الحميات، الصدر، القلب، مراكز الكلي، الحوادث وغيرها.

8-يمكن أن يكون التقسيم هيكلي مثل المستشفيات الحكومية المركزية (الكبيرة والصغيرة) ومستشفيات التأمين الصحي، والمستشفيات العلاجية، المستوصفات الطبية الخيرية، والمستشفيات التابعة لهيئات مثل مستشفى هيئة قناة السويس والمقاولون العرب وغيرها.

9-الأماكن الخارجية التي يتم فيها أداء العمليات والإجراءات الجراحية في نفس اليوم. (العمليات السريعة).

10-الوحدات أو الأجنحة التي تشكل وحدات تشخيص متحركة Diagnostic Units والتي تنتقل من حي إلى حي لتقديم معدل خدمة سريع للاختبارات الصحية السريعة، وهي تشبه في مصر عربات الإسعاف والقوافل الطبية والتي تقوم بها كليات الطب كأحد البرامج التدريبية في إطار دراستها، وأيضاً القوافل الطبية التي تنظمها وزارة الصحة في ج.م.ع.

11-تصميم المراكز الخارجية للنساء اللائي يحتجن خدمات الأشعة Radiology Devices وهذه المراكز تكون ذات تصميم متميز وسهلة المنال من حيث الخدمة الصحية المقدمة للمرضى الخارجيين Outpatients .

12-تصميم الأماكن المخصصة للتشخيص والإجراءات العلاجية Therapeutic Procedures .

13-زيادة عدد الأماكن الخارجية لعلاج الحالات الصحية العقلية Mental Health Services بحيث سهلة المنال ومناسبة لمرضى والعملاء Consumers .

وخلاصة ذلك ، هو أن هناك اتجاه قوي لدى المؤسسات والمنظمات الصحية لتقديم الخدمات الصحية الملائمة ، من خلال منافذ توزيع ملائمة ، تتمشى مع احتياجات ورغبات وحالات العملاء والزبائن من المرضى وغيرهم.

ج- إستراتيجية تسعير الخدمات الصحية :

إن سعر الخدمة الصحية يعني المقابل المادي الذي يدفعه العميل أو المستفيد بالخدمة الصحية، ويعتبر السعر من الأمور المقعدة جداً في المزيج التسويقي الصحي، وذلك للاعتبارات التالية :

1-يضع العملاء قيوداً معقدة على الأسعار التي تتقاضاها المستشفيات والمنظمات الصحية كرسم أو كثمن للخدمة الصحية المقدمة .

2-تتضح هذه القيود من خلال الحملات التي يطلقها المرضى وذويهم والصحافة ووسائل الإعلام على ارتفاع أسعار العلاج والضغوط التي يمثلها المجتمع المحلي.

3-قد تتدخل الحكومات من خلال وزارات الصحة ونقابات الأطباء لتحديد أسعار الكشف والعلاج ودعم بعض الأدوية الإستراتيجية .

4-لا يعرف معظم العملاء ثمن الخدمة الصحية قبل أدائها.

5-جودة الخدمات الصحية غير محددة المعالم وتتأثر بكثير من الأمور المعقدة، ومن ثم تحديد السعر تعتريه عوامل تناقض كثيرة ، وهناك اعتقاد قد يكون صحيحاً في بعض الأحوال، خاطئاً في أحوال أخرى وهو أن المنتج الغالي (المكلف) هو الأفضل، وكما يقول المثل الشعبي الغالي ثمنه فيه ، إلا أن هذا ليس صحيحاً على الدوام خاصة في مجال الخدمات الصحية .

فقد يعتقد بعض المستفيدين أن المستشفى (س) أفضل من المستشفى (ص) نظراً لأن تكلفة الأولى أعلى من الثانية، وقد يكون هذا الاعتقاد خاطئاً ، في المستشفى (س) قد تكون أكثر تكلفة نظراً لأنها محملة بأعباء ديون والتزامات ثقيلة ، ويعمل بها عناصر بشرية تتقاضى أجوراً مرتفعة، بالإضافة إلى الفاقد في الوقت والمواد كثيراً ، لذا ينعكس ذلك على سعرها النهائي.

وعلى ذلك يمكن صياغة الحقيقة التالية "أنه كلما تم ترشيد تكاليف الخدمات الصحية كلما كانت أسعارها تنافسية "ومخاطر استخدام السعر كأداة تسويقية يجب أن يتم أخذها في الحسبان خاصة في المستشفيات الاستثمارية العالمية المتطورة ، ويعتمد تحديد السعر على أمور **من الصعب جداً قياسها مثل :**

1-جودة الخدمة .

2-درجة إدراك العميل بها .

3-درجة تقييم العميل للخدمة .

4-الناتج النهائي للخدمة (الشفاء أو عدمه) .

5-الأسعار التنافسية .

6-الاعتقادات و التأثر بآراء الآخرين.

7-العلاج الاضطراري "التأمين الصحي ... الخ "

وكلها أمور معقدة وتحتاج إلى تفكير ودراسة والاستفادة من آراء الخبراء والاستشاريين والمنظمات المتقدمة في هذا المجال.

ويأخذ تحديد السعر طرقاً كثيرة أهمها :

أ-أن يتم حساب التكاليف الإجمالية لأداء الخدمة ثم .

ب-إضافة هامش ربح مناسب.

ويتأثر البند: حصر التكاليف وتحديدها وتقسيمها إلى تكاليف ثابتة ومتغيرة وشبه ثابتة، وكيفية حساب الأصول الاستثمارية ومعدلات إهلاكها، ومراكز التكلفة وغيرها من البنود الإدارية والمصروفات الأخرى.

ويمكن القول بأن المستشفى إذا أمكنه ضغط وترشيد التكاليف الكلية، فإن ذلك سوف يحقق له تميز تنافسي من حيث الأسعار التنافسية التي يتعامل بها مع الجمهور والمرضى .

أما البند الثاني : فإن هامش الربح يتم تحديده بأسس علمية وحساسية شديدة ، وذلك في ضوء الاعتبارات التالية :-

1-أسعار العلاج لدى المستشفيات الأخرى التنافسية .

2-متوسط دخول الأفراد في المجتمع .

3-معدلات العائد على الاستثمار أسعار الفائدة لدى البنوك التجارية والاستثمارية وغيرها.

4-تاريخ الأسعار لدى المستشفى المعنى، حيث يتم زيادة أو تخفيض الأسعار من عام إلى آخر بنسب مئوية معينة 5% أو 10 % وهكذا.

5-أسعار تكاليف المستلزمات الطبية الأخرى.

6-الدعم الذي تحصل عليه المستشفى من المجتمع المحلي.

حقيبة الأسعار Package Price :

وتعني هذه الإستراتيجية أن المستشفى يقوم بتقديم مجموعة من الخدمات الصحية للعميل الواحد بأسعار إجمالية منخفضة عن حاصل جمع سعر كل خدمة على حدة، **ومن أمثلة هذه الخدمات :-**

1-خدمات الفحص الشامل.

2-خدمات مستشفيات التوليد.

3-الخدمات الجراحية المتكاملة .

4-خدمات جراحة التجميل.

ويعتبر مفهوم حقيبة الأسعار من المفاهيم الجديدة في قطاع الصحة و نتائجه النهائية لم تتضح بعد .

ومما سبق يتضح أن استخدام السعر كأداة تسويقية As Marketing Tool يكون محفوفاً بالمخاطر والمشاكل في قطاع الخدمات الصحية ، ولذا يجب على المخططين لأسعار الخدمات الصحية أن يأخذوا في اعتبارهم مختلف مكونات السعر والعوامل المؤثرة في تحديده، بالإضافة إلى تفهم العلاقة بين السعر وسلوك العميل،

ويمكن تطبيق البحوث التسويقية في ذلك، وفي بعض المواقف أو الحالات الأخرى قد تكون هناك صعوبة عند الربط بين السعر وسيكولوجية المستهلك، **ومن هذه المواقف ما يلي :-**

1-أن الزبون في حالات معينة لا يختار الخدمة المقدمة له وهذا يكون من اختصاص الطبيب المعالج.

2-بعض الزبائن يدفع حصة من السعر، والبعض الآخر لا يدفع شيئاً على الإطلاق في إطار نظم أو مظلة التأمين أو التغطية التأمينية Insurance Coverage السائدة في المجتمع ، والثالث يتحمل تكاليف العلاج كاملة دون دعم.

3-بعض العملاء لا يعرفون الأسعار الإجمالية للإجراءات والخدمات الصحية حتى بعد انتهاء أدائها لهم لأن جهات أخرى تتولى الدفع .

ومن خلال الخبراء والمستشارين والبحوث التسويقية يمكن مساعدة العاملين في قطاع الخدمات الصحية، على تصميم وتخطيط السياسة السعرية الفعالة، والتي تصلح كأداة تسويقية في هذا القطاع الحيوي و المعقد والمتشابك.

د- إستراتيجية ترويج الخدمات الصحية :

تعني إستراتيجية الترويج أو المزيج الترويجي Promotion Mix استخدام كل الطرق والأساليب المناسبة للاتصال المباشر وغير المباشر بالعملاء أو المرضى في مجال الخدمات الصحية ، ويهدف الترويج إلى تحقيق أهداف تسويقية متعددة منها الإعلام والتعليم والنشر عن مكان وخدمات المنظمة ومواقع توزيع أو أداء الخدمات الصحية .

وفي سنوات مضت كان التسويق والترويج مترادفين Synonymous ولهذا السبب فإن المستشفيات كانت لها خبرة في مجال الترويج كأحد مكونات المزيج التسويقي، ويعتمد الترويج في المستشفيات والمنظمات الصحية **على استخدام استراتيجيات عديدة منها :-**

1-الإعلان في الصحافة "وسائل الإعلام المكتوبة" .

2-الإعلان في وسائل الإعلان المرئية " التلفزيون" .

3-الإعلان في وسائل الإعلان المسموعة " الإذاعة" .

4-الإعلان في الدوريات والمجلات العلمية المتخصصة .

5-الإعلان في لوحات الإعلان Billboards .

6-الكتالوجات واللوحات المكتوبة .

7-الاتصال الشخصي بالعملاء من خلال الندوات والمحاضرات والمؤتمرات والمناقشات ... الخ .

8-استخدام الإنترنت وتكنولوجيا المعلومات.

وقد استخدمت المستشفيات في الدول المتقدمة الإعلان Advertising ومختلف وسائل الاتصال الأخرى وذلك لتحسين صورتها الذهنية في المجتمع المحلي، إلا أن ما حدث بعد ذلك أن بدأت جميع المستشفيات في استخدام الإعلان لنفس الهدف، وفجأة بدأت المنظمات الصحية في استخدام وسائل عديدة للإعلان عنها، وأصبحت تنفق مئات الملايين من الدولارات على الإعلان في التلفزيون والصحف وغيرها، ويؤدي ذلك إلى ارتفاع تكلفة الإعلان، وتؤثر تكلفة الإعلان في السعر النهائي الذي تقدم به الخدمة الصحية حيث يوضح ذلك الرسم المبسط التالي :

ارتفاع تكاليف الإعلان ارتفاع تكاليف التسويق - ارتفاع تكاليف الخدمة أو المنتج انخفاض هامش الربح أو ارتفاع أسعار الخدمات الصحية مع الحفاظ على هامش الربح المرغوب فيه القدرة التنافسية .

وتتأثر فعالية وسائل الاتصال في مجال الخدمات الصحية ليس بكثرة الإعلانات، ولكن بالاختيار الجيد للوسيلة المناسبة ، بالإضافة إلى أن الأفراد أو المرضى قد يذهبون مضطرين إلى أحد المستشفيات بناء على توجيهات أو توصيات أوامر الأطباء المعالجين Physicians ويفقد الإعلان فعاليته إذا تم على نفس النمط في جميع الأوقات للمنظمة الواحدة أو بالنسبة لجميع المنظمات، في التنوع في الرسائل والحملات الإعلانية مهم جداً ، وأيضاً تحديد الجمهور المستهدف من الإعلان يرتبط بالسوق المستهدف من العملاء .

وخلاصة القول أن فعالية المزيج الترويجي تتوقف على الاعتبارات والعوامل الآتية :-

1-طبيعة ونوع السوق المستهدفة .

2-خصائص ومواصفات العملاء الحاليين والمرتقبين .

3-ميزانية المزيج الترويجي.

4-تكلفة وسائل الإعلان أو الاتصال .

5- طبيعة الوسائل المستخدمة من حيث السرعة والانتشار وبقاء أثر الإعلان لفترة طويلة أو قصيرة أو غيرها.

6-تكامل ووضوح العلاقة بين مختلف مكونات المزيج التسويقي.

7-درجة الثقة في وكالة الإعلان التي تتولى تصميم الحملات والرسائل الإعلانية.

8-مدى توافر وسائل الاتصال المباشرة والمحددة التكاليف ومدى الاعتماد عليها في توصيل المعلومات والبيانات إلى المرضى والجمهور المحلي.

9-درجة تعاظم ومساندة ودعم المجتمع المحلي للمنظمات الصحية.

10-طبيعة العلاقة السائدة بين القطاع الطبي الخاص والعام وحجم التنافس السائد بينهما.

المـــــــــراجع

- **أ.د. فريد توفيق نصيرات, إدارة منظمات الرعاية الصحية,دار المسيرة ,عمان (2008)**
- **د.توفيق أحمد خوجة, المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية:الرعاية الصحية الأولية , الرياض (1425)**

- د.فوزي مدكور, تسويق الخدمات الصحية ,مؤسسة الوراق للخدمات الحديثة,الاردن (1998)
- أ.د. فريد توفيق نصيرات,إدارة المستشفيات,إثراء للنشر والتوزيع ,الاردن (2008)
- أ.د.عبدالإله طليمات,إدارة أعمال العيادة ,جامعة دمشق,دمشق (1998)
- د.سيد محمد جاد الرب , الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية , جامعة قناة السويس (2008)
- د.عبدالاله الساعاتي , مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها , مكتبة الملك فهد الوطنية , الرياض(1420 هـ)
- د.أحمد محمد المصري , إدارة الأعمال الطبية المستشفيات والصيدليات , مؤسسة شباب الجامعة , الاسكندرية (2005)
- د.ثائر ياسر البكري , إدارة المستشفيات ,دار اليازوري العلمية للنشر , الاردن (2005)